

Unificación de criterios de actuación en los cuidados de enfermería a la persona ostomizada en **Canarias**



Unificación de criterios de actuación en los cuidados de enfermería a la persona ostomizada en Canarias

Avalada por:



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España

SEE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
EXPERTA EN ESTOMATERAPIA

Autores

Leticia María Benítez Santana

M^a del Mar Medina Méndez

María Naybet Pérez Lorenzo

Carlos Damián González Díaz

Dr. José Luis Cobos Serrano

Revisores

Dr. García Blázquez, Eduardo

Market Manager Ostomy Care



<https://orcid.org/0000-0003-1229-3229>



Índice

AUTORES Y REVISORES	3
1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO	6
1.1. Evolución de la situación de las consultas de ostomías en Canarias	7
2. OBJETIVOS	17
2.1. Objetivo general	17
2.2. Objetivos específicos	17
3. METODOLOGÍA	18
3.1. Exploración de la situación real en la atención a los pacientes ostomizados	18
3.2. Revisión bibliográfica	18
3.3. Grupo de expertos	19
3.4. Elaboración de criterios mínimos de actuación enfermera	19
4. RESULTADOS DE LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS	20
4.1. Preoperatorio: visita preoperatoria	20
4.2. Hospitalización	25
4.3. Seguimiento al alta	30
5. CONCLUSIONES	35
6. ÍNDICE DE ABREVIATURAS	36
7. ANEXOS	37
7.1. Anexo 1. Número De Pacientes Por Consultas	37
7.2. Anexo 2. Resultados Encuesta Visita Preoperatoria	38
7.3. Anexo 3. Resultados Encuesta Hospitalización	42
7.4. Anexo 4. Resultados Encuesta Al Alta	46
7.5. Anexo 5. Complicaciones De Los Estomas De Eliminación	49
7.5.1. Complicaciones Tempranas	49
7.5.2. Complicaciones Tardías	54
8. BIBLIOGRAFÍA	59

1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La ostomía se define como el procedimiento quirúrgico en el que se practica una abertura (estoma) a través de la piel para dar salida al exterior de una víscera hueca u órgano.

La presencia de una ostomía supone un gran cambio que repercute a la persona en las facetas física, psíquica, social y espiritual. Son muchos los estudios realizados que confirman cómo los hábitos higiénicos, la alimentación, el modo de vestir, la sexualidad, la imagen corporal, la autoestima, así como el ocio y vida laboral se ven afectadas (1,2). La persona recientemente ostomizada percibe la situación como una amenaza a su integridad física, estabilidad emocional y calidad de vida, suponiendo un gran esfuerzo de adaptación. Será la enfermera estomaterapeuta, la figura capaz de ayudar a que cada paciente se enfrente a este nuevo cambio, proporcionando unos cuidados integrales, individualizados y de calidad (3).

Es importante destacar que es preciso que esta enfermera disponga de una consulta de ostomía y cuente con el apoyo de un equipo multidisciplinar en el abordaje global del paciente ostomizado (médicos, enfermeros, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, asociaciones de pacientes...). Entre estos profesionales destaca el papel de las enfermeras estomaterapeutas cuya intervención permite prestar una atención integral al ostomizado y a sus familiares (tanto a nivel físico, psicológico, social, económico y familiar). Según diversos estudios publicados, esta atención multidisciplinar y en concreto la prestada por enfermeras expertas en ostomías, consigue reducir las complicaciones postoperatorias, que se calculan entre un 21-70%, y aquellas que implican la piel periestomal se sitúan en torno al 51%.(4). Del mismo modo, la educación sanitaria prestada mejora el estado anímico y reduce el estrés en el paciente y en su familia, logrando la reintegración laboral precoz, mejorando la aceptación del problema y acelerando la rehabilitación.

Asimismo, estas personas se benefician de los grupos de apoyo que forman las asociaciones de pacientes ostomizados que ayudan al nuevo ostomizado a asumir los cambios en su imagen corporal y a hacer frente al nuevo estilo de vida al ofrecer una experiencia vital de referencia bajo un ambiente de aceptación y de respeto mutuo. En nuestra Comunidad Autónoma contamos con La Escuelas de Pacientes de Canarias, un proyecto orientado a fomentar el paciente activo, que se desarrolla a través de talleres donde, en pequeños grupos de pacientes, familiares y cuidadores, se facilita el intercambio de conocimientos y se adquieren habilidades entre personas que comparten la experiencia de ser portador de una ostomía, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Según datos recogidos en el Libro Blanco de la ostomía en España (5), la incidencia a nivel mundial se estima en más de 3 millones las personas que han sido sometidas a intervención quirúrgica que implica la colocación de una ostomía. En Europa la cifra está en torno a 731.000 ostomizados, con 170.000 nuevas intervenciones anuales con un crecimiento del 3,8% anual (6). Asimismo, se estima que en España aproximadamente entre 70.000-100.000 personas viven ostomizadas, y que se realizan aproximadamente 16.000 nuevas ostomías anuales (5), si bien no hay datos oficiales ya que tampoco se recogen datos sobre los pacientes a los que se reconstruye el tránsito ni aquellos que fallecen.

1.1. EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LAS CONSULTAS DE OSTOMÍAS EN CANARIAS

Recoge también el Libro Blanco, el número de consultas de ostomías en cada provincia de España y los pacientes atendidos en ella. La Comunidad Autónoma de Canarias, con 4 consultas, está en el vagón de cola del listado (sólo por delante de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla que no poseen ninguna consulta). No hay datos reales actualizados. En 2018 se estimaron aproximadamente 3.254 pacientes ostomizados en Canarias, siendo la ratio de pacientes/consulta de 651, el más alto del país, que tiene una media de 321 pacientes/consulta. Por tanto, la actividad en las consultas de ostomías en la Comunidad Autónoma Canaria duplica la media nacional. (anexo 1).

Es importante destacar, la diferencia de atención sanitaria y prestación de cuidados que se realiza en las distintas consultas de ostomía, a lo que se añade, como hemos mencionado, la dificultad que supone el manejo de este gran volumen de pacientes en las consultas. No hay unos criterios unificados, lo cual implica diferencias en la atención. Ni el número de visitas preoperatorias es igual entre las diferentes consultas, ni el momento de realizar el marcaje preoperatorio, ni el número mínimo de visitas sucesivas que se realizan. Tampoco la atención durante la estancia hospitalaria coincide, ni los circuitos de acceso a la consulta de ostomía. No se utiliza como mecanismo de entrada en el circuito, la interconsulta, sino que en alguna consulta se usa la llamada telefónica, con la posibilidad de pérdida de pacientes en el preoperatorio.

Otro aspecto importante es la escasa conexión existente entre ambos niveles asistenciales, Atención Hospitalaria (AH) y Atención Primaria (AP). Se requiere de un registro normalizado de la información relacionada con la atención a la persona ostomizada, a través de los datos que serán recogidos en el formulario de ostomías. Esta información será de utilidad a la hora de generar el Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICE) permitirá la planificación del cuidado enfermero, el seguimiento y evaluación del paciente y conseguir una comunicación eficaz entre los profesionales.

Este ICE, recoge los datos que los profesionales de ambos ámbitos, especializada y consulta, consideran que deben documentarse al alta hospitalaria, y debe incluir una valoración actualizada en el momento del alta y un resumen de los diagnósticos que se han presentado durante el proceso de hospitalización, tanto los resueltos como los activos que siguen necesitando de cuidados, junto con otras observaciones generales que puedan ser de interés, como la fecha de retirada de suturas o de futuras revisiones. Este documento debe ser entregado al paciente al alta, ya que se trata de una información que se necesita conocer cuando el paciente acude a la primera consulta en AP.

Por tanto, el Informe de Continuidad de cuidados permitirá la coordinación entre los distintos profesionales implicados en la atención y el seguimiento de la persona ostomizada, hasta que se adapte a la nueva situación. Este informe está reconocido en el R.D. 1093/2010, de 3 de septiembre (7), por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, y que tiene por objeto regular el establecimiento del conjunto mínimo de datos que deberán contener los documentos clínicos del artículo 3, entre los que se incluye el ICE.

En este sentido, encontramos en la práctica habitual, que los ICE que se realizan a los pacientes portadores de ostomías al alta, no contienen toda la información que se requiere para fomentar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales. Es por ello, que se hace necesario buscar fórmulas que faciliten esta labor a las enfermeras asistenciales.

Otra dificultad encontrada en nuestra Comunidad Autónoma es que no se ha desarrollado una Historia Clínica Electrónica (HCE) compartida entre AE y AP, como ya disponen otras Comunidades Autónomas como Cataluña con la Historia Compartida de Cataluña (HCC), que permite la creación de interconsultas (IC) entre niveles asistenciales. De esta forma se hace imposible articular un mecanismo de comunicación a través de los Sistemas de Información del Servicio Canario de la Salud (SCS) que favorezca el proceso de continuidad de cuidados, que no sea el de una llamada telefónica.

A pesar de lo anteriormente expuesto y las dificultades en la atención a los ostomizados canarios, se han realizado distintos proyectos desde la Dirección General de Programas Asistenciales del Gobierno de Canarias que se inicia en marzo de 2012, con la intención de plasmar en un documento una guía denominada “Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma” (8), que posteriormente pasó a denominarse “Atención integral y especializada a la persona portadora de un estoma”, tras su última actualización en diciembre de 2017, pero la unificación de criterios no ha dado los frutos deseados. Este documento tiene como objetivo general “trabajar de manera sistemática y organizada en los hospitales de referencia de Canarias para ofrecer cuidados integrales y de calidad a las personas ostomizadas asegurando una continuidad de cuidados en los dos niveles asistenciales y empoderando al paciente y su familia a lo largo de todo el proceso”.

En este sentido, de las profesionales que participaron en la elaboración de esta guía, se mantienen solo dos de ellas en las consultas del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil (CHUIMI) y del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC). En el resto de los hospitales, el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (HUGCDN) y el Hospital Universitario de Canarias (HUC) han cambiado las estomaterapeutas y durante algunos períodos las consultas han sido llevadas por profesionales que no disponían de la formación especializada en estomaterapia.

La guía de cuidados está elaborada con la taxonomía NANDA-NOC-NIC y se desarrolla en las fases del preoperatorio, postoperatorio y continuidad de cuidados al alta, pero no recoge de manera explícita las actividades a realizar en cada etapa, que es el trabajo que se pretende estandarizar con el desarrollo de este documento.

Los objetivos de estas consultas de ostomías son: proporcionar una educación sanitaria sobre el cuidado del estoma y manejo de los dispositivos, dar soporte emocional a la persona ostomizada y su familia desde el preoperatorio hasta su completa rehabilitación, dar información y formación individualizada para conseguir una adaptación saludable y autonomía en los cuidados y, por último, colaborar en la formación del personal de enfermería para el manejo básico de los pacientes ostomizados.

El Servicio Canario de la Salud ha impulsado la puesta en marcha del programa internacional Best Practices Spotlight Organizations (BPSO), desarrollado en colaboración con la Unidad de

Investigación en Cuidados de Salud (Investén-ISCI) y el Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia, cuya finalidad es alcanzar la excelencia en cuidados, poniendo en valor el cuidado basado en el conocimiento científico, el impacto del cuidado en la mejora de los resultados de salud y la importancia del liderazgo enfermero para mejorar la atención.

El Hospital Universitario José Molina Orosa (HUDJMO) de Lanzarote, inicia su candidatura en este proyecto en 2012 y tras tres años fue designado en 2015 un Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) al implantar la guía de práctica clínica “cuidado y manejo de la ostomía” de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) (9), en el marco del proyecto BPSO. El objetivo principal a alcanzar con estas Buenas Prácticas es reducir la variabilidad en la práctica clínica y realizar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica. Del mismo modo, el HUGCDN ha llevado a cabo dicha implantación, pero de la actualización de esta guía que desde 2019 ha pasado a denominarse “Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía” (10) desde noviembre de 2021 hasta el 31/12/23 siendo también designado CCEC en abril de 2024. Este proyecto, lleva aparejado la implantación de cambios en la práctica habitual en la atención a los pacientes, así como en los registros en la HCE. Esto ha sido una oportunidad de mejora, ya que ha permitido la modificación del formulario de ostomías que se usa en la consulta para recoger datos relacionados con el cuestionario de calidad de vida Stoma-QoL, así como adjuntar imágenes al formulario que permiten la continuidad en la atención y un mejor seguimiento. El último hospital en incorporarse al Proyecto BPSO ha sido el Hospital General de Fuerteventura (HGF) que ha iniciado la implantación de la guía recientemente.

Además, en 2018, se puso en marcha, en el ámbito competencial del Servicio Canario de la Salud, la Estrategia Canaria de Cuidados de Enfermería dentro del Programa Nursing Now con la finalidad de garantizar los cuidados enfermeros a la población, el desarrollo continuado de la profesión, sustentados en la investigación y la evidencia, y seguir fomentando las actividades de promoción, difusión e implantación de prácticas innovadoras que beneficien a la Salud de la Sociedad Canaria. Todo ello puede lograrse mediante la sistematización de los procesos asistenciales ligados a las Guías de Buenas Prácticas.

En 2022 se desarrolló el Manual de Buenas Prácticas de Humanización de las Consultas de Ostomía, (11) basado en la evidencia científica y las experiencias de los distintos protagonistas. Se trata de un documento de carácter científico, que define por primera vez las siete líneas estratégicas para humanizar la asistencia de las personas con ostomía, sus familiares y los profesionales relacionados y concreta 64 buenas prácticas de carácter universal, que se han categorizado como básicas, avanzadas y deseables. Las 7 líneas sobre las que se desarrolla el manual son bienestar del paciente, presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado, comunicación, afrontamiento post-ostomía, arquitectura/infraestructura humana, cuidados al profesional y cuidados al final de la vida. El documento cuenta con el aval de la SEDE (Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomatología), la FAPOE (Federación de pacientes ostomizados) y ENFURO (Asociación Española de Enfermería en Urología) y el Consejo General de Enfermería.

Dos consultas de ostomías de nuestra Comunidad Autónoma, la del CHUIMI y el HUGCDN han apostado por mejorar la humanización de la asistencia e implantar también las líneas estratégicas recogidas en este Manual de Buenas Prácticas de Humanización para lograr la transformación hacia una atención más amable, que permita garantizar la humanización de las consultas de

ostomías, obteniendo en abril de 2024 el reconocimiento. Se prevé que se sigan incorporando el resto de las consultas de ostomías a este modelo de atención.

A pesar de estas fortalezas y oportunidades que tenemos en nuestras consultas de ostomías de la Comunidad Autónoma, que nos pueden ayudar a alcanzar una atención de calidad, es importante también analizar los factores que pueden condicionar esta falta de unidad de criterios en la atención a las personas ostomizadas en Canarias.

a) Idiosincrasia de nuestro territorio

El principal factor ajeno que condiciona la diferencia en la atención a la persona portadora de ostomía es la particular idiosincrasia de nuestro territorio. Hay que destacar que la Comunidad Canaria es la octava autonomía de España según su población y la más fragmentada físicamente. A estos datos hay que añadir que la distancia que separa a la Comunidad Autónoma de la Península Ibérica es de más de 1.700 kilómetros.

Según datos recogidos del ISTAC (Instituto Canario de Estadística), (Tabla 1), se ha producido un incremento de población de 48.659 habitantes, lo que implica un 2,2% en los últimos 5 años. Las dos islas capitalinas (Tenerife y Gran Canaria) concentran 1.801.278 habitantes, lo que supone casi el 81,8% de la población total de la Comunidad Autónoma.

	2023	2022	2021	2020	2019
	Población	Población	Población	Población	Población
CANARIAS	2.202.048	2.177.701	2.172.944	2.175.952	2.153.389
Lanzarote	159.021	156.112	156.189	155.812	152.289
Fuerteventura	124.066	120.021	119.662	119.732	116.886
Gran Canaria	857.171	853.262	852.688	855.521	851.231
Tenerife	944.107	931.646	927.993	928.604	917.841
La Gomera	22.162	21.798	21.734	21.678	21.503
La Palma	83.875	83.439	83.380	83.458	82.671
El Hierro	11.646	11.423	11.298	11.147	10.968

Tabla 1. Población Canarias. Fuente ISTAC.

A pesar de tratarse de un territorio reducido en extensión (7.446,95Km²), la orografía de las islas genera una gran cantidad de núcleos poblacionales dispersos (algunos situados a más de 70-90 km del hospital de referencia y se puede llegar a emplear más de una hora en recorrerla) a los que hay que dar respuesta asistencial, circunstancia a lo que se añade la condición geográfica de lejanía del archipiélago respecto al alejado territorio peninsular.

Esta fragmentación del territorio genera una situación de inequidad en el acceso a los servicios sanitarios.

La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias constituye una preocupación prioritaria para la Organización Mundial de la Salud, principalmente por su relevancia para reducir las desigualdades en salud (12).

Garantizar un acceso equitativo abarca muchos frentes: cobertura de las necesidades percibidas y la prestación de servicios adecuados, de calidad y coste-efectivos, para todo aquel que los precise. Sin embargo, la garantía de la equidad no implica necesariamente que todos deban tener acceso a todo en todo momento.

Según la European Commission (2015), los determinantes del acceso equitativo a los servicios sanitarios son:

- Servicios asequibles para todos
- Todos pueden usar los servicios cuando los necesitan
- Servicios aceptables para todos
- Recursos financieros vinculados a necesidades
- Acceso equitativo a servicios sanitarios
- Servicios relevantes, apropiados y coste- efectivos
- Servicios bien equipados de fácil alcance
- Personal bien cualificado en el lugar adecuado
- Medicinas y dispositivos de calidad disponibles a precios justos

La Sociedad Internacional de Equidad en Salud (ISEqH) proporciona una definición ampliamente utilizada de equidad como “la ausencia de posibles diferencias sistemáticas correctibles en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos definidos social, económico, demográfico o geográfico”. Por tanto, se presupone que, en un sistema de salud equitativo, no hay diferencias en los servicios de salud prestados en situaciones de igualdad de necesidad (equidad horizontal), y que se proporciona un mejor servicio de atención sanitaria en situaciones de mayores necesidades de salud (equidad vertical). En resumen, igualdad de trato para la misma necesidad.

En este sentido, al no disponer de enfermeras formadas en estomaterapia en todas las islas del archipiélago, ni de consultas propias de atención a personas ostomizadas, se ha de articular los mecanismos necesarios para reducir estas desigualdades en la accesibilidad a estos cuidados especializados.

Son varias las leyes españolas que promueven el derecho a la salud y que recogen que debe existir una accesibilidad, equidad, universalidad y calidad en la prestación de servicios sanitarios, entre las que podemos encontrar:

- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003, de 28 de mayo). (13)
- Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril). (14)

Del mismo modo podemos citar leyes autonómicas que recogen los derechos en el ámbito de la salud entre otros el derecho a recibir actuaciones y programas sanitarios específicos y especializados, en los casos de personas afectadas por enfermedades crónicas, como en el caso de las personas portadoras de ostomía:

- El Estatuto de Autonomía de Canarias, aprobado por Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto. (15)
- Ley orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias. (16)
- Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. (17)

Según los artículos 82 y 83 de la citada Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, corresponde a los hospitales del SCS, desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación y de investigación y docencia, en coordinación con la Atención Primaria.

Por último, mencionar el Plan de Salud de Canarias (2016-2017) (18) que recoge el derecho a la atención sanitaria para todos (universalidad), la equidad en el acceso a la misma y el carácter gratuito, solidario y redistributivo de la Sanidad Pública. Uno de sus ámbitos de intervención es *“potenciar el Sistema Canario de la Salud, centrándolo en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y en la integración de los servicios”*. Incluye como uno de sus objetivos estratégico el de *“orientar el actual modelo asistencial y de cuidados hacia un sistema más integrado, proactivo, orientado a la ciudadanía y basado en las necesidades del paciente con la participación activa de los profesionales de la salud, que trabaje en clave poblacional y compensando las inequidades del sistema teniendo en cuenta especialmente la dispersión territorial de la población”*.

La mejora del acceso de los ciudadanos a la atención sanitaria constituye una de las preocupaciones centrales del Plan de Salud de Canarias. El principio de equidad adquiere una especial relevancia en la Comunidad Autónoma de Canarias, principalmente por dos razones. En primer lugar, por su *insularidad*: las prestaciones sanitarias de los residentes en Canarias se cubren en un territorio fragmentado en siete islas (cada una de las cuales se corresponde con un área de salud) que tienen la condición de ultraperiferia por su alejamiento del territorio continental. Y, en segundo lugar, por la condición de *doble insularidad* en la que se encuentran las cinco islas no capitalinas (La Gomera, El Hierro, La Palma, Fuerteventura y Lanzarote), con respecto a las capitalinas (Tenerife y Gran Canaria).

Por tanto, el SCS debe contribuir a la mejora de la calidad de la asistencia que reciben nuestros ciudadanos, para que la peculiar insularidad de las islas no capitalinas se refleje en una más justa distribución de los servicios sanitarios, a fin de garantizar el derecho a la igualdad en su prestación.

En las islas no capitalinas es necesario mantener una infraestructura sanitaria que dé respuesta a los problemas de salud más frecuentes. Uno de los factores decisivos a la hora de planificar la ordenación sanitaria de Canarias es la insularidad. No es sostenible el mantenimiento de determinadas especialidades en estas Áreas, por su escaso volumen de actividad o por su alta especialización, sino que son sus hospitales de referencia quienes las ofrecen.

Los cuatro grandes complejos hospitalarios de referencia se concentran en las islas de Tenerife (Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y Hospital Universitario de Canarias) y Gran

Canaria (Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín y Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, integrado este último por el Hospital Universitario Insular de Gran Canaria y el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias).

Estos hospitales, que atienden a la población de las islas de Tenerife y Gran Canaria, son referencia para las islas no capitalinas, tanto a efectos de urgencia y hospitalización, como de apoyo a especialidades para la atención de patologías que sobrepasen el nivel de recursos ofrecidos en dichas Áreas.

Cuando un territorio está geográficamente tan fragmentado como Canarias, se objetivan dificultades derivadas de esta peculiaridad que afectan a las comunicaciones y al transporte de pasajeros. La obligada descentralización, optimiza la accesibilidad, pero a un alto coste, y ha propiciado la extensión geográfica de la oferta de servicios básicos, siendo necesario articular fondos de cohesión y garantía para financiar los desplazamientos de pacientes que, no pudiendo obtener una prestación en su isla de residencia, la reciben en otra. (19)

Para acudir a uno de estos Hospitales de referencia desde una isla distinta a aquella en la que se encuentra ubicado, el paciente debe superar unas barreras geográficas que complican y encarecen este viaje, ya que no solamente genera gastos de alojamiento/manutención, sino que debe trasladarse con su acompañante en avión o barco a la isla correspondiente, con un sobrecoste (económico, temporal y laboral) considerable.

A pesar de que según Ley orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de Reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias (16) se considera un objetivo primordial prestar asistencia sanitaria de cobertura universal y garantizadora del acceso y goce de las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva, esta premisa no se cumple con las personas ostomizadas porque en función de la isla de residencia, la atención recibida por parte de la enfermera varía. Y aunque para otras patologías, los pacientes tienen derecho al desplazamiento para la atención sanitaria por ser referencia para otros hospitales, no sucede así para estas consultas de ostomías. En la práctica, no se desplazan a los hospitales de referencia, sino que son atendidos en su propio hospital por enfermeras generalistas, no formadas en el ámbito de la estomaterapia. Recientemente se han creado consultas de ostomías en las islas de Lanzarote y Fuerteventura con atención a las personas portadoras de ostomías, aunque no disponen de consulta específica diaria, ya que el volumen de ostomizados no precisa, por el momento, disponer de más días de agenda. En el resto de las islas no se dispone de esta opción.

Una de las causas que originan esta inequidad en el acceso a una enfermera experta en el cuidado del paciente ostomizado es el escaso volumen de pacientes ostomizados en islas menores, y poner en marcha una consulta de ostomías a tiempo completo no sería coste eficiente, si bien podría mejorarse con la formación específica en ostomías a las enfermeras en estas islas.

b) Sistemas de información

En segundo lugar, hay que destacar como otro factor externo los sistemas de información en la prestación de la atención sanitaria. El mayor reto de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) es conseguir mantener una asistencia de calidad y equitativa, a la vez que establecer mecanismos para mejorar la eficiencia y sostenibilidad en respuesta al incremento de la demanda de la sociedad, el cambio en el perfil asistencial y la constante llegada de nuevas innovaciones.

La falta de un sistema de información integrado del SNS español es un importante obstáculo para avanzar hacia mejoras de salud, reducción de desigualdades y eficiencia. En este sentido, la descentralización sanitaria ha supuesto una gran pérdida de información para el sistema. Se hace necesario que, en la Comunidad Autónoma de Canarias, se considere como una prioridad la obtención de datos de calidad y que se avance en la implantación de sistemas de información a través de los planes de salud.

Para ello, el Plan de Salud de Canarias (18) tiene también como ámbito de intervención el de *“impulsar la gestión de la información y del conocimiento para adecuar el funcionamiento del sistema a las necesidades y demandas de la población y profesionales”*. Se deben potenciar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en los procesos asistenciales para favorecer la toma de decisiones y mejorar la calidad de la atención, la accesibilidad y la trazabilidad de pacientes entre los diferentes centros y estructuras: Historia clínica electrónica, consulta telefónica, receta electrónica, tarjeta sanitaria electrónica, control remoto de pacientes con enfermedades crónicas, telecuidados y telemedicina en general. La innovación tecnológica, principalmente en TIC, ofrece innumerables oportunidades para el progreso de los servicios de salud, en términos de información, acceso y prestación.

Actualmente no es posible para las enfermeras de Canarias realizar IC fuera del propio ámbito asistencial, incluso algunos de los hospitales no la tienen aún implantada como mecanismo interno de comunicación y se sigue utilizando la consulta en papel o telefónica.

Por otro lado, a pesar de la intención en mejorar las TIC según recoge el Plan de Salud de Canarias, aún continuamos con diferentes Historias clínicas electrónicas, que hacen imposible tener acceso a la información sanitaria completa de los pacientes no adscritos a la propia gerencia. Incluso en la comunidad autónoma, el Hospital Universitario de Canarias tiene como HCE el SAP, mientras que en el resto de las gerencias se usa Drago AE para Atención Hospitalaria y Drago AP para Atención Primaria. Inclusive, cabe destacar que dentro del Drago AE, existen diferencias entre los sistemas de información del CHUIMI y el HUGCDN, teniendo cada hospital su propio programa de HCE. Asimismo, para poder acceder a la información recogida en la HCE, se dispone de la Historia Resumida de Salud, en la que se pueden consultar una mínima información de pacientes procedentes de otras gerencias. Hay que destacar la nula posibilidad de realización de interconsultas entre niveles asistenciales con nuestros actuales sistemas de información.

La implementación de soluciones tecnológicas, como puede ser la teleconsulta, permitiría optimizar la accesibilidad de estos pacientes intervenidos en islas no capitalinas, así como el uso de recursos asistenciales, reduciendo costes, haciéndolo igualmente extensible a pacientes que vivan en entornos de difícil o costoso acceso. (20). En este sentido hay experiencias piloto en el hospital de La Palma desde 2015 en otro ámbito de salud, que posteriormente no se han hecho extensivo al resto de especialidades ni de islas. Actualmente el SCS, amparado en el marco de los fondos europeos Next Generation, ha hecho una apuesta por esta modalidad de telesalud en las diferentes consultas de enfermería. También ha mostrado interés en poner en marcha los mecanismos que permitan la implantación de la enfermera de práctica avanzada en ostomías, si bien aún queda camino por recorrer.

c) Falta de registro adecuado de personas ostomizadas en la CCAA

Es imprescindible conocer o al menos hacer una estimación más aproximada del número de personas ostomizadas en nuestra Comunidad Autónoma, mediante la creación de un registro de las nuevas ostomías realizadas anualmente, el tipo, la temporalidad de las mismas, las reconstrucciones del tránsito realizadas y los éxitos de pacientes portadores de ostomías.

Se deben crear bases de datos propias de cada gerencia que se puedan actualizar con la información aportada por los sistemas de información de las distintas gerencias para lograr este objetivo. Es imprescindible cuantificar la actividad, y conocer el volumen de personas ostomizadas para poder prestar una adecuada atención.

Antes de centramos en intentar buscar soluciones a los principales factores relacionados con las diferencias que interfieren en la atención sanitaria a las personas ostomizadas en nuestra Comunidad Autónoma, es de vital importancia recoger y analizar los datos, al menos de las nuevas ostomías realizadas en el año 2022 y 2023 en los distintos hospitales de Canarias, para hacernos una idea más certera del volumen de pacientes ostomizados. Con estos datos, daremos respuesta a la resolución aprobada en el Parlamento de Canarias (PNLP-0096) con fecha 26/10/21 (18), sobre medidas para que las personas ostomizadas tengan los mismos derechos que los demás ciudadanos. En esta resolución el Parlamento de Canarias insta al Gobierno de Canarias, entre otras cosas, a “impulsar la elaboración de un registro sanitario para conocer el número de personas ostomizadas en Canarias que incluya los reconstruidos, al objeto de conocer la realidad de este colectivo y poder así atender adecuadamente sus necesidades”.

Se trata de una tarea complicada, especialmente en las islas no capitalinas, ya que no en todas las consultas de ostomías se realiza esta explotación de la información. No obstante, se ha solicitado al Servicio de Admisión de las diferentes Gerencias información en este sentido, obteniendo los siguientes datos (Tabla 2,3):

HOSPITAL	COLOSTOMÍAS	ILEOSTOMÍAS	UROSTOMÍAS	URGENTES	PROGRAM.	TOTAL
HUDJMO	25	2	3	15	15	30
HGF	14	2	0	16	0	16
CHUIMI	79	41	19	86	58	144
HUGCDN	87	54	19	93	67	160
HINSR	-	-	-	-	-	-
HNSG	-	-	-	-	-	-
HGLP	-	-	-	-	-	-
HUC	59	52	33	32	112	144
HUNSC	155	60	7	-	-	222

Tabla 2. Número de ostomía realizadas según tipo de intervención año 2022

HOSPITAL	COLOSTOMÍAS	ILEOSTOMÍAS	UROSTOMÍAS	URGENTES	PROGRAM.	TOTAL
HUDJMO	40	7	6	31	22	53
HGF	14	2	0	14	2	16
CHUIMI	70	50	33	70	92	162
HUGCDN	82	37	17	83	55	138
HINSR	-	-	-	-	-	-
HNSG	-	-	-	-	-	-
HGLP	-	-	-	-	-	-
HUC	51	45	37	12	121	133
HUNSC	142	38	6	-	-	186

Tabla 3. Número de ostomía realizadas según tipo de intervención año 2023

En las islas occidentales, a excepción de Tenerife, no ha sido posible obtener datos sobre el número de personas ostomizadas, ya que no se dispone de consultas en estas islas.

Además, en las diferentes consultas se ha atendido otros tipos de ostomías de alimentación como gastrostomías y yeyunostomías, y otras ostomías de eliminación como ureterostomías, así como fístulas mucosas y fístulas enterocutáneas.

Tal como hemos mencionado, hay consultas de ostomías en los 4 grandes hospitales de Canarias, en las que se ha logrado recientemente, que todas ellas tengan una enfermera a tiempo completo y otra de apoyo, dado el gran volumen de pacientes a los que atienden en las consultas.

Tras hacer un análisis de la situación actual de las consultas de ostomías en Canarias, y los posibles factores que pueden condicionar la unificación de criterios de actuación, es conveniente recordar la importancia que tiene en la elaboración de esta guía, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (22), que recoge en su artículo 4, Principios generales, que los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias. Además, deben participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades, como es el ámbito que nos ocupa.

Recoge también esta Ley, que el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, y de acuerdo con los siguientes principios:

- a) formalización escrita de su trabajo reflejada en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y única para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

- b) se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.
- c) la eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- d) la continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.
- e) la consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

Es por ello, que si fuera necesario la creación de nuevas consultas en islas no capitalinas éstas se rijan por unos criterios establecidos mejorando así la accesibilidad de los canarios a la atención sanitaria en las consultas de ostomías. Proponemos para tal fin, como una posible solución para prevenir las desigualdades relacionadas con el acceso y uso a las consultas de ostomías, la protocolización de la atención sanitaria que en ellas se realiza, mediante la elaboración de una guía clínica que unifique los criterios en la atención a los pacientes ostomizados en la Comunidad Autónoma Canaria y garantice la equidad en la atención recibida.

Por tanto, se estructurará este documento siguiendo las fases habituales en la atención del paciente ostomizado: atención preoperatoria, cuidados durante la hospitalización, cuidados tras el alta domiciliaria y seguimiento en Atención Primaria, siempre teniendo en cuenta la mejor evidencia científica disponible sin perder de vista la importancia que tiene en los cuidados de estos pacientes la humanización, ya que, tal como hemos destacado, la persona requiere un gran esfuerzo de adaptación a su nueva situación, que afecta a todas sus esferas y no debemos descuidar ninguna de ellas.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

- 1.- Estandarizar y mejorar la atención y cuidados a las personas ostomizadas en la Comunidad Autónoma Canaria de modo que permita una mayor equidad.

2.2. Objetivos específicos

- 1.- Unificar criterios de la atención de enfermería en las consultas de ostomías para facilitar la labor de continuidad entre los diferentes niveles asistenciales.

- 2.- Consensuar una forma de trabajo que minimice al máximo las posibles diferencias en la atención a la persona ostomizada independientemente del lugar de residencia.
- 3.- Elaborar una guía de actuación de las consultas de ostomías que sirva como modelo de referencia en la creación de nuevas consultas de ostomías.
- 4.- Mejorar los canales de comunicación entre niveles asistenciales y con las islas no capitalinas (información sobre funcionamiento de la consulta, vías de acceso, posibilidad de atención telemática).
- 5.- Analizar la situación actual de los pacientes ostomizados en Canarias.

3. METODOLOGÍA

3.1. Exploración de la situación real en la atención a los pacientes ostomizados

Se realizó un análisis DAFO con el fin de identificar en primer lugar nuestras debilidades internas y amenazas externas y en segundo lugar las fortalezas internas y oportunidades que se nos presentaban. Se observaron las debilidades en relación con las diferencias en la atención, los sistemas de información y la falta de un registro estructurado.

Se observaron como amenazas la idiosincrasia de nuestro territorio, el envejecimiento de la población, una necesidad continua de información por parte de los pacientes, así como una cronicidad cada vez más presente.

Las fortalezas encontradas fueron la implantación de guías de buena práctica basadas en la evidencia, la tendencia a la humanización de las consultas, enfermeras a tiempo completo en las cuatro consultas de los hospitales que desarrollan el documento y la reciente incorporación de dos consultas en las islas de Lanzarote y Fuerteventura.

Y por último, se presentan como oportunidades de mejora la futura formación de enfermeras expertas en ostomías en islas no capitalinas, el interés del SCS en mejorar la calidad de la atención que se presta mediante la inclusión de la Estrategia Canaria de Cuidados de Enfermería que incluye la personalización de la asistencia, el desarrollo de la Enfermera de Práctica Avanzada y la innovación, así como el interés en la colaboración permanente entre niveles asistenciales para favorecer la continuidad asistencial.

3.2. Revisión bibliográfica

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica con la finalidad de encontrar información relativa a la atención prestada al paciente ostomizado en todos los ámbitos de atención. Para ello se han utilizado las palabras clave: ostomía, estomaterapeuta, accesibilidad, insularidad, preoperatorio, consulta de ostomía, educación, asesoramiento enfermero, postoperatorio, hospitalización y continuidad de cuidados.

3.3. Grupo de expertos

Compuesto por un grupo focal formado por los autores de esta guía y creado para definir la unificación de la actuación en los tres ámbitos: visita preoperatoria, hospitalización y continuidad de cuidados.

Se elaboró una serie de encuestas (anexos 2,3 y 4), que fueron enviadas a través de la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE), así como a través de los delegados comerciales a las enfermeras estomaterapeutas del país, para conocer su opinión y su forma de actuar en los tres ámbitos que se pretende consensuar.

3.4. Elaboración de criterios mínimos de actuación enfermera

La bibliografía consultada no aporta información específica sobre determinados criterios para la actuación de enfermería en las consultas de ostomías por la falta de publicaciones con alta evidencia científica al respecto. Por ello, los resultados del consenso están basados principalmente en los estudios científicos revisados y los resultados obtenidos de la encuesta enviada a los expertos y en la experiencia profesional del grupo focal autor de este trabajo (todos con consulta activa). Para llegar a un consenso se ha acordado que todas aquellas intervenciones que no estén sustentadas con la evidencia científica de al menos un ECA o metaanálisis serán consensuadas y serán definidas como criterios mínimos de actuación cuando el porcentaje de respuestas favorables superen un 50% de los encuestados y el 75% de aceptación por el grupo focal.

El número de profesionales consultados a nivel nacional en la encuesta enviada en la fase preoperatoria asciende a 102 profesionales, un 40,2% de las enfermeras lleva ejerciendo más de 10 años en consulta, un 21,6% entre 5-10 años, un 17,6% entre 3-5 años y un 20,6% menos de 3 años de experiencia en consultas. Aquellos profesionales que siendo estomaterapeutas no dedican su tiempo a pasar consulta han sido directamente excluidos de la encuesta. De las 93 estomaterapeutas restantes completaron la encuesta 77, puesto que 16 de ellas no realizaban visita preoperatoria. Por tanto, se considerará que aquellas intervenciones en las que al menos 39 enfermeras hayan dado su aprobación serán consensuadas siempre que coincidan con las respuestas de al menos tres miembros del grupo focal.

En relación a la encuesta enviada para el consenso de las etapas de hospitalización y tras el alta, contestaron a la misma 49 estomaterapeutas, excluyéndose a dos de ellas porque no ejercen en consulta. Un 25,5% de las enfermeras lleva ejerciendo más de 10 años en consulta, un 21,3% entre 5-10 años, un 19,1% entre 3-5 años y un 34% entre 1 y 3 años de experiencia en consultas. De los 47 estomaterapeutas, 5 no realizan visitas en hospitalización. Por tanto, se considerará que aquellas intervenciones en las que al menos 24 enfermeras hayan dado su aprobación serán consensuadas siempre que coincidan con las respuestas de al menos tres miembros del grupo focal.

A continuación, tras el análisis de la situación actual en Canarias, los datos de la encuesta realizada al resto de expertos del país, y la bibliografía consultada exponemos la propuesta generada por el grupo de trabajo.

4. RESULTADOS DE LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS

La atención al paciente portador o posible portador de ostomía se desarrolla en 3 ámbitos:

4.1. Preoperatorio: visita preoperatoria

La visita preoperatoria se inicia con una indicación médica de cirugía con realización de estoma u ostomía y una necesidad de información y formación sobre el proceso y sus implicaciones. La enfermera de la consulta de ostomía centra esta intervención preoperatoria en cada individuo, realizando una valoración y una información adaptada a sus necesidades. Complementa la actividad preoperatoria del proceso y la vuelve a centrar en el individuo, no en la técnica quirúrgica. (23)

Esta visita preoperatoria persigue varios objetivos:

- Valorar los conocimientos del paciente con relación al proceso al que va a ser sometido.
- Ampliar la información que el individuo posee sobre la cirugía y la hospitalización.
- Aportar la información de forma clara y adaptada a la capacidad de comprensión de cada individuo abordando: la formación de una ostomía, sus cuidados, su funcionamiento, las implicaciones en la vida diaria (ocio, trabajo, sexualidad...), con el objetivo de que la persona anticipe sus recursos de afrontamiento ante la experiencia de salud que va a vivir.
- Permitir expresar dudas y emociones relacionadas con el proceso, determinando la etapa del duelo adaptativo en la que se encuentra en relación a su enfermedad y al hecho particular de la posible ostomía.
- Trabajar con el paciente y familia esas emociones que emergen del paciente / familia (ansiedad, miedo) para disminuir el stress situacional al que están sometidos.
- Valorar los sistemas de apoyo, recursos de ayuda y de adaptación con los que cuenta para el cuidado.
- Valorar las habilidades o limitaciones que pueda tener para el cuidado posterior de la ostomía (en el ocio, vida sexual, familiar, profesional...)
- Realizar el marcaje del estoma.

Existen varios estudios que identifican la información previa a la cirugía como recurso efectivo para lograr una mejor respuesta postoperatoria, disminuyendo los índices de ansiedad prequirúrgica (24) e incluso la estancia hospitalaria. (25)

La RNAO, en su Guía de las buenas prácticas "Apoyo a adultos que esperan o viven con un a ostomía" (10) identifica la actividad con un nivel de evidencia fuerte y la justifica ante la actual corriente de reducción de estancias hospitalarias que dejan sin tiempo a la persona ostomizada

y a su familia para asimilar los conocimientos necesarios y poner en marcha las destrezas y habilidades en el desempeño de los cuidados. La información, el marcaje de la ostomía y la valoración del impacto emocional son puntos relevantes en esta guía. (26-28)

La falta de ensayos experimentales hace que la evidencia sobre los buenos resultados de la visita preoperatoria enfermera sea bajo y se necesite más investigación (23). Sin embargo, los expertos consideran importante y relevante el asesoramiento preoperatorio para la obtención de mejores resultados postoperatorios.

El grupo de trabajo Coloplast Ostomy Forum (COF) de las Islas Canarias proponemos establecer en la visita preoperatoria unas actividades mínimas que deben realizarse y unificar criterios como: pacientes a los que se dirige, temporalización, modo de solicitarla y actividades a realizar en ella, de forma que unifiquemos criterios para su estandarización.

a) Pacientes a los que se dirige

La visita preoperatoria en las consultas de ostomías está dirigida a todo individuo al que se le vaya a practicar una ostomía temporal o permanente, programada o urgente (siempre que su situación clínica lo permita).

Incluimos aquí a los pacientes que van a ser intervenidos mediante la Vía RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto) (26). Se trata de un Programa de Rehabilitación Multimodal quirúrgica y conocido en inglés como "Fast Track Surgery" o "Enhanced Recovery After Surgery" ("ERAS"), y constituye la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias estandarizadas, destinadas a pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico con el objetivo de disminuir el estrés secundario originado por la intervención quirúrgica y lograr así una mejor recuperación del paciente y una disminución de las complicaciones y de la mortalidad. Supone la estandarización de los cuidados, disminuye la variabilidad en la práctica clínica y acostumbra a los profesionales a una praxis protocolizada, lo que genera mayor seguridad, lo que se traduce en mejores resultados clínicos, una calidad asistencial más segura, y una mejora global del bienestar de la población en términos de salud.

Según el tipo de ostomía de eliminación, los diagnósticos médicos que con más frecuencia generan la confección de una ostomía son:

- En colostomías: cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria, proctitis actínica, fístulas recto-vesical o recto-vaginal, fístulas perineales complicadas, neoplasias de ovario con afectación rectal, enfermedad diverticular grave o complicada, incontinencia anal, hidrosadenitis perineales, hernias estranguladas, perforaciones intestinales, traumatismos abdominales, lesión medular, megacolon enfermedad de Hirschsprung, malformaciones genéticas y/o anorrectales.
- En ileostomías: colitis ulcerosa, poliposis cólica, enfermedad de Crohn, sepsis abdominal por perforaciones intestinales, cáncer de recto bajo.
- En urostomías: cáncer de vejiga urinaria, vejiga neurógena, uropatías extrínsecas o intrínsecas, extrofia vesical, traumatismo del aparato urinario, vejiga urinaria actínica.

b) Cuándo se realiza y frecuencia

- En cirugía programada:

No encontramos en la bibliografía documentación que defina la temporalidad o el momento idóneo para realizarla. La experiencia de este grupo de trabajo establece el tiempo mínimo necesario entre 1 mes y 15 días antes de la cirugía, tiempo necesario para que la persona procese la información, pueda asimilar los conceptos, realizar preguntas y aclarar dudas y preparar sus recursos de afrontamiento (humanos, emocionales, materiales y/o de apoyo).

- En cirugía urgente:

En usuarios que van a ser intervenidos de urgencias podemos encontrar:

- Urgencia diferida: usuarios que se decide la cirugía y se realiza horas o días después. Debe realizarse visita preoperatoria adaptada al tiempo que se dispone y marcaje del estoma
- Urgencia directa: si la situación clínica lo permite y el personal de quirófano está formado, debe proporcionar unas nociones mínimas de información relacionada con la presencia del estoma y debe realizarse el marcaje. En la visita postoperatoria se aclararán las dudas y lagunas de formación que no se pudieron dar preoperatoriamente.

Cómo solicitarla

La solicitud de la asistencia preoperatoria de la enfermera de ostomías debe realizarse mediante interconsulta electrónica a través del aplicativo de la HCE a la consulta de ostomías. La utilización de los recursos informatizados garantiza la seguridad de los registros, la trazabilidad de las actividades y facilita el análisis de los datos.

Tiempo de antelación para realizarla

Como se comentó anteriormente, la bibliografía consultada no establece un período mínimo de tiempo para realizarla, pero en Canarias, la lista de espera preoperatoria de pacientes con tumores está establecida en menos de 40 días, por lo que el momento de la inclusión en lista de espera sería el más oportuno para solicitarla. Desde la consulta, se gestionará la petición según la actividad y citas disponibles, no superando el mínimo de 15 días antes de la cirugía, tiempo necesario para que el paciente madure la información, solucione las dudas que se le generen y busque los recursos adaptativos individuales para afrontar la cirugía. En un estudio de calidad de vida, encontramos referencias sobre el beneficio de la formación preoperatoria realizada al menos una semana antes de la cirugía (30).

c) Intervenciones y actividades enfermeras que se desarrollan

La Intervención Enfermera (NIC) se define como: *“Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería”* y la actividad enfermera como *“las acciones específicas que realizan las enfermeras para realizar una intervención y ayudar al paciente alcanzar el resultado esperado”*.

En la Guía de buenas prácticas “Apoyo a adultos que esperan o viven con un a ostomía”, el panel de expertos por consenso determina que la intervención preoperatoria debe tener:

- Descripción del procedimiento quirúrgico
- Explicación de las intervenciones preoperatorias que se llevarán a cabo: marcaje, preparación quirúrgica, etc.
- Formación en cuidados de la ostomía y manejo de dispositivos
- Descripción de las intervenciones que se llevarán a cabo tras la cirugía
- Explicar cómo manejar las principales complicaciones
- Explicar las implicaciones en la vida diaria: ocio, sexualidad, deportes, trabajo
- Formación sobre los cambios en la dieta o en la hidratación
- Valorar los recursos de apoyo
- Fomentar/compartir experiencias en grupos de apoyo

Como en cualquier proceso de atención enfermero, la actividad se debe iniciar con una valoración inicial del paciente al entrar a la consulta. Mediante entrevista y con la metodología existente en el hospital, la HCE y el formulario de valoración enfermera según patrones funcionales de Marjory Gordon, registramos los datos. Los problemas enfermeros reconocidos en la fase preoperatoria son la falta de conocimientos y la ansiedad o temor que determinan las situaciones estresantes que van a vivir los usuarios. Formulados con la nomenclatura NANDA serían:

- **00126 Conocimientos deficientes**
 - 】 NOC 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
 - 】 NOC 907 Elaboración de la información
- **00148 Temor / 00146 Ansiedad (31)**
 - 】 NOC 1402 Control de la ansiedad
 - 】 NOC 1404 Control del miedo (32,33)

En base a la RNAO, a la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (CIE 9) y a la bibliografía consultada se han seleccionado las siguientes NIC que, al estar dotadas de tiempo estimado de realización, facilitarán la justificación del tiempo asignado a la visita preoperatoria de la consulta.

- Intervenciones enfermeras NIC:

- *5610 Enseñanza prequirúrgica*: consiste en “ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación postquirúrgico”. Tiempo estimado:16-30 minutos.

Se realizarán actividades adaptadas a cada individuo, con la utilización de folletos, ilustraciones o vídeos que faciliten la comprensión de la información.

- *5820 Disminución de la ansiedad*: “minimizar la aprensión, temor, o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto”. (Tiempo estimado: (31-45 minutos)
- *4920 Escucha activa*: “prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente”. (Tiempo estimado 16-30 minutos).
- *5240 Asesoramiento*: Se define como utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y su familia para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. (Tiempo estimado: 46-60 minutos).
- *5270 Apoyo emocional*: “Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión”. (Tiempo estimado: 16-30 minutos).
- *7140 Apoyo a la familia*: “Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares”. (Tiempo estimado: >1 hora)
- *5440 Aumentar sistemas de apoyo*: “Facilitar el apoyo al paciente por parte de la familia o comunidad”. (Tiempo estimado: 31-45 minutos).
- *Marcaje del estoma*: intervención no recogida en la Clasificación CIE, pero sí recomendada por la RNAO y otros autores (31,32) y que mejora los resultados obtenidos en los cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud.(33) Está reconocida como intervención enfermera por el Consejo General de Enfermería en el marco de la ordenación del ejercicio profesional enfermero en la resolución n.º 21/2017, de 14 de diciembre de 2017 (34). En este documento se describe que el marcaje del estoma conlleva individualizar la colocación del estoma atendiendo a ciertas consideraciones:
 - Consideraciones generales: evitar cicatrices, prominencias óseas, pliegues abdominales, etc. y realizar el marcaje dentro del músculo rectos abdominales.
 - La localización preferente según el segmento intestinal a intervenir: fosa iliaca derecha en ileostomías, colostomía ascendentes y urostomías; fosa iliaca izquierda en colostomías descendentes y sigmoideas; y en parte superior del abdomen, supraumbilical o lateralizada, las colostomías transversas.
 - La prueba dinámica con un dispositivo de ostomía haciendo al paciente adoptar distintas posturas (decúbito supino, sedestación, bipedestación) y simular la realización de ciertas actividades diarias (vestirse, caminar, agacharse...)
- *7920: Documentación*:

El registro de toda la actividad realizada es fundamental en el ámbito sanitario. En la actualidad son los formularios en la HCE de cada usuario el lugar donde recoger los datos. De esa forma los datos son más accesibles y exportables para futuras investigaciones. En la HCE existe “un formulario de seguimiento a pacientes con ostomías”, dividido en varias pestañas, según sea actividad realizada antes de la cirugía, durante la hospitalización o al alta del paciente. La visita preoperatoria estaría incluida en la primera de ellas. El tiempo estimado para la documentación serían ≤ 15 minutos.

d) Duración

La visita preoperatoria debe contar con un mínimo de 45 minutos y un máximo de 60 minutos, teniendo en cuenta la duración de las intervenciones según CIE. El marcaje puede realizarse en la primera entrevista, por lo que la visita puede prolongarse, o en ocasiones se realiza en otra visita para realizarlo próximo a la cirugía.

Por tanto, a modo de resumen en la fase de preoperatorio la visita preoperatoria se realizará a todos los pacientes que van a ser intervenidos de forma programada y en cirugía urgente siempre que sea posible. Se realizará entre unos días antes hasta 1 mes antes de la cirugía según disponibilidad o gestión del proceso en cada hospital y se solicitará mediante interconsulta electrónica preferentemente por parte del facultativo responsable del paciente.

Las intervenciones que se realizan con más frecuencia en el preoperatorio incluyen: educación prequirúrgica con información sobre ostomías y cuidados, disminución de la ansiedad, asesoramiento, marcaje, escucha activa, información postoperatoria e información nutricional.

4.2. Hospitalización

La enfermedad y la hospitalización tienen un impacto en el paciente y su entorno. Es, sin duda, un acontecimiento estresante que produce una situación de vulnerabilidad. Debido a esto es necesario promover su bienestar, siendo el encargado de esto, principalmente, el personal sanitario, sobre todo, el personal de enfermería ya que es el que más tiempo pasa al lado del paciente (37).

Las ostomías constituyen una agresión a la imagen corporal y requieren de un proceso de adaptación por parte del paciente en todos los ámbitos de la vida de la persona (alimentación, sexualidad, autoconcepto, etc). Este proceso de adaptación comienza en el período postoperatorio inmediato con la colaboración del equipo multidisciplinar, especialmente el personal de enfermería y de la enfermera estomaterapeuta, profesionales más cercanos al usuario durante la hospitalización.

La persona que ha sido recientemente ostomizada se centra en los aspectos más funcionales durante el ingreso, resultando secundaria la preocupación por su imagen corporal. Una combinación de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución de problemas de manejo y control de cuidados unidas a las dirigidas a las emociones, resultan más eficaces que las utilizadas de forma aislada. Las intervenciones llevadas a cabo por profesionales especializados refuerzan las conductas adaptativas (38).

El manejo de un estoma digestivo tiene diferentes niveles de complejidad, pero en todos los casos el objetivo último es que el paciente sea capaz de realizar el autocuidado de forma independiente. Una intervención educativa individualizada y coordinada con todo el equipo multidisciplinar ayudará a conseguir dicho objetivo. La actuación temprana va a dar como resultado una mejor aceptación de la nueva situación por parte del paciente. En cualquier sistema sanitario moderno que se precie, el concepto de educación para la salud debe estar presente en todas y cada una de las actuaciones ya que repercute en una mayor eficiencia y en unos mejores resultados. El enfoque holístico del individuo lleva consigo desarrollar estrategias educativas que proporcionen una rápida adaptación e integración en su entorno social, familiar y laboral (37,38).

Por tanto, en las unidades de hospitalización las estomaterapeutas deben:

- Realizar visita postoperatoria tras la cirugía

Las visitas en las unidades de hospitalización van dirigidas a capacitar al paciente y/o a su familia en el cuidado del estoma. En los pacientes recientemente ostomizados, siempre que su situación clínica lo permita se iniciará la formación en cuidados y manejo de dispositivos colectores a las 24h de la cirugía. La puesta en marcha de este proceso dependerá de la propia individualidad de la persona, su familia y su entorno. Las personas deben ser capaces de participar y decidir cómo dirigir el manejo de su propia salud. Los profesionales sanitarios deben respetar los tiempos de cada persona (39,40). La estomaterapeuta y la enfermera asistencial fomentarán la adquisición de conocimientos y la autonomía en el cuidado de forma paulatina e individual. Se valorará la ostomía y el dispositivo a utilizar. La comunicación entre los profesionales que atienden a la persona ostomizada es indispensable. Para ello se planificará con la enfermera responsable del paciente las visitas de formación y los conceptos a repetir y potenciar en los cuidados continuados a lo largo del día (41). Para afrontar la ostomía de manera satisfactoria, es imprescindible que la persona y su entorno familiar reciban una correcta educación, mucho más amplia que la mera información acerca de su estoma y los dispositivos colectores que tendrá que utilizar (42).

a) Frecuencia de las visitas en hospitalización

No encontramos en la bibliografía documentación que defina la temporalidad o el momento idóneo para realizarla. El grupo de trabajo establece las 24-48h tras la cirugía para la primera visita en hospitalización. Las visitas sucesivas dependen del proceso de capacitación de cada paciente y de la estancia hospitalaria, siendo recomendable un mínimo de 3 sesiones de formación, una de observación de los pasos del cuidado, otra de realización conjunta y la última de demostración de autonomía para ello.

Los pacientes pueden ser portadores de una ostomía por dos vías:

- Programados: usuarios que han recibido formación previa a la intervención, con una o dos visitas preoperatorias con la enfermera estomaterapeuta.
- Urgentes: usuarios que llegan a la unidad de hospitalización sin haber tenido previo a la intervención, una visita preoperatoria con la enfermera estomaterapeuta, por lo que la primera visita se realizará durante su estancia en hospitalización. En estos casos se puede necesitar más de 3 visitas para la formación en cuidados.

Cómo solicitar la visita postoperatoria

La solicitud de la asistencia al paciente ostomizado por parte de la enfermera de ostomías debería realizarse mediante interconsulta electrónica a través del aplicativo de la HCE en el Drago AE, o en su defecto a través de SAP (programa que usa solo el HUC) a la consulta de ostomías.

Hoy en día en las consultas de ostomías de Canarias, tenemos el inconveniente de que no todas las consultas tienen instaurado este mecanismo de solicitud.

Si el paciente ya es conocido en la consulta porque tiene visita preoperatoria, la enfermera estomaterapeuta acudirá a la valoración postquirúrgica como protocolo de su actividad, sin interconsulta previa.

b) Intervenciones y actividades enfermeras que se desarrollan

Como en cualquier proceso de atención enfermero, la actividad se debe iniciar con una valoración inicial del paciente después de la intervención quirúrgica. Mediante entrevista y con la metodología existente en cada hospital (HCE y formulario de valoración enfermera según patrones funcionales de Marjory Gordon) se realizará el registro de los datos.

A continuación se identifican los problemas enfermeros más frecuentes y las intervenciones enfermeras más comunes propuestas para la hospitalización:

Problemas enfermeros

- **00126 Conocimientos deficientes r/c la presencia de ostomía**
 - 】 NOC: 1829: Conocimiento: cuidados de la ostomía
 - 】 NOC: 1615 Autocuidado de la ostomía
 - 】 NOC: 1802 Conocimiento de la dieta prescrita
- **00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea**
 - 】 NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.
- **00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud**
- **00146 Ansiedad r/c cambio en el estado de salud**
 - 】 NOC: 1302 Afrontamiento de problemas
 - 】 NOC: 1404 Autocontrol del miedo
- **00153 Riesgo de baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal.**
 - 】 NOC: 1205 Autoestima

Intervenciones enfermeras en la fase postoperatoria

- *0480 Cuidados de la ostomía:* Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.
- *5618 Enseñanza de procedimiento:* Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para que comprenda y desarrolle las habilidades necesarias para manejar los dispositivos de soporte y las técnicas necesarias.
- *5606 Enseñanza individual:* Planificar y poner en práctica un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente
- *1800 Ayuda con el autocuidado:* Promover actividades que fomenten la independencia.
- *3590 Vigilancia de la piel:* Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
- *5246 Asesoramiento nutricional:* Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.
- *1100 Manejo de la nutrición:* Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.
- *4920 Escucha activa:* Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.
- *5270 Apoyo emocional:* Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión
- *5400 Potenciación de la autoestima:* Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. Ayudar al paciente a que establezca objetivos realistas y acepte nuevos desafíos.
- *5510 Educación para la salud:* Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades

A continuación proponemos un cronograma con actividades básicas para abordar estas intervenciones. Habrá que individualizar las actividades a realizar según la realidad de cada paciente.

DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5
- Valorar estoma y piel periestomal	- Iniciar aprendizaje autocuidado: higiene y colocación bolsa - Adaptar dispositivo al tipo de estoma	- Valorar la autonomía en el cuidado - Realizar la técnica con ayuda del profesional	- Realiza los cuidados y adaptar el dispositivo por sí mismo en nuestra presencia	- Autonomía en el cuidado. - Preparar el alta
- Mirarse y /o tocarse el estoma	- Iniciar enseñanza dietética	- Enseñanza dietética	- Reforzar enseñanza dietética	- Resolver dudas sobre dieta
- Explicar fisiología de su estoma y funcionamiento del dispositivo	- Valorar estoma y piel periestomal	- Valorar estoma y piel periestomal	- Valorar estoma y piel periestomal y adecuación del dispositivo	- Valorar estoma, piel periestomal y adecuación del dispositivo
- Apoyo emocional	- Apoyo emocional	- Apoyo emocional	- Apoyo emocional	- Apoyo emocional

• 7920: Documentación:

El registro de toda la actividad realizada es fundamental en el ámbito sanitario. En la actualidad son los formularios en la HCE de cada usuario el lugar donde recoger los datos. De esa forma los datos son más accesibles y exportables para futuras investigaciones. En la HCE existe “un formulario de seguimiento a pacientes con ostomías”, dividido en varias pestañas, según sea actividad realizada antes de la cirugía, durante la hospitalización o al alta del paciente. La visita en la unidad estaría incluida en la segunda de ellas. El tiempo estimado para la documentación serían ≤ 15 minutos.

c) Duración

El tiempo estimado en cada visita en hospitalización dependerá de la situación clínica del paciente y de su capacidad para asimilar los pasos del procedimiento. Cuando se finalice la intervención de la enfermera estomaterapeuta, se le proporcionará al usuario un informe para el alta con las recomendaciones de cuidados y los dispositivos a utilizar. Es necesario implementar el desarrollo de la prescripción enfermera por parte de las estomaterapeutas en nuestra comunidad para terminar con los problemas de adquisición de los productos y dar una mejor cobertura a esta necesidad, así como mejorar el circuito para su adquisición y la tranquilidad de la persona ostomizada.

Además de realizar los cuidados del estoma y enseñar al paciente/familiar/cuidador a realizarlo, la enfermera asistencial debe conocer cuales son las complicaciones tempranas que pueden aparecer durante la hospitalización y cómo localizar a la enfermera estomaterapeuta para su valoración. En el anexo 5 se relacionan dichas complicaciones (tanto en la fase temprana como en la tardía).

En la coordinación con atención primaria la realización de un informe de continuidad de cuidados o ICE es indispensable según protocolo de continuidad de cuidados de Programas Asistenciales del SCS (43). La estomaterapeuta debe proveer un informe con recomendaciones individuales claras que permita a la enfermera del centro de salud entender en qué momento del proceso está el paciente, tanto en relación a la autonomía en el cuidado, a la aceptación, como a las características del estoma y la piel para que el profesional de primaria pueda ayudar en el cuidado a la persona ostomizada y/o a su familiar-cuidador en el caso de ser necesario.

Concretando acciones, en la fase de hospitalización la atención en esta fase se realizará mediante solicitud verbal del cirujano o enfermeros de hospitalización, si bien existe la posibilidad de realizar interconsulta al buzón de la enfermera de la consulta de ostomías en muchos centros. La primera visita al paciente en planta se realiza durante las primeras 48 horas y la frecuencia recomendada será cada 24-48 horas.

Las actividades que se realizan en esta fase son: valoración del estoma y de la piel periestomal, así como apoyo emocional. Asimismo, se realiza educación sobre cuidados e higiene del estoma, manejo de dispositivo colector, dieta e inicio del tránsito.

Para favorecer la continuidad de cuidados, al alta se realizará informe de continuidad de cuidados de enfermería y se programará la visita para seguimiento al alta.

4.3. Seguimiento al alta

El seguimiento al alta tiene como objetivo monitorizar la adaptación del individuo a su nueva situación de eliminación y mantener la continuidad de cuidados durante el tiempo de adaptación a ella.

La forma de eliminar ha cambiado y eso puede alterar todas las esferas del bienestar. Durante este período, se valora la adaptación al estoma, la adecuación del dispositivo colector y su ajuste a los cambios de la ostomía, el estado de la piel periestomal, la eliminación adecuada de heces u orina, la alimentación y sus efectos en las descargas, la aceptación de la situación y la re inserción al entorno familiar, social y laboral de la persona ostomizada (44).

El alta precoz y la necesidad constante de recursos alojativos en los hospitales, hace que la persona con ostomía se vaya a casa en 3 o 7 días, con nuevos hábitos de cuidado aprendidos, pero con poca práctica en ellos. Al planificar el alta se debe tener en cuenta los conocimientos aprendidos, la habilidad desarrollada, los recursos materiales y de apoyo de los que consta el ostomizado, las necesidades individuales (45). El cuidado en casa conlleva miedo y angustia ante la posible falta de control de la nueva situación. La necesidad de acompañamiento que requiere el individuo en esta etapa hace necesario realizar revisiones al alta, presenciales o telefónicas, por personal cualificado y entrenado para tal fin. La evidencia clínica demuestra que las primeras seis semanas tras el alta son críticas y que el seguimiento por enfermeras especializadas reduce los costes, la incidencia de complicaciones con el estoma o la piel periestomal y mejora los resultados en salud y en la satisfacción del usuario (46,47,48).

Los aspectos que se tratan en las revisiones al alta son:

- Autonomía
- Ocio
- Sexualidad
- Incorporación al trabajo
- Deporte
- Vestido
- Complicaciones tardías (anexo 5)
- Efectos secundarios de los tratamientos complementarios: radioterapia/ quimioterapia

Se desarrolla una relación terapéutica estrecha con el binomio paciente-familia, siendo ésta última una de las principales estrategias utilizadas para afrontar la nueva situación, estableciendo un vínculo de confianza y afecto que facilita y humaniza la relación de ayuda. (49)

Se establecen también relaciones para la continuidad de cuidado con atención primaria y con centros concertados o residencias. En ellas la colaboración entre la estomaterapeuta y la enfermera de enlace, enfermera de familia o enfermera del centro sociosanitario es indispensable para conseguir el mejor cuidado de la persona ostomizada.

Tras el alta se seguirá trabajando en los problemas enfermeros no resueltos . En esta fase los nuevos que pueden aparecer serían la disfunción sexual y el sufrimiento espiritual , formulados con la nomenclatura NANDA serían:

Problemas enfermeros

- 00059 Disfunción sexual
 - 】 NOC 0119 funcionamiento sexual
- 00067 Riesgo de sufrimiento espiritual, con criterio de resultado (NOC)
 - 】 NOC 2001 salud espiritual

Intervenciones enfermeras NIC:

- 5248 *Asesoramiento sexual*: que se define como la utilización de proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.
- 5624 *Enseñanza sexualidad*: consiste en “ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexual”.
- 5420 *Apoyo espiritual*: “ayudar al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural”.
- 5310 *Dar esperanza*: “aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones”.

En la consulta de ostomías se realizarán las siguientes revisiones:

- A los 10-15 días de la intervención: valorando modificación de tamaño del estoma, retirada de puntos de unión mucocutánea, manejo autónomo por parte de la persona con ostomía, adecuación del dispositivo colector con el que sale del hospital
- Al mes de esa primera revisión: se valora adaptación, afrontamiento, inicio de actividades de ocio, inicio de tratamientos coadyuvantes y efectos secundarios
- A los 3 meses: actividades diarias, sociales, deporte, relaciones sexuales, presencia de complicaciones
- A los 6 meses: presencia o no de complicaciones tardías
- Al Año: modificaciones debidas a subida de peso, o actividades o esfuerzos poco recomendados
- Revisión anual y alta en las revisiones, que no en la consulta. El paciente puede llamar y volver a tener revisión cuando lo necesite

Las citas para las revisiones se gestionan atendiendo a la disponibilidad de la agenda y a las necesidades de la persona ostomizada, intentando unificar citas para reducir las visitas al hospital, de forma que reduzcamos el impacto de las consultas hospitalarias en su tiempo familiar o de ocio. Estas revisiones pueden modificarse llamando por teléfono y pasar de presenciales a telefónicas/telemáticas según las necesidades de la persona.

Si el usuario lo necesita (estado físico, lejanía a la consulta, edad, ausencia de familia o cuidador...), la estomaterapeuta (ET) se convierte en consultor especialista a la que el profesional de atención primaria o de centro sociosanitario puede consultar para solicitar consejo, conocimientos, valoración o recomendación a fin de proporcionar el mejor cuidado posible al ostomizado.

La comunicación entre niveles asistenciales se puede realizar a través de varias vías: interconsulta electrónica, consulta telefónica, correo electrónico o teleconsulta.

Las estrategias que se podrían poner en marcha para mejorar la accesibilidad y la continuidad de cuidados en todas las islas serían:

- Crear protocolos de comunicación estableciendo los criterios de derivación y de consulta telefónica o teleconsulta. Comunicar a Atención Primaria los mismos y trabajarlos conjuntamente
- Proporcionar teléfonos de contacto de las consultas a los servicios de atención primaria
- Buzón telemático de informes para remitirlos a la enfermera de enlace correspondiente.
- Valorar la asistencia a la comisión de cuidados de la ET cuando los problemas a abordar estén relacionados con los usuarios ostomizados.

En esta última fase de atención tras el alta las actuaciones se resumen en que cuando el paciente es dado de alta, la primera visita se realizará generalmente entre los 7-15 días. Posteriormente, la secuencia de revisiones al alta varía y principalmente se personaliza según el paciente y en otros casos se realiza de manera secuencial al mes, tres meses, seis meses, nueve meses y al año.

En general, no se realiza coordinación con Atención Primaria, salvo en casos concretos y de realizarse ésta, se establece con la enfermera de enlace mediante consulta.

A continuación, se muestran tres tablas, una por cada etapa de actividad enfermera en la consulta, que resumen las recomendaciones de actuación propuestas según la revisión bibliográfica de la evidencia científica publicada y la valoración de los expertos. Aquellas actuaciones que no tengan respaldo de la evidencia se han consensado si el porcentaje de respuestas de los encuestados es superior al 50% del total y tiene la aprobación del 75% del grupo focal.

RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN LA ACTIVIDAD DE LA CONSULTA DE OSTOMÍA

PREOPERATORIO	
VISITA PREOPERATORIA	
A QUIÉN: pacientes susceptibles de portar ostomía	Cirugía programada: 100% Cirugía de urgencias: - <i>diferida</i> : si es posible visita preoperatoria y marcaje - <i>inmediata</i> : según condiciones del paciente y formación del personal, marcaje
CUANDO: en qué momento realizarla	3 - 4 días a 30 días antes de la cirugía (media 15 días)
CÓMO: medio para la solicitud	Interconsulta electrónica preferentemente
QUÉ: Intervenciones indispensables (Ver resto de intervenciones en “Guía de atención integral y especializada a la persona portadora de un estoma” del SCS)	Enseñanza prequirúrgica Marcaje Escucha activa Apoyo emocional Asesoramiento y disminución de la ansiedad

POSTOPERATORIO	
VISITA EN HOSPITALIZACIÓN	
CUANDO: en qué momento realizarla	24 - 48H tras la cirugía
CÓMO: medio para la solicitud	Interconsulta electrónica preferentemente
FRECUENCIA: cuántas visitas	Mínimo 3 visitas (personalizar según necesidad)
QUÉ: Intervenciones/actividades indispensables. (Ver resto de intervenciones en "Guía de atención integral y especializada a la persona portadora de un estoma" del SCS.)	Valoración de la ostomía y de la piel periestomal Enseñanza cuidados de la ostomía Enseñanza manejo dispositivo colector Apoyo emocional Dieta y alimentación Información sobre tránsito intestinal Informe de continuidad de cuidados con cita para revisión

SEGUIMIENTO AL ALTA	
REVISIONES EN LA CONSULTA	
CUANDO: en qué momento realizarla	7 - 15 días tras el alta
CÓMO: medio para la solicitud	ICE con cita para la revisión
FRECUENCIA: cuántas revisiones	Al mes, 3, 6, 9 meses, al año (personalizar según necesidad)
QUÉ: temas a tratar en las revisiones (Ver resto de intervenciones en "Guía de atención integral y especializada a la persona portadora de un estoma" del SCS.)	Autonomía Ocio: deportes, hobbies Sexualidad Incorporación al trabajo Vestido Complicaciones tardías Efectos secundarios de terapias complementarias: quimio/radioterapia

5.- CONCLUSIONES

Con la puesta en marcha de las acciones consensuadas en este documento se logra la estandarización del funcionamiento de las consultas de ostomías y con ello se minimizan las diferencias en la atención independientemente del lugar de residencia de la persona ostomizada.

Se deben reducir las desigualdades en salud y promover la equidad en la atención. La accesibilidad a las consultas de ostomías debe estar garantizada por lo que es imprescindible la formación específica a las enfermeras que presten la atención a pacientes ostomizados o la creación de nuevas consultas en islas no capitalinas.

Es imprescindible garantizar la continuidad asistencial y para ello se debe mejorar los canales de comunicación entre niveles asistenciales mediante la potenciación de las tecnologías de la información y comunicación mediante la implantación de la interconsulta y teleconsulta. Asimismo, es de vital relevancia mejorar la calidad de los informes de continuidad de cuidados, que deben contener toda la información necesaria para favorecer dicha continuidad.

Se deben optimizar los sistemas de información y disponer de datos reales de los ostomizados en Canarias para conocer la realidad de estas personas y atender adecuadamente sus necesidades. Es necesario la creación de bases de datos específicas de pacientes ostomizados en las distintas consultas y la incorporación de mejoras en el formulario de ostomías.

6.- ÍNDICE DE ABREVIATURAS

A.H.:	Atención Hospitalaria
A.P.:	Atención Primaria
B.P.S.O.:	Best Practices Spotlight Organizations
C.C.EC.:	Centro comprometido con la excelencia en cuidados
C.H.U.I.M.I.:	Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil
C.O.F.:	Coloplast Ostomy Forum
E.T.:	Estomaterapeuta
H.C.E.:	Historia Clínica Electrónica
H.G.F.:	Hospital General de Fuerteventura
H.G.L.P.:	Hospital General de La Palma
H.I.N.S.R.:	Hospital Insular Nuestra Señora del Rosario
H.U.D.J.M.O.:	Hospital Universitario Dr. José Molina Orosa
H.N.S.G.:	Hospital Nuestra Señora de Guadalupe
H.U.C.:	Hospital Universitario de Canarias
H.U.G.C.D.N.:	Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín
H.U.N.S.C.:	Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria
I.C.:	Interconsultas
I.C.E.:	Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería
I.S.T.A.C.:	Instituto Canario de Estadística
R.I.C.A.:	Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto
R.N.A.O.:	Registered Nurses Association of Ontario
S.C.S.:	Servicio Canario de Salud
S.E.D.E.:	Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia
S.N.S.:	Sistema Nacional de Salud
T.I.C.:	Tecnologías de la Información y la Comunicación

7. ANEXOS

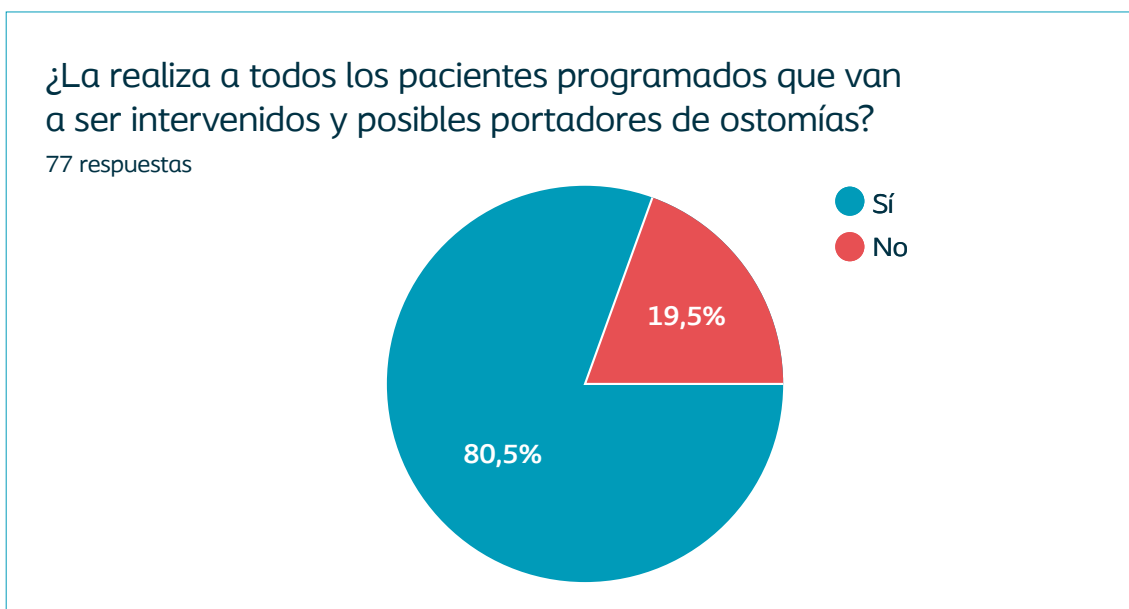
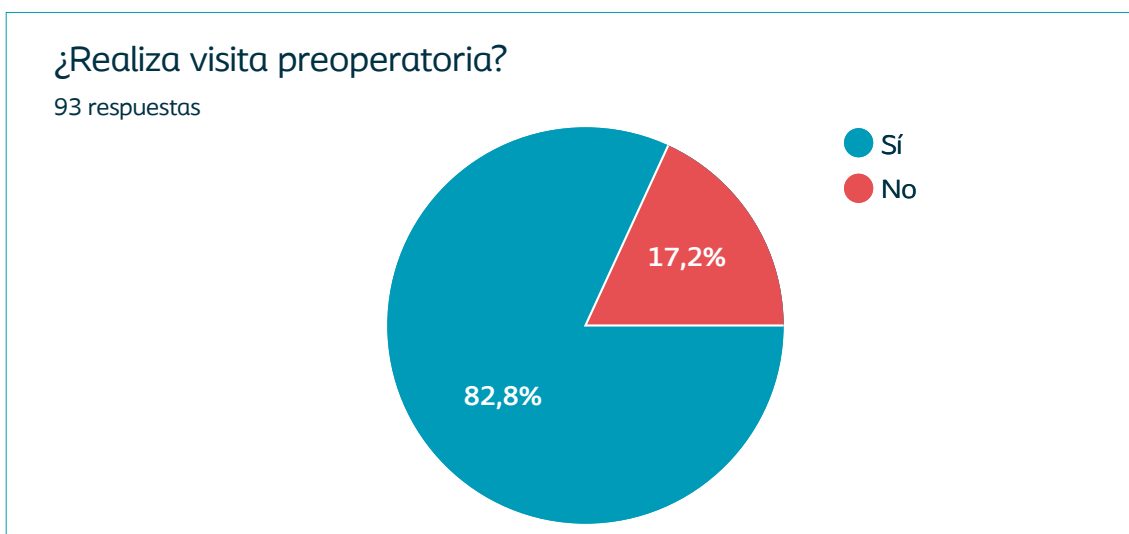
7.1. ANEXO 1. NÚMERO DE PACIENTES POR CONSULTAS



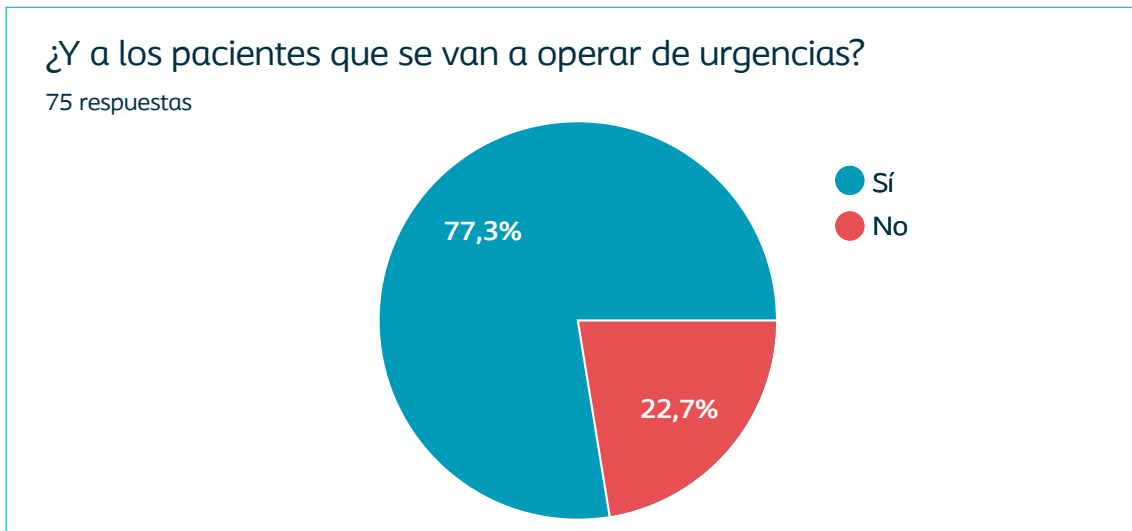
7.2. ANEXO 2. RESULTADOS ENCUESTA VISITA PREOPERATORIA

El 40% de los profesionales que contestaron el cuestionario tenían más de 10 años de experiencia profesional. Los temas sobre los que solicitó información fueron:

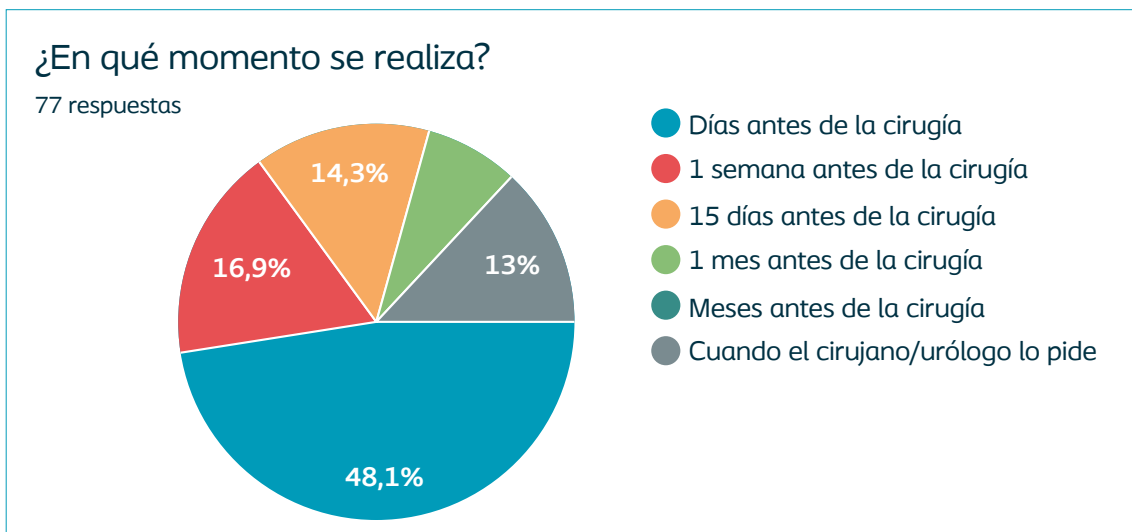
- a) *Realización de visita preoperatoria*: el 82.8% realiza esta actividad como inicio de la relación terapéutica y el 80.5% la realiza a todos los pacientes programados. De las estomaterapeutas que no realizan visita preoperatoria, el 48% responde que es por falta de protocolo en su hospital.



b) *Cirugía de urgencias y visita preoperatoria o marcaje*: un 22.7% de los encuestados contestan que sí la realizan en pacientes urgentes.



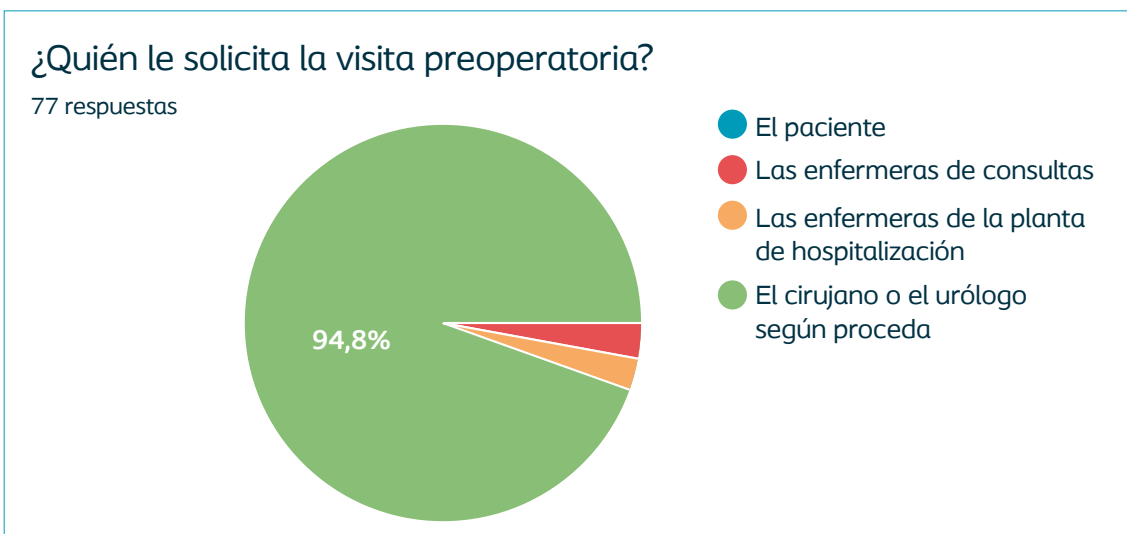
c) *Momento en que se realiza*: el 48.1% la realiza días antes de la cirugía y un 44.1% entre una semana y 1 mes antes de la intervención.



d) *Solicitud de la actividad*: el 31.2 % refiere que se utiliza la interconsulta electrónica para ello, mientras que el 29.9% comenta que se la solicitan por otras vías.



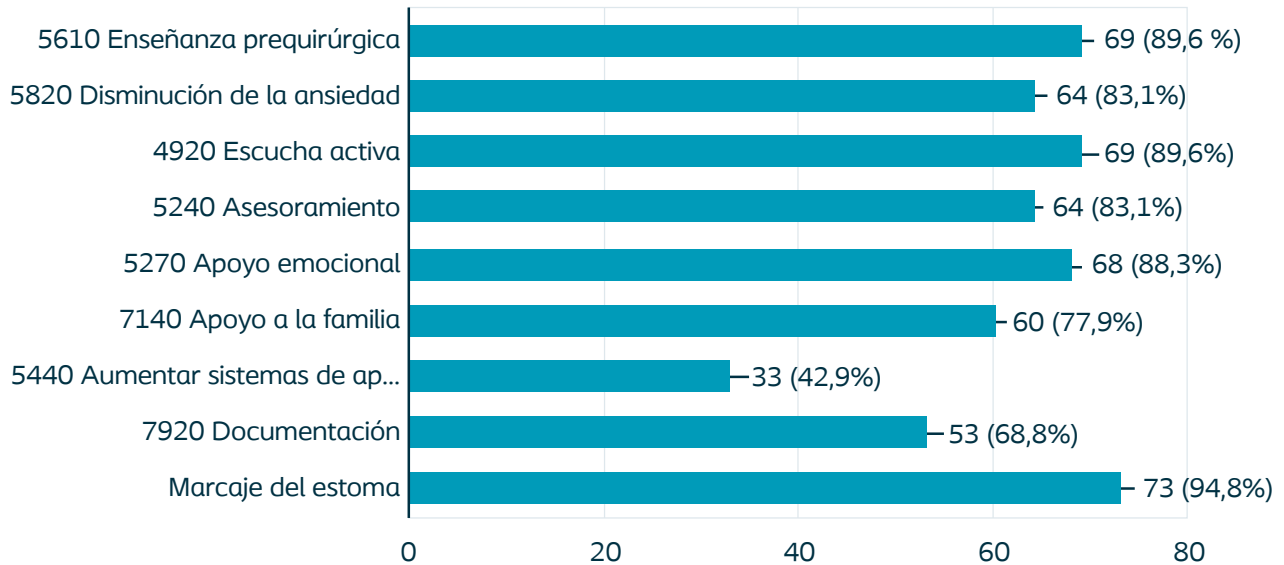
El 94.8% indica que la solicitud la realiza el cirujano/urólogo.



e) Las intervenciones enfermeras propuestas más puntuadas fueron: marcaje 94.8%, enseñanza prequirúrgica y escucha activa 89.6%, apoyo emocional 88.6%, disminución de la ansiedad y asesoramiento 83.1%.

De las intervenciones enfermeras que se le proponen a continuación (formuladas según la Clasificación de las Intervenciones Enfermeras-2019), ¿cuáles realiza en la visita preoperatoria?

77 respuestas

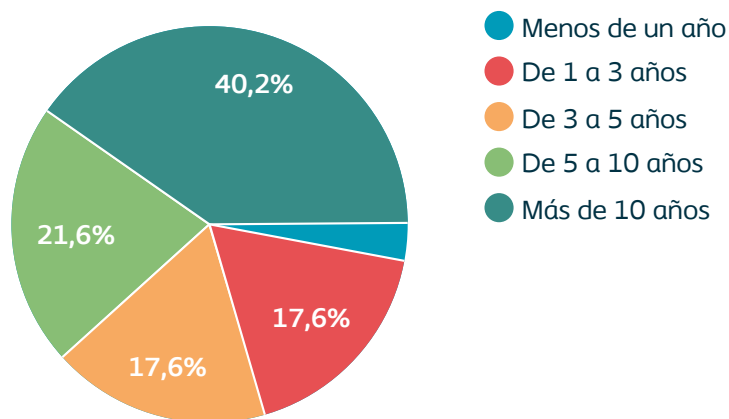


De las intervenciones sugeridas por 16 de los encuestados en el espacio abierto habilitado las más repetidas fueron: información nutricional, información postoperatoria, prehabilitación ERAS, asesoramiento, procesos postoperatorios y complicaciones.

Aproximadamente el 47% de los profesionales que contestaron el cuestionario tenían más de 5 años de experiencia profesional, de los cuales la mitad de ellos superan los 10 años de experiencia.

¿Cuánto hace que ejerce como estomaterapeuta?

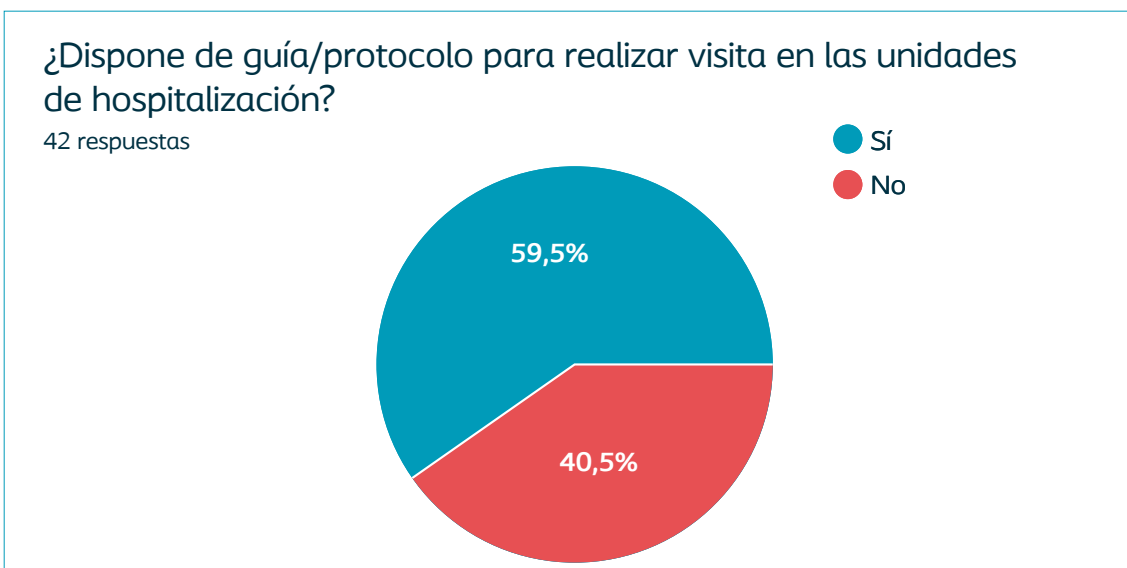
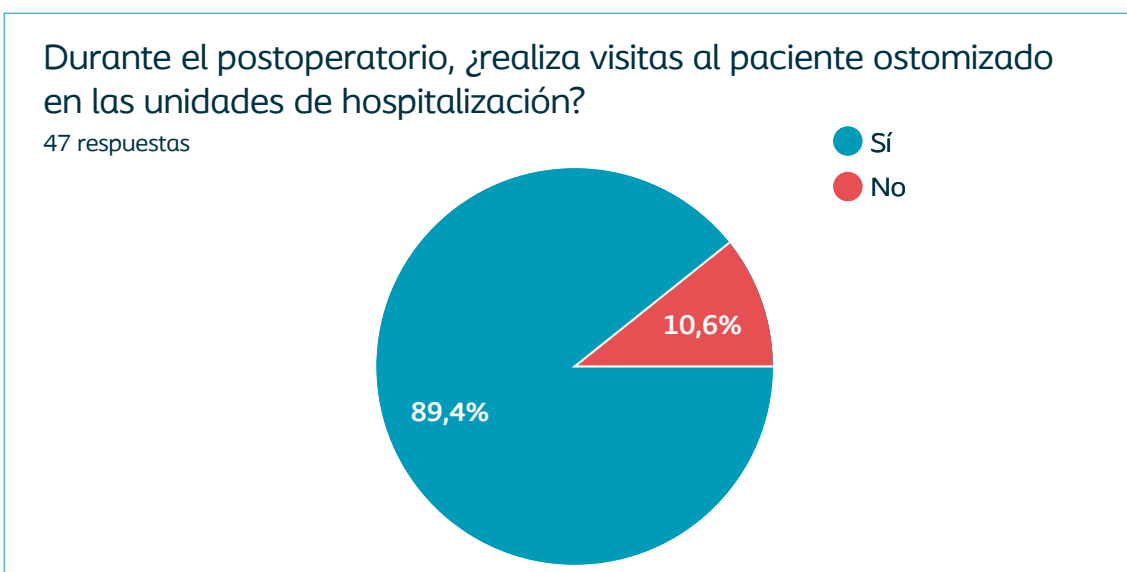
102 respuestas



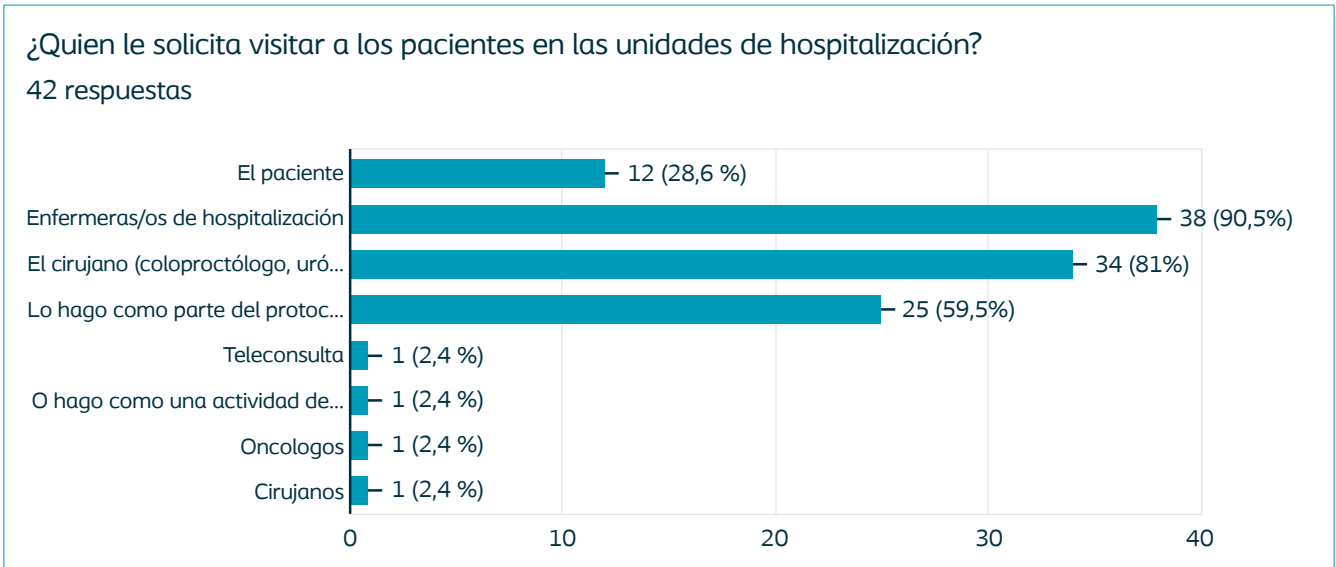
7.3. ANEXO 3. RESULTADOS ENCUESTA HOSPITALIZACIÓN

Se obtuvieron 47 respuestas, de las que el 94% eran mujeres, mayores de 40 años principalmente (80%) y un 46,8% de profesionales tenían más de 5 años de experiencia. Sobre las preguntas realizadas, los resultados obtenidos fueron:

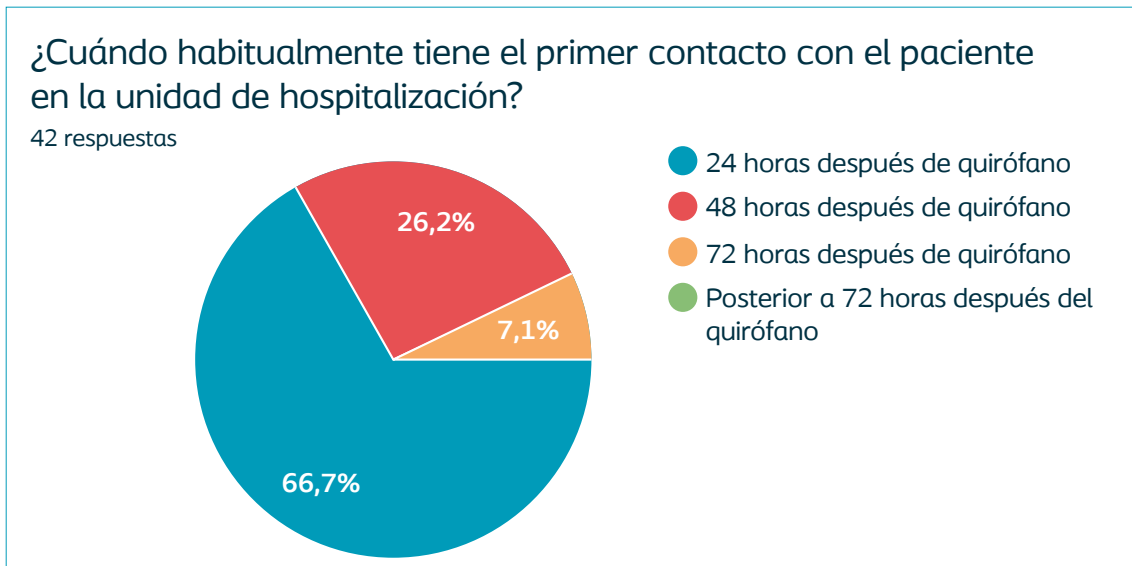
- a) Realización de visita en unidades de hospitalización: El 89.4% de los encuestados realiza esta actividad. El 59.5% no dispone de guía/protocolo que la regularice (a partir de esta esta pregunta solo contestaron 42 personas).



b) Cómo y quién la solicita: más del 80% de los encuestados refieren que se solicita mediante comunicación verbal directa del cirujano y mediante comunicación directa con los enfermeros de hospitalización. Menos de la mitad lo hace como parte de protocolo/guía. En cuanto a quien la solicita, nuevamente más del 80% la solicita el cirujano y los enfermeros de hospitalización.

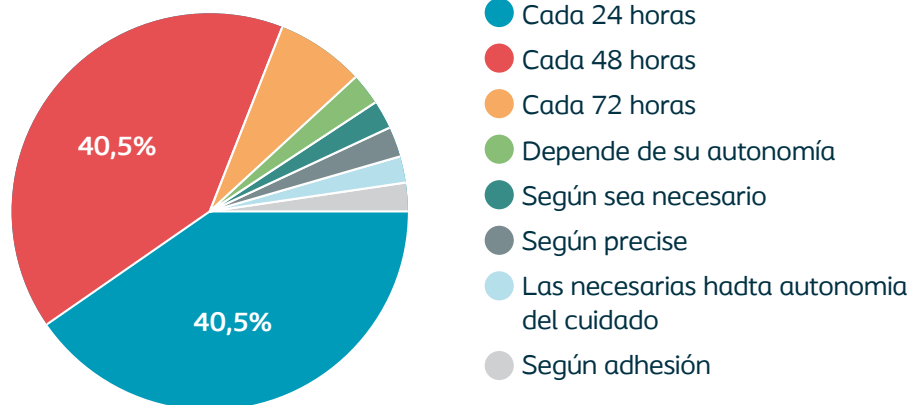


c) Frecuencia y cantidad de visitas: el 66.7% de los encuestados refieren que el primer contacto con el paciente en la unidad de hospitalización lo tienen a las 24 horas y ninguno más allá de las 72 horas. Más del 80% los visita cada 24-48 horas y aproximadamente el 40% lo visita diariamente.



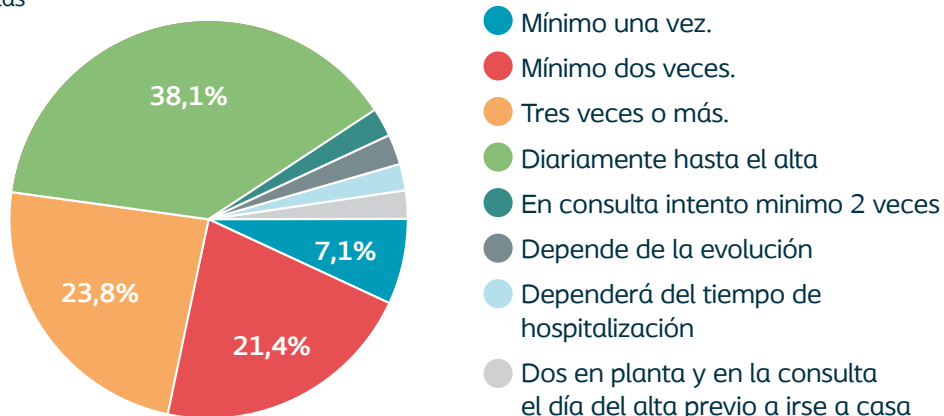
¿Cada cuánto visita al paciente habitualmente en la unidad de hospitalización?

42 respuestas

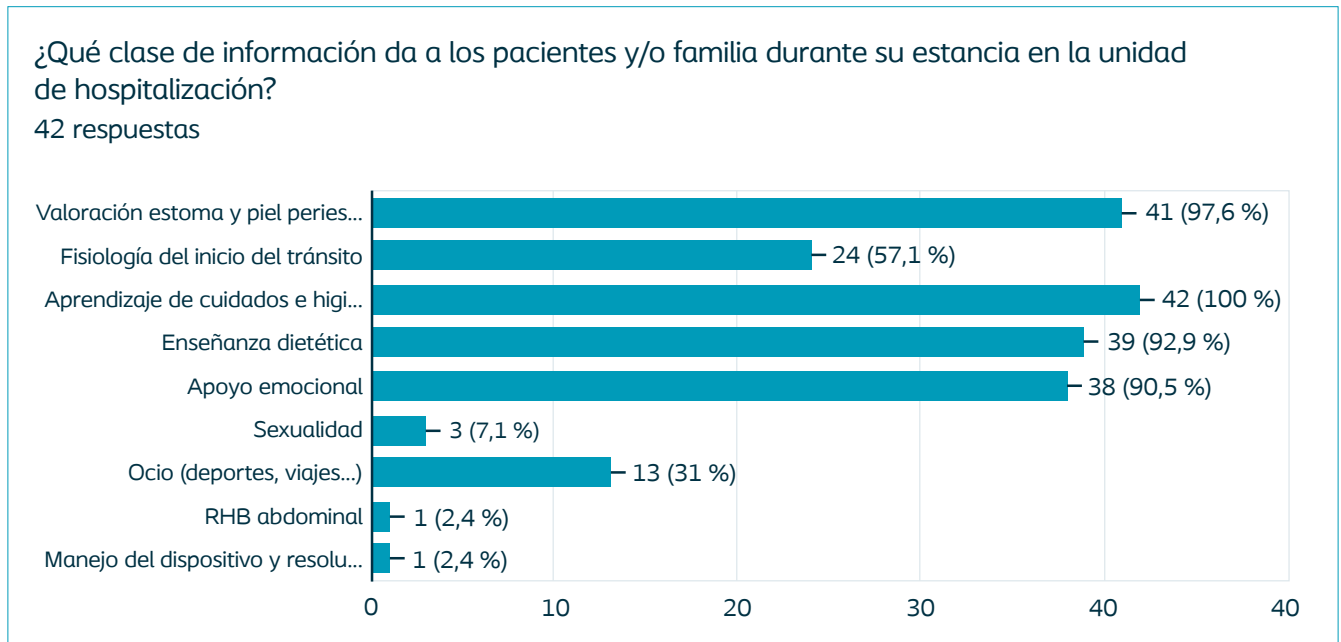


¿Cuántas veces visita al paciente habitualmente en la unidad de hospitalización?

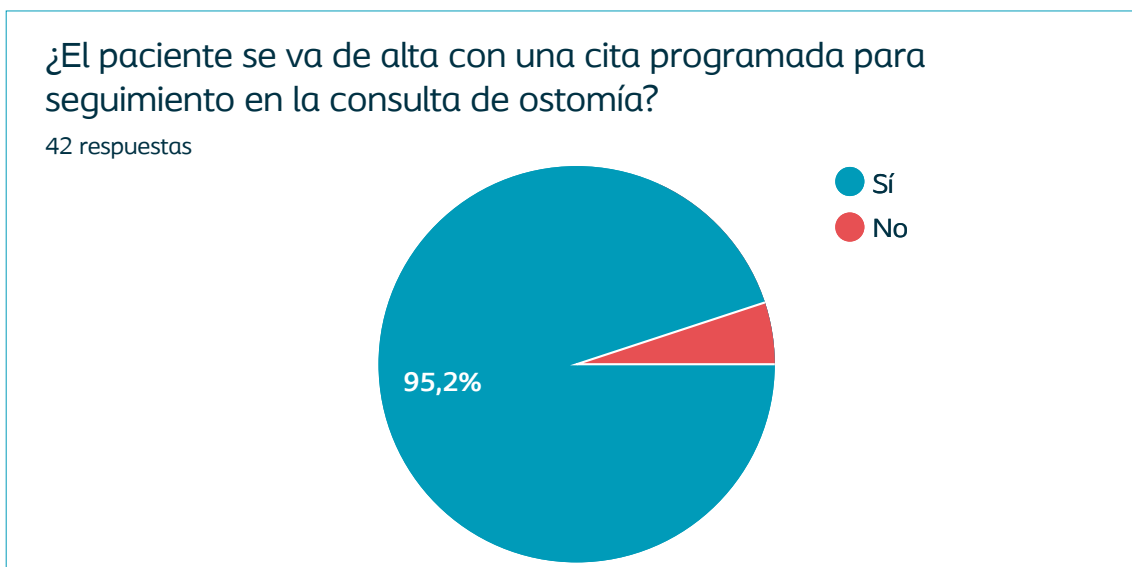
42 respuestas

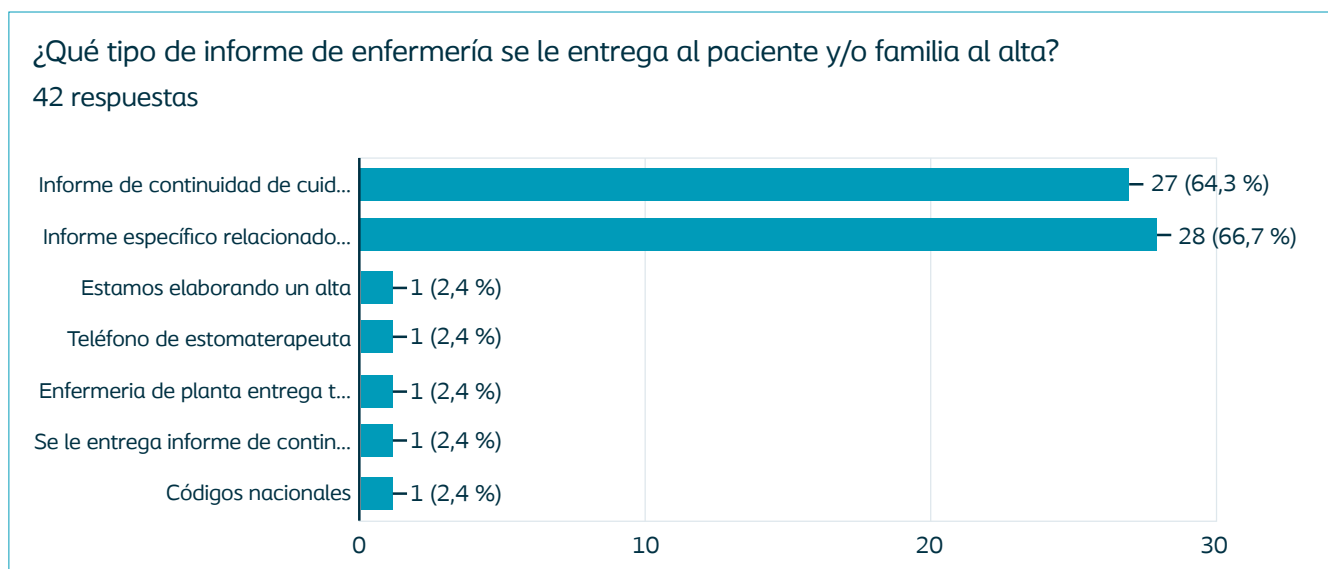


- d) En cuanto a la información que se da: más del 90% informa sobre valoración estoma y piel periestomal, aprendizaje de cuidados e higiene del estoma, dieta y apoyo emocional. Cerca del 60% informa también del inicio del tránsito.



- e) En lo referente al alta: aproximadamente el 65% realiza un informe de continuidad de cuidados o un informe específico relacionado con el estoma desde la consulta de ostomía. Además el 95% se va con una cita programada para seguimiento en consulta.

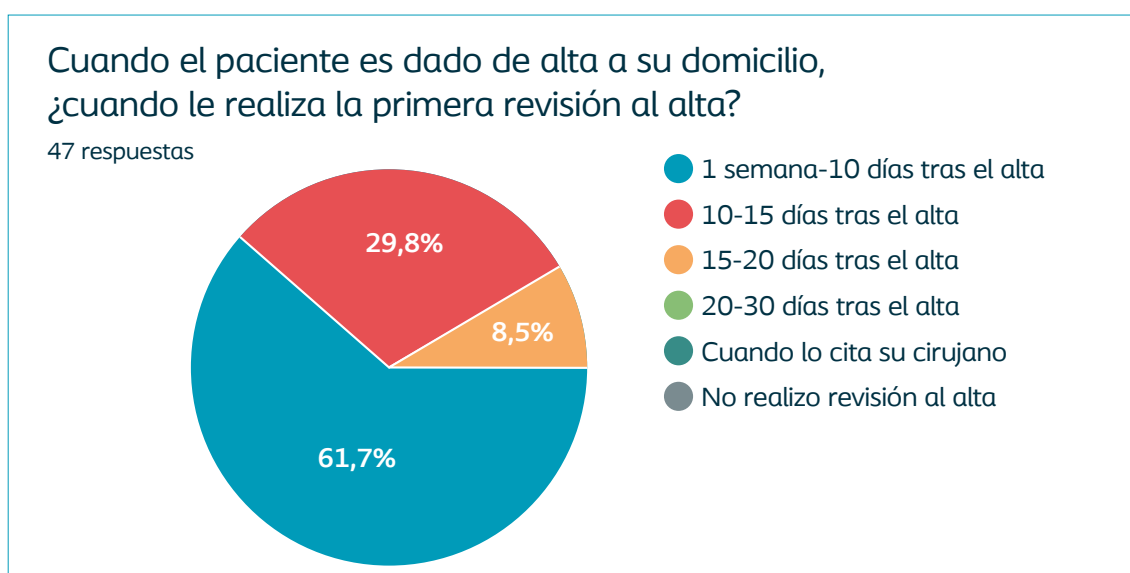




7.4. ANEXO 4. RESULTADOS ENCUESTA AL ALTA

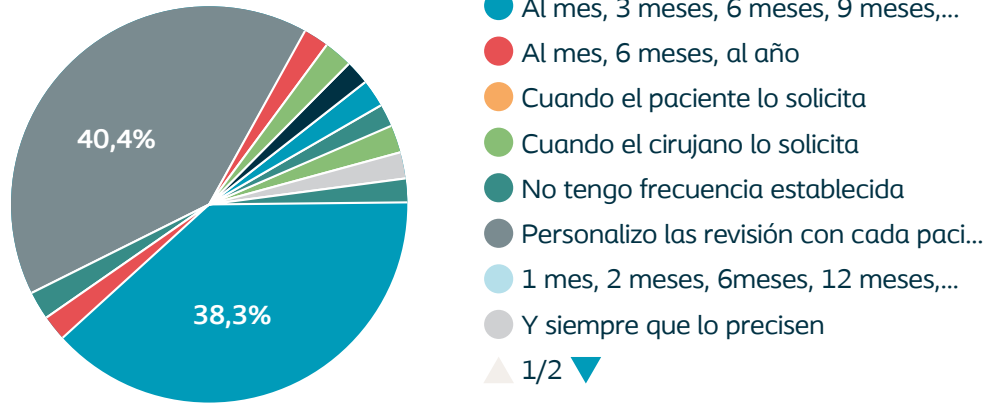
Se obtuvieron 47 respuestas en las que un 46,8% de profesionales tenían más de 5 años de experiencia. Sobre las preguntas realizadas, los resultados obtenidos fueron:

- a) Primera revisión al alta: se realizará entre los 7-15 días tras la intervención quirúrgica en un 91,5%, siguiendo una secuencia de revisiones (38,3% de respuestas) al mes, 3 meses, 6 meses, 9 meses y un año. Cabe destacar que un 40,4% de los expertos personaliza las revisiones con cada paciente.



¿Cuál es la secuencia de revisiones en consultas que usted sigue tras esa primera revisión?

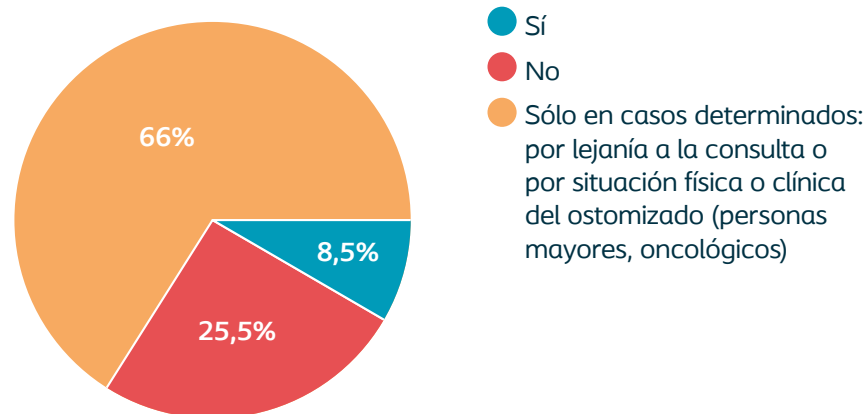
7 respuestas



b) Coordinación con atención primaria: un 25% de los encuestados manifiesta no tener coordinación con AP, y cuando se realiza esta coordinación, se realiza a través de la enfermera de enlace, siendo la vía de comunicación más frecuente la telefónica.

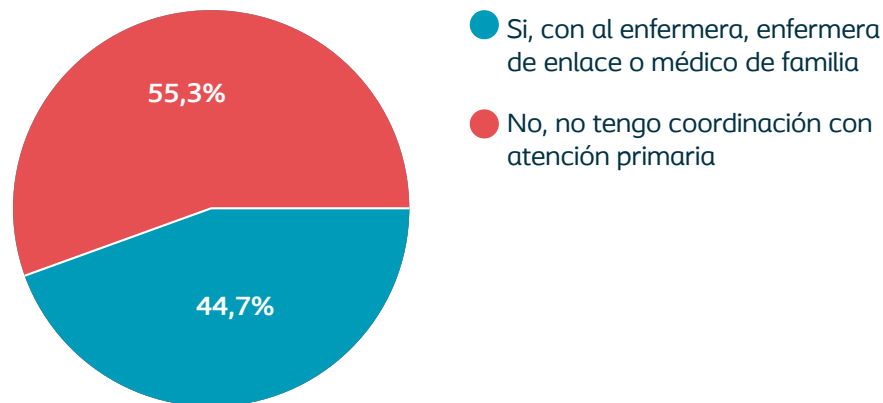
Si tiene coordinación con atención primaria, ¿la tiene en todos los casos?

47 respuestas



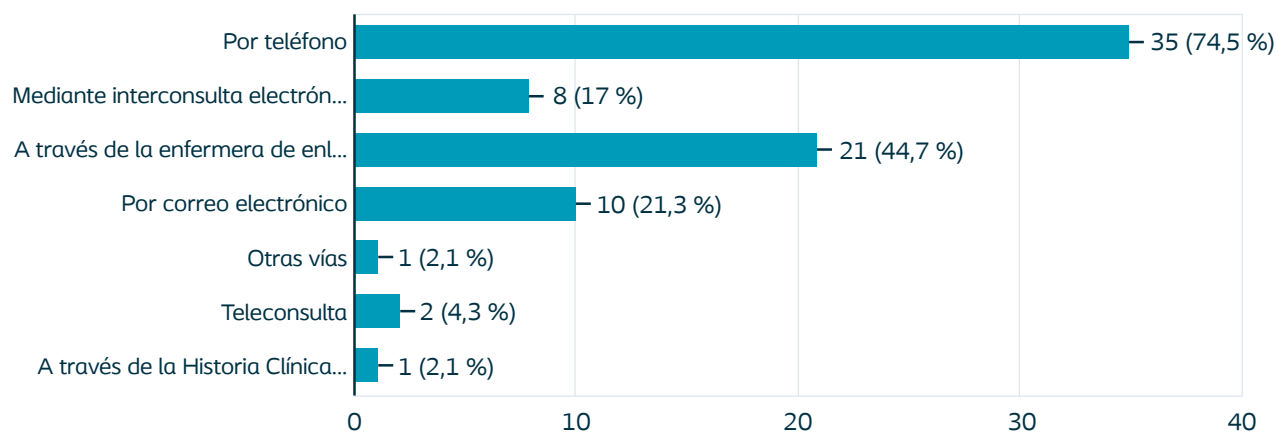
¿Realiza algún tipo de coordinación con atención primaria para el seguimiento de los pacientes ostomizados?

47 respuestas



¿Cuáles son las vías de comunicación más frecuentes para realizar la coordinación o la comunicación con atención primaria?

47 respuestas



7.5. ANEXO 5. COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS DE ELIMINACIÓN

7.5.1. COMPLICACIONES TEMPRANAS

Son las que aparecen en los primeros días de la intervención. La actuación de enfermería incluye la prevención y la detección precoz de las complicaciones.

a) **DERMATITIS:** es la complicación más frecuente.

- **Definición:** Es una lesión producida en la piel periestomal por la acción de agentes irritantes.
- **Causas:** El contacto con heces, orina, alergia al dispositivo, enfermedad cutánea persistente, quimioterapia, radioterapia e irritación mecánica.
- **Clasificación:** química, mecánica y alérgica. Las dermatitis químicas y mecánicas son una complicación iatrogénica de los cuidados de enfermería.
- **Manifestación clínica:** como cualquier dermatitis.
- Si es de 1º grado presenta eritema, edema y dolor.
- Si es de 2º grado presenta erosiones, sangrado y exudado. El paciente siempre refiere dolor y/o prurito.
- **Tratamiento:** el mejor tratamiento es la prevención.
- Adaptar el diámetro del dispositivo o bolsa al tamaño del estoma, según el tipo de ostomía aplicar un sistema de una o dos piezas, abierto o cerrado.
- Si el estoma técnicamente no es correcto; mal ubicado, retraído, plano... Añadir a los cuidados anteriores pasta barrera, un micropore para aumentar la superficie adhesiva y utilizar un sistema de dos piezas con cinturón.
- Para mantener la piel periestomal en óptimas condiciones aplicar solución astringente manzanilla y/o protector cutáneo.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Valorar las características de la lesión.
 2. Identificar la causa: mecánica, química y/o alérgica.
 3. Valorar la extensión y el grado.
 4. Adecuar el dispositivo al tipo de ostomía, dibujo del estoma y tiempo de permanencia del dispositivo.

5. En las dermatitis de 1º grado limpiar la piel periestomal con solución astringente, suero fisiológico o manzanilla, aplicar pasta barrera o apósito hidrocoloide y colocar el dispositivo.
6. En dermatitis de 2º grado, limpiar la piel periestomal con solución salina, manzanilla o sulfato de cobre al 1/1000, aplicar polvos hidrocoloideos, crema o pasta de óxido de zinc durante 20 minutos, retirar el producto y aplicar pasta barrera unos 0,5 cm alrededor del borde del estoma y una placa hidrocoloide transparente en el resto de la piel periestomal con dermatitis, colocar posteriormente el dispositivo de dos piezas con cinturón, con el objetivo de que el dispositivo tenga una duración superior a 24 horas y un máximo de tres días para la revisión.
7. En las dermatitis alérgicas aplicar solución salina y sulfato de cobre al 1/1000 y crema de cortisona durante 20-30 minutos y cambiar la marca del dispositivo.
8. Hacer partícipe al paciente/familia.
9. Registro y seguimiento de la intervención.

b) NECROSIS:

- **Causa:** está producida por la interrupción del flujo sanguíneo dentro de la cavidad abdominal o en el trayecto parietal del asa intestinal. Es una complicación iatrogénica de la técnica quirúrgica.
- **Manifestación:** En las primeras horas del postoperatorio se identifica un cambio progresivo en la coloración del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro. Hay que establecer la extensión de la isquemia y la afección parcial o total de la circulación del estoma.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Avisar y valorar la necrosis cirujano/enfermera.
 2. Controlar color, aspecto, la extensión de la necrosis y la funcionalidad del estoma.
 3. La extensión se puede valorar por visión directa y/o realizando un tacto manual por el estoma.
 4. Si no precisa reintervención quirúrgica, colocaremos un dispositivo de dos piezas transparente.
 5. Realizaremos la limpieza del estoma 2 o 3 veces al día con agua y jabón o toallitas húmedas y aplicamos una solución antiséptica y colagenasa con el objetivo de acelerar el proceso de reparación biológica del estoma.
 6. Cuando la zona esté en fase de cicatrización aplicaremos alginatos, hidrofibras, colagenasas o hidrogeles.

7. Si la necrosis es de colostomía valorar efectuar irrigaciones de esta cada 12-24 horas y con un volumen mínimo de 500 ml de suero salino o agua con sal tibia.
8. Hacer tacto digital diariamente con el objetivo de prevenir estenosis de la mucosa cutánea.
9. Hacer partícipe activo/pasivo al paciente/familia de las intervenciones a realizar.
10. Registro y seguimiento de la intervención.

c) INFECCIÓN Y SEPARACIÓN MUCOCUTÁNEA:

- **Definición:** es la separación de la unión mucocutánea del estoma y puede ser parcial o total.
- **Manifestación:** aparece una celulitis o supuración periestomal, fiebre, rubor y dolor. En otros casos aparece absceso que se drena de forma espontánea o con técnica quirúrgica.
- **Causa:** la separación o dehiscencia provocada por el drenaje de una infección espontánea o terapéutica, no es completa y es poco frecuente ya que se produce por una contaminación precoz de la herida. Otras causas frecuentes son la tensión excesiva del intestino abocado y un diámetro del estoma demasiado grande en relación al tamaño del intestino.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Avisar y valorar la dehiscencia/infección junto con el cirujano.
 2. Valorar y registrar la localización y la extensión de la lesión con la técnica de las agujas horarias.
 3. Debemos extremar las medidas de asepsia al curar el estoma e identificar precozmente los signos de infección.
 4. Procederemos a tratarla como cualquier herida quirúrgica.
 5. Limpiar la zona 2-3 veces al día con solución salina, aplicar colagenasa, hidrofibra o alginato en el trayecto de absceso.
 6. Cuando la herida esté en fase de granulación proceder con alginatos, hidrofibras o hidrogeles.
 7. Medir el estoma y la infección y aplicaremos un dispositivo transparente de dos piezas abierto o cerrado. Es importantísimo intentar que el exudado no condicione la adhesión del dispositivo.
 8. Si se trata de una colostomía efectuar irrigación cada 12-24 horas.
 9. Hacer tacto digital diariamente para prevenir estenosis de la unión mucocutánea.

10. Hacer partícipe al paciente/familia pasiva o activamente.

11. Registro de las intervenciones realizadas.

d) EDEMA

- **Definición:** es la inflamación fisiológica y el aumento del componente intersticial de la mucosa intestinal.
- **Causa:** la consecuencia de la movilización propia del acto quirúrgico.
- **Manifestada:** por mucosa brillante y tensa, dilatada y cambia el color.

Este edema puede durar de una a dos semanas y desaparecer espontáneamente.

- **Intervenciones de enfermería:**

1. Avisar y valorar el edema junto con el cirujano.
2. Registrar aspecto, tamaño, color y funcionalidad del estoma.
3. Limpiar la mucosa con toallitas húmedas o tisúes para evitar sangrado.
4. Aplicar sobre la mucosa azúcar o agua fría dos veces al día.
5. Colocar dispositivo de dos piezas abierto o cerrado.
6. Vigilar y evitar que se cronifique ya que podría ocluir y comprometer la funcionalidad del estoma, lo que supone una reintervención.
7. Hacer partícipe al paciente/familia activa o pasivamente.
8. Registro de las intervenciones realizadas.

e) HEMORRAGIA

Es poco frecuente y aparece en las primeras horas del postoperatorio:

- **Causa principal:** La hemostasia inadecuada de un vaso subcutáneo y/o submucoso en el trayecto del intestino a la pared abdominal o la lesión de la mucosa durante la intervención.
- **Manifestado:** Acumulo de sangre en la bolsa del dispositivo.
- **Diferenciará:** La procedencia: renal, enterocutánea o de mucosa. Sí es de pared abdominal, el cirujano determinará la reintervención.

- **Intervenciones de enfermería:**

1. Avisar y valorar la hemorragia cirujano/enfermera.
2. Registrar cantidad de la pérdida, aspecto arterial de la misma y localización de la zona sangrante.
3. Valoraremos el estado hemodinámico del paciente.
4. Si la hemorragia es cutánea haremos hemostasia local con adrenalina, esponja de gelatina absorbente, nitratos, agua oxigenada, también si procede compresión manual. En algún caso es necesario dar sutura al punto sangrante.
5. Limpiar el estoma igual que en el edema.
6. Utilizaremos un dispositivo de dos piezas transparente para una visualización permanente.
7. Participación activa/pasiva del paciente/familia.
8. Registro de todas las intervenciones realizadas.

f) **SALIDA PRECOZ DE LOS TUBOS**

Los tubos ureterales tienen la función de drenado de la vía excretora superior. Sirve como tutor y modela la anastomosis uretero-intestinal, evitando estenosis y retracciones favoreciendo el proceso de cicatrización de las suturas anastomóticas al mantenerla en reposo al paso de la orina y evitando la aparición de fístulas. Si no está contraindicado se retirarán por orden facultativa a los 14 días el primero y a los 15 días el segundo, sólo retirando la fijación y tirando con suavidad de los mismos.

- **Definición:** Pérdida de los tubos ureterales de forma precoz.
- **Causa:** mala movilización del paciente, pérdida de anclajes.
- **Manifestada:** por disminución de la diuresis, dolor.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Vigilancia estricta por el personal de enfermería.
 2. Precaución en la movilización del paciente.
 3. Comprobar los anclajes.
 4. Control de diuresis.
 5. En caso de salida precoz, avisar al cirujano.

g) OBSTRUCCIÓN DE LOS TUBOS

- **Definición:** obstrucción de los tubos ureterales.
- **Causa:** cuerpos extraños como coágulos, moco o cálculos en la pelvis renal que ocasiona estancamiento de orina con el riesgo de comprometer el parénquima renal y/o ocasionar un fallo de la sutura de la unión uretero-ileal.
- **Manifestada:** por disminución de la diuresis, dolor.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Vigilancia estricta por el personal de enfermería de la correcta fijación del catéter derecho e izquierdo para control de la diuresis de los riñones respectivos.
 2. Descartar acodamientos, desplazamientos o excesiva presión del punto de sutura que los fija a la piel.
 3. Permeabilidad de los mismos.
 4. Control de diuresis identificando el tubo.
 5. Precaución en la movilización del paciente.
 6. Avisar al cirujano en caso de obstrucción.
 7. Realizar lavado si está prescrito con las máximas medidas de asepsia. Introducir de 3 a 5 cc de suero fisiológico recogiendo mediante aspiración suave la cantidad introducida.
 8. Si persiste la obstrucción o no podemos recoger la cantidad introducida en su totalidad, avisar al cirujano.

7.5.2. COMPLICACIONES TARDÍAS

Son aquellas que ocurren tras un mes de la cirugía, por tanto valoradas y tratadas en el seguimiento al alta.

a) DERMATITIS

Descritas previamente en las complicaciones inmediatas.

b) GRANULOMAS

- **Definición:** son lesiones de origen no neoplásico debido a material de sutura, irritación cutánea crónica y/o rozamiento del dispositivo sobre el estoma.

- **Manifestado:** Una protuberancia epidérmica, pequeñas masas carnosas que aparecen alrededor o sobre el estoma de forma aislada o generalizada. Clínicamente: dolor, sangrado y/o molestias periestomales.
- **Prevención:**
 1. Adaptar el dispositivo de forma correcta, separación estoma-piel alrededor de 2-3 mm.
 2. Utilizar accesorios: pasta barrera, cinturón, etc. para aumentar la adhesividad y aislar la zona afectada del contacto de agentes irritantes.
 3. Observar la evolución de la sutura mucocutánea y retirarla cuando proceda.
- **Intervenciones, cuidados, tratamiento:**
 1. Escuchar clínica referida por el paciente.
 2. Retirar dispositivo y observar zona lesionada.
 3. Valorar causa: suturas, dermatitis y/o roces.
 4. Si es por sutura, aplicar corticoide tópico o nitrato de plata.
 5. Si es por dermatitis aislar zona afectada ajustando tamaño del dispositivo al estoma y añadir accesorios. Si es por roces y múltiples en mucosa consultar al facultativo su esclerosis.
 6. Hacer partícipe activo-pasivo paciente-familia todo el proceso.
 7. Registrar intervenciones realizadas.

c) ESTENOSIS

- **Definición:** disminución progresiva del calibre de la unión mucocutánea secundaria a necrosis, infección, obesidad, nuevos brotes de la enfermedad etc.
- **Manifestado:** Dificultad para realizar tacto digital, la clínica que manifiesta el paciente puede o no referir dificultad para evacuar.
- **Prevención:** El tacto digital o la dilatación con sonda es la medida de prevención más eficaz y efectiva de prevenir las estenosis del estoma, las hemos descrito en las complicaciones inmediatas de infecciones y necrosis pero en este caso lo asumirá el paciente/familia.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. En la revisión del paciente preguntar si ha observado algún cambio en la evacuación en cantidad y forma de lo drenado, si sufre molestias al evacuar, dolor en la zona de la ostomía y/o dolor en fosa renal e impactación fecal que requiere cuidado sanitario.

2. Observamos aspecto del estoma y realizamos tacto digital/uso de dilatadores (sonda vesical).
3. Valorar grado de estenosis:leve,moderada o severa.
4. En caso de estenosis leve realizar diariamente el paciente/familia dilatación del estoma mediante tacto o sonda.
5. En caso de estenosis moderada realizar diariamente el paciente/familia una dilatación del estoma con sonda según el calibre de este y pautar dieta molida pobre en residuos. Consultar con el cirujano la cirugía de reconstrucción de forma programada y preferente.
6. En caso de estenosis severa valorar conjuntamente con el cirujano la cirugía de reconstrucción urgente.
7. Registrar intervenciones realizadas.

d) HERNIA PERIESTOMALES

- **Definición:** Es un fallo en la pared abdominal ocasionado por el acto quirúrgico.
- **Manifestado:** Pequeñas tumoraciones o grandes hernias y pueden acompañarse de prolapso que aumenta la dificultad de adaptación de los dispositivos. Clínicamente vemos un bulto irregular en la zona periestomal que es más evidente al estar de pie o al ejercer presión intraabdominal producida por esfuerzos físicos, tos, obesidad, etc.
- **Prevención:** En el informe de continuidad de cuidados le daremos las siguientes pautas de prevención.
 1. Evitar modificar su peso habitual durante al menos 3-4 meses.
 2. Comer cinco veces al día saludable y de forma controlada.
 3. No esfuerzo físico.
 4. Ejercicio físico moderado:caminar,nadar,yoga,etc.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Observar el abdomen del paciente de pie y acostado.
 2. Acostado el paciente, explorar manualmente la zona periestomal para valorar integridad muscular.
 3. Valorar las dimensiones de la protrusión y la rotura de la pared.

4. Indicar al paciente los cuidados descritos en la prevención.
5. Colocar faja, recordándole al paciente que se la debe colocar acostado.
6. Valorar en conjunto con el cirujano, por si tuviera indicación de cirugía.
7. Hacer partícipe al paciente/familia de las intervenciones.
8. Registrar las intervenciones realizadas.

e) PROLAPSO

- **Definición:** La eversión de la mucosa a través del anillo rígido de la suturamucocutánea que afecta a toda la pared del colón, su causa es iatrogénica. Puede presentarse de forma súbita pero es más habitual que sea progresivo. Observamos protusión del estoma pero que es mucosa lo que se revierte, que variará en longitud pudiendo ser mayor de 5 cc. Su solución es quirúrgica.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Escuchar al paciente cuando comenzó a notar la alteración, valorar crecimiento lento o brusco y que molestias le ocasiona.
 2. Retirar el dispositivo y observar la mucosa en posición sentada y acostada.
 3. Reducir manualmente la eversión con masajes circulares y presión al mismo tiempo en posición de decúbito supino.
 4. Enseñar al ostomizado y/o familia realizar esta actividad.
 5. Aumentar el diámetro del dispositivo para evitar ulceraciones de la mucosa.
 6. Valorar en conjunto con el cirujano.
 7. Evitar esfuerzos físicos bruscos y que cuando se note que se salió acostarse e introducirlo para dentro.
 8. Explicar signos y síntomas de complicación y cuando acudir a urgencias.
 9. Implicar al ostomizado y/o familia en todo el proceso.
 10. Registro de las actividades realizadas.

f) FÍSTULA

- **Definición:** Debuta como absceso subcutáneo periestomal que se manifiesta como fístula enterocutánea periestomal con salida del contenido intestinal en otra zona distinta del orificio del estoma.
- **Manifestado:** Puede presentarse por recidiva de enfermedad inflamatoria, puntos perforantes y cono del sistema de irrigación. Su tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.
- **Intervenciones de enfermería**
 1. Observar y anotar clínica referida por el paciente.
 2. Valorar conjuntamente con el cirujano.
 3. Retirar dispositivo y observar orificio fistuloso.
 4. Valorar trayecto de la fístula.
 5. Anotar diariamente: aspecto, débito por fístula y por estoma, color del drenado, consistencia, olor, etc.
 6. Intentar independizar el orificio fistuloso del dispositivo.
 7. Aplicar apósito oclusivo en orificio fistuloso.
 8. Implicar al paciente y/o familia todas las actividades.
 9. Registrar actividades realizadas.

g) ÚLCERA Y ESCORIACION DE LA MUCOSA-DEPÓSITO DE CRISTALES

- **Definición:** Heridas en piel y mucosa como consecuencia de incrustación de cristales de fosfato en piel y mucosa del estoma por alcalinización de la orina.
- **Manifestado:** heridas en piel, estenosis del estoma, hemorragia e irritación cutánea.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Vigilar y comprobar ph de orina con tiras reactivas:5.5 -- 6.5.
 2. Lavados con ácido acético(solución de vinagre al 1:2 o 1:5).
 3. Ingesta de alimentos ricos en vitamina C para acidificar la orina.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden ME, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res.* 2016 Jan;25(1):125-33.
- 2.- Sun V, Grant M, McMullen CK, Altschuler A, Mohler MJ, Hornbrook MC, Herrinton LJ, Baldwin CM, Krouse RS. Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013 Jan-Feb;40(1):61-72.
- 3.- Coca C, Fernández de Larrinoa I, Serrano R, García-Llana H. The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015; 42:257-63.
- 4.- Zelga P, Kluska P, Zelga M, Piasecka-Zelga J, Dziki A. Patient-Related Factors Associated With Stoma and Peristomal Complications Following Fecal Ostomy Surgery: A Scoping Review. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2021 Sep-Oct 01;48(5):415-30.
- 5.- Cobos Serrano JL. Grupo COF. Libro Blanco de la Ostomía en España. Madrid: Editado por Coloplast Productos Médicos, S.A.; 2018
- 6.- The Oryx Group. The Canadian Ostomy Patient. Pennington, MJ. 2001
- 7.- Boletín Oficial del Estado [Internet]. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf>
- 8.- Servicio Canario de Salud. Atención integral y especializada a la persona portadora de un estoma. [Internet]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/77d68dbc-46d8-11e8-b63f-1fb30ce7f9b8/Gui%C2%B4a%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20y%20Especializada%20a%20la%20persona%20portadora%20de%20un%20Estoma.pdf>
- 9.- Cuidado y manejo de la ostomía [Internet]. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Toronto, Canadá: RNAO; 2009. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
- 10.- Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Toronto, Canadá: RNAO; 2019 (2ª ed.). Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf
- 11.- Grupo de trabajo HUCI. Manual de buenas prácticas de humanización en Consultas de Ostomía. Madrid: Proyecto HU-CI; 2022. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/bpostomia>
- 12.- Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria.* 1 de noviembre de 2016;30:25-30
- 13.- Boletín Oficial del Estado [Internet]. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>
- 14.- Boletín Oficial del Estado [Internet]. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>
- 15.- Boletín Oficial del Estado [Internet]. Estatuto de Autonomía de Canarias. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1982/08/16/pdfs/A22047-22053.pdf>
- 16.- Boletín Oficial del Estado [Internet]. Ley Orgánica 1/2018, de 5 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Canarias. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-15138-consolidado.pdf>

- 17.- Boletín Oficial del Estado [Internet]. Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1994/BOE-A-1994-19583-consolidado.pdf>
- 18.- ServicioCanariodeSalud.[Internet].PlandeSaluddeCanarias.Disponibleen:<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>
- 19.- Mwinkaara A., Baatiema L., Abimbola S. The impacts of decentralisation on health-related equity: A systematic review of the evidence. *Health Policy*. 2016; 120 (10): 1183-92.
- 20.- Graham G., Ostrowski M., Sabina A. Population Health-Based Approaches to Utilizing Digital Technology. *Journal of Public Health Policy*. 2016; 37(2):154-66.
- 21.- Boletín Oficial del Parlamento de Canarias. [Internet]. 10L/PNLP-0096 Sobre medidas para que las personas ostomizadas tengan los mismos derechos que los demás ciudadanos. Disponible en: <https://www.parcn.es/files/pub/bop/10l/2021/480/bo480.pdf>
- 22.- Boletín Oficial del Estado [Internet]. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>
- 23.- Gurrutxaga M. Responsibility in nursing care: placing the patient at the centre. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018;IV Série(17):161-70.
- 24.- Hines S, Munday J, Kynoch K. Effectiveness of nurse-led preoperative assessment services for elective surgery: a systematic review update. Vol. 13, JBI database of systematic reviews and implementation reports. 2015. p. 279-317.
- 25.- Orihuela-Pérez I, Pérez-Espinosa JA, Aranda-Salcedo T, Zafra-Norte J, Jiménez-Ruiz RM, Martínez-García Á, et al. Visita preoperatoria de enfermería: evaluación de la efectividad de la intervención enfermera y percepción del paciente. *Enferm Clin*. 2010 Nov;20(6):349-54.
- 26.- WOCN Society, AUA, and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Ostomy Surgery. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2021 Nov;48(6):533-6.
- 27.- Preoperative Stoma Site Marking Decreases Stoma and Peristomal Complications. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2020 May;47(3):E8-9.
- 28.- Stokes AL, Tice S, Follett S, Paskey D, Abraham L, Bealer C, et al. Institution of a Preoperative Stoma Education Group Class Decreases Rate of Peristomal Complications in New Stoma Patients. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2017 Jul;44(4):363-7.
- 29.- Ministerio de Sanidad. [Internet] Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía del adulto (RICA). Editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2021. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2021/docs/via-clinica-cirugia-adulto-rica-2021.pdf>
- 30.- Koet LL, Kraima A, Derksen I, Lamme B, Jacobus E, Belt T, et al. Effectiveness of preoperative group education for patients with colorectal cancer: managing expectations. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06072-5>
- 31.- T. Heather Herdman PhD, RN F, Shigemi Kamitsuri PhD, RN F, INTERNACIONAL N. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2015-2017. Barcelona: ELSEVIER, editor. BARCELONA; 2015.
- 32.- Butcher, Bulechek D & W. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7th ed. Elsevier Ltd; 2019. 528 p.
- 33.- Anguita MC, Talayero M, Herrero S, Martín M, Pardo P, Gil A. Comportamientos de miedo y ansiedad prequirúrgicos e intensidad de dolor percibida tras una artroscopia de rodilla. *Enferm Clin [Internet]*. 2016;26(4):227-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.02.002>
- 34.- Millan M, Tegido M, Biondo S, García-Granero E. Preoperative Stoma Siting and Education By Stomatherapists in Colorectal Cancer Patients: a Descriptive Study of 12 Colorectal Surgery Units in Spain. *Colorectal Disease*. 2009;
- 35.- Karaveli Cakir S, Ozbayir T. The effect of preoperative stoma site marking on quality of life. *Pak J Med Sci*. 2018;34(1):149-53.

- 36.- Resolución nº 21/2017. Documento relativo al marcaje de estoma como intervención Enfermera. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/normativa-de-resoluciones-de-ordenacion-profesional/resoluciones/send/143-2017/1065-resolucion-n-21-2017-de-14-de-diciembre-de-2017>
- 37.- Pat Castillo L, Espinosa Estevez J, Sánchez Bautista M, Cruz Castañeda O, Cano Garduño M, Gabriel Rivas J, Hernández Corral S. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enfermería Universitaria* (2018)
- 38.- Fernández Camiñas J, Pérez Taboada M, Méndez López E, Sobrado Otero M, Lorenzo Díaz C, Barral Rodríguez, M. Plan de Mejora Integral de la atención hospitalaria a pacientes portadores de ostomías digestivas. *Rev Paraninfo Digital*, 2011
- 39.- Villa G, Mannarini M, Della Giovanna G, Marzo E, Manara DF, Vellone E. A literature review about self-care on ostomy patients and their caregivers. *Int J of Uro Nursing*. julio de 2019;13(2):75-80.
- 40.- Santos R de P, Fava SMCL, Dázio EMR. Self-care of elderly people with ostomy by colorectal cancer. *Journal of Coloproctology* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2024 Mar 3];39(3):265–73. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=ejs55513926&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- 41.- Luis Cibanal Juan, María del Carmen Arce Sánchez, María del Consuelo Carballal Balsa. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud : + StudentConsult en español [Internet]. Vol. 3.a edición. Amsterdam: Elsevier; 2014 [cited 2024 Mar 3]. Available from: <https://search.ebscohost-com.bibproxy.ulpgc.es/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1151785&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- 42.- Fernandes Sousa CP, Brito Santos CS. Effect of a Stoma Nursing Care Program on the Adjustment of Patients with an Ostomy. *Aquichan*. 30 de marzo de 2020;20(1):1-13.
- 43.- SCS. Continuidad de cuidados [Internet]. [Gobiernodecanarias.org](https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=3307972c-ed43-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=33b1b3a4-ab2b-11dd-970d-d73a0633ac171). [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=3307972c-ed43-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=33b1b3a4-ab2b-11dd-970d-d73a0633ac171>.
- 44.- Mohamed NE, Shah QN, Kata HE, Sfakianos J, Given B. Dealing With the Unthinkable: Bladder and Colorectal Cancer Patients' and Informal Caregivers' Unmet Needs and Challenges in Life After Ostomies. *Seminars in Oncology Nursing*. febrero de 2021;37(1):151111.
- 45.- Mary Jo Boyle, Rachel Millard, Denise Cooper. Improving Self-Care Outcomes in Ostomy Patients via Education and Standardized Discharge Criteria. *Home healthcare now* [Internet]. 2020 Jan 3 [cited 2024 Mar 3];38(1). Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsair&AN=edsair.doi.dedup.....a19d40df773f25c2dafa7c751576d36&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- 46.- Zhou L, Zhang F, Li H, Wang L. Post-discharge health education for patients with enterostomy: A nationwide interventional study. *J Glob Health*. 13 de diciembre de 2023;13:04172.
- 47.- Intestinal ostomy: Adversities and care strategies after hospital discharge. *Avances en Enfermería*, ISSN 2346-0261, Vol 39, Nº 3, 2021, pags 376-385 [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 3]; Available from: <https://search.ebscohost-com.bibproxy.ulpgc.es/login.aspx?direct=true&db=edsoai&AN=edsoai.on1342752865&lang=es&site=eds-live&scope=site>
- 48.- 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-Pacific Journal of Oncology Nursing*. enero de 2022;9(1):21-31.
- 49.- Moro Gutiérrez, L., & González Fernández-Conde, M. (2022). La atención humanizada en el cuidado del paciente oncológico. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 26(64). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2022>.

