

Trabajos del sector

Autores:

¹Cristina Coca Pereira
²Ignacio Fernández de Larrinoa Arcal
²Raquel Serrano Gómez

¹ Doctora en Psicología. Metodóloga del Instituto Antae (Madrid).
² Licenciado/a en Psicología. Coordinador/a de proyectos del Instituto Antae (Madrid).

Dirección de contacto:

Cristina Coca Pereira
 C/ María de Guzmán 9, 4º A.
 28003 Madrid.
 E-mail: antae@antae.net

Fecha de recepción: el 29/11/2013.
 Aceptada su publicación: el 7/01/2014.



Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía

Resumen

Objetivo: comparar las complicaciones inmediatas de los pacientes portadores de ostomía entre enfermos que reciben atención especializada en ostomía (AEO) y entre los que no disponen de esta atención (sin AEO).

Método: se realizó un estudio multicéntrico nacional, cuasi-experimental y prospectivo, registrando las complicaciones por la ostomía y sus implicaciones en 402 pacientes.

Resultados: la intervención con AEO reduce el porcentaje de enfermos con complicaciones, siendo menos graves y de menor duración, necesitando menos ingresos hospitalarios, de menor duración y necesidad de otra intervención quirúrgica. También se desenvuelven cada vez mejor con el manejo del estoma, necesitando menos ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Asimismo, el sentimiento de ansiedad y/o depresión causado por el estoma fue menor en los pacientes con AEO. Por último, el número de bolsas usadas cada 24 horas por los enfermos con AEO es uniforme, en cambio los pacientes sin AEO van aumentando.

Conclusiones: la valoración global de los resultados hallados permite apoyar la hipótesis de la importancia del papel de los profesionales enfermeros especializados encontrada en la literatura. La AEO se convierte en la referencia de atención sanitaria del paciente para preguntarle dudas, consultar sus problemas y prevenir y/o tratar las complicaciones.

Palabras clave

Pacientes ostomizados; complicaciones de la ostomía; colostomía; ileostomía; atención especializada en ostomía; estomaterapeutas.

Cómo citar este artículo:

Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. *Metas Enferm* 2014; 17(1): 23-31.

Abstract

Early complications in ostomized patients receiving or not receiving ostomy-specialized nursing care

Purpose: to compare immediate complications in ostomized patients receiving ostomy-specialized nursing care (OSC) or not receiving OSC (no OSC).

Methods: a multicenter, national, prospective, quasi-experimental study was carried out to assess ostomy complications and their impact in 402 patients.

Results: use of OSC resulted in a reduced proportion of patients with complications. Complications were less severe and had a shorter duration; hospital admissions were also less common and shorter; and less surgical procedures were needed. Furthermore, patients are more able to manage ostomies and require less help for their activities of daily living (ADL). Moreover, anxiety and/or depression feelings resulting from ostomies were lower in patients receiving OSC. Finally, the number of ostomy bags per 24 hours remained constant in patients receiving OSC, whereas an increasing number of bags was used by patients not receiving OSC.

Conclusions: an overall assessment of our findings supports the hypothesis on the importance of professional nursing specialists as reported in literature. Patients' doubts and problems can be solved and complications can be prevented and/or treated. Thus, OSC becomes a healthcare reference for the ostomized patient.

Keywords

Ostomized patients; ostomy complications; colostomy; ileostomy; ostomy-specialized care; stoma therapists.

Introducción

El término "ostomía" es aquel con el que se denomina a la intervención quirúrgica cuyo objetivo es establecer una comunicación artificial entre una víscera o entre dos órganos a través de la pared abdominal, a fin de conducir al exterior la materia fecal, los desechos orgánicos u otras secreciones del organismo. La abertura que se crea en la ostomía recibe el nombre de "estoma". Las ostomías más comunes son la colostomía e ileostomía para la eliminación de las heces y la urostomía para la expulsión de la orina.

La realización de un estoma implica, además, la pérdida del control voluntario de eliminación de las heces o la orina y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar las materias fecales o urinarias, lo que requiere un adecuado entrenamiento del paciente para desempeñar los cuidados adecuados de su ostomía (1).

Los pacientes portadores de estomas no solamente tienen cambios importantes de tipo fisiológico, sino también de tipo psicológico y social que pueden llegar a mermar su calidad de vida (2-5). La mayoría de estudios coinciden en que estos sujetos pueden tener una mayor percepción negativa de su imagen corporal, mayor tendencia a la depresión y/o ansiedad y disminución de sus actividades laborales, sociales y sexuales (6,7).

Estas alteraciones se relacionan en gran medida con la ausencia de una información preoperatoria y postoperatoria adecuada para la prevención de complicaciones relacionadas con el estoma, influyendo globalmente en la calidad de vida del paciente (8). También se ha indicado que estos enfermos mantienen un mejor cuidado del estoma y evitan más complicaciones locales cuando reciben una atención especializada en ostomías (AEO), por lo que el profesional experto en este tipo de cuidados es una figura importante en la atención al paciente con ostomía (9).

La atención a los enfermos ostomizados ha de ser, y así lo demandan ellos mismos, integral y personalizada (10,11), siendo así que, hace ya más de 50 años, en 1961, el Dr. Rupert Turnbull y la señora Norma Gil iniciaron en la Cleveland Clinic (Ohio) un programa de formación de estomaterapeutas (12). Aunque no era enfermera, sino una paciente portadora de una ileostomía, la Sra. Gill es considerada como la primera estomaterapeuta del mundo, considerándose desde entonces dicha actividad como una especialidad en EE. UU., generalizándose a continuación en el resto del mundo.

En España, el primer curso de estomaterapia se organizó en 1985, en Pamplona, bajo la dirección de la enfermera inglesa Bárbara Foulkes y del cirujano Héctor Ortiz, ambos miembros de la Sociedad Mundial de Estomaterapia.

En 1987, se creó en la Escuela de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid el título de Experto en Estomaterapia, programa dirigido por el enfermero y médico Dr.

Jesús Sánchez Martos, título reconocido por la Sociedad Mundial de Estomaterapia (13).

Las funciones de los estomaterapeutas han sido debatidas y contrastadas y su profesionalidad, competencia y habilidades se va demostrando día a día, si bien, a pesar de ello, los servicios sanitarios españoles de diferentes hospitales funcionan de distinta manera (13-18). En algunos de ellos se cuenta con profesionales de AEO, mientras que en otros, pese a las evidencias científicas, todavía no (13,18).

El objetivo de este estudio es comparar las complicaciones a corto plazo que presentan los pacientes portadores de ostomías entre aquellos que reciben atención especializada en ostomías (AEO) y entre los que no disponen de esta atención (sin AEO).

Método

Se trata de un estudio multicéntrico nacional, cuasiexperimental, prospectivo, que compara las complicaciones padecidas a los 15 días, al mes y a los tres meses de la ostomía, la atención requerida para solucionar dichas complicaciones, la información sobre el dispositivo utilizado, el manejo del estoma, la necesidad de ayuda para realizar tareas de la vida diaria (AVD) y la ansiedad o depresión causada por el estoma.

Antes de poner en marcha la investigación se obtuvo la calificación de la Agencia Española del Medicamento de estudio observacional no postautorización (NO-EPA) y fue aprobado por todos los Comités de Ética de Investigación de los centros sanitarios correspondientes.

Los criterios de inclusión en ambos grupos de pacientes que debían someterse a una ostomía fueron: ser mayores de edad, saber leer y escribir, dar su consentimiento informado oral y por escrito para participar en el estudio.

En el caso de los pacientes con AEO (Grupo I) debían además recibir un protocolo de atención sanitaria, definido previamente por un comité de expertos, que incluía: a) en el preoperatorio: evaluación integral y formación; y b) en el postoperatorio: información general, cuidados e higiene del estoma y de la piel periestomal, cambio de dispositivo, consejos dietéticos y nutrición, prevención y reconocimiento de complicaciones, alta con respaldo (teléfono de consulta), impacto y apoyo emocional, adaptación al perfil farmacoterapéutico, evaluación y seguimiento.

La recogida de la información se ha llevado a cabo desde el 9 de marzo de 2012 hasta el 26 de junio de 2013. Del total de los 908 cuestionarios recibidos se eliminaron 506, fundamentalmente, por ser cuestionarios incompletos, pacientes a los que finalmente no se les realizó la ostomía o éxitus. Con el objetivo de asegurar una representatividad de la población de pacientes ostomizados/año estimada en 13.329, con un nivel de confianza del 95%, se han ponderado los cuestionarios de ambos grupos por Comunidades Autónomas.

Se ha contado con un total de 297 investigadores/as pertenecientes a 160 hospitales de ámbito nacional, con los que se llevaron a cabo once reuniones en las que se explicó el estudio, el procedimiento y las herramientas a utilizar en el mismo.

Materiales

1. Hoja de información al paciente. Consentimiento informado asegurando confidencialidad, voluntariedad y anonimato, respetando la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
2. Recogida de datos pre-intervención quirúrgica que incluye datos sociodemográficos del paciente.
3. Información clínica del enfermo que contiene datos relacionados con la intervención quirúrgica y el tipo de estoma que le han practicado.
4. Registro evolutivo a los 15 días, mes y tres meses, que recoge información sobre las complicaciones que haya podido tener el paciente desde la intervención quirúrgica hasta el día 15 postostomía, del día 16 al día 30 postostomía y del día 31 a los 90 días posteriores a la intervención. Se trató de recoger tanto el número como la intensidad de las complicaciones y tratar de saber a quién acudió y cómo se resolvieron. Además se recoge información sobre el dispositivo utilizado, la rutina de mantenimiento y la generación de posibles limitaciones físicas, sociales y/o psicológicas para llevar una vida normal. El registro evolutivo de los pacientes del Grupo II se efectuó telefónicamente, por un entrevistador entrenado, a los 15 días, al mes y a los tres meses.

Resultados

Fueron analizados 402 casos, correspondiendo 313 al Grupo I y 89 al Grupo II.

Datos sociodemográficos (n= 402)

El 71,9% de los participantes son hombres, sin diferencias estadísticamente significativas entre los Grupos I y II. La edad media es de 61,3 años. Un 77,9% están casados y el 80,9% viven con su pareja (con/sin hijos), más de la mitad tiene estudios primarios y un 50,8% es pensionista. De los pacientes que trabajaban antes de la ostomía, un 71,5% eran trabajadores por cuenta ajena, un 18,5% trabajaban por cuenta propia y un 10% tuvo otro tipo de actividad (Tabla 1).

A lo largo del estudio se produce un descenso de los pacientes que dicen estar aún de baja laboral en el Grupo I, del 44% a los 15 días de la intervención a un 40,7% al mes y un 32,3% a los tres meses de la misma.

En el Grupo II, se observa un aumento considerable desde la toma de los 15 días (49,6%) hasta la toma de un mes (60,2%) para descender posteriormente en la toma de los tres meses (54,2%). En cualquiera de las tres tomas de datos, los pacientes de baja son más numerosos en el Grupo II.

Características de la ostomía (n= 402)

El 81,1% de las intervenciones han sido programadas, operándose de manera urgente al 18,9% de los enfermos. Como era de esperar, las intervenciones programadas y el

Tabla 1. Características sociodemográficas por grupos y totales (n= 402 casos)

	Grupo I (con AEO)	Grupo II (sin AEO)	Total
Edad media	63 años	59,3 años	61,3 años
Estado civil			
Casado/a	80,8%	74,5%	77,9%
Soltero/a	10,3%	13,8%	11,9%
Viudo/a	6,1%	4,3%	5,2%
Otro	2,8%	7,4%	5%
Convivencia			
Pareja e hijos	48,8%	48,4%	48,6%
Pareja sin hijos	33%	31,4%	32,3%
Solo/a	8,8%	7,4%	8,2%
Con sus padres	6%	3,7%	5%
Con amigos	0,6%	2,7%	1,5%
Otro	2,8%	6,4%	4,5%
Nivel de estudios			
Primarios	48,6%	58,3%	52,8%
Secundarios	2,9%	23,9%	26,8%
Estudios superiores	12,9%	16,6%	14,5%
Otro	9,5%	1,2%	5,9%
Situación laboral			
Pensionista	54,5%	47%	50,8%
Trabaja	27,6%	38,7%	33,1%
Parado/a	6,5%	3,9%	5,3%
Retirado (incapacitado)	3,3%	2,8%	3%
Estudiante	0,9%	2,2%	1,5%
Otro	7%	5,5%	6,3%

marcaje previo a la operación fueron más comunes en el Grupo I, mientras que dos tercios de las urgentes y sin marcaje se realizaron en pacientes correspondientes al Grupo II.

La enfermedad de base más común ha sido la oncológica, presente en el 80,3% de los pacientes. Le siguen las enfermedades no oncológicas (10,1%), otras enfermedades de base (5,0%) y la enfermedad inflamatoria intestinal (4,8%).

El tipo de ostomía más frecuente ha sido la colostomía (51,6%), ileostomía (28,7%) y urostomía (16,5%). Las operaciones que han requerido dos o incluso tres tipos de ostomías tienen carácter residual, ya que solamente representan el 3,0% del total.

Casi al 60% de los pacientes (58,3%) se les ha practicado una ostomía permanente. De ellos, el 47,2% corresponde a pacientes del Grupo I y en el 52,8% restante a sujetos del Grupo II.

Registro de las complicaciones debidas a la ostomía

El número de complicaciones que ha tenido cada paciente ha sido variable, aunque el mayor porcentaje ha tenido una/dos complicaciones y en muy pocos casos ha llegado a padecer tres o cuatro complicaciones al mismo tiempo.

El porcentaje de complicaciones en el Grupo I con AEO (n= 313) decrece en el tiempo de manera constante, mientras que la incidencia de complicaciones en pacientes del Grupo II sin AEO (n= 89) es menor en términos relativos en los primeros 15 días y en el primer mes, pero no así después de los tres meses tras la operación (Tabla 2).

Respecto a los días medios que han durado las complicaciones, los valores mínimos y máximos varían de 0 a 90 días para ambos grupos. Las medias de duración para el Grupo I fueron 5,9 a los 15 días (desviación típica (DT) 7,2), 6,2 al mes (DT 9,1) y 10 días a los tres meses de la ostomía (DT 23,7). En el Grupo II han tenido de media 6,7 días (DT 3,9) a los 15 días, al mes 9,5 (DT 7,1) y a los tres meses 18,5 días (DT 19,1), lo que sugiere que el Grupo II sin AEO ha tenido más días de complicaciones de media, pero podría decirse por la DT que han estado más concentrados.

Cuando se trata de acudir a alguien o a algún sitio para resolver las complicaciones surgidas, la gran mayoría de los pacientes del Grupo I, independientemente de la toma de datos, acuden a la AEO.

En cambio los pacientes del Grupo II, su elección de a quién acudir depende del momento del estudio en el que se esté: para la toma de los 15 días siguientes a la operación únicamente un 11,3% acuden a AEO, y acuden a la autogestión y

Tabla 2. Porcentaje de pacientes ostomizados, según grupo, toma de datos y tipo de complicación

Complicaciones	Grupo I (con AEO)			Grupo II (sin AEO)		
	15 días	1 mes	3 meses	15 días	1 mes	3 meses
Dermatitis	49,4%	45,1%	35,6%	34,8%	16,2%	8,8%
Granulomas	2,2%	13,7%	13%	0%	5,9%	9,7%
Infección (unión mucocutánea)	4,9%	1%	0%	20,5%	18,1%	16,5%
Edema	2,5%	2,8%	0%	0%	0%	7,2%
Hemorragia	2,6%	1,9%	4,7%	0%	5,8%	9,6%
Isquemias/necrosis	0,3%	0,7%	0%	3,3%	0%	0,8%
Diarrea	5,5%	2,2%	8,9%	8,9%	8,6%	7,1%
Desgarro por puntos periestomales	5,6%	1,4%	0%	3,4%	3,1%	7,2%
Obstrucción	2%	0,7%	0%	6,6%	2,7%	0%
Prolapso	0%	0%	1,3%	0%	0%	3,6%
Hernias	0%	1,4%	3,3%	0%	0%	14,3%
Retracción	8,4%	17,6%	14%	0%	0%	0%
Úlcera periestomal	1,1%	2,4%	4%	16,4%	2,7%	7,1%
Dehiscencia	11,2%	2,6%	0%	0%	0%	0%
Estenosis	0,3%	3%	9,1%	0%	5,3%	0%
Descompensación metabólica/ Fracaso renal	0,7%	0%	0%	0%	2,7%	0%
Fístula	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Otras complicaciones*	3,4%	3,3%	6,1%	6,3%	28,8%	8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*Nota: cuando dicen que han sufrido otras complicaciones, se refieren a fugas o filtraciones, dolores, vómitos, hipotensión, problemas con el manejo del dispositivo o estoma, heridas por varilla, cólicos y problemas con las recetas. También ha habido un porcentaje considerable de pacientes que manifiesta haber sufrido otras complicaciones sin especificar cuáles han sido.

Tabla 3. A quién acudió para resolver las complicaciones según grupo y toma de datos*

A quién acudió para resolver las complicaciones	15 días		1 mes		3 meses	
	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II	Grupo I	Grupo II
Autogestión	5,7%	7,6%	2,1%	28,1%	5,2%	13,1%
Urgencias	2,3%	7,6%	2,3%	29,8%	0%	9,2%
Atención Primaria	0,4%	7,1%	0%	16,5%	0,9%	14,1%
Atención Especializada	5,1%	4,5%	3%	4,5%	16,3%	15,5%
AEO	60,9%	11,3%	86,4%	0%	67,3%	24,4%
Enfermera de planta	9,9%	3,7%	1%	3,9%	0%	0%
Farmacia	0%	0%	0%	0,9%	0%	0%
Otros pacientes, vecinos, amigos	0%	0%	0%	4,4%	0%	0%
Otros**	3,2%	6,4%	0,5%	0%	0%	0%

*Nota: estos porcentajes no informan sobre el número de visitas sino sobre el porcentaje a quién acuden los pacientes con complicaciones.

**Cuando dicen acudir a otras personas para intentar resolver la complicación declaran haber acudido principalmente, a familiares o no especifican a quién han pedido ayuda.

a urgencias un 7,6% respectivamente (Tabla 3). Ningún paciente acudió a la/s asociación/es de pacientes.

Para intentar resolver las complicaciones aparecidas, de forma principal y en la mayor parte de los casos del Grupo I con AEO se ha recurrido a accesorios para la ostomía (70,4%) y un 18,4% del Grupo II sin AEO. Un 17% del Grupo I informó otras formas de resolución, un 5,2% lo resolvió con tratamiento farmacológico, un 2,3% ingresó y 0,6% necesitó otra intervención quirúrgica.

En los datos del Grupo II sin AEO, se observa que la forma de resolución depende del tiempo que haya transcurrido desde la operación. Así, para los 15 primeros días, se utilizan accesorios de ostomía, ingreso hospitalario (26,4%), tratamiento farmacológico (21,7%) e intervención quirúrgica (20,9%). En la toma del mes, se recurre a tratamiento farmacológico mayoritariamente (43,9%) intervención quirúrgica (22,7%). Y si se trata de los tres meses, se necesitó de ingreso hospitalario (65,2%) y de tratamiento farmacológico (34,8%).

Los días medios de ingreso hospitalario varían dependiendo de la complicación, y se observan desde 4 hasta 15 días, aunque también ha habido un porcentaje de pacientes que ha necesitado ingreso, pero no ha especificado la duración de este.

Respecto al tipo de dispositivo utilizado un gran porcentaje de pacientes no ha contestado o no lo sabía. De los que sí han respondido, considerados en conjunto, la mayor parte utiliza dispositivos de dos piezas planos. A medida que fue pasando el tiempo desde la ostomía aumentó la duración de uso del dispositivo, siendo menos recomendable su cambio.

De los pacientes que informaron de los motivos para cambiar de dispositivo, podría decirse que los principales motivos por el Grupo I con AEO fueron filtraciones o fugas (35% a los 15 días, 17,5% al mes y 22,1% a los tres meses) y comodidad o preferencia del enfermo. En el Grupo II sin AEO, los motivos principales de cambio de dispositivo que argu-

mentaron fueron la falta de adhesividad o despegado (41,6% a los 15 días, 18,4% al mes y 23,6% a los tres meses) e higiene o rutina (27,6% a los 15 días, 50,1% al mes y 46,8% a los tres meses).

Según el tipo de bolsa utilizada, un 15,7% emplean bolsa con grifo. Los pacientes del Grupo I usan, principalmente, bolsas abiertas (40,5%) y los del Grupo II, bolsas cerradas (52,9%). Con respecto al número de bolsas usadas cada 24 horas, lo primero que llama la atención es que el número medio de bolsas utilizadas por los pacientes del Grupo I con AEO es uniforme (1,31 a los 15 días, 1,31 al mes y 1,30 a los tres meses); en cambio, el segundo grupo, a medida que pasa el tiempo va aumentando su consumo (1,06 a los 15 días, 1,27 al mes y 1,58 a los tres meses). El mínimo y máximo informado oscila entre cero y seis bolsas al día.

Los motivos por los que dicen que han necesitado cambiar la bolsa los pacientes del Grupo I con AEO fueron por rutina y fugas, mientras que en el grupo II sin AEO se hacen casi a partes iguales por rutina y fugas o por otros motivos como



Tabla 4. Manejo del estoma y necesidad de ayuda para realizar AVD

	Grupo I (con AEO)			Grupo II (sin AEO)		
	15 días	1 mes	3 meses	15 días	1 mes	3 meses
¿Cómo se maneja con el estoma?						
Muy bien	14,4%	32,2%	48,8%	15,1%	17%	36,7%
Bien	34,6%	42,1%	39,5%	29,2%	34,5%	37,2%
Regular	36,5%	18,8%	7,5%	13,8%	22,1%	34%
Mal	11,8%	5,5%	3,8%	19,5%	19,5%	7,5%
Muy mal	2,7%	1,4%	0,4%	7,9%	6,9%	6,4%
Necesita ayuda para realizar las AVD	47,1%	31%	17,9%	60,8%	48,1%	35,2%

llenado de la bolsa, higiene, recomendación del enfermero/a, irritación de la piel, despegado, alergia o rotura.

En cuanto al manejo del estoma, como cabría esperar, el paso del tiempo hace que el paciente se desenvuelva cada vez mejor (muy bien y bien), siendo esta mejoría más acusada en los pacientes del primer grupo. También se produce un descenso en el porcentaje de enfermos que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Los pacientes del segundo grupo necesitan más ayuda que los del primero (Tabla 4).

En la mayor parte de los casos son los familiares quienes prestan esa ayuda (79% a 98,6% dependiendo del momento). El número de horas semanales que necesita ayuda varía, entre 1 y 168 en ambos grupos, aunque en la media de horas es diferente en cada uno de ellos: el Grupo I con AEO necesita menos ayuda de horas semanales (media: 12; DT 22), que el Grupo II sin AEO que necesita 29 horas semanales (DT 38,3). También es señalable que la mediana del Grupo I fue menor (6,4 horas) que la del Grupo II (14 horas).

Un 48% del primer grupo y un 54,2% del segundo informo sentirse ansioso o deprimido por causa del estoma a los 15 días de la intervención disminuyendo a los 15 días a un 39,3% del Grupo I con AEO y un 39,1% del Grupo II y a los tres meses este descenso es más acusado en los pacientes del grupo I (21,6%) que para los del segundo grupo (33,1%). Para resolverlo, la mayor parte de ellos dice haber acudido a otras personas que no estaban en la lista de opciones (73% del grupo I con AEO y 69,2% del grupo II sin AEO). De las opciones especificadas acuden al psicólogo un 15% del grupo I y, en cambio, el grupo II fue mayoritariamente al médico de cabecera (23%).

Discusión y conclusiones

La valoración global de los resultados hallados permite apoyar la hipótesis de la importancia del papel de la AEO encontrada en la literatura especializada (13-18). La AEO reduce el porcentaje de enfermos con complicaciones serias y la duración de estas después del primer periodo de aprendizaje tras la intervención que justifica el descenso de los pacientes que están de baja laboral.

En general, se podría decir que los pacientes con AEO han sufrido complicaciones frecuentes y menos graves que los

que no contaron con dicha atención, necesitando menos ingresos hospitalarios, de menor duración y menos necesidad de otra intervención quirúrgica (15-18).

Ante las complicaciones, la AEO se convierte en la referencia de atención sanitaria para preguntar dudas, consultar sus problemas y prevenir y/o tratar las complicaciones, mientras que los pacientes que no disponen de esta atención acuden a distintos tipos de servicios. Cuando dicen acudir a otras personas para intentar resolver la complicación, declaran haber acudido principalmente a familiares.

Como cabría esperar, el paso del tiempo hace que el paciente se desenvuelva cada vez mejor con el manejo del estoma, siendo esta mejoría más acusada en los enfermos con AEO. También se produce un descenso en el porcentaje que necesitan ayuda para realizar tareas de la vida diaria y necesitan menos ayuda los pacientes con AEO (3-5,8).

Asimismo, el sentimiento de ansiedad o depresión causado por el estoma, va disminuyendo, siendo este descenso más acusado en los que contaron con atención de Enfermería especializada. En ellos, y de forma general, se da también los menores porcentajes de preocupación.

Referente al tipo de dispositivo, considerados en conjunto la mayor parte han contestado que utiliza dispositivos de dos piezas planos. Ha sido menos necesario el cambio de dispositivo a medida que iba pasando el tiempo y los motivos para necesitar dichos cambios fueron variados.

Generalizando, podría decirse que los principales motivos de los pacientes con AEO fueron filtraciones o fugas y comodidad o preferencia del paciente, mientras que los motivos principales que argumentaron los enfermos sin esta atención fueron la falta de adhesividad o despegado e higiene o rutina (20,21). Llama la atención que el número medio de bolsas utilizadas cada 24 horas por los pacientes con AEO es uniforme, en cambio los pacientes sin dicha atención, a medida que pasa el tiempo, van aumentándolas.

Por último, observar que los resultados hallados confirman la hipótesis sobre la importancia de la información y educación que la AEO puede aportar a los pacientes, especialmente en los primeros meses tras la intervención.

Agradecimientos

Desde el Instituto Antae queremos agradecer a los profesionales de enfermería, como investigadores que han apostado por un estudio innovador que permita poner de manifiesto la inestimable labor que realizan con sus pacientes, disminuyendo y aliviando el sufrimiento asociado a una ostomía y facilitando con su educación y apoyo emocional una vida con mayor dignidad y bienestar. También queremos agradecer a Hollister, como empresa patrocinadora del estudio "Estudio Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía" del que han sido extraídos estos datos, y que demuestra ser una empresa comprometida con sus principios en ayudar a los profesionales de enfermería a ofrecer mejores productos y servicios para hacer la vida de las personas ostomizadas más digna y gratificante.

Financiación

Hollister es patrocinador del presente estudio.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Si quieres ampliar más información sobre este artículo, consulta:

Introduce estos términos:

encuentra@
ENFERMERÍA INTELIGENTE

Pacientes ostomizados; ostomía; ileostomía; estomaterapeutas.



Contacta con los autores en:

antae@antae.net

Bibliografía

- Hollister. Manual de la persona ostomizada. [En línea] [fecha de acceso: 23 de diciembre de 2013]. URL disponible en: http://www.hollister.com/mexico/files/pdfs/ostomy_manual.pdf
- Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005; 14:74-81.
- Charúa Guindic L, Benavides León CJ, Villanueva Herrero JA, Jiménez Bobadilla B, Abdo Francis JM, Hernández Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir* 2011; 79 (2):149-155.
- De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas Enferm* 2011; 14(2): 24-31.
- Ruiz MD, Durán MC, Rivera S, Menéndez J. Calidad de vida y necesidades de personas ostomizadas y sus cuidadores. *Rev ROL Enferm* 2003; 26(4):309-314.
- Krouse R, Grant M, Ferrell B. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *J Surg Res* 2007; 138:79-87.
- Symms MR, Rawl SM, Grant M, Wendel CS, Coons SJ, Hickey S, et al. Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. *Clin Nurse Spec* 2008; 22:30-40.
- Pat Castillo L, Espinosa Estévez JM, Sánchez Bautista MP, Cruz Castañeda O, Cano Garduño MA, Rivas JG, Hernández Corral S. Intervención educativa de Enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enfermería Universitaria* 2010; 7(2):9-14.
- Arroyo Sebastián A, Pérez Vicente F, Calpena Rico R, Picó J, Mas ML. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2006. [En línea] [fecha de acceso: 3 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.1373-2006.pdf>
- Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Preference and Adherence* 2011; 5:1-5.
- Griffero R. Encuesta sobre la calidad de vida de los ostomizados. *Rev Argent Coloproctología* 1998; 9(4):176-179.
- 50 Years of Excellence ET/WOC Nursing at the Cleveland Clinic April 14-15, 2008. Conference Center Cleveland, Ohio. [En línea] [fecha de acceso: 3 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.clevelandclinicmeded.com/live/courses/2008/etwoc08/history.htm>
- Campo J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la Unidad de Estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. *PSICOONCOLOGÍA* 2006; 3(1):189-194. [En línea] [fecha de acceso: 3 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view-File/PSIC0606130189A/15970>
- Nurses' Association of Ontario. Ostomy Care and Management. Toronto (Canada): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) 2009. [En línea] [fecha de acceso: 31 de octubre de 2013]. URL disponible en: http://rnao.ca/fr/sites/rnao-ca/files/Ostomy_Care_Management.pdf
- Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy Care and Management: A Systematic Review. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013;40(5):489-500.
- Danielsen K, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Dis* 2013; 15(6):276-283.
- Shaffy SK, Karobi D, Rajesh G. Physical, nutritional and sexual problems experienced by the patients with colostomy/ileostomy: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Research Journal* 2012; 8(3):210-222.
- Montón Serrano AM. La Unidad de Estomatología. Cuidando y enseñando a cuidar. *Anales de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza* 2006; (9):155-165. [En línea] [fecha de acceso: 31 de octubre de 2013]. URL disponible en: http://www.unizar.es/centros/enfz/doc/Anales_9.pdf
- Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007; 34:70-79.
- Vázquez García MC, Poca Prats T. Cuidados de Enfermería en ostomías. *AULADAE* [En línea] [fecha de acceso: 31 de octubre de 2013]. URL disponible en: <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ostomias.pdf>
- Mora Rivas C. Estudio Avance de los dispositivos de ostomía de una y dos piezas: Moderma Flex y Conform 2 de Hollister. *Metas Enferm* 2012; 15(4):22-26.

El Instituto Antae agradece a los siguientes investigadores su participación en el “Estudio Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía”, que ha servido como base para el artículo “Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía” publicado en el actual número de Metas de Enfermería, y sin cuya generosidad y colaboración no hubiese sido posible su realización

Andalucía

Anaya Fernández, Rosa M^a
Andreu Martínez, Trinidad
Barrio Camarero, Teresa
Benítez Cámara, Monserrat
Benítez García, Rosario
Bueno Heredia, Juana
Cabrera, Montserrat
Ceada Camero, M^a José
Colmenero Domingo, Juana de Dios
Dominguez Oliva, Concepción
Durán Ventura, M^a del Carmen
Expósito Álvarez, Carmen
Fernández Agustíño, Consuelo
García Rodríguez, Alicia
Gil Viñuelas, Julia
Gómez Vázquez, Ana
Guerrero Andrades, M^a Carmen
Guzmán Peña, Manuel
Hervás García, M^a de la Luz
Jiménez, Isabel
Juárez Ruiz, Josefa Luisa
Jurado Berja, Pilar
López Casanova, Francisco de Borja
Martínez Campos, Lourdes
Martínez Costa, M^a Carmen
Martínez Cruz, Rocío
Martínez Samblás, Encarnación
Medina Muñoz, Mercedes
Menéndez Muñoz, Isabel
Mera Soto, Alejandra
Molina Alameda, Francisca
Molina Navarrete, Encarnación
Molina Real, Carmen
Montesinos Gálvez, Ana Carmen
Moreno González, Concepción
Mota Jerez, Juana
Padilla Antolínez, Dolores
Pérez Fernández, Antonio Juan
Pérez Giménez, Claudia
Pérez Miranda, Eva Gloria
Pérez Ruiz, Ruth M^a
Recuero Cuadrado, M^a Dolores
Reyes Martín, M^a Antonia
Rivas Marín, Concepción
Rivera Ruiz, Sebastián
Rodríguez Carrión, Mario
Rojas Aguilar, Yolanda
Rua Beldade, Cinta
Ruiz Fernández, M^a Dolores
Sánchez Crisol, Inmaculada
Sánchez Rodríguez, Águeda
Trigo Ruiz, Silvia
Vargas Villegas, Ana Belén

Aragón

Aguaviva Marcuello, Beatriz
Campillo Martínez, Javier
Cayón Geli, Cristina
García Buesa, Susana
Juez García, Belén
Latorre Zapatero, Pablo
Lázaro González, Carmen
Marín Laclaustra, Francisca
Martín Valenciano, Mercedes
Martínez Laborda, Esther
Millán Pérez, Margarita
Muñoz Bielsa, Isabel
Muñoz Sáenz, Encarna
Rivas Calvete, Olga
Ruiz Falo, Concepción

Asturias

Canto Rodríguez, M^a de los Ángeles
Castro Ouviaño, M^a del Carmen
García Alonso, Raquel
Gómez de la Luz, Magdalena
González Barrientos, Sonia
González Fernández, Emma
González González, M^a del Pilar
Lastra Cueva, Luis
Lugilde Rodríguez, Sonia

Baleares

Azqueta Ortega, Noelia
Dana Cadar, Carmen
De Juan, Nuria
Díaz, Noelia
Galmés Hernández, Sandra
García García, Pablo
Martí Barrachina, Amparo
Moreno, Yolanda
Pastor Juan, Catalina
Payeras Gelabert, Magdalena
Pereira Botagaray, Lucía
Senit, Carolina
Soriano Borrull, Luis

Canarias

Lorenzo Rivero, Basilio
Medina Méndez, M^a del Mar
Pérez López, Concepción
Rodríguez González, Eugenia
Valdivia Oramas, M^a del Carmen

Cantabria

Cano Aribayos, Noemí
Fraile Igal, Anunciación
Lastra García, M^a Fe
Olavarría Beivide, Encarna
Oterino Faúndez, Lorena
Pérez Díez, M^a Jesús
Tejido Vayas, María

Castilla-La Mancha

Arenas, Victoria
Fernández Martín, Eulogia
Gámiz Jiménez, M^a Esther
García Alberca, M^a Paz
García Cuadrado, Inmaculada
Vázquez García, M^a Carmen

Castilla y León

Calvo Ibáñez, Rosario
Carrera Enríquez, Cristina
Fernández Altamira, Aranzazu
Flórez Pardo, Cesareo
González García, Concepción
Llorente Herranz, Rosa M^a
Manchón Muñoz, Yolanda
Quintián González, Rebeca
Rodríguez de Castro, Pilar
Rodríguez Rojo, M^a Teresa
Rodríguez Saldaña, M^a Jesús
Vidal Calvo, Ermita

Cataluña

Aguilar, Yolanda
Aladrén Márquez, Silvia
Andreu Miró, M^a José
Aznar Puig, Silvia
Barris Soy, Rosa
Bonfill Esteller, M^a Teresa
Centelles Morral, Mercé
Coca Ortiga, Roser
Codinach Folcrà, Dolors
Cots Morral, Irene
Del Pino Zurita, Carmen
Fagil, Ana
Fernández Guerrero, Alejandro
Ferré Ferré, Nuria
Ferrer Zamora, Patricia
Fondevilla Fragüet, M^a Isabel
Forcada Botey, M^a de la Concepción
García Puig, Montserrat
García Xifra, Anna
Giménez Comas, Laia
Guardado Merchán, Mercedes
Herrada Rodríguez, M^a Angeles
Juanola Vivancos, Ester
Lora San José, Carmen
Martínez Gómez, M^a Luisa
Miralles de Diós, Rosa
Navalón Pérez, Cristina
Ollé Gimeno, Nuria

Ortiz Ruiz, M^a Dolors
Pascual Malo, Isabel
Pérez Baena, Montserrat
Piñol Benito, Andrea
Porcuna Nicolás, Eva
Pueyo Soler, Eva
Pulido Iturbide, Pilar
Ribelles Cañas, Marisa
Rodon Torrent, Ana
Rodríguez Lera, Silvia
Roura Viñas, Irene
Sánchez de la Blanca Martín, M^a Isabel
Silva Gómez, Olga
Solé Baiges, Teresa
Solé Ripoll, Pilar
Tegido Valentí, Montserrat
Tello Barquilla, Jordi
Trallero Villanueva, Isabel
Valdés Castiello, Andrea
Vaquer Casas, Gloria
Viader Vives, Nuria
Viles Valentí, Mónica
Villalba Vinagre, Esperanza

Comunidad de Madrid

Alfaro, Isabel
Alonso Portero, Raquel
Altea Ruiz, Lidia
Arias Álvarez, M^a Encina
Arrontes Caballero, Gemma
Arroyo Solís, Amelia Elisa
Bona Sánchez, Manuel
Caballeros Viguera, M^a Teresa
Cabrera Fernández, Susana
Camba Camarillo, M^a Teresa
Cano Aja, Pilar
Caparrós Sanz, Rosario
Carvajal Muñoz, Rosa M^a
Clavero, M^a José
Consuegra Abad, Estrella
Cortázar Sáez, Milagros Teresa
Cruzado Pascual, Mónica
De la Quintana Jiménez, Paloma
Escobar Carrillo, Lucía
Fernández Gómez, Vanesa
Ferrero Sereno, Patricia
García Fernández, Yolanda
García Manzanares, Elena
Garnica Goyanes, Ana
Garrido Cenicerros, Cristina
Gil Molano, Antonia
Gómez Martín-Tesorero, Lourdes
Gómez Megías, Virginia
González Buenadicha, Ana M^a
Gracia Glaría, Vanesa
Huidobro Bajo, Gregorio
Jiménez Funcia, Ainhoa
Lado del Teso, Alberto
Laguna Moreno, Begoña
Lancharro Bermúdez, Margarita
Larios Bruna, Begoña
Layunta Acero, Rocío
López Fuertes, M^a Luisa
Mangas Rodríguez, Pilar
Martín Fernández, Cristina
Martín Fernández, Milagros
Martínez Crespo, Lidia E.
Martínez de Irujo y Garnica, Teresa
Martínez Savoini, Eva
Megías Cruz, Gema
Méndez-Benegassi, Mercedes
Mojarieta Uranga, Carmen
Montero Peña, M^a Victoria
Nadal Pérez de Colosía, Manuela
Naranjo Peña, Inés
Navarro Auseré, Sara
Payá Álvarez, Elena
Pérez García, Marta
Pérez Salazar, Inmaculada
Prados Herrero, Isabel M^a
Ramírez Rodríguez, Virginia
Ramón, Pilar

Redondo, Ana Isabel
Romero Martínez, Olga
Ruiz Arenas, M^a Antonia
Sierra Martín, Paloma
Sorando Arauz, Amaya
Souto Vázquez, M^a Mercedes
Tejeda Gutiérrez, Pilar
Uriarte, Teresa

Comunidad Valenciana

Aparisi Pérez, Rosa
Asín Llorca, Isabel
Blasco Belda, Pilar
Boldó Roda, Pilar
Calvo, Margarita
Cecilia, Vanesa
Cervera Chaler, Misericordia
Fernández Leonarte, M^a José
García Rambla, Lidón
García Rodríguez, Vicente
García Zamora, Leticia
Garrido Mora, Asunción
Herrero Valiente, Luis
Juan Ballina, Constantina
Máñez Lacueva, Amparo
Navarro Mansergas, María
Parada Sanchis, M. Angel
Pérez Ballester, Manuela
Pinto, Vicenta
Ruiz Lorenzo, Javier
Salvador Estellés, Fuensanta
Sanfelix Vivó, Consuelo
Suárez Domínguez, Emilia
Toldrá Martínez, Neus
Vilar Amorós, Silvia

Extremadura

Grande, M^a Angeles
Martín, Víctor G.
Prieto Calle, Carmen

Galicia

Bello Jamaro, Ana
Corbal Obelleiro, Ana Isabel
Crespo Fontán, M^a Beatriz
Fernández García, Adelina
Gago Ferreira, M^a Cruz
Gil García, Natalia
Louzao Méndez, Silvia
Sabuz Freire, M^a del Carmen
Sebio Brandáriz, Purificación

Navarra

Corcuera Martínez, Inés
Pérez Sola, M^a Angeles
Petri Echevarría, Montserrat

País Vasco

Aguirre Erro, Eduarne
Albinarrate del Río, Amaia
Alfonso Arregui, Estibaliz
Altuna Delgado, Koro
Álvarez de Eulate Álvarez, M^a Lourdes
Arteaga Otazua, Amaia
Barrenetxea Echevarría, Nekane
Ezkurra Loyola, Alazne
García Alonso, Pedro
García Cendón, Raquel
Herrero Francisco, M^a Dolores
Hilera Ruiz, Remedios
Labaka Arteaga, Ione
Mendoza Maturana, M^a Pilar
Pinedo Roa, Blanca Esther
San Emeterio Izacelaya, M^a Teresa
Urbieta Idiazábal, M^a Lourdes
Valencia Ortiz de Urbina, Ana Margarita
Zubeldia Caminos, M^a Celia

Región de Murcia

Alonso Frías, Arancha
González Fuentes, Margarita
Guerrero Caballero, Beatriz
Hernández Ferrándiz, M^a Carmen
Jiménez Fernández, Rosa M^a
Martínez Ortuño, Francisco Javier



Estudio

Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía

Estudio* pionero en España, que concluye que la **Atención Especializada en Ostomía** es más efectiva en términos de utilidad para los pacientes y tiene un menor coste directo de media para el sistema sanitario.

Con Atención Especializada en Ostomía...



Se reducen las visitas a urgencias y/o atención primaria

Se incrementa la calidad de vida

El coste de la atención sanitaria se reduce a la mitad



*Estudio observacional longitudinal prospectivo con dos muestras de pacientes ostomizados (**Grupo I:** compuesto por pacientes con acceso a una Atención Especializada en Ostomía, y **Grupo II:** pacientes sin acceso a un seguimiento especializado).