

Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado

En el presente trabajo se abordan los conceptos de ostomía y algunas de sus clasificaciones y se revisan en profundidad todos los aspectos relacionados con los cuidados del paciente urostomizado.

Palabras clave:

- Ostomía
- Riñones
- Estoma
- Bolsas urinarias

Introducción

Ostomía es el término con el que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre una víscera y la piel abdominal, para derivar al exterior los productos de desecho del organismo.

Centrándonos brevemente en las principales ostomías de eliminación, tenemos:

- Según las características del efluente que sale a través de estoma podemos distinguir 2 grandes grupos: ostomías di-

gestivas (heces) y ostomías urinarias (orina).

- Atendiendo al tiempo de permanencia, pueden ser temporales o definitivas.

- Según el órgano implicado, las podemos clasificar en: colostomía (heces blandas o sólidas), ileostomía (heces líquidas) y urostomía (orina).

Una urostomía es necesaria cuando la vejiga no funciona con normalidad. Los 4 problemas más frecuentes que pueden requerir una urostomía son:

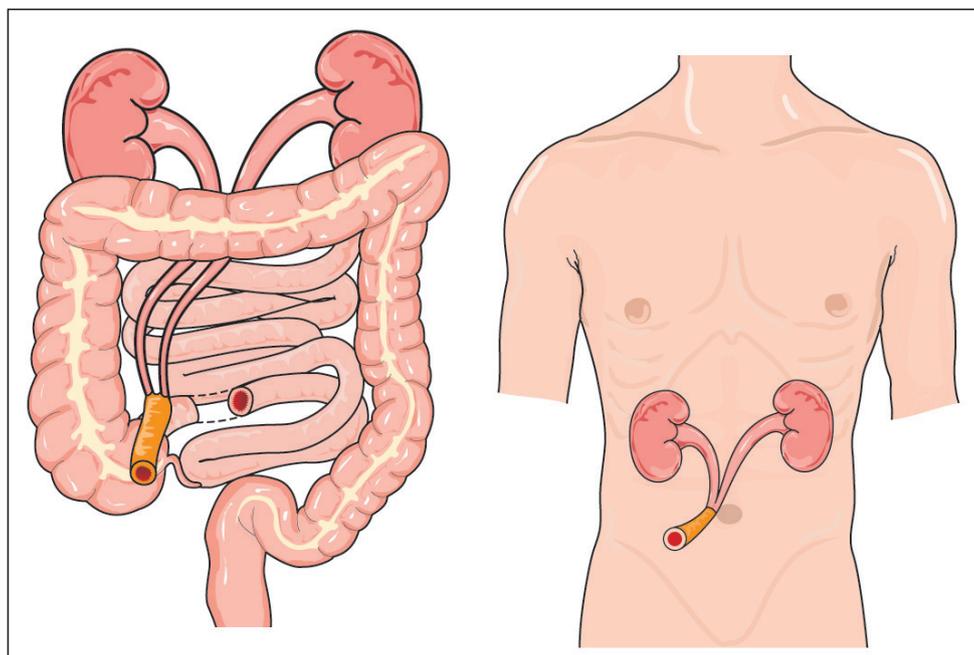
- Cáncer de vejiga.
- Vejiga neurógena o neurogénica (lesión en los nervios que controlan la vejiga).
- Defectos congénitos (nacimiento).
- Inflamación crónica de la vejiga.

El paciente urostomizado ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una salida de la orina al exterior, dando lugar a alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control del esfínter vesical), psicológicas (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción).

1. Sistema urinario

El sistema urinario empieza en los riñones. Los riñones son 2 órganos en forma de judía o haba localizados justo encima de la cintura, hacia la espalda.

La orina, o desechos líquidos, circula desde los riñones por 2 tubos estrechos llamados uréteres, y se acumula en la vejiga urinaria. El flujo de orina es muy constante. El músculo esfínter permite que la vejiga acumule orina hasta que llegue el momento conveniente para que la persona orine.



Cuando una persona orina, relaja el músculo esfínter y la orina sale del cuerpo por la uretra.

2. El estoma y la urostomía

El estoma es la consecuencia quirúrgica de abocar al exterior una porción de vía urinaria (uréter) o intestino delgado (íleon)¹ para poder expulsar la orina, que por diferentes alteraciones, no puede ser eliminada por su orificio natural.

En la práctica nos referiremos al estoma como al segmento del intestino delgado o vía urinaria (uréter), de color rojo-rosáceo y aspecto húmedo, que observamos en el abdomen. Es muy importante entender que el tejido del estoma no es piel, sino mucosa, lo que vemos en el exterior es la parte interna suturada a la piel como nueva vía urinaria.

Por tanto, la urostomía es una derivación urinaria realizada mediante una abertura quirúrgica en la pared abdominal, denominada estoma que permite la salida de la orina al exterior. Cuando se efectúa, la orina deja de eliminarse por la uretra y se elimina a través del estoma. La persona carece del músculo esfínter y no puede controlar de forma voluntaria el momento de orinar, ha de llevar un dispositivo para acumular la orina.

3. Tipos de urostomías

■ Ureterostomía cutánea

a) Unilateral o en Y: el estoma se crea a partir del propio uréter (mucosa ureteral), es más

pequeño, de aspecto rosado y puede estar localizado en cualquier posición en el abdomen, normalmente a la derecha.

b) Bilateral: análoga a la unilateral pero se realizan 2 estomas, 1 por cada uréter.

Estos tipos de urostomías han sido las derivaciones más usadas en la historia por su simplicidad y por ser una cirugía poco agresiva. Sin embargo, hoy se suelen utilizar otras técnicas por la principal complicación que éstas presentan, la estenosis del estoma (estrechamiento del estoma).

■ Ureteroileostomía tipo Bricker

Es la más frecuente y consiste en la extirpación de una parte del intestino delgado (íleon) con el que el cirujano realizará un asa intestinal tubular donde ahora desembocarán los uréteres; esta asa intestinal tubular es utilizada para crear el estoma (mucosa intestinal).

Para la elección del dispositivo de urostomía hay que valorar las características individuales, anatómicas y quirúrgicas del paciente.

El aspecto del estoma es igual al de una ostomía digestiva (más rojo), estará localizado a la derecha del abdomen, (a la izquierda si es de colon) y el efluente es orina y moco intestinal, no heces.

4. Tipos de dispositivos y bolsas urinarias

Existen dispositivos diseñados especialmente para recoger la orina. Son bolsas que se colocarán alrededor del estoma mediante un adhesivo que protege la piel evitando que se produzcan irritaciones por las denominadas fugas.

Es posible que a través del estoma salgan 1 o 2 catéteres que se

irán cayendo solos o los retirará el urólogo pasadas unas semanas tras la cirugía. Su función es mantener la permeabilidad de la vía urinaria y evitar la estenosis que puede llegar a cerrar el estoma. Los catéteres se introducirán en la bolsa de urostomía, se manipularán con cuidado y se evitarán acodamientos.

En este apartado conoceremos los distintos tipos de bolsas que existen y sus indicaciones generales. La elección del dispositivo es una tarea más complicada de lo que podría parecer, puesto que hay que valorar las características individuales, anatómicas y quirúrgicas de la persona. Por ello es necesario el asesoramiento profesional de una enfermera con formación en ostomías.

Las bolsas empleadas para recoger la orina son abiertas, disponen de un sistema de vaciado por la parte inferior, en forma de grifo sencillo y seguro de abrir y cerrar, el objetivo es poder vaciar

la orina antes de que supere la mitad de la capacidad de la bolsa sin tener que cambiarla. Este grifo puede unirse a otra bolsa de orina de mayor capacidad (700-800ml, se acoplan a la pierna) o a otras más grandes de 2-5 litros para la noche. Poseen un sistema antirreflujo para evitar el retroceso de la orina y las posibles infecciones.

• Tipos de sistemas de bolsas:

a) 1 pieza: aquellas bolsas que se pegan directamente a la piel, llevan incluido el adhesivo. Cada vez que sea necesario cambiarlas, debemos despegar el adhesivo, lo que supone una

¹El intestino delgado es un tubo alargado y hueco, mide entre 7 y 9 metros de largo, plegado varias veces. Se divide en 3 partes: duodeno (la parte más cercana al estómago), yeyuno (la porción media) e íleon (el tramo final).

mayor agresión para la piel. No son aconsejables si hay que realizar muchos cambios de bolsa o la piel es delicada.

b) 2 piezas: consta de 2 partes. Una placa o disco que incluye el adhesivo, y la bolsa que se acopla al disco o placa por diferentes sistemas. Estos sistemas permiten cambiar la bolsa sin tener que despegar el adhesivo de la piel. Son aconsejables cuando se realizan más de 2 cambios de bolsas al día o en pieles dañadas. Es la utilizada habitualmente.

Es aconsejable utilizar bolsas transparentes tras la cirugía para vigilar el aspecto y las características de la orina, cuando todo se normalice se podrán emplear bolsas opacas y beneficiarse de su discreción.

En situaciones especiales, como la realización de deportes, relaciones sexuales, el baño en piscina o mar, etc., existen tamaños mini o pediátricos de bolsas de urostomías.

5. Cuidados de enfermería del paciente urostomizado ingresado

■ Objetivos:

- Establecer un protocolo que unifique los criterios de cuidados de enfermería.
- Mantener el estoma en condiciones de higiene y la piel periestomal limpia.
- Proporcionar a todos los pacientes y/o familiares la educación necesaria para que sean independientes en el autocuidado de su urostomía al alta hospitalaria.

■ Personal responsable

El personal responsable del manejo de este protocolo serán los

profesionales de enfermería de la unidad donde el paciente se encuentre hospitalizado.

■ Material

- Bolsa colectora de 2 piezas: placa o disco adhesivo, bolsa y aro de cierre o *clipper*. Con válvula de vaciado y sistema antirreflujo.
- Suero fisiológico.
- Gasas.
- Guantes.
- Jabón neutro.
- Empapador–cubre camas.
- Tijeras.
- Bolsa de diuresis.

■ Procedimiento

1. Elegir el dispositivo que más se adapte al paciente.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Preservar la intimidad.
4. Informar al paciente y al familiar del procedimiento que se le va aplicar.
5. Colocar al paciente decúbito supino con el abdomen descubierto.
6. Proteger la cama con el cubrecamas.
7. Colocarse los guantes. No es necesario que sean estériles.
8. Retirada del dispositivo.
 - Retirada de todo el dispositivo: separar suavemente la piel del disco adhesivo, de arriba abajo, evitando tirones. Cuidado de no extraer los catéteres si los hubiera.
 - Retirada solo de la bolsa: se tira de la bolsa con una mano y con la otra se sujeta el disco para que no se separe la piel.
9. Limpieza del estoma y la piel circundante. En el postoperatorio inmediato (0-72h), mientras existen edemas y suturas, se puede utilizar suero fisiológico y gasas estériles. Posteriormente, utilizar esponja, con agua templada y jabón neutro.

10. Secar la piel cuidadosamente presionando con suavidad, no frotar. Si es posible, dejar la piel expuesta al aire durante unos minutos. Mientras se coloca el disco y para evitar que la orina moje la piel, se puede colocar una torunda de gasa en el orificio del estoma.

11. Observar atentamente el estoma y la piel periestomal en busca de signos de enrojecimiento, irritaciones, heridas o necrosis.

12. Si hay catéteres ureterales, hay que comprobar la permeabilidad de los mismos diariamente.

13. Medir el estoma con la plantilla para determinar el tamaño y forma exactos. Recortar el disco según la medida obtenida.

14. No dejar más de 2 o 3 mm de piel descubierta entre el estoma y el disco, ya que el adhesivo es el que actúa de barrera impidiendo que la orina irrite la piel periestomal.

15. A veces, la presencia de catéteres ureterales sujetos con sutura hace necesario adaptar la forma del disco a la situación.

16. Si existiera vello alrededor del estoma, recortarlo con tijeras, nunca rasurar.

17. Una vez preparada la piel y bien seca, retirar el film transparente que protege el adhesivo del disco y fijarlo de abajo hacia arriba, presionando suave pero firmemente.

18. Colocar la bolsa colectora. Si el paciente lleva catéteres, introducirlos cuidadosamente a través de los laterales de la bolsa, en la zona preparada para ello. Pediremos al paciente que “saque tripa” para facilitarnos la adaptación de la bolsa en el aro de enganche del disco adhesivo. A continuación se cierra el *clipper* presionando sus extremos hasta oír un clic.

19. Para asegurarnos que la bolsa haya quedado herméticamente cerrada tiraremos de ella con las 2 manos suavemente.

20. Durante la colocación de la bolsa, asegurarnos de que la válvula inferior de drenaje esté cerrada.

21. La bolsa se coloca hacia un lado y se conecta al sistema de drenaje mientras el paciente permanece encamado.

22. Si el paciente deambula, la bolsa se coloca hacia abajo, manteniendo la válvula inferior cerrada. El paciente la vacía en el inodoro cuando se llene 1/3 o 1/2. Durante la noche se conectará a una bolsa de mayor capacidad.

23. La bolsa se cambia a diario y el disco se deja durante 4 días. Si se producen fugas de orina, se cambiará el disco las veces que sea necesario.

24. Desde el primer cambio se procederá a la educación del paciente sobre sus cuidados, hasta conseguir su total autonomía antes del alta.

25. Avisar a la enfermera estomaterapeuta una vez que llegue el paciente portador de una urostomía a la unidad.

26. Al alta les proporcionaremos el material necesario para los cambios de bolsa en los primeros días que esté en su domicilio.

■ Problemas comunes

– Irritación de la piel periestomal, para disminuir su aparición:

a) No traumatizar la piel ni física (no frotar ni rasurar) ni químicamente (no dejar la piel desprotegida entre el disco y el estoma).

b) Si aparece irritación, utilizar cremas de barrera para curarlas.

c) Un sistema bien ajustado e incluso sellado con alguna pasta o resina moldeable donde



Los dispositivos de urostomía convexos deben ser utilizados siempre bajo estrecha vigilancia del profesional especializado.

el disco adhesivo pueda permanecer varios días pegado a la piel suele ser suficiente para curar la irritación.

– Retracción del estoma. Se utilizará un disco convexo para facilitar la adherencia.

– Obstrucción de los catéteres:

a) Comprobar la permeabilidad diariamente.

b) Si no sale orina se realizará un lavado suave con 1 cc de suero fisiológico y técnica estéril.

c) Comprobar de nuevo la permeabilidad.

– Problemas de adherencia:

a) En los casos en que la situación del estoma o la morfología de la piel dificulta la adherencia del dispositivo, se puede utilizar pasta o resina moldeables para modificar la superficie abdominal.

b) Si esto no es suficiente, habrá que buscar dispositivos más adecuados (discos convexos o cinturón de sujeción).

■ Registros

– En la hoja de cuidados de enfermería se especificarán los cambios de bolsa y de disco, al igual que las sesiones de educación para el cuidado del estoma.

– Se le entregará al paciente un informe de enfermería al alta, así como un teléfono para contactar con el profesional experto en estomatoterapia del hospital.

6. Complicaciones del estoma

■ Complicaciones iniciales

Suelen aparecer en el postoperatorio inmediato, pudiendo ser



La urostomía produce un impacto psicológico en el paciente, ya que altera factores que forman parte de su vida cotidiana como la seguridad, la autoimagen, las relaciones interpersonales y la vida sexual.

consecuencia directa de la intervención o bien de la adaptación de un dispositivo inadecuado.

– **Dermatitis periestomal.** Suele ser una complicación tardía pero también nos la podemos encontrar en el postoperatorio inmediato como consecuencia de una mala adaptación del dispositivo, por cambios demasiado frecuentes del adhesivo, aparición de alergia a una resina determinada, etc.

– **Edema.** Todo estoma muestra un edema agudo postoperatorio que suele remitir al cabo de 1 o 2 semanas, pero si se cronifica, puede llegar a interferir las funciones del estoma, lo cual daría lugar a una reintervención.

– **Necrosis.** Se identifica por el color negro parduzco de la mucosa.

Es necesaria la reintervención si la necrosis se extiende a capas profundas.

– **Hemorragia.** Cuando ocurre en las primeras horas del postoperatorio, generalmente es debida a la lesión de un vaso sanguíneo en la sutura del intestino o uréter a la pared abdominal.

■ **Complicaciones tardías**

Las complicaciones tardías en una urostomía ocurren después del alta hospitalaria, incluso después de varios meses o años.

– **Estenosis.** Es el estrechamiento de la boca del estoma, que puede llegar a cerrarlo por completo. Podemos evitarlo con dilataciones digitales, que la enfermera nos enseñará a realizar.

– **Retracción.** Se define como el hundimiento del estoma por debajo del nivel de la piel. La retracción suele ir acompañada de una gran irritación de la piel periestomal. Como ya sabemos, en las primeras semanas tras la cirugía, el estoma va a reducirse de tamaño, pero esto no significa que se hunda o invagine.

La aparición de esta complicación supondrá un problema de fugas e irritaciones, si no utilizamos los dispositivos convexos. Estos se adaptan mejor a la situación, pero requieren de un seguimiento por parte del personal especializado. Suele recomendarse la utilización conjunta del cinturón y la convexidad para favorecer la adaptación del dispositivo a la piel. Nunca utilizar un dispositivo convexo por nuestra cuenta, por los problemas que pueden surgir. Los dispositivos convexos deben ser utilizados siempre bajo estrecha vigilancia del profesional especializado. Un estoma puede hundirse o aplanarse por muy diferentes razones, algunas de ellas propias de la persona, pero siempre podemos intentar prevenirlo controlando el aumento de peso.

– **Hernia.** Es una complicación muy frecuente que consiste en un fallo de la pared abdominal que hace que abulte tanto la ostomía como la piel de alrededor. Su tamaño puede variar de muy pequeñas a muy grandes. Esta es una complicación inevitable, para prevenirlas, es aconsejable no forzar los músculos del abdomen al coger pesos, toser fuerte, etc.

– **Granulomas.** Aparición o crecimiento de pequeñas masas carnosas alrededor del estoma.

– **Prolapso.** Consiste en la exteriorización del intestino a través

del estoma. Aunque son muy llamativos (pueden alcanzar 10 cm o más), no suelen ser un problema grave. Se debe acudir al especialista que hará una reducción manual del prolapso. Si crea incomodidad y abulta bajo la ropa se tendrá que adaptar el tamaño de la bolsa (capacidad) a la longitud del prolapso y vigilar la posible aparición de úlceras por el roce con el plástico.

7. Dieta

- En los días posteriores a la cirugía, el paciente habrá pasado por diferentes etapas: sueros hasta la recuperación del movimiento intestinal, momento en el que se prueba tolerancia con agua, manzanilla o caldo. De ser así, se aumentará la dieta de forma progresiva.
- Lo más habitual es que al alta hospitalaria la dieta sea suave y de fácil digestión, todo dependerá de los días de ingreso y de las complicaciones que se hayan producido.
- Cuando el paciente esté en su domicilio, se irán añadiendo a su dieta alimentos de forma progresiva. Es normal que inmediatamente después de la cirugía, esté alterado el ritmo intestinal y la digestión de los alimentos, pero poco a poco se recuperará con normalidad.

Consejos dietéticos

Como norma general, a las personas urostomizadas se les sugiere una dieta donde se recomienda:

- Aumentar la ingesta de líquidos a 2-3 l al día para mantener la orina diluida.
- Incluir en la dieta frutas que aporten vitamina C como cítricos o kiwis y verduras.
- Evitar los olores de la orina. Los espárragos, cebollas, ajos, pescados y mariscos producen un olor en la orina más fuerte y desagradable de lo habitual.
- Observar cualquier cambio en el color o aspecto de la orina que deberá ser consultado. Algunos alimentos y medicamentos pueden colorear la orina.
- Seguir una dieta equilibrada para evitar el exceso de peso, que puede provocar retracción en el estoma y favorecer la aparición de fugas.

8. Aspectos psicológicos

Estas intervenciones pueden devolver la salud física, pero provocan numerosos problemas que producen en el paciente un impacto físico y psicológico, pues alteran un conjunto de factores que forman parte importante de la vida cotidiana como la seguridad, la autoimagen, las relaciones interpersonales y la vida sexual.

■ Complicaciones:

- a) Pérdida de la propia autoestima como individuo íntegro, no aceptándose como persona capaz de mantener una relación normal.
- b) Pérdida de la propia aceptación del cuerpo.
- c) Pérdida de la seguridad en sí mismo al no sentirse capaz de realizar actividades físicas.

■ Soluciones:

- a) Explicar al paciente/familia antes de la intervención lo que se le va a realizar, y darle tiempo para que pregunte todas sus dudas e inquietudes.
- b) Conseguir antes del alta hospitalaria que el paciente no rechace esa parte de su cuerpo, que tome conciencia de ella, no aprendiendo solo a cambiarse de dispositivo sino a ser capaz de mirar y tocar su estoma con naturalidad, tanto él como el familiar más cercano.
- c) Si el paciente urostomizado no se ha concienciado aún de su situación puede entrar en una ansiedad depresiva. El objetivo del equipo de enfermería será conseguir que el paciente mantenga su autoestima aceptando su estado. La rapidez dependerá de la información y preparación recibida (educar al paciente desde el preoperatorio). ●

Bibliografía recomendada

Del Campo Alepuz G, Pérez Moltó C, Guevara Vera E, Villalta Mompeán MJ. Cuidados de Enfermería en Pacientes Ostomizados. Trabajo realizado en la asignatura Cuidados I Crónicos, de la Diplomatura Universitaria de Enfermería. Curso 2011.

Martínez Morales M. Cuidados del Paciente Ostomizado. Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel. 2011.

Carballo Chinarro AI. Guía Rápida de Urostomía. Fundación *Te Cuidamos*. 2008. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-URO.pdf>

García Villanueva N, Ribera Reboloso J, Picazo Abad J, Villada Munera A. Protocolo de Cuidados de Enfermería en Pacientes Urostomizados. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y SESCAM. Disponible en: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/cadc5568310547b9cf68eda3bec9d782.pdf>

Manual sobre derivaciones urinarias. Madrid: Coloplast; 2001. p. 1-63.