



Enfermería Universitaria

ISSN: 1665-7063

Elsevier

Stegensek-Mejía, E.M.; Murad-Robles, Y.; González-Mier, M.J.; López-Hernández, B.E.; Sánchez-Ojeda, E.
Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado, México 2016
Enfermería Universitaria, vol. 14, núm. 4, 2017, Octubre-Diciembre, pp. 235-242
Elsevier

DOI: 10.1016/j.reu.2017.08.003

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358757745004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado, México 2016

E.M. Stegensek-Mejía^{a,*}, Y. Murad-Robles^a, M.J. González-Mier^b,
B.E. López-Hernández^b y E. Sánchez-Ojeda^b

^a Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

^b Escuela de Enfermería, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

Recibido el 23 de enero de 2017; aceptado el 7 de agosto de 2017

Disponible en Internet el 5 de septiembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Estomas/epidemiología;
Derivaciones fecales/epidemiología;
Derivaciones urinarias/epidemiología;
Terapia enterostomal;
México

Resumen

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de las derivaciones fecales y urinarias, las características demográficas de los pacientes ostomizados y las características de los productos utilizados en un Centro Especializado en Cuidado de Heridas y Ostomías de la Ciudad de México.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el cual se revisaron los expedientes clínicos de personas ostomizadas atendidas durante el año 2016.

Resultados: Se analizaron 143 expedientes. La media de edad fue de 56.3 ± 15.2 años. El diagnóstico más común fue el cáncer de colon (27.8%). Las características presentes en mayor proporción fueron: colostomías descendentes (44.7%), regulares (56.6%), diámetro medio de 30 ± 8 mm; ángulo de drenaje al centro (36.4%), de una boca (69.2%), sin marcaje quirúrgico (55.2%), mucosa viable (100%), planos (49.6%), efluente pastoso (51.0%). El 51.7% de los pacientes presentaron complicaciones estomales y el 54.5% complicaciones de la piel periestomal, las cuales fueron resueltas en el 68.0% de los casos, en un tiempo medio de 16.3 ± 11.5 días.

Conclusión: Los resultados del presente estudio aportan evidencia respecto a la necesidad permanente de desarrollar profesionales de Enfermería especializados en terapia enterostomal e incorporarlos al Sistema Nacional de Salud como miembros indispensables del equipo multidisciplinario.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: e.stegensek@gmail.com (E.M. Stegensek-Mejía).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Stoma/epidemiology;
Fecal diversions/epidemiology;
Urinary diversions/epidemiology;
Enterostomal therapy;
Mexico

PALAVRAS-CHAVE

Estomas/epidemiologia;
Derivações fecais/epidemiologia;
Derivações urinárias/epidemiologia;
Terapia enterostomal;
México

Fecal and urinary derivations at a specialized attention center, Mexico 2016**Abstract**

Objective: To describe the epidemiologic characteristics of fecal and urinary derivations, the demographic characteristics of ostomized patients, and the characteristics of utilized products, in a Specialized Center of Wounds and Ostomy Care in Mexico City.

Methodology: This is a descriptive, retrospective, and transversal study in which, clinical registers of ostomized patients in 2016 were reviewed.

Results: 143 registers were reviewed. The mean age was 56.3 ± 15.2 . The most common underlying diagnosis was colon cancer (27.8%). The most prevailing characteristics were: descending colostomy (44.7%), regular (56.6%), median diameter 30 ± 8 mm, angle of drainage at center (36.4%), one mouth (69.2%), without surgical mark (55.2%), viable mucous membrane (100%), planes (49.6%), and thick discharge (51.0%). Fifty one point seven percent of the patients showed stomal complications and 54.7% showed peristomal skin complications, which were further solved in 68.0% of these cases in a mean time of 16.3 ± 11.5 days.

Conclusion: The results of this study provided evidence regarding the permanent need to prepare enterostomal therapy specialized nursing professionals and incorporate them into the National Health System as indispensable members of the multidisciplinary teams.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Derivações fecais e urinárias em um centro de atenção especializado, México 2016**Resumo**

Objetivo: Descrever as características epidemiológicas das derivações fecais e urinárias, características demográficas dos pacientes ostomizados e características dos produtos utilizados em um Centro Especializado em Cuidado de Feridas e Ostomias da Cidade do México.

Metodologia: Estudo descritivo, retrospectivo e transversal onde se revisaram os expedientes clínicos de pessoas ostomizadas atendidas durante o ano de 2016.

Resultados: Analisaram-se 143 expedientes. A média de idade foi de 56.3 ± 15.2 . O diagnóstico mais comum foi o câncer de cólon (27.8%). As características presentes em maior proporção foram: colostomias descendentes (44.7%), regulares (56.6%), diâmetro médio de 30 ± 8 mm; ângulo de drenagem ao centro (36.4%), de uma boca (69.2%), sem marcação cirúrgica (55.2%), mucosa viável (100%), planos (49.6%), efluente pastoso (51.0%). O 51.7% dos pacientes apresentaram complicações estomacais e o 54.5% de complicações da pele periestomal, as quais foram resolvidas no 68.0% dos casos, em um tempo médio de 16.3 ± 11.5 dias.

Conclusão: Os resultados do presente estudo aportam evidência respeito à necessidade permanente de desenvolver profissionais de Enfermagem especializados em Terapia Enterostomal e incorporá-los ao Sistema Nacional de Saúde como membros indispensáveis da equipe multidisciplinar.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a licença de Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

A lo largo de las últimas décadas, la atención a las personas con derivaciones fecales y urinarias ha cobrado importancia entre los profesionales de Enfermería, que buscan brindar la mejor atención disponible a este sector de la población. La identificación de las necesidades específicas de las personas ostomizadas ha conducido a la formación y desarrollo de la terapia enterostomal como área disciplinar del cuidado, enfocada en la implementación de intervenciones tanto preventivas como curativas que buscan satisfacer la demanda,

cada vez más evidente, de cuidados especializados para las personas ostomizadas en el Sistema Nacional de Salud.

La Norma Oficial Mexicana NOM-151-SSA-1996 define un estoma como «la salida formada por el cirujano para derivar al exterior fluidos corporales, que por diversos motivos no pueden salir al exterior por medio de las salidas naturales»¹. Son diversas las patologías que conducen a la construcción de este tipo de derivaciones fecales y urinarias en pacientes adultos, entre las que se encuentran: cáncer colorrectal, cáncer de vejiga, enfermedad diverticular, enfermedades inflamatorias del intestino

(colitis ulcerativa crónica inespecífica y enfermedad de Crohn), fistulizaciones, obstrucciones intestinales y traumatismos, entre otras^{2,3}.

Pese a que en México no se dispone de un registro del número de pacientes ostomizados a nivel nacional, existen datos que pueden ayudar a dimensionar la magnitud del problema. En 2016, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó una tasa de morbilidad hospitalaria de neoplasias del sistema digestivo de 794.4 casos por cada 100,000 hombres mayores de 20 años de edad, y de 609.4 casos por cada 100,000 mujeres del mismo rango de edad⁴. Por otro lado, un estudio realizado en 2006 por Villalobos et al., en 4 unidades médicas de la Ciudad de México, reportó que el cáncer colorrectal constituye la mayor proporción de tumores del sistema digestivo⁵, mientras que un estudio publicado en 2011 por Jiménez-Ríos et al. reporta que en nuestro país la incidencia de cáncer de vejiga ocupa el 14.4% de los procesos neoplásicos del sistema genitourinario, ubicándose como el cuarto más frecuente⁶. Bajo este tenor, resulta importante destacar que la elevada prevalencia de procesos patológicos que desembocan en la construcción de una derivación fecal y/o urinaria amerita la formación, desarrollo e incorporación de profesionales de terapistas enterostomales dedicados al cuidado de las personas ostomizadas en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar el acceso a servicios especializados para este sector de la población.

No obstante, la realización de una ostomía implica diversos retos relevantes, tanto para los pacientes en quienes se llevó a cabo dicho procedimiento quirúrgico como para el equipo multidisciplinario a cargo de su cuidado. Para los pacientes, las múltiples situaciones resultado de la construcción de un estoma pueden impactar en su bienestar físico, emocional y social. En un estudio cualitativo realizado en 2011 por Dabirian et al., las personas ostomizadas reportaron preocupación respecto a los episodios de irritación de la piel periestomal, problemas de sueño, aislamiento social, limitaciones en su actividad física y dificultades financieras relacionadas con la pérdida del empleo y la necesidad de adquirir productos para el cuidado de su derivación fecal/urinaria⁷. Asimismo, en un estudio realizado en 2012 por Anaraki et al., se reporta que el 63.0% de una muestra conformada por 102 pacientes refirió sentimientos de depresión posteriores a su cirugía, mientras que el 66.7% no consiguió reanudar su vida sexual⁸.

Por otro lado, los profesionales de la salud encargados del cuidado de las personas con derivaciones fecales y urinarias se enfrentan a múltiples desafíos, entre los que se encuentran: garantizar una atención de calidad mediante la implementación de intervenciones basadas en la evidencia, brindar una educación para la salud efectiva que involucre al paciente y su familia en el cuidado del estoma, así como fomentar una participación activa en el proceso de adaptación del paciente a su nueva condición de vida. Todo ello, sin descuidar la gestión eficiente de los recursos humanos y materiales de las instituciones de salud, así como el cumplimiento de los reglamentos locales sobre el registro de datos clínicos en el expediente de los pacientes^{9,10}. Por todo lo anterior, se reafirma la necesidad de contar con recursos humanos especializados en el cuidado de las personas con derivaciones fecales y urinarias, mediante el

desarrollo de la terapia enterostomal como disciplina de Enfermería.

En nuestro país, diversos estudios han abordado esta problemática mediante la recolección y publicación de datos demográficos y epidemiológicos que ayudan a dimensionar la magnitud del problema en las instituciones de salud. En un estudio realizado en el año 2000 por Sánchez y Ceja, se reportan los datos obtenidos de una muestra de 200 pacientes atendidos en diversos servicios hospitalarios del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, en los que se analiza el tipo de estoma, la temporalidad, la altura, el diagnóstico médico y la incidencia de complicaciones¹¹. Por otro lado, en un estudio realizado en 2004 por Alcalá et al., en el que se recurre a una muestra de 273 pacientes del Hospital Regional 1.^º de Octubre del ISSSTE, se reportan datos demográficos (edad, sexo y diagnóstico médico) y epidemiológicos (tipo de estoma y temporalidad) de las derivaciones fecales y urinarias atendidas en dicha institución¹².

No obstante, el estudio más importante hasta la fecha ha sido el realizado en 2009 por Cruz-Castañeda et al., en el que se reportan datos demográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación y diagnóstico médico) y epidemiológicos (tipo de estoma, temporalidad y altura) de una muestra de 1,688 pacientes de diversas instituciones de salud, tanto públicas como privadas¹³. Finalmente, un estudio realizado en 2010 por Pat et al. reporta los datos obtenidos de una muestra de 110 pacientes atendidos en 4 unidades médicas de la Ciudad de México, en el que se incluyen datos demográficos (edad, sexo y ocupación) y la proporción de casos según el tipo de estoma, en el que además se proporciona evidencia respecto a la importancia de la educación para la salud para promover la reincorporación familiar, social y laboral de los pacientes ostomizados posterior a la intervención quirúrgica¹⁴.

Sin embargo, existen características de las derivaciones fecales y urinarias que no han sido abordadas en estudios previos, como son: la localización anatómica del estoma en los cuadrantes abdominales, su tamaño en milímetros, su forma (regular o irregular), la localización del ángulo de drenaje, el tipo de construcción quirúrgica, el marcaje quirúrgico previo a la intervención, la viabilidad de la mucosa y el tipo de efluente, así como una distinción entre complicaciones estomales y complicaciones de la piel periestomal^{3,6,7,15}. El registro de estas variables resulta imprescindible al momento de realizar una valoración que fomente la prevención de complicaciones y su abordaje eficaz; asimismo, que facilite la elección de un sistema colector que se adapte a las necesidades de la persona ostomizada.

Del mismo modo, resulta indispensable disponer de un instrumento de valoración que coadyuve en la clasificación de las complicaciones de la piel periestomal, en aras de lograr la unificación de criterios entre los(as) terapistas enterostomales y profesionales de la salud dedicados al cuidado de las derivaciones fecales y urinarias, con el fin de favorecer la implementación de intervenciones estandarizadas basadas en la evidencia, la homologación de los conceptos y el cumplimiento de los reglamentos locales sobre el registro de datos clínicos en el expediente de los pacientes. En última instancia, tales acciones impactarán de manera positiva en la calidad de los cuidados proporcionados a la persona con derivaciones fecales y urinarias,

fomentarán el desarrollo de la terapia enterostomal como disciplina de Enfermería, tan necesaria para el Sistema Nacional de Salud en nuestros días.

De acuerdo con dichos antecedentes, se plantea la realización de un estudio con el siguiente objetivo general: describir las características epidemiológicas de las derivaciones fecales y urinarias, las características demográficas de las personas ostomizadas y las características de los productos utilizados en un Centro Especializado en Cuidado de Heridas y Ostomías ubicado en la Ciudad de México.

Metodología

Se presenta un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. El universo de estudio se encontró conformado por los expedientes clínicos de personas con derivaciones fecales y urinarias atendidas en un Centro Especializado en Cuidado de Heridas y Ostomías ubicado en la Ciudad de México. La muestra estuvo conformada por 143 expedientes clínicos. El muestreo fue no probabilístico a conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: personas mayores de edad, de ambos sexos, ingresados en el año 2016. Los criterios de exclusión fueron: personas que hubieran retirado su consentimiento para el uso de sus datos personales.

Las variables estudiadas fueron: 1) características de las personas: edad, sexo y diagnóstico médico; 2) características epidemiológicas de las derivaciones fecales y urinarias (estomas): tipo de estoma, localización anatómica, tamaño (mm), forma, temporalidad, ángulo de drenaje, tipo de construcción quirúrgica, marcaje quirúrgico, viabilidad de la mucosa, altura, tipo de efluente, complicaciones estomales y complicaciones de la piel periestomal; y 3) características del producto: tipo de sistema colector, características de la bolsa y características de la barrera cutánea.

Los datos presentados en este estudio fueron obtenidos del Formato de Evaluación de Estomas incluido en el expediente clínico de las personas atendidas en el Centro Especializado, el cual se encuentra integrado por tres apartados. El primero comprende 6 ítems para el registro de datos de identificación de la persona (nombre, edad, sexo, diagnóstico médico, número de registro y fecha de valoración); el segundo comprende 14 ítems para el registro de las características epidemiológicas de las derivaciones fecales y urinarias (tipo de estoma, localización anatómica, tamaño [mm], forma, temporalidad, ángulo de drenaje, tipo de construcción quirúrgica, marcaje quirúrgico, viabilidad de la mucosa, altura, tipo de efluente, complicaciones estomales, complicaciones de la piel periestomal e instrumento *Studio Alterazioni Cutanee Stomali* [SACS] para la valoración y clasificación de las lesiones en la piel periestomal); y el tercero comprende 3 ítems para el registro de las características del producto (tipo de sistema colector, características de la bolsa y características de la barrera cutánea).

El instrumento SACS fue desarrollado en Italia por Bosio et al. en 2006¹⁶, y validado por los mismos autores en 2007 mediante la publicación de un estudio observacional multicéntrico en el que se valoraron 339 pacientes y 800 fotografías de lesiones periestomales, las cuales determinaron un nivel de concordancia «muy bueno» entre los miembros de un panel de expertos provenientes de 8 unidades médicas de cuidado de ostomías (valor de $K=0.91$)¹⁷.

Dicho instrumento comprende 2 ítems para la valoración y clasificación de las lesiones periestomales: 1) tipo de lesión (L1: lesión hiperémica; L2: lesión erosiva; L3: lesión ulcerativa; L4: lesión ulcerativa con tejido no viable, y LX: lesión proliferativa; y 2) localización topográfica de la lesión (TI: cuadrante superior izquierdo; TII: cuadrante inferior izquierdo; TIII: cuadrante inferior derecho; TIV: cuadrante superior derecho, y TV: todos los cuadrantes). Asimismo, a cada expediente clínico impreso le acompaña una o varias fotografías digitales que fungen como referencia de la valoración de las derivaciones.

Por otro lado, como parte del expediente clínico, se incluye un consentimiento informado y un aviso de privacidad, ambos leídos y firmados de manera libre y voluntaria por las personas atendidas en el Centro Especializado, en los que se estipulan los procedimientos e intervenciones a realizar y su propósito, así como el uso y destino de sus datos personales y el anonimato de su identidad, basados en los principios establecidos en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. El presente estudio contó con la autorización de la Gerencia del Centro Especializado en Cuidado de Heridas y Ostomías donde se llevó a cabo.

Para realizar el análisis de datos, se utilizó el programa Microsoft Excel®, en el que se efectuó el cálculo de medidas de frecuencia (proporción) para las variables nominales y de medidas de tendencia central (media) y de variabilidad (desviación estándar, mínimo y máximo) para las variables escalares. Los recursos humanos involucrados en el presente estudio fueron 5 profesionales de Enfermería.

Resultados

Se analizaron un total de 143 expedientes de pacientes con derivaciones fecales y urinarias, de los cuales el 51.7% fueron hombres y el 48.3% mujeres. La media de edad de la población fue de 56.3 años, con una desviación estándar de ± 15.2 , un mínimo de 19 años y un máximo de 87 años; ubicándose la mayor proporción de pacientes entre los 41 y 50 años (25.2%). Respecto al diagnóstico médico que condicionó la construcción de una derivación fecal o urinaria, se reportaron las siguientes patologías: cáncer de colon, 27.8%; enfermedad diverticular, 15.0%; cáncer de recto, 12.0%; obstrucción intestinal, 9.0%; peritonitis, 5.3%; cáncer de vejiga, 4.5%; perforación intestinal, 4.5%; otros tipos de cáncer, 3.1%; apendicitis, 3.0%; colitis ulcerativa crónica inespecífica, 2.3%; enfermedad de Crohn, 2.3%; hernia inguinal, 2.3%; traumatismos, 2.3%; absceso perineal, 1.5%; sepsis abdominal, 1.5%; otras patologías, 3.6%.

En cuanto al tipo de estoma, el 51.0% de los casos fueron colostomías (descendentes: 44.7%; ascendentes: 4.9%; sigmaideas: 1.4%), el 43.4% fueron ileostomías y el 5.6% urostomías. Con relación a su localización en el abdomen, el 41.3% se ubicaron en el cuadrante inferior izquierdo, el 37.1% en el cuadrante inferior derecho, el 14.0% en el cuadrante superior derecho y el 7.6% en el cuadrante superior izquierdo. Por lo que corresponde a la forma del estoma, el 56.6% se reportan como regulares (redondos) y el 43.4% como irregulares. La media del diámetro fue de 30 mm, con una desviación estándar de ± 8.0 , un mínimo de 16 mm y un

Tabla 1 Valoración y clasificación de las complicaciones de la piel periestomal según el instrumento SACS (porcentaje); n = 78

<i>Tipo de lesión</i>	
L1	28.2
L2	61.5
L3	3.9
L4	0.0
LX	6.4
<i>Localización topográfica</i>	
TI	5.3
TII	29.8
TIII	32.5
TIV	8.8
TV	23.6

máximo de 64 mm; ubicándose la mayor proporción de los casos en 32 mm (21.0%), 25 mm (19.6%) y 28 mm (18.9%).

En lo que refiere a su temporalidad, el 69.2% se reportan como temporales y el 30.8% como permanentes. Respecto al ángulo de drenaje del estoma, se reportan las siguientes ubicaciones: al centro, 36.4%; en el cuadrante de las 6 a las 9, 28.0%; en el cuadrante de las 3 a las 6, 18.1%; en el cuadrante de la 12 a las 3, 13.3%; en el cuadrante de las 9 a las 12, 4.2%. Sobre el tipo de construcción quirúrgica, el 69.2% se reportan como estomas de una boca, el 23.1% como estomas en asa y el 7.7% como estomas de una boca con fistula mucosa.

Con relación al marcaje del sitio quirúrgico previo a la construcción del estoma, el 55.2% de los casos reportan que no se llevó a cabo, mientras que el 44.8% reportan que sí se realizó dicho marcaje. Respecto a la viabilidad de la mucosa del estoma, se reporta como viable (roja, rosa) en el 100% de los casos. Sobre la altura del estoma, el 49.6% se reportan como planos (< 2.5 cm), el 40.6% como protruidos (2.5 cm) y el 9.8% como largos (> 2.5 cm). Por lo que corresponde a las características del efluente, el 51.0% de los casos lo reportan como pastoso, el 35.7% como líquido (materia fecal líquida: 30.1%; orina: 5.6%) y el 13.3% como formado.

En cuanto a la detección de complicaciones en las personas con derivaciones fecales y/o urinarias, se reporta la presencia de complicaciones estomales en el 51.7% de los casos, de los cuales el 5.4% presentan 2 complicaciones estomales simultáneamente y el 1.4% presentan 3. Las complicaciones estomales reportadas fueron las siguientes: separación mucocutánea, 45.0% (parcial: 37.5%; total: 7.5%); laceración de la mucosa, 18.8%; hernia paraestomal, 17.5%; retracción, 12.5%; prollapso, 3.7%, y estenosis, 2.5%.

Por otro lado, se reporta la presencia de complicaciones de la piel periestomal en el 54.5% de las personas, entre las que se encontraron: dermatitis irritativa, 85.9%; trauma mecánico, 5.1%; granulomas, 5.1%; dermatitis alérgica, 2.6%, y lesiones pseudoverrucosas, 1.3%. La valoración y clasificación de las complicaciones de la piel periestomal según el instrumento SACS, tanto por tipo de lesión como por localización topográfica de la misma, se describe en la **tabla 1**. Las características de las derivaciones fecales/urinarias de los pacientes que presentaron complicaciones estomales y/o de la piel periestomal se describen en la **tabla 2**.

Tabla 2 Características de las derivaciones fecales/urinarias de los pacientes que presentaron complicaciones estomales y/o de la piel periestomal (porcentaje); n = 103

<i>Tipo de estoma</i>	
<i>Ileostomía</i>	51.4
<i>Colostomía</i>	
Descendente: 42.7	47.6
Ascendente: 3.9	
Síguoidea: 1.0	
<i>Urostomía</i>	1.0
<i>Localización</i>	
<i>Cuadrante inferior derecho</i>	39.8
<i>Cuadrante inferior izquierdo</i>	38.8
<i>Cuadrante superior derecho</i>	13.6
<i>Cuadrante superior izquierdo</i>	7.8
<i>Tamaño</i>	
<i>Regular (redondo)</i>	52.4
<i>Irregular</i>	47.6
<i>Temporalidad</i>	
<i>Temporal</i>	70.9
<i>Permanente</i>	29.1
<i>Ángulo de drenaje</i>	
<i>Al centro</i>	31.0
<i>Cuadrante de 6 a 9</i>	27.2
<i>Cuadrante de 3 a 6</i>	21.4
<i>Cuadrante de 12 a 3</i>	14.6
<i>Cuadrante de 9 a 12</i>	5.8
<i>Tipo de construcción quirúrgica</i>	
<i>Una boca</i>	68.0
<i>En asa</i>	22.3
<i>Una boca con fistula mucosa</i>	9.7
<i>Marcaje quirúrgico previo</i>	
<i>No</i>	72.4
<i>Sí</i>	27.6
<i>Altura del estoma</i>	
<i>Plano (< 2.5 cm)</i>	53.4
<i>Protruido (2.5 cm)</i>	36.0
<i>Largo (> 2.5 cm)</i>	10.6
<i>Tipo de efluente</i>	
<i>Pastoso</i>	52.5
<i>Líquido</i>	
<i>Materia fecal líquida: 37.8</i>	38.8
<i>Orina: 1.0</i>	
<i>Formado</i>	8.7

Respecto a las características de los productos utilizados posteriormente a la valoración del paciente, se reporta el uso de sistema colector de 2 piezas en el 88.8% de los casos y de una pieza en el 11.2%. La bolsa se reporta transparente en el 81.1% de los casos y opaca en el 18.9%, así como drenable en el 94.4% de los casos y para orina en el 5.6%. En lo que respecta a la barrera cutánea, se reporta el uso de barrera convexa con cinturón elástico en el 81.9% de los casos (convexa precortada: 77.2%; convexa moldeable: 4.7%) y de barrera plana en el 18.1% (plana para recortar: 12.6%; plana moldeable: 5.5%).

Por otro parte, se reporta la resolución de las complicaciones estomales y/o de la piel periestomal que los pacientes

presentaban a su ingreso en el 68.0% de los casos, en un tiempo medio de 16.3 días, con una desviación estándar de ± 11.3 , un mínimo de 5 días y un máximo de 79 días, ubicándose la mayor proporción de casos entre los 11 y 20 días (45.7%). Asimismo, se reporta que el 18.4% de los pacientes atendidos abandonaron el tratamiento por falta de recursos económicos, el 11.6% presentaron complicaciones estomales que requirieron manejo quirúrgico (hernia paraestomal, prolapsos y estenosis) y el 2.0% se reportan como pacientes finados.

Discusión

De acuerdo con los datos obtenidos en el presente estudio, los procesos neoplásicos continúan siendo la causa principal que condiciona la construcción de una derivación fecal o urinaria. Del total de pacientes con colostomías/ileostomías, se reporta que el 42.2% presentaron como diagnóstico médico el cáncer colorrectal, mientras que, del total de pacientes con urostomías, el 80.4% presentaron diagnóstico de cáncer de vejiga. Lo anterior coincide con los resultados reportados por Alcalá et al.¹² y Cruz-Castañeda et al.¹³, en los que el cáncer colorrectal, aunque en menor proporción, representa el diagnóstico médico más recurrente entre los pacientes con derivaciones fecales (29.3 y 31.5%, respectivamente), mientras que el cáncer de vejiga, igualmente en menor proporción, representa el diagnóstico de mayor prevalencia entre los pacientes con derivaciones urinarias (51.0 y 35.6%, respectivamente).

También, los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos por los mismos autores en cuanto a que la prevalencia de derivaciones fecales y urinarias es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres (54.6% vs. 45.4% y 53% vs. 47%)^{12,13}, mientras que en el estudio realizado por Pat et al., la proporción de mujeres es ligeramente más grande (59% vs. 41%)¹⁴. Es por ello que, con base en este análisis de resultados, es posible determinar que no existe diferencia significativa respecto a que la prevalencia de derivaciones fecales y urinarias sea mayor en hombres que en mujeres.

En cuanto a los rangos de edad, los resultados de este estudio se aproximan a los datos reportados por Alcalá et al., donde la mayor proporción de pacientes se encuentra entre los 41 y 60 años de edad (42.5%), pese a la inclusión de menores de edad en la muestra¹². Otro aspecto importante a destacar son los resultados del presente estudio que apuntan a una mayor recurrencia de derivaciones fecales y urinarias en personas adultas mayores, ya que el 41.2% de la población estudiada se encuentra por arriba de los 60 años de edad.

Respecto al tipo de estoma, se coincide con los resultados presentados por Alcalá et al.¹², Cruz-Castañeda et al.¹³ y Pat et al.¹⁴, quienes reportan una mayor proporción de colostomías (80-63%) que ileostomías (24-15%) y urostomías (14-5%), razón por la cual es posible identificar que las primeras son las derivaciones más recurrentes en la población mexicana, representada por las muestras a conveniencia utilizadas en dichos estudios.

En lo que refiere a sus características epidemiológicas, los datos obtenidos en la presente investigación respecto a su temporalidad apuntan a una mayor proporción de estomas temporales que permanentes, resultados que coinciden con

Sánchez y Ceja (61% vs. 32%)¹¹, Alcalá et al. (47% vs. 45%)¹² y Cruz-Castañeda et al. (54% vs. 36%)¹³. Es por ello que los cuidados proporcionados por los(as) terapistas enterostomales deberán enfocarse principalmente a que la persona ostomizada conserve su calidad de vida durante el tiempo en que deberá cuidar de su ostomía, así como a procurar que, al momento de su reconexión intestinal, haya tenido el menor número posible de complicaciones.

En cuanto a la altura de las derivaciones, los resultados de este estudio coinciden con Sánchez y Ceja, quienes reportan una mayor proporción de estomas planos (50%) que protruidos (33%) y largos (17%)¹¹; mientras que Cruz-Castañeda et al. reportan una mayor proporción de estomas protruidos (55%) que planos (38%) y largos (7%)¹³; dichos autores utilizan los términos «plano», «normal» y «protruido» para referirse a la altura del estoma, sin especificar su correspondiente altura en centímetros. Tales discrepancias con respecto a la altura de los estomas estudiados pueden surgir de la recurrencia de diversas variables presentes al momento de la intervención del paciente, como son: la anatomía y fisiología propias del intestino de cada persona, el volumen de tejido adiposo abdominal, la extensión del daño intestinal debido a la patología de base, si la cirugía es electiva o de urgencia y la habilidad del cirujano, entre otras.

En lo que corresponde a la valoración de las complicaciones estomales y de la piel periestomal, los resultados de la presente investigación coinciden con los reportados por Sánchez y Ceja, quienes señalan la dermatitis leve como principal complicación (33%)¹¹. Bajo este tenor, se enfatiza la importancia de la utilización de un instrumento validado que fomente la unificación de criterios durante la valoración de las lesiones de la piel periestomal. Tal es el caso del instrumento SACS, cuya inclusión como parte integral de los expedientes clínicos analizados en el presente estudio permitió la clasificación objetiva de la severidad de las lesiones.

Cabe destacar la elevada prevalencia de complicaciones en las personas ostomizadas, algunas de ellas relacionadas con la elección y el manejo inadecuado del sistema colector y/o con la falta de disponibilidad de recursos materiales en las instituciones de salud. Ejemplos de ello son: 1) dermatitis irritativa (85.9%), que puede deberse al uso de sistemas colectores no aptos para el manejo de efluentes agresivos, que no consiguen generar un sello seguro que evite el contacto del efluente con la piel periestomal; 2) laceración de la mucosa estomal (18.8%), que puede deberse a la medición deficiente o nula del diámetro del estoma y el consiguiente uso de una barrera cutánea que lesiona la mucosa con el movimiento; y 3) trauma mecánico (5.1%), que puede deberse al arrancamiento de la barrera cutánea, resultado de una técnica inadecuada por parte del profesional de la salud que realiza los cambios de equipo y, por ende, del paciente que recibe mala o ninguna información.

Respecto a la importancia del marcaje quirúrgico previo a la construcción de una derivación fecal/urinaria, definido por la *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* (WOCN) como «la identificación de la localización óptima para la construcción del estoma en el abdomen del paciente»³, se identificó una elevada prevalencia de complicaciones estomales y de la piel periestomal en aquellos pacientes en los que no se llevó a cabo dicho procedimiento.

Tales hallazgos coinciden con los resultados obtenidos por Person et al., en los que se concluye que el marcaje quirúrgico del sitio de construcción del estoma se relaciona con una menor incidencia de complicaciones, independientemente del tipo de estoma construido¹⁸. Además, coinciden con los resultados publicados por Bass et al., quienes reportan que los pacientes que recibieron un marcaje quirúrgico previo presentaron un menor número de complicaciones tempranas, en contraste con los pacientes en quienes no se realizó dicha intervención (32.5% vs. 43.5%)¹⁹. Es por ello, que resulta indispensable involucrar tanto al médico cirujano como al/la enfermera(o) terapista enterostomal en el proceso de marcaje del sitio quirúrgico, quienes poseen la destreza y el conocimiento para procurar que la construcción del estoma resulte de fácil manejo para los pacientes y que reduzca la incidencia de las complicaciones de la piel periestomal.

Por otro lado, los resultados del presente estudio reportan una mayor prevalencia de complicaciones en pacientes con ileostomías (51.4%), lo que puede relacionarse con la presencia de enzimas digestivas secretadas por el intestino delgado que entran en contacto con la piel, aunado a la alcalinidad del efluente de este tipo de derivaciones y la humedad constante que favorece la proliferación de microorganismos; todos ellos factores que promueven la degradación de la superficie cutánea, y por tanto, el desarrollo de complicaciones³.

Asimismo, los resultados obtenidos en el presente estudio indican una mayor prevalencia de complicaciones en pacientes con estomas planos (53.4%) y en estomas que presentan un ángulo de drenaje ubicado en los cuadrantes inferiores (de las 3 a las 9) (48.6%). La combinación de estos factores puede favorecer la filtración del efluente entre la barrera cutánea y la piel periestomal, razón por la cual resulta necesario disponer de sistemas colectores adecuados para cada caso particular e insumos para el cuidado de la piel, que coadyuven en el manejo de las derivaciones que presenten tales características^{3,20}.

No obstante, se recomienda estudiar la correlación existente entre las variables epidemiológicas descritas en el presente documento y la incidencia de complicaciones en pacientes con derivaciones fecales y urinarias. Del mismo modo, resulta necesario describir las características demográficas y epidemiológicas de la población total de pacientes ostomizados en el territorio nacional, mediante la aleatorización de una muestra que pueda considerarse representativa de dicha población.

Conclusiones

El desarrollo de la terapia enterostomal como área especializada del cuidado en nuestro país responde a la necesidad, ya identificada por el Sistema Nacional de Salud, de brindar la atención especializada que requiere el paciente con derivaciones fecales y urinarias. Pese a que en México no se dispone de información contundente respecto al número de personas que presentan tales derivaciones, la elevada incidencia de procesos patológicos como el cáncer colorrectal y el cáncer de vejiga, que a menudo requieren la construcción de un estoma, pueden proporcionar una noción de la magnitud y alcance del problema.

Los resultados del presente estudio aportan evidencia respecto a la necesidad permanente de desarrollar profesionales de Enfermería especializados en terapia enterostomal e incorporarlos al Sistema Nacional de Salud como miembros indispensables del equipo multidisciplinario. Algunos de los factores identificados durante la realización del presente estudio, como son la elevada prevalencia de complicaciones estomales y de la piel periestomal, la ausencia de marcaje del sitio quirúrgico en más de la mitad de los casos y la falta de información por parte de los pacientes que egresan de las instituciones de salud, apuntan hacia la existencia de un área de oportunidad que debe ser aprovechada, para enriquecer la calidad de la atención de las personas con derivaciones fecales y urinarias.

Entre las estrategias que se sugieren para lograr dicho objetivo, se incluyen: 1) la valoración integral de las características epidemiológicas de los estomas; 2) la detección temprana de factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones estomales y de la piel periestomal; 3) la identificación oportuna de las lesiones de la piel periestomal mediante la aplicación de instrumentos validados; 4) la elección adecuada de sistemas colectores, barreras cutáneas y accesorios para el cuidado de estomas que se ajusten a las necesidades específicas de cada persona, y no viceversa; y 5) la incorporación de registros clínicos que incluyan la documentación de todas las variables referidas. En relación con lo anterior, cabe destacar que son los(as) enfermeros(as) especialistas en terapia enterostomal quienes poseen los conocimientos, habilidades y experiencia necesarias para realizar estas acciones de manera óptima, eficiente y sustentable.

Por otro lado, y con el fin de generar evidencia respecto a la utilidad de sus intervenciones, el equipo multidisciplinario posee la responsabilidad ética y profesional de generar bases de datos, que permitan retomar la información recabada de las instituciones de salud para su procesamiento y posterior divulgación a la comunidad. Dicha acción fomentará la sensibilización de autoridades sanitarias y gestores del cuidado respecto a la importancia que conlleva la formación de recursos humanos especializados, la apertura de espacios destinados a la atención de la persona con derivaciones fecales y urinarias, y la adquisición de recursos materiales de vanguardia que reduzcan los costos directos del cuidado.

Igualmente, es menester de las autoridades sanitarias el formular políticas públicas que garanticen la implementación y el cumplimiento de las mejores intervenciones disponibles para brindar la atención a las personas ostomizadas, lo cual ayudará al mejoramiento de los servicios brindados por el Sistema Nacional de Salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiamiento

El presente estudio contó con el patrocinio de Convatec. Las opiniones expresadas en esta publicación son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan las opiniones de Convatec.

Conflictos de intereses

Los autores del presente estudio trabajan para Convatec.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-151-SSA-1996, que establece las especificaciones sanitarias de las bolsas para ostomías (colostomía, ileostomía, urostomía y drenaje). México: Diario Oficial de la Federación, 21 enero 1999.
2. Maydón H, Hernández F, Esparza R, et al. Estomas intestinales: construcción y complicaciones. *An Med Mex.* 2011;56: 205–9.
3. Colwel J, Carmel J. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Core Curriculum: Ostomy Management.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2016.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer (4 de febrero). México: INEGI, 2016 [consultado 14 Ene 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2jwcw9B>.
5. Villalobos J, Olivera M, Loaeza A, et al. Estudio de 25 años de cáncer del aparato digestivo en cuatro instituciones de la Ciudad de México. *Rev Gastroenterol Mex.* 2006;71: 460–72.
6. Jiménez-Ríos M, Solares-Sánchez M, Martínez-Cervera P, et al. Panorama epidemiológico del cáncer genitourinario en la zona centro de México. *Rev Mex Urol.* 2011;71 Supl 3:3–6.
7. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, et al. Quality of life in ostomy patients: A qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* 2011;5:1–5, <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S14508>.
8. Anaraki F, Vafaie M, Behbood R, et al. Quality of life outcomes in patients living with a stoma. *Indian J Palliat Care.* 2012;18:176–80, <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.105687>.
9. Recalla S, English K, Nazarali R, et al. Ostomy care and management: A systematic review. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013;40:489–500, <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e3182a219a1>.
10. Goldberg M, Aukett LK, Carmel J, et al., Ostomy Guidelines Task Force. Management of the patient with a fecal ostomy: Best practice guide for clinicians. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010;37:596–8, <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e3181f97e37>.
11. Sánchez M, Ceja T. Clínica de estomas. *Rev Enferm IMSS.* 2000;8:27–31.
12. Alcalá M, Caballero M, Pérez S, et al. Experiencia de la clínica de estomas del H. R. 1º de Octubre, ISSSTE. *Rev Esp Med Quir.* 2004;9:33–7.
13. Cruz-Castañeda O, Cano-Carduño M, Pat-Castillo L, et al. Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. *Rev CONAMED.* 2009;14 Supl. 1:15–9.
14. Pat L, Espinosa J, Sánchez M, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enferm Univ.* 2010;7:9–14.
15. Contreras J. *Abordaje y manejo de las heridas.* México: Intersistemas Editores; 2013.
16. Bosio G, Pisani F, Fonti A, et al. Studio osservazionale multicentrico sulle alterazioni cutanee post-enterostomie (SACS). Classificazione delle alterazioni peristomiali. *G Chir.* 2006;27:251–4.
17. Bosio G, Pisani F, Lucibello L, et al. A proposal for classifying peristomal skin disorders: Results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Manage.* 2007;53:38–43.
18. Person B, Ifargan R, Lachter J, et al. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life and patient's independence. *Dis Colon Rectum.* 2012;55:783–7, <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0b013e31825763f0>.
19. Bass E, del Pino A, Tan A, et al. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum.* 1997;40:440–2, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02258389>.
20. Murad Y. Propuesta pedagógica para capacitar en la atención de la persona ostomizada [Tesis]. México: Universidad Panamericana. Facultad de Pedagogía; 2004.