



Artículo original

Unidad de ostomías: importancia para el manejo de ostomizados. Percepción de miembros de la Sociedad Venezolana de Coloproctología

Ostomy Unit: importance for the management of ostomates. Perception of members of the Venezuelan Society of Coloproctology

Adrián José Terán,* Christopher Varela,* Sthepfania López Sánchez,* Marco Sorgi Venturoni*

* Adjunto Servicio de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Hospital «Dr. Domingo Luciani», Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas, Miranda, Venezuela.

RESUMEN

Introducción: la unidad de ostomías representa el centro de atención y apoyo principal del ostomizado, sus cualidades, organización y funciones deben ajustarse a las necesidades del usuario, enfermeros y coloproctólogos. **Objetivo:** valorar la percepción de los miembros de la Sociedad Venezolana de Coloproctología (SVCP) sobre la necesidad de contar con unidades especializadas para manejar ostomizados. **Material y métodos:** se realizó un estudio prospectivo, transversal, no experimental, descriptivo y de campo, aplicando una encuesta a miembros de la SVCP. **Resultados:** veintiséis instrumentos fueron contestados; 96.2% de los participantes realizaron ostomías en 2019; la mayoría (38.4%) realizan entre 1-5 ostomías al año, 38.4% ha realizado > 100 ostomías durante su vida, 77% hacen la mayoría de sus ostomías en emergencias, siendo la colostomía (65.3%) terminal (57.7%) la más realizada; 84.6% conoce la técnica de marcaje preoperatorio del estoma, sólo 27% lo realiza de manera habitual. Las complicaciones más reportadas fueron: edema (34.6%), abscesos y hernias paraestomales (30.7%); 88.5% considera que una ostomía afecta de forma negativa la calidad de vida, 96.2% apoya el entrenamiento en prácticas de autocuidado, 100% considera necesaria la creación de unidades de ostomías y la formación de personal especializado. **Conclusiones:** la unidad de ostomías (UDO) es un espacio para brindar orientación y apoyo a los ostomizados donde cuentan con los insumos apropiados; la enfermera de ostomías (EDO) es fundamental para esta unidad siendo un personal entrenado

ABSTRACT

Introduction: the ostomy unit represents the main care and support center for the ostomate. Its qualities, organization and functions should be adjusted to the needs of the user, nurses and coloproctologists. **Objective:** to assess the perception of the members of the Venezuelan Society of Coloproctology (SVCP) on the need for specialized units to manage ostomates. **Material and methods:** a prospective, cross-sectional, non-experimental, descriptive and field study was carried out, applying a survey to members of the SVCP. **Results:** twenty-six instruments were answered; 96.2% of the participants performed ostomies in 2019; most (38.4%) perform between 1-5 ostomies per year, 38.4% have performed > 100 ostomies during their lifetime, 77% perform most of their ostomies in emergencies, with terminal colostomy (65.3%) (57.7%) being the most performed; 84.6% know the preoperative stoma marking technique, only 27% perform it on a regular basis. The most reported complications were: edema (34.6%), abscesses and parastomal hernias (30.7%); 88.5% consider that an ostomy negatively affects quality of life, 96.2% support training in self-care practices, 100% consider necessary the creation of ostomy units and the training of specialized personnel. **Conclusions:** the ostomy unit (OU) is a space to provide guidance and support to ostomates where they have the appropriate supplies; the ostomy nurse (ON) is fundamental for this unit, being a trained staff with empathy for the patient. **Recommendations:** create OU in public and private institutions

Recibido: julio 2024. Aceptado: agosto 2024.

Correspondencia:

Christopher Varela, MD, FACS

E-mail: varela.cristopher@gmail.com

Citar como: Terán AJ, Varela C, López SS, Sorgi VM. Unidad de ostomías: importancia para el manejo de ostomizados. Percepción de miembros de la Sociedad Venezolana de Coloproctología. Rev Mex Coloproctol. 2024; 20 (2): 63-70. <https://dx.doi.org/10.35366/119577>



y con empatía por el paciente. **Recomendaciones:** crear UDO en instituciones públicas y privadas para el manejo multidisciplinario de ostomizados y programas académicos para la formación de EDO.

Palabras claves: ostomías, unidad de cuidado de ostomías, enfermera de ostomías, estomaterapia, colostomía, ileostomía.

for the multidisciplinary management of ostomates and academic programs for the training of ON.

Keywords: ostomies, stoma care unit, stoma nurse, stomatherapy, colostomy, ileostomy.

INTRODUCCIÓN

La creación de un estoma es un evento que cambia la vida del paciente y de su entorno.^{1,2} En el año 2009 fueron reportados alrededor de 700,000 ostomizados en Estados Unidos,³ y en la actualidad se estiman entre 100,000 y 130,000 ostomías al año en ese país.^{4,5} En Reino Unido viven alrededor de 120,000 ostomizados^{6,7} y cerca de 13,500 ostomías son realizadas cada año.⁸ España presenta cifras similares, para el 2014 se estimaban 100,000 ostomizados con alrededor de 15,000 nuevos casos cada año.⁹ Para el 2005, Italia contaba con alrededor de 74,000 ostomizados.¹⁰ En Latinoamérica se reportan datos en Argentina, con un estimado de unos 30,000 ostomizados² y en Brasil, la Asociación Brasileña de Ostomizados (ABRASO) reporta un aproximado de 33,864.¹¹ De forma general, la cantidad de ostomizados en países de occidente oscila entre 2 a 4 por cada 1,000 habitantes.^{12,13}

Contar con unidades especializadas para el manejo de los ostomizados representa un punto clave en el mejoramiento de su calidad de vida. Estas unidades de ostomías (UDO) constan de un equipo especialmente entrenado para brindar apoyo físico, emocional, educativo y asistencial a los pacientes y a sus familiares, garantizando en el menor tiempo posible una mejor reincorporación a una vida social plena y productiva. El cuidado de los enfermeros de ostomías (EDE) es un apoyo invaluable para los ostomizados.¹⁴⁻²²

Uno de los factores más importantes que influyen de forma negativa en el autocuidado de los ostomizados y que afecta de manera considerable su calidad de vida y su proceso de adaptación es la falta de programas de información y educación.^{23,24} Hasta una cuarta parte de estos pacientes pueden presentar problemas psicológicos clínicamente significativos después de la cirugía.²⁵ Además, las complicaciones relacionadas con las ostomías representan una situación compleja y preocupante para los pacientes y para sus médicos. Se han reportado tasas de complicaciones que oscilan entre 10% y 82%,²⁶⁻³⁴ sin embargo, es muy difícil estimar con certeza el porcentaje de pacientes que las experimentan;³³ en especial en el caso de las afecciones de la piel periestomal, zona más afectada después de la realización de una ostomía y cuyas

complicaciones obedecen, en la mayoría de los casos, a mal cuidado por parte de los pacientes y sus cuidadores.⁶

Además de los principales cambios físicos y fisiológicos que vienen con la creación de una ostomía, los impactos psicológicos, emocionales y psicosociales de tenerlo evocan muchos sentimientos diferentes, desencadenados, principalmente, por la alteración de la imagen corporal del paciente y por su necesidad de adaptarse a esta nueva forma de vida que afectará, desde sus relaciones personales y sociales, hasta su vida sexual.³⁵⁻⁴⁵ Es de gran importancia desarrollar programas de educación para ostomizados para que puedan adquirir conocimientos y habilidades que permitan modificar su estilo de vida y un autocuidado efectivo.^{1,20,21,46-48}

Los ostomizados y sus cuidadores deben contar con acceso inmediato a un especialista en el cuidado de ostomías.⁴⁵ Es importante que antes de egresar sean instruidos en cuidados básicos de ostomías como: conocer el aspecto normal del estoma y la piel periestomal, cómo cambiar de forma adecuada la base y la bolsa, cómo vaciar la bolsa con seguridad y cómo prevenir irritaciones. Todo esto obedece a un hecho práctico, el conocimiento sobre la apariencia normal de la ostomía es primordial en el reconocimiento temprano de las complicaciones.⁴⁵ La falta de información adecuada es la principal causa de complicaciones en las ostomías.²

Contar con el apoyo de un personal altamente calificado que entienda las necesidades particulares de los ostomizados favorece su proceso de recuperación y adaptación.³⁵ El cuidado de una ostomía debe ser una competencia del personal de enfermería y es necesario tomar en cuenta tanto la formación y la capacitación del personal sobre el manejo de éstas, como la creación de protocolos que fomenten el autocuidado en el paciente.²³

El rol principal del enfermero de ostomías es apoyar a los pacientes utilizando conocimientos y habilidades específicas para mejorar su calidad de vida, su papel en las etapas pre y postoperatorias es vital y la enseñanza debe estar presente en ambos periodos.^{1,49-56} Es importante que los EDE reciban capacitación continua sobre cómo mejorar los métodos de enseñanza del paciente durante el proceso de atención.⁵⁷ Burkhart JA⁵⁸ demostró una mejor comunicación entre las enfermeras y los pacientes, así

como una mayor retención de la información por parte del personal de enfermería, después de recibir instrucción especializada sobre cómo integrar las habilidades de enseñanza en su práctica. Aumentar la capacitación del personal de enfermería eleva de manera considerable su nivel de conocimiento, empatía, retención de habilidades y la competencia para manejar a estos pacientes.⁵⁹⁻⁶¹

La frecuencia, duración y tipo de educación que brindan los EDE también ha demostrado ser un factor de impacto positivo para los ostomizados. Danielsen y Rosenberg⁶² evaluaron a 50 pacientes para conocer su proceso de adaptación a la ostomía y el mejoramiento en su calidad de vida basados en la capacitación recibida; 25 pacientes recibieron tres sesiones educativas de tres horas cada uno más seguimiento telefónico; la educación adicional generó un aumento en la calidad de vida en comparación con la capacitación estándar.

En el contexto de Venezuela, la Ley del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) establece que la Institución ejecutará programas de rehabilitación funcional, orientación y formación profesional y reeducación del paciente para su reinserción laboral.⁶³ Asimismo, el registro, organización y entrega de materiales para el cuidado de las ostomías de los pacientes pertenecientes al IVSS forma parte de las funciones de la Dirección General de Salud del IVSS.

El objetivo principal de esta investigación consistió en valorar la percepción que tienen los miembros de la Sociedad Venezolana de Coloproctología (SVCP) con respecto a la importancia de contar con unidades especializadas y personal capacitado en el manejo de ostomizados, así como también, conocer sus opiniones en cuanto a la necesidad de brindar apoyo psicoemocional a los ostomizados y la importancia de la educación oportuna y continua sobre el autocuidado y el reconocimiento oportuno de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, no experimental, prospectivo y de campo que consistió en la aplicación de un instrumento de encuesta presencial a los miembros de la Sociedad Venezolana de Coloproctología asistentes al Encuentro de Residentes y Egresados de Coloproctología que se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital «Dr. Domingo Luciani» del IVSS, Caracas, Venezuela, con el fin de conocer su opinión acerca de la importancia y la utilidad que tienen la unidad de ostomías y sus enfermeras especialistas para la adecuada atención, evaluación y educación de los ostomizados.

Los criterios de inclusión fueron: 1. Ser cirujano general o especialista en coloproctología miembro de la SVCP, 2.

Asistir al Encuentro Nacional de Residentes y Egresados de Coloproctología, y 3. Aceptar de manera voluntaria participar en el estudio. Como criterios de exclusión se consideraron: 1. Individuos que no formaban parte de la SVCP o miembros que no eran cirujanos generales y/o coloproctólogos, 2. Miembros de la SVCP que no asistieron al Encuentro de Residentes y Egresados, 3. Individuos que no consintieron participar en el estudio y 4. Los autores de esta investigación.

La Sociedad Venezolana de Coloproctología, fundada en 1989, cuenta con 130 miembros registrados y 65 miembros activos. En función a los criterios de inclusión y exclusión la muestra quedó conformada por 28 miembros. El instrumento de recolección de datos se aplicó de forma directa y personal a toda la muestra seleccionada. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el software IBM SPSS Statistics for Macintosh, versión 25.0 y el software Excel®. La técnica de análisis utilizada fue la estadística descriptiva con aplicación de la prueba de Kolmogórov-Smirnov para analizar la distribución normal de los datos obtenidos.

RESULTADOS

De los 28 cuestionarios entregados 26 (92.8%) fueron completados, dos instrumentos no fueron devueltos a los autores. De los 26 individuos que contestaron, 76.9% eran hombres y 23.1% mujeres. El grupo etario más prominente fue el de 31 a 40 años (42.3%). Respecto a los años de ejercicio profesional destacó el grupo de menor a cinco años (53.8%) seguido del grupo de mayor de 20 años (26.9%). Veintiséis punto nueve por ciento laboran sólo en instituciones públicas de salud, 42.3% en instituciones privadas y 30.8% en ambos. Noventa y seis punto dos por ciento de los participantes realizaron ostomías durante el año 2019 y sólo 21 de estos (84%) mencionaron el número aproximado de ostomías realizadas, mínimo 1 y máximo 50 (media = 9.38 y desviación estándar = 13.9); la mayoría (38.4%) realizan entre una y cinco ostomías al año y 34.6% entre 5 y 10; 38.4% ha realizado más de 100 ostomías durante todo su ejercicio profesional.

Respecto al contexto en el cual realizan la mayoría de sus ostomías, 77% contestó que las hacen en cirugías de emergencia y 23% en electivas (*Figura 1*), siendo la colostomía (65.3%) terminal (57.7%) el procedimiento realizado con más frecuencia. Ochenta y cuatro punto seis por ciento (22 encuestados) están familiarizados con la técnica de marcaje preoperatorio del sitio del estoma; 27% manifiestan siempre realizar el marcaje preoperatorio durante cirugías electivas y 46% lo hacen en pocos o ninguno, 57.7% no realizan el marcaje preoperatorio durante procedimientos de emergencia.

En cuanto a las complicaciones relacionadas con las ostomías y la piel periestomal, 69.2% de los encuestados

indican que pocos de sus pacientes sufren alguna complicación y 19.2% manifiesta que las presentan con regularidad, entre las más comunes destacan: edema (34.6%), abscesos periestomales (30.7%), hernias paraestomales (30.7%), retracción (27%), prolapsos (23%), necrosis (19%), eritema (15.4%), erosión/úlceras (11.5%). Sólo 27% de los participantes manifestó que sus pacientes cuentan con apoyo psicológico y/o emocional, siendo realizado por un psicólogo en el 85.7% de los casos.

Sobre la existencia de grupos de apoyo para ostomizados en Venezuela, sólo 15.4% afirmó conocer acerca de estos grupos; 23% manifiestan conocer UDO en Venezuela, de estos, 83.3% mencionaron la unidad perteneciente al Centro Médico Docente La Trinidad (CMDLT) en Caracas, Venezuela.

Respecto a las características principales que definen a la UDO, 53.8% contestó que sí las conoce, destacando dentro de las mismas: brindar apoyo psicoemocional a los pacientes y mejor atención terapéutica y entrenamiento (57.1% cada uno), fungir como espacio para mejorar el proceso educativo (50%), disponer de atención especializada, insumos y horarios requeridos por los pacientes (28.6% cada uno) y contar con EDE (21.4%). 61.5% afirma conocer el tipo de personal que debe integrar la UDO, indicando que debería ser coordinada principalmente por el EDE o por el coloproctólogo en 43.7% (Tabla 1).

Sólo 27% de los encuestados expresó conocer a un EDE en Venezuela, pero ninguno detalló en que región del país se encuentra. Con respecto a los conocimientos sobre las cualidades de los EDE, 38.5% indicó conocerlas, resaltando las siguientes: tener entrenamiento especializado (80%), ser empático y amable (60%), tener carácter científico/investigativo y poseer conocimientos básicos en psicología (30% cada uno) (Tabla 1).

Ochenta y ocho punto cinco por ciento de los encuestados manifiesta que una ostomía afecta de forma negativa

la calidad de vida, la imagen corporal y la sexualidad de su portador; 100% considera que es importante brindar apoyo psicológico y emocional a los ostomizados y también que el impacto psicológico que esto puede generar debe ser evaluado en el preoperatorio. Noventa y seis punto dos por ciento consideran importante educar a los ostomizados en prácticas de autocuidado y 92.3% indican que estos pacientes deben ser manejados en UDO (Tabla 2).

Al consultar sobre la disponibilidad de cursos en Venezuela para el entrenamiento de EDE, 100% manifestó no conocer curso alguno en el país, asimismo, 88.5% considera que los EDE deberían contar con el aval de la SVCP. Igualmente, todos los participantes del estudio expresaron la necesidad de contar con un sistema público de registro, control y seguimiento para los ostomizados y están de acuerdo con la creación de UDO por parte del IVSS en colaboración con las distintas instituciones y sociedades médicas del país (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La confección de una ostomía debe ser planificada de manera estratégica y realizada con la mejor técnica quirúrgica ya que las complicaciones pueden causar dolor, ardor, fugas en la bolsa recolectora y problemas para adaptar su base, lo cual genera un aumento considerable del gasto en insumos, mayores costos de atención y disminución de la calidad de vida.^{26-28,33,44,45} El marcado preoperatorio del área del estoma, tanto en cirugía electiva como de emergencia, reduce las complicaciones y mejora la calidad de vida,¹⁰ sin embargo, aunque 84.6% de los encuestados manifestó estar familiarizado con esta técnica, no se cumple con este protocolo de manera habitual, 77% de los participantes confeccionan la mayoría de sus ostomías en cirugías de emergencia sin el marcado preoperatorio.

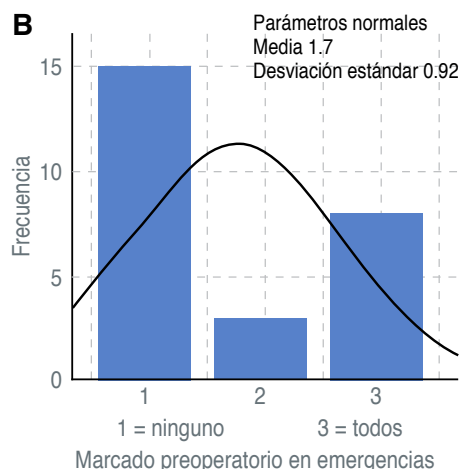
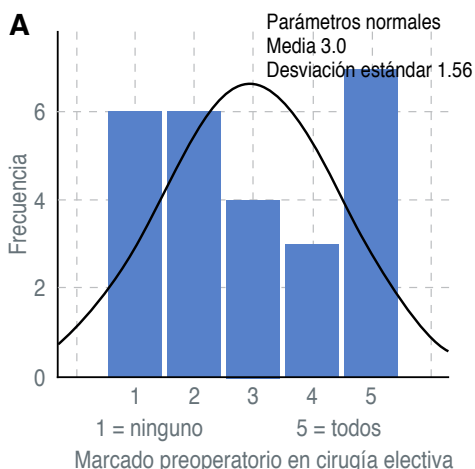


Figura 1:

Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la distribución normal del marcado preoperatorio en cirugía electiva y de emergencia.

A) ¿Aproximadamente cuántos de sus pacientes ostomizados en cirugías electivas han sido marcados preoperatoriamente?

B) ¿Aproximadamente cuántos de sus pacientes ostomizados en cirugías de emergencia han sido marcados preoperatoriamente?

Tabla 1: Características principales de la unidad de ostomías y personal que la integra y dirige (respuestas abiertas y múltiples de cada uno de los encuestados).

Variable		N	%
Características principales de la unidad de ostomías	Desconoce	12	46.1
	Enfermero de ostomías	3	21.4
	Academia	2	14.3
	Educación	7	50.0
	Disponibilidad de insumos y horarios	4	28.6
	Atención especializada	4	28.6
	Apoyo psicoemocional	8	57.1
	Entrenamiento y terapéutica	8	57.1
Personal y coordinador de la unidad de ostomías	Desconoce	10	38.4
	Coloproctólogo	7	43.7
	Enfermero de ostomías	7	43.7
	Psicólogos	2	12.5
¿Conoce las cualidades que debe tener el enfermero especialista en el manejo de ostomías?	Desconoce	16	61.5
	Interés científico y de investigación	3	30.0
	Capacidad docente	2	20.0
	Dedicación	2	20.0
	Empatía y amabilidad	6	60.0
	Entrenamiento especializado	8	80.0
	Destrezas técnicas	2	20.0
	Inteligencia psicoemocional	3	30.0

El objetivo principal del marcado es disminuir las complicaciones.⁶⁴ Aunque 23% de los miembros de la SVCP realiza la mayoría de sus ostomías en cirugías electivas, la frecuencia de marcado preoperatorio entre estos varía en el rango de «siempre» a «nunca» en porcentajes similares, con una media de distribución según la prueba de Kolmogórov-Smirnov que sitúa la normalidad en el punto intermedio correspondiente a «frecuentemente».

Cincuenta y siete punto siete por ciento de los encuestados refieren «pocas complicaciones», en correlación con otros estudios que reportan tasas entre 10 y 82%.^{26-32,64} Se han descrito múltiples complicaciones relacionadas con la técnica quirúrgica y los cuidados postoperatorios,³³ las más frecuentes en este estudio fueron: el edema de la ostomía como complicación temprana (34.6%), abscesos, hernias (30.7% en cada caso) y retracción paraestomal (27%) como tardías.

Además de los principales cambios físicos y fisiológicos relacionados con una ostomía, los impactos psicológicos, emocionales y psicosociales representan un reto de adaptación adicional para el paciente.³⁶ Todos los encuestados (100%) coinciden en tres aspectos fundamentales en relación a este punto, confirmando no sólo que la calidad de vida, la imagen corporal y la sexualidad pueden ser afectadas de manera negativa por la creación de una ostomía sino que, además, es importante evaluar en el preoperatorio el impacto psicológico que su creación puede originar, esto

con el fin de brindar apoyo psicológico y emocional de forma oportuna.

La UDO representa un espacio multidisciplinario diseñado en específico para la atención de los ostomizados. Los pacientes y sus cuidadores deben contar con acceso inmediato a especialistas en el cuidado de ostomías.⁴⁵ Cien por ciento de los encuestados consideran necesario disponer de la UDO y EDE para el adecuado manejo de los ostomizados.

Aunque existen experiencias nacionales para mejorar la calidad de atención a los ostomizados,^{24,65} no hay registros actuales de UDO activas en el sistema público de salud en Venezuela, sin embargo, cinco de los seis encuestados que manifestaron conocer UDO en Venezuela, señalaron a la Unidad CLIDEHOS (Clínica de Heridas y Ostomías) del Centro Médico Docente La Trinidad como referente actual en el manejo de ostomizados a nivel privado. Hoy en día esta unidad se dedica al manejo de pacientes ambulatorios y hospitalizados en el CMDLT, cumpliendo funciones de marcado preoperatorio y capacitación de pacientes y familiares, además, cumplen con atención diaria en la unidad y en pacientes hospitalizados, actividad descrita por Bird A y colegas⁸ como de gran valor al disminuir la estancia hospitalaria e incidencia de complicaciones postoperatorias.

La UDO debe contar con el apoyo de un personal altamente calificado que entienda las necesidades particulares de los pacientes para así favorecer su proceso de

recuperación y adaptación.³⁵ Las principales características que deben poseer los EDE, descritas por los encuestados, fueron: entrenamiento especializado (80%), empatía y amabilidad (60%), interés científico e investigativo y apoyo psicológico (30%); estas cualidades coinciden con las descritas por Jackson AL y colaboradores⁵³ quienes consideran que la capacidad que tengan los EDE para comunicarse con el paciente, de manera que este lo perciba como aceptable, conducirá al logro de objetivos y favorecerá el proceso de recuperación y adaptación.

Los resultados obtenidos en este estudio revelan varias consideraciones importantes para la comunidad internacional de especialistas en coloproctología. La baja frecuencia de realización de ostomías por parte de la mayoría de los encuestados sugiere una tendencia hacia la especialización en procedimientos menos invasivos o alternativas terapéuticas. Sin embargo, esta situación no refleja la realidad de muchos pacientes que requieren este tipo de intervención. Por lo tanto, es crucial que los especialistas en coloproctología estén preparados para realizar ostomías cuando sea necesario y que cuenten con el apoyo adecuado para manejar los cuidados pre y postoperatorios de estos pacientes.

La identificación de complicaciones comunes, como el edema periestomal y las hernias paraestomales, subraya la importancia de la vigilancia constante y el seguimiento riguroso de los ostomizados. Estos hallazgos son relevantes no sólo para Venezuela, sino para toda Latinoamérica, don-

de las tasas de complicaciones relacionadas con ostomías pueden variar, pero siguen siendo una preocupación significativa para los pacientes y los profesionales de la salud.

La falta de cursos de formación especializada para enfermeras de ostomías en Venezuela refleja una brecha importante en la capacitación del personal de enfermería en toda la región. Es necesario establecer que una unidad de ostomías es un proyecto ambicioso y multidisciplinario que puede traer múltiples beneficios a pacientes, médicos y personal de enfermería, además de conducir a un uso adecuado de los recursos terapéuticos, disminuyendo complicaciones o identificándolas de forma precoz. La actividad del coloproctólogo en el desarrollo de las UDO es fundamental, siendo importante la participación de la SVCP como ente académico y científico, así como el reconocimiento de la unidad por parte de esta sociedad como el ambiente más idóneo para el manejo adecuado del ostomizado y la necesidad de desarrollar programas de formación para el entrenamiento y capacitación de personal especializado en esta área.

La creación de unidades de ostomías es una iniciativa que puede beneficiar de forma significativa a los ostomizados, así como a los profesionales de la salud involucrados en su atención. Los resultados de este estudio respaldan la necesidad de establecer una UDO en instituciones de salud pública en Venezuela y en toda Latinoamérica. Estas unidades proporcionarían un entorno multidisciplinario

Tabla 2: Importancia de las evaluaciones preoperatoria y postoperatoria, de la educación al paciente y el apoyo psicológico/emocional, consideraciones respecto a la calidad de vida y entrenamiento.

Ítems	Sí		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
¿Está familiarizado con herramientas para la evaluación de la piel periestomal?	15	57.7	11	42.3	26	100
¿Considera que la calidad de vida, la imagen corporal y la sexualidad son afectadas negativamente por una ostomía?	23	88.5	3	11.5	26	100
¿Considera importante brindar apoyo psicológico y emocional a los ostomizados?	26	100			26	100
¿Considera importante evaluar preoperatoriamente el impacto psicológico de tener una ostomía?	26	100			26	100
¿Considera importante educar a los pacientes en prácticas de autocuidado para sus ostomías?	25	96.2	1	3.8	26	100
¿Considera que los ostomizados deben ser manejados en unidades de ostomías?	24	92.3	2	7.7	26	100
¿Considera que el enfermero de ostomías debería estar certificado por la SVCP?	23	88.5	3	11.5	26	100
¿Conoce algún curso o programa de formación para enfermeras de ostomías en Venezuela?			26	100	26	100
¿Considera que la SVCP debería crear un programa para la formación de enfermeros de ostomías?	24	92.3	2	7.7	26	100
¿Considera importante la creación de un sistema público para el registro y seguimiento de los ostomizados?	26	100			26	100
¿Considera que el IVSS debería crear unidades de ostomías con el apoyo de la SVCP y de los distintos postgrados de Coloproctología en Venezuela?	26	100			26	100

donde los pacientes puedan recibir atención integral y personalizada, incluyendo asesoramiento psicológico y apoyo emocional. Además, se insta a realizar censos de la población ostomizada en cada centro de salud para evaluar las necesidades específicas de estos pacientes y adaptar los servicios de salud en consecuencia. Estas medidas contribuirán a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los ostomizados en toda la región latinoamericana.

REFERENCIAS

- Hendren S, Hammond K, Glasgow S, Perry WB, Buie WD, Steele S et al. Clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Dis Colon Rectum*. 2015; 58 (4): 375-387.
- Cruz-Castañeda O, Cano-Garduño M, Pat-Castillo L, Sánchez-Bautista M, Espinosa-Estévez J, Rivas-Espinosa J et al. Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. *CONAMED*. 2009; 14 (1): 15-19.
- Cooke C. American ostomy census: counting surgeries and ostomy patients in the US. *The Phoenix*. 2009; 5 (1): 28-29.
- Ostomy Guidelines Task Force, Goldberg M, Aukett LK, Carmel J, Fellows J, Folkedahl B et al. Management of the patient with a fecal ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010; 37 (6): 596-598.
- Maydick-Youngberg D. A descriptive study to explore the effect of peristomal skin complications on quality of life of adults with a permanent ostomy. *Ostomy Wound Manage*. 2017; 63 (5): 10-23.
- Boyles A, Hunt S. Care and management of a stoma: maintaining peristomal skin health. *Br J Nurs*. 2016; 25 (17): S14-S21.
- Williams J, Ebanks A. Types of stoma and associated surgical procedures. London: Hollister; 2003.
- Bird A, Banerjee A, Bharathan B, Whitehead D. Implementing a 7-day stoma care service: an impact assessment. *Gastrointest Nurs*. 2018; 16 (6): 44-49.
- Martínez C, García B. Cuidados de enfermería al ostomizado. *RqR Enfermería Comunitaria (SEAPA)*. 2017; 5 (4): 35-48.
- Ferrara F, Parini D, Bondurri A, Veltri M, Barbierato M, Pata F et al. Italian guidelines for the surgical management of enteral stomas in adults. *Tech Coloproctol*. 2019; 23: 1-20.
- Ecco L, Dantas F, Melo M, Freitas L, Madeiros L. Profile of colostomized patients in the Association of Ostomized of Rio Grande do Norte. *Braz J Enterostomal Ther*. 2018; 16: 1-8.
- Claudio G. El ostomizado en el entorno de una asociación. En: Congreso Nacional de Ostomías. Bilbao: Asociación Vasca de Ostomizados e Incontinentes (ARGIA); Diciembre de 2005.
- Alcalá SM, Caballero VI, Pérez AS, Navarro SS, Rosas BJ, Ojeda VG. Experiencia de la Clínica de Ostomías del H.R. "1ro de octubre" del ISSSTE. *Rev Esp Med-Quirur*. 2004; 9 (3): 33-37.
- Haugen V, Bliss D, Savik K. Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006; 33 (5): 525-535.
- Quintana P, Pastor JC, Prados I, Pérez C, González M, de Mena C et al. A prospective, longitudinal, multicenter, cohort quality of life evaluation of an intensive follow-up program for patients with a stoma. *Ostomy Wound Manage*. 2010; 56 (5): 44-52.
- Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux study. *Ostomy Wound Manage*. 2003; 49 (2): 48-55.
- Brand M, Dujovny N. Preoperative considerations and creation of normal ostomies. *Clin Colon Rectal Surg*. 2008; 21 (1): 5-16.
- Brown H, Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2005; 14 (1): 74-81.
- Alonso G. Análisis de las complicaciones médico-quirúrgicas en las ileostomías cutáneas. *Actas Urol Esp*. 2004; 28 (6): 437-442.
- Rodríguez J, López S, García J. Problemática psicosocial del ostomizado. *Rev Rol Enf*. 1988; 114: 21-25.
- Pérez S, Campo J, Barbero MA. Atención integral al ostomizado. Evaluación de un programa. *Rev Rol Enf*. 1993; 183: 20-26.
- Nicolussi AC, Sawada NO. Quality of life of patients with colorectal cancer who were receiving complementary. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22 (2): 155-161.
- Almendárez-Saavedra J, Landeros-López M, Hernández-Castañón M, Galarza-Maya Y, Guerrero-Hernández M. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 23 (2): 91-98.
- Blanco M. Práctica de autocuidado en pacientes colostomizados tratados en la consulta externa de Cirugía. [trabajo de grado no publicado]. [Caracas]: Universidad Central de Venezuela, 2006.
- White C. Living with a stoma. London: Shelton; 1997.
- Carlsson E, Fringen J, Hallén AM, Petersén C, Lindholm E. The prevalence of ostomy related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Manage*. 2016; 62 (10): 34-48.
- Koc U, Karaman K, Gomceli L, Dalgic T, Ozer I, Ulas M et al. A retrospective analysis of factors affecting early stoma complications. *Ostomy Wound Manage*. 2017; 63 (1): 28-32.
- Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010; 37 (5): 505-510.
- Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie E et al. Prospective analysis of stoma related complications. *Color Dis*. 2005; 7: 279-285.
- Bafford AC, Irani JL. Management and complications of stomas. *Surg Clin North Am*. 2013; 93 (1): 145-166.
- Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis*. 2010; 12 (10): 958-964.
- Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP. A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis*. 2011; 13 (8): 935-938.
- Beitz JM, Colwell JC. Stomal and peristomal complications: prioritizing management approaches in adults. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2014; 41 (5): 445-454.

34. Sheetz KH, Waits SA, Krell RW, Morris AM, Englesbe MJ, Mullard A et al. Complication rates of ostomy surgery are high and vary significantly between hospitals. *Dis Colon Rectum*. 2014; 57 (5): 632-637.
35. Arolfo S, Borgiotto C, Bosio G, Mistrangelo M, Allaix ME, Morino M. Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma related complications. *Tech Coloproctol*. 2018; 22 (9): 683-687.
36. Andersson G, Engstrom A, Soderberg S. A chance to live: women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *Int J Nurs Pract*. 2010; 16 (6): 603-608.
37. Beitz J. The lived experience of having an ileoanal reservoir. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 1999; 26 (4): 185-190.
38. Bekkers MJ, van Knippenberg FC, van Dulmen AM, van den Borne HW, van Berge Honegouwen GP. Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and non stoma bowel resection: a 4-year follow-up. *J Psychosom Res*. 1997; 42 (3): 235-244.
39. Lim SH, Chan SW, He HG. Patients' experiences of performing self-care of stomas in the initial postoperative period. *Cancer Nurs*. 2015; 38 (3): 185-193.
40. McVey J, Madill A, Fielding D. The relevance of lowered personal control for patients who have stoma surgery to treat cancer. *Br J Clin Psychol*. 2001; 40 (4): 337-360.
41. Persson E, Hellstrom AL. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2002; 29 (2): 103-108.
42. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LL. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma self-care efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs*. 2007; 60 (6): 627-635.
43. Swan E. Colostomy, management and quality of life for the patient. *Br J Nurs*. 2011; 20 (1): 22-28.
44. Taneja C, Netsch ND, Rolstad BS, Inglese G, Lamerato L, Oster G et al. Clinical and economic burden of peristomal skin complications in patients with recent ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2017; 44 (4): 350-357.
45. Stelton S. Stoma and peristomal skin care: a clinical review. *Am J Nurs*. 2019; 119 (6): 38-45.
46. Charúa-Guindic L, Benavides-León J, Villanueva-Herrero J, Jiménez-Bobadilla B, Abdo-Francis J, Hernández-Labra E. Calidad de vida del ostomizado. *Cir Cir*. 2011; 79 (2): 149-155.
47. Pat L, Espinosa J, Sánchez M, Cruz O, Cano M, Rivas J et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enferm Univ ENEO-UNAM*. 2010; 7 (2): 9-14.
48. Arrais F, Souza P, Leite T, Giménez M. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21 (1): 94-100.
49. Escalante R, Vivas L, Fernández L, Contreras C. Aspectos psicológicos del Ostomizado. [trabajo de grado no publicado]. [Caracas]: Universidad Central de Venezuela, 1998.
50. Houston N, Rupert B, Turnbull, Jr. - "Father of stomal therapy". *WCET J*. 2018; 38 (3): 31-35.
51. McGrath A. Stoma-associated problems: the important role of the specialist nurse. *Br J Nurs*. 2017; 26 (5): S30-S31.
52. Gemmill R, Kravits K, Ortiz M, Anderson C, Lai L, Grant M. What do surgical oncology staff nurses know about colorectal cancer ostomy care? *J Contin Educ Nurs*. 2011; 42 (2): 81-88.
53. Jackson AL, Pokorny M, Vincent P. Relative satisfaction with nursing care of patients with ostomies. *J ET Nurs*. 1993; 20 (6): 233-238.
54. Moore S, Grant E, Katz B. Nurse perceptions of ostomy patients and their ostomy care competence. *Home Care Provid*. 1998; 3 (4): 214-220.
55. González SG, Méndez M. Intervenciones de enfermería y nivel de conocimiento en el manejo integral del ostomizado. *Jóvenes en la Ciencia*. 2015; 1 (2): 209-212.
56. Morgan A. Development of a learning resource manual for nurses on caring for patients post-stoma surgery. [trabajo de maestría no publicado]. [Canadá]: Memorial University of Newfoundland, 2016.
57. Fredericks S, Guruge S, Sidani S, Wan T. Postoperative patient education: a systematic review. *Clin Nurs Res*. 2010; 19 (2): 144-164.
58. Burkhart JA. Training nurses to be teachers. *J Contin Educ Nurs*. 2008; 39 (11): 503-501.
59. De Lorenzo RA, Abbott CA. Effect of a focused and directed continuing education program on prehospital skill maintenance in key resuscitation areas. *J Emerg Med*. 2007; 33 (3): 293-297.
60. Knowles G, Hutchison C, Smith G, Philp I, McCormick K, Preston E. Implementation and evaluation of a pilot education programme in colorectal cancer management for nurses in Scotland. *Nurs Educ Today*. 2008; 28 (1): 15-23.
61. Stefanidis D, Korndorffer JR, Markley S, Sierra R, Scott DJ. Proficiency maintenance: Impact of ongoing simulator training on laparoscopic skill retention. *J Am Coll Surg*. 2006; 202 (4): 599-603.
62. Danielsen AK, Rosenberg J. Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend patient education: a case-control study. *Plos One*. 2014; 9 (3): 1-6.
63. Ley del Seguro Social. *Gaceta Oficial del Estado*, nº 39.912, (30-04-2012).
64. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I et al. WOCN society and aua position statement on preoperative stoma site marking for patients undergoing urostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015; 42 (3): 253-256.
65. Garrido G, Peñaloza L, Ramírez L. Información sobre autocuidado del paciente colostomizado hospitalizado en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. [trabajo de grado no publicado]. [Caracas]: Universidad Central de Venezuela, 2003.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.