Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Núm. 151 | 2026 | ISSN: 2695-5172 e-ISSN: 2695-5180 | www.revistaenfuro.com

Revisión bibliográfica del uso de los extensores en terapia de tracción peneana

Impacto de la ostomía en el rol, las relaciones y la sexualidad del adolescente

Uso de la flujometría en el manejo de la estenosis uretral desde la perspectiva independiente de la enfermería

Revisión del rol enfermero en la derivación urinaria tipo Mitroffanof

¿Cuáles son las estrategias más efectivas basadas en la evidencia para la prevención de la hernia paraestomal en pacientes colostomizados? Revisión bibliográfica

Órgano oficial de
ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Optimizada con
index

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Núm 151 | 2026
www.revistaenfuro.com

ISSN: 2695-5172
e-ISSN: 2695-5180

JUNTA DIRECTIVA

Presidente
Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Vicepresidenta
Elena Alcaraz Zomeño
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Secretario
Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Tesorera
Montserrat Morcillo Marín
Instituto Guttman Hospital de Neurorehabilitación, Badalona

Vocal
Isaac Florido Pérez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

José Mª Monreal Guijarro
Hospital Universitario Fundación Jiménez Diaz, Madrid

Secretaría Técnica
Patricia Santos
Irene Vázquez
Orzán Congres, La Coruña

REDACCIÓN/EDITORIAL REVISTA

Carlos Lorenzo García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Javier Olivares Corral
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

CONSEJO REDACCIÓN

Gabi Adalid Loma
EPA. Máster Enfermería
Fundació Puigvert, Barcelona
Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya
Universitat Autònoma de Barcelona

María Victoria Casado Carrilo de Albornoz
Hospital General Universitario de Toledo, Toledo

Francisco Estudillo González
Doctor en Ciencias de la Salud
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Isabel Eugenia Jiménez Mayorga
Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga
Vocal Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Málaga

María Isabel Martínez Sánchez
Consulta Urología
Hospital Clínico San Cecilio, Granada

Palmira Navarro Pastor
Consulta Urología Pediátrica
Hospital Universitario La Paz

Marta Rodríguez García
Doctora en Enfermería
Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud
UNIE Universidad. Planeta Formación y Universidades

Jesús Mª Salinas Casado
Profesor Emérito Universidad Complutense, Madrid
Doctor en Medicina y Cirugía
Fellow of the European Board of Urology
Fellowship en Urodinámica. Columbia Prebistean Medical Center. Columbia University, New York

REVISORES

Elena Alcaraz Zomeño
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca

Mª del Carmen Bejarano Gómez
Hospital General Universitario, Toledo

Manuel Ramón Bernal Pacheco
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga

Paloma Coronel Rosado
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Francisco Estudillo González
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Isaac Florido Pérez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva

Eva María García Peña
Hospital Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

Beatriz Mateo Hernández
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Eva Sanjuán Suria
Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

Laura Señalada Salinas
UGC Victoria, Distrito Sanitario Málaga- Guadalhorce, Málaga.

La Junta Directiva y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas por los autores en sus artículos. ENFURO tiene la propiedad de los artículos que contiene. Cualquier reproducción total o parcial de sus contenidos deberá ser autorizada por su autor y el Consejo de Redacción, haciendo expresa mención de la fuente.

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología.
Avda. Primo de Rivera 11, 15006 (A Coruña)
enfuro@enfuro.es
www.enfuro.es

ISSN: 2695-5172
e-ISSN: 2695-5180

Reproducciones con fines comerciales:

No podrá reproducirse ni almacenarse ningún fragmento de esta publicación para fines comerciales sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor. ENFURO es una publicación open access con licencia Creative Commons CC BY-NC-ND

Las opiniones y conclusiones expresadas en esta publicación son de los autores. La Asociación Española de Enfermería en Urología e Index no son responsables por las opiniones publicados en la revista.

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL: https://revistaenfuro.com/login

© 2026 Asociación Española de Enfermería en Urología. ENFURO. Revista publicada y optimizada con Index.

SUMARIO

Editorial	5
Revisión bibliográfica del uso de los extensores en terapia de tracción peneana	6
Impacto de la ostomía en el rol, las relaciones y la sexualidad del adolescente	10
Uso de la flujometría en el manejo de la estenosis uretral desde la perspectiva independiente de la enfermería	22
De Interés	28
Bases beca “Francisco Estudillo” para proyecto de investigación de la Sociedad Española de Enfermería Urológica (AEEU)	34
Revisión del rol enfermero en la derivación urinaria tipo Mitroffanof	35
¿Cuáles son las estrategias más efectivas basadas en la evidencia para la prevención de la hernia paraestomal en pacientes colostomizados? Revisión bibliográfica	39
Ponle cara	47
SalusPlay	48

Editorial

La enfermería urológica española

Queridos compañeros, hoy quiero compartir con vosotros un hecho que me ha llenado de ilusión y que para mí es un honor y un privilegio, una oportunidad única para servir desde la humildad y el respeto a la que es mi profesión y mi pasión: la enfermería urológica. Y, sí, la palabra correcta es "servir". Estas mismas palabras son las que he utilizado en mi discurso antes de la votación en la Asamblea General de Miembros de la European Association of Urology Nurses que se ha celebrado en Londres, donde se elegían los nuevos miembros de la Junta Directiva de la EAUN. Fue realmente emocionante ver cómo los compañeros de diferentes países y asociaciones que conforman la Asociación Europea (y algunos compatriotas) levantaban sus paletas color verde para votar favorablemente mi candidatura. Mi más sincero agradecimiento, en primer lugar, tanto a los miembros del actual Board de la EAUN, como al resto de colegas que han depositado su confianza en mí para esta tarea, a la cual no os quepa ninguna duda que pondré todo mi empeño y determinación.

Desde mi trabajo y experiencia, así como desde esta nueva posición que tomo como un gran compromiso, me gustaría enormemente aportar mi granito de arena en el avance de esta amada profesión nuestra. En estos tiempos algo convulsos de polarización y donde cada uno de los estamentos que forman la atención sanitaria tiene sus propias reivindicaciones, la enfermería urológica debe afianzar su posición. Aquí no utilizo otra palabra, porque no creo que tengamos que buscar, encontrar o definir nada. España siempre ha tenido una gran tradición en enfermería urológica. Hemos tenido hasta nuestra propia especialidad. La Asociación Española de Enfermería en Urología se creó antes incluso de que la enfermería fuera una carrera universitaria. Resultó especialmente digno de mención que, durante la reunión de las Asociaciones Europeas, en la que España cuenta con posición y voz desde su creación el año pasado, al comentar en Londres que el próximo año celebraremos nuestro 50 aniversario, varios compañeros miembros de juntas directivas de otros países —cuyas carteras de servicios y marcos legales se encuentran más desarrollados que los nuestros— manifestaron una evidente sorpresa, acompañada incluso de una cierta admiración ante dicha trayectoria. Tenemos la obligación y el deber de estar a la vanguardia. Se lo debemos a los compañeros que tanto lucharon por alcanzarla, por nuestros actuales colegas de profesión, así como a los futuros enfermeros expertos, enfermeros de práctica avanzada o especialistas en urología. Me acuerdo siempre de las palabras de nuestro querido presidente saliente Manuel Bernal en el XL Congreso de la AEEU en Sevilla: "El tren está pasando, solo tenemos que cogerlo".

Creo firmemente que debemos luchar por conseguir desde el respeto el mismo nivel que nuestros colegas europeos. Nunca he escuchado a ningún colectivo o profesión reivindicar el trabajar más, tener más responsabilidad y mayor peso en su área por encima de la remuneración económica (agradecería que me corrigiesen si estoy equivocado).

Desde aquí también quiero animar a colegas, no solo a los que conforman la AEEU, sino a cualquier compañero, a que participe en el avance de nuestra querida especialidad. Es vital que todo este conocimiento, labor, innovaciones y demás sean compartidos con el resto de compañeros, tanto a nivel nacional como europeo. Me encantaría veros exponer en un congreso de la EAUN, así como ganar un premio de investigación, como lo hizo en Londres nuestro compañero José María Monreal (1.er premio nada menos). Lo tenemos en nuestras mentes y en nuestras manos, compañeros, solo tenemos que creer.

"Hoy puede acontecer, lo que puede acontecer cualquier día"

Séneca.

Isaac Florido Pérez

Rev. Enfuro 2026; 151: 5
https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.1
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**.
Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

ARTÍCULO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Revisión bibliográfica del uso de los extensores en terapia de tracción peneana

Literature review of the use of extenders in penile traction therapy

José María Monreal-Guijarro

Servicio de Urología, Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

***Correspondencia:** José María Monreal Guijarro. nycmonreal@gmail.com

Resumen

Introducción: La terapia de tracción peneana con extensores se emplea en la enfermedad de Peyronie y en la rehabilitación andrológica, especialmente tras la prostatectomía. El interés clínico ha crecido con dispositivos que reducen el tiempo diario de uso, pero persisten dudas sobre la magnitud del beneficio, la adherencia y la calidad metodológica de los estudios. **Objetivos:** Sintetizar la evidencia reciente sobre eficacia, seguridad y adherencia de la terapia de tracción peneana con extensores, e identificar vacíos de conocimiento que orienten futuras investigaciones y la práctica de enfermería. **Materiales y métodos:** Revisión narrativa de la literatura (2014–2025) en PubMed, combinando términos controlados de Medical Subject Headings y términos de texto libre. Se priorizaron ensayos clínicos aleatorizados, estudios controlados y revisiones sistemáticas y metaanálisis; se excluyeron series muy pequeñas, editoriales y duplicados. Se recogieron curvatura en grados, longitud peneana, función sexual mediante cuestionarios validados, eventos adversos y datos de adherencia. **Resultados:** Los ensayos clínicos y los estudios controlados muestran una señal de eficacia para reducir la curvatura y preservar o ganar longitud con dispositivos modernos usados entre 30 y 90 minutos al día, con eventos adversos leves y transitorios. En la fase estable de la enfermedad de Peyronie se describen reducciones de curvatura e incremento de longitud; en la fase aguda se observan mejoras en dolor, curvatura y función sexual. Tras la prostatectomía, se ha registrado preservación o ganancia de longitud y mejoría de dominios sexuales frente a no tratamiento. Las revisiones sistemáticas confirman el efecto sobre la curvatura, aunque la certeza global es baja a moderada por heterogeneidad, tamaños muestrales modestos y escasa monitorización objetiva de la adherencia. **Conclusiones:** La terapia de tracción peneana con extensores es una opción conservadora razonable y con buen perfil de seguridad. Se precisan ensayos multicéntricos con seguimiento prolongado, estandarización de la dosis-tiempo de tracción, monitorización objetiva de la adherencia y desenlaces centrados en el paciente.

Palabras clave: Induración peniana. Tracción. Pene. Rehabilitación. Disfunción eréctil. Prostatectomía.

Abstract

Introduction: Penile traction therapy using extenders is applied to Peyronie's disease and to andrological rehabilitation, notably after radical prostatectomy. Interest has increased with newer devices that require shorter daily wear, yet questions remain about effect size, adherence, and methodological quality. **Objectives:** To synthesize recent evidence on the efficacy, safety, and adherence of penile traction therapy with extenders, and to identify knowledge gaps that should guide future research and nursing practice. **Materials and methods:** Narrative literature review (2014–2025) in PubMed using Medical Subject Headings controlled terms and free-text terms. Randomized clinical trials, controlled studies, and systematic reviews and meta-analyses were prioritized; very small series, editorials, and duplicates were excluded. Extracted outcomes included curvature in degrees, penile length, sexual function assessed by validated questionnaires, adverse events, and adherence data. **Results:** Randomized clinical trials and controlled studies show efficacy signals for curvature reduction and length preservation or gain with modern devices worn 30 to 90 minutes per day, with mostly mild and transient adverse events. In stable Peyronie's disease, reductions

Citar este artículo como:
Monreal-Guijarro JM. Revisión bibliográfica del uso de los extensores en terapia de tracción peneana. Rev Enfuro. 2026;151:6-9. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.2

Recepción: 24/10/2025
Aceptación: 28/10/2025
Publicación: 30/04/2026

Rev. Enfuro 2026; 151: 6-9
https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.2
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

in curvature and increases in length are reported; in the acute phase, improvements in pain, curvature, and sexual function are described. After prostatectomy, data indicate length preservation or gain and improvements in sexual domains versus no treatment. Systematic reviews corroborate an effect on curvature, while overall certainty remains low to moderate due to heterogeneity, modest sample sizes, and limited objective adherence monitoring. **Conclusions:** Penile traction therapy with extenders is a reasonable, conservative option with a favorable safety profile. Multicenter trials with longer follow-up, standardized dose-time protocols, objective adherence tracking, and patient-centered outcomes are needed.

Keywords: Penile induration. Traction. Penis. Rehabilitation. Erectile dysfunction. Prostatectomy.

Introducción

La terapia de tracción peneana utiliza dispositivos de tracción mecánica para inducir mecanotransducción tisular y remodelado de la túnica albugínea. Su uso se ha extendido especialmente en la enfermedad de Peyronie y, más recientemente, como estrategia de rehabilitación tras la prostatectomía radical. Los objetivos habituales incluyen disminuir la curvatura, preservar o recuperar la longitud y, en ciertos escenarios, apoyar la función eréctil. La expansión del interés clínico ha ido de la mano de mejoras de diseño que reducen el tiempo diario de uso necesario.

Esta revisión bibliográfica resume los hallazgos más recientes y representativos sobre la terapia de tracción peneana con extensores, destacando fortalezas y límites de la evidencia.

Métodos de búsqueda y criterios de selección

Llevamos a cabo una búsqueda focalizada en PubMed (enero de 2014 a diciembre de 2024) para localizar estudios sobre terapia de tracción peneana en la enfermedad de Peyronie y en la rehabilitación andrológica. Combinamos términos controlados de Medical Subject Headings y términos de texto libre: "terapia de tracción peneana"; "extensor peneano"; "enfermedad de Peyronie"; "induración peniana"; "tracción"; "pene"; "rehabilitación"; "disfunción eréctil"; "prostatectomía".

Criterios de inclusión:

1. Ensayos clínicos aleatorizados o estudios controlados con medidas objetivas (curvatura en grados, longitud peneana estirada en centímetros) y resultados comunicados por los pacientes (como el Índice Internacional de Función Eréctil y el Cuestionario de Enfermedad de Peyronie).
2. Revisiones sistemáticas y metaanálisis recientes.
3. Un estudio mecanístico relevante que aportara plausibilidad biológica.

Criterios de exclusión:

1. Editoriales, opiniones, series muy pequeñas sin medidas objetivas, duplicados y publicaciones no indexadas en PubMed.

Para reducir sesgos de grupo y cumplir el objetivo de una revisión representativa y actual, la selección final se limitó a 10 referencias con un primer autor distinto, procurando cubrir: (a) enfermedad de Peyronie en fase estable y en fase aguda; (b) período posterior a la prostatectomía; (c) distintos dispositivos y arquitecturas; y (d) síntesis de alto nivel como revisiones Cochrane y metaanálisis.

Resultados de la evidencia clínica

1) Enfermedad de Peyronie: fase estable

Ensayo aleatorizado con un dispositivo de nueva generación. El ensayo controlado y simple ciego de Ziegelmann y colaboradores (Mayo Clinic) evaluó un extensor con uso de 30 a 90 minutos al día durante 12 semanas frente a no tratamiento en varones con enfermedad de Peyronie (curvatura igual o superior a 30 grados). Se observó un aumento de longitud (aproximadamente de 1,5 a 1,6 centímetros), mejoría de la curvatura (alrededor de 12 grados frente al control) y mejoras en dominios de función eréctil en subgrupos con disfunción eréctil, con eventos adversos leves. Este estudio es un hito metodológico por su diseño aleatorizado y por reducir drásticamente el tiempo de uso respecto a extensores clásicos [1].

Estudio multicéntrico controlado con PeniMaster PRO®. Moncada et al. realizaron un estudio controlado multicéntrico en la fase estable de la enfermedad de Peyronie que mostró una reducción significativa de la curvatura, incremento de la longitud y mejoría sintomática con 12 semanas de terapia de tracción peneana[2]. Aunque no fue un estudio ciego, su tamaño y multicentricidad lo hacen representativo de la práctica real.

2) Enfermedad de Peyronie: fase aguda

La fase aguda plantea retos por el dolor y la progresión de la deformidad. Martínez-Salamanca et al. publicaron un estudio prospectivo controlado no aleatorizado, con correlación ecográfica, que observó disminución del dolor, mejoría de la curvatura y mejor función sexual tras seis meses de terapia de tracción peneana, comparado con no tratamiento[10]. Aunque su diseño no aleatorizado limita la inferencia causal, ofrece una señal clínica útil en el escenario agudo.

3) Rehabilitación posterior a la prostatectomía

La prostatectomía radical suele asociarse a acortamiento peneano y disfunción eréctil. En este ámbito, Zganjar et al. comunicaron datos de la fase abierta de un ensayo clínico aleatorizado con terapia de tracción peneana iniciada al mes de la cirugía durante cinco meses, mostrando una ganancia de longitud (alrededor de 1,7 a 1,8 centímetros) y mejoras en el Índice Internacional de Función Eréctil y en perfiles de encuentro sexual frente a no tratamiento, con mantenimiento de beneficios tras suspender la terapia[3]. Estos resultados, junto con datos aleatorizados previos del mismo programa de investigación, apuntan a la utilidad rehabilitadora de la terapia de tracción peneana en este contexto.

Síntesis de revisiones y metaanálisis

Tres publicaciones recientes ayudan a contextualizar la terapia de tracción peneana dentro del arsenal conservador para la enfermedad de Peyronie:

- *Revisión sistemática y metaanálisis centrado en terapia de tracción peneana* (2023). Almsaoud et al. hallaron un efecto significativo para reducir la curvatura, con resultados menos consistentes para la longitud y la función eréctil; se enfatiza la necesidad de más ensayos clínicos aleatorizados y seguimientos extendidos[4].
- *Revisión sistemática amplia de terapias no quirúrgicas* (2023). Hayat et al. analizaron ensayos clínicos aleatorizados de terapias no quirúrgicas y reportaron que dos dispositivos de tracción mostraron mejoras de curvatura,

en un contexto global de evidencia heterogénea y de baja calidad en muchos tratamientos[5].

- *Revisión Cochrane* (2023). La revisión Cochrane de Rosenberg et al. concluye que existe poca evidencia global para la mayoría de las terapias no quirúrgicas; para la terapia de tracción peneana, los datos a corto plazo son muy inciertos en desenlaces centrados en los pacientes, si bien se observa reducción de la curvatura con certeza muy baja, y se subraya la ausencia de datos a largo plazo[6].

De forma complementaria, una red de metaanálisis bayesiana publicada por Lee et al. en 2024 —que comparó fármacos, inyecciones y tratamientos mecánicos— no identificó en el análisis bayesiano diferencias concluyentes frente a placebo en los desenlaces principales; sin embargo, en el análisis frecuentista, la terapia de tracción peneana figuró entre las intervenciones estadísticamente significativas para la curvatura, lo que introduce un matiz sobre la robustez de la evidencia y la dependencia del método estadístico[7].

Por último, revisiones narrativas recientes —como la de García-Gómez et al.— sintetizan indicaciones, tolerabilidad y adherencia y remarcan que, pese a la señal de beneficio, todavía no es posible formular recomendaciones definitivas para todos los escenarios clínicos[8]. Minore et al. (2024) revisan terapias intralesionales y tópicas, pero sitúan a la terapia de tracción peneana como una de las opciones más prometedoras cuando se emplea sola o en combinación (por ejemplo, con colagenasa de *Clostridium histolyticum*), resaltando el carácter emergente de estrategias combinadas[9].

Mecanismos biológicos propuestos

El remodelado inducido por tracción se sustenta en principios de mecanobiología: las fuerzas sostenidas inducen reorientación de fibras, modulación de colágeno y cambios en la matriz extracelular. En un modelo preclínico de lesión de los nervios cavernosos, la terapia de tracción peneana aumentó la expresión de la sintasa de óxido nítrico endotelial y preservó la longitud frente a la lesión, lo que sugiere mejora de la perfusión y atenuación de la fibrosis como mecanismos implicados en la preservación funcional y morfológica[9]. Estos hallazgos proporcionan plausibilidad para los beneficios clínicos observados en la enfermedad de Peyronie y en la rehabilitación posterior a la prostatectomía.

Seguridad, adherencia y variables de protocolo

Los eventos adversos reportados con la terapia de tracción peneana suelen ser leves y transitorios (eritema cutáneo y molestias), sin eventos graves en ensayos recientes[1–3]. Dos aspectos condicionan el rendimiento clínico:

1. *Dosis y tiempo de tracción.* Los dispositivos de nueva generación han reducido el tiempo diario necesario a 30–90 minutos, rompiendo con la exigencia histórica de 3–8 horas al día y mejorando la factibilidad[1].

2. *Adherencia real.* La efectividad depende de la constancia del uso. Los ensayos y los estudios observacionales rara vez capturan el cumplimiento de manera objetiva; los estudios futuros deberían integrar monitorización electrónica o estrategias equivalentes.

Otros determinantes incluyen el momento de inicio (por ejemplo, temprano tras la prostatectomía)[3], la fase de la enfermedad de Peyronie (aguda frente a estable)[10], la combinación con otras terapias (por ejemplo, colagenasa de *Clostridium histolyticum*, interferón y terapia de ondas de choque extracorpóreas)[7,9] y las características del dispositivo (capacidad de contraflexión y medición del ángulo de curvatura)[1,2].

Limitaciones globales de la evidencia

Las limitaciones globales de la evidencia incluyen tamaños muestrales modestos y seguimientos de corta duración, así como una notable heterogeneidad en los protocolos empleados, en aspectos como la fuerza aplicada, los minutos diarios y la duración total de la intervención. Además, el cegamiento resulta difícil o incluso imposible debido a la propia naturaleza de la intervención. Se observa también un énfasis predominante en desenlaces anatómicos, como la curvatura y la longitud, en detrimento de desenlaces centrados en los pacientes, como la calidad de vida y la satisfacción sexual[6]. A ello se suman posibles sesgos de publicación y de financiación, especialmente en estudios relacionados con dispositivos. Estas limitaciones explican por qué revisiones de alto nivel, como la de Cochrane y los metaanálisis en red, recomiendan prudencia al extrapolar los beneficios a todos los pacientes o escenarios[6,7].

Implicaciones para la práctica y la investigación

La terapia de tracción peneana ofrece una alternativa conservadora con un perfil de seguridad favorable y una señal de eficacia, especialmente en la curvatura. En contextos como la rehabilitación posterior a la prostatectomía, los datos de ensayos clínicos aleatorizados sugieren ventajas en longitud y función eréctil cuando se inicia de manera temprana[3]. De cara al futuro, son prioritarios:

- Ensayos clínicos aleatorizados multicéntricos, comparativos y con seguimiento de al menos 12 meses.
- Estandarización de la dosis y el tiempo de tracción (minutos al día y fuerza aplicada) y medidas objetivas de adherencia.
- Inclusión de desenlaces comunicados por los pacientes validados, como el Índice Internacional de Función Eréctil y el Cuestionario de Enfermedad de Peyronie, como objetivos primarios.
- Evaluación de estrategias combinadas (terapia de tracción peneana junto con colagenasa de *Clostridium histolyticum*, interferón o terapia de ondas de choque extracorpóreas) en diseños pragmáticos.
- Análisis de coste-efectividad y de preferencias de los pacientes.

Conclusión

La evidencia más actual indica que los extensores empleados en la terapia de tracción peneana pueden disminuir la curvatura y preservar o ganar longitud en la enfermedad de Peyronie, además de aportar beneficios rehabilitadores tras la prostatectomía, con un buen perfil de seguridad. La certeza sigue siendo baja a moderada según las síntesis de alto nivel, por lo que se requiere investigación adicional antes de establecer pautas definitivas en todas las situaciones clínicas.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

José María Monreal Guijarro

Conflicto de intereses

Declaro que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Declaro que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Referencias

1. Ziegelmann M, Savage J, Toussi A, et al. Outcomes of a novel penile traction device in men with Peyronie's disease: a randomized, single-blind, controlled trial. J Urol. 2019;202(3):599-610. Disponible en: https://doi.org/10.1097/JU.0000000000000245
2. Moncada I, Krishnappa P, Romero J, et al. Penile traction therapy with the new device "PeniMaster PRO" is effective and safe in the stable phase of Peyronie's disease: a controlled multicentre study. BJU Int. 2019;123(4):694-702. Disponible en: https://doi.org/10.1111/bju.14602
3. Zganjar A, Toussi A, Ziegelmann M, et al. Efficacy of RestoreX after prostatectomy: open-label phase of a randomized controlled trial. BJU Int. 2023;132(2):217-26. Disponible en: https://doi.org/10.1111/bju.16033
4. Almsaoud NA, Ren LX, Hamade Z, et al. The effect of penile traction device in men with Peyronie's disease on penile curvature, penile length, and erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Transl Androl Urol. 2023;12(11):1673-85. Disponible en: https://doi.org/10.21037/tau-23-310
5. Hayat S, Brunckhorst O, Alnajjar HM, et al. A systematic review of non-surgical management in Peyronie's disease. Int J Impot Res. 2023;35(6):523-32. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41443-022-00633-w
6. Rosenberg JE, Ergun O, Hwang EC, et al. Non-surgical therapies for Peyronie's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2023;7:CD012206. Disponible en: https://doi.org/10.1002/14651858.CD012206.pub2
7. Lee HY, Pyun JH, Shim SR, Kim JH. Medical treatment for Peyronie's disease: systematic review and network Bayesian meta-analysis. World J Mens Health. 2024;42(1):133-47. Disponible en: https://doi.org/10.5534/wjmh.230016
8. García-Gómez B, Aversa A, Alonso-Isa M, et al. The use of penile traction devices for Peyronie's disease: position statements from the European Society for Sexual Medicine. Sex Med. 2021;9(3):100387. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100387
9. Dick B, Greenberg JW, Halat S, et al. Molecular mechanisms of penile traction for penile rehabilitation in a bilateral cavernous nerve crush injury rat model. Transl Androl Urol. 2023;12(8):1219-37. Disponible en: https://doi.org/10.21037/tau-23-53
10. Martínez-Salamanca JI, Egui A, Moncada I, et al. Acute phase Peyronie's disease management with traction device: a nonrandomized prospective controlled trial with ultrasound correlation. J Sex Med. 2014;11(2):506-15. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jsm.12400

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Impacto de la ostomía en el rol, las relaciones y la sexualidad del adolescente

Impact of ostomy on adolescents' roles, relationships, and sexuality

Almudena Alonso-Márquez*

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

***Correspondencia:** Almudena Alonso-Márquez. aamarquez@salud.madrid.org

Resumen

La ostomía implica un cambio significativo en la identidad y el crecimiento psicosocial en la adolescencia. Según estudios recientes, la ostomía impacta a los adolescentes en su vida social, las relaciones interpersonales y sexualidad e imagen corporal, afectando su autoconfianza y autonomía. Los ajustes necesarios en la rutina y la gestión de la ostomía pueden generar dificultades para asumir responsabilidades propias de su edad.

Las relaciones interpersonales pueden verse condicionadas, ya que la ostomía puede provocar sentimientos de inseguridad o miedo al rechazo. La aceptación por parte de su entorno es fundamental para la adaptación del adolescente.

En cuanto a la sexualidad, la ostomía puede generar dudas sobre el atractivo personal, la intimidad y el desarrollo de relaciones. La educación y el acompañamiento son fundamentales para promover una vivencia saludable y reforzar la autoestima.

Este estudio revela la falta notable de investigaciones enfocadas en adolescentes con ostomía. Es necesario impulsar líneas de investigación enfocadas en adolescentes ostomizados que visibilicen sus experiencias y desafíos, para así desarrollar modelos de atención integrales, multidisciplinarios y humanizados que respondan a sus necesidades psicosociales.

Palabras clave: Ostomía. Adolescentes. Relaciones interpersonales. Sexualidad. Educación sanitaria.

Abstract

Ostomy implies a significant change in identity and psychosocial growth in adolescence. According to recent studies, ostomy impacts adolescents in their social life, interpersonal relationships, sexuality and body image, affecting their self-confidence and autonomy. The necessary adjustments in the routine and management of the ostomy can generate difficulties in assuming age-appropriate responsibilities.

Interpersonal relationships can be conditioned, since the ostomy can provoke feelings of insecurity or fear of rejection. Acceptance by their environment is essential for the adolescent's adaptation.

With regard to sexuality, ostomies can raise doubts about personal attractiveness, intimacy and the development of relationships. Education and support are essential to promote a healthy experience and reinforce self-esteem.

This study reveals the notable lack of research focused on adolescents with ostomies. It is necessary to promote lines of research focused on ostomized adolescents that make their experiences and challenges visible, in order to develop comprehensive, multidisciplinary and humanized care models that respond to their psychosocial needs.

Keywords: Ostomy. Adolescents. Interpersonal relationships. Sexuality. Health education.

Citar este artículo como:
Alonso-Márquez A. Impacto de la ostomía en el rol, las relaciones y la sexualidad del adolescente. Rev Enfuro. 2026;151:10-21. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.3

Recepción: 01/10/2025
Aceptación: 12/10/2025
Publicación: 30/04/2026

Rev. Enfuro 2026; 151: 10-21
https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.3
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Introducción

Ser portador de una ostomía durante la adolescencia supone un impacto significativo en la vida del joven, afectando integralmente su desarrollo físico, psicológico y social durante una etapa crítica de formación de su identidad. La sexualidad, elemento fundamental en la construcción de la identidad adolescente, se ve especialmente alterada por los cambios anatómicos, fisiológicos y de imagen corporal que conlleva una ostomía, creando inseguridades, temores y etiquetas que necesitan acciones específicas de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería más prevalentes en pacientes adolescentes portadores de una ostomía, en relación con el patrón de sexualidad-reproducción, según estudios recientes (Capilla Díaz[1]; Costa et al[2]; González Gómez et al.[3] son "Disfunción Sexual" y "Patrón Sexual Ineficaz", que se manifiestan a través de comportamientos específicos como evitación de relaciones íntimas, disminución del deseo sexual y ansiedad ante situaciones de exposición corporal. El "trastorno de la imagen corporal" funciona como detonante principal de los demás diagnósticos. El cambio físico genera un profundo impacto en la autopercepción del adolescente, como demuestran los estudios longitudinales de Capilla Díaz[1], quien documenta alteraciones significativas en la imagen corporal. Costa et al.[2] complementan estos hallazgos identificando que la intervención temprana por parte de enfermería puede reducir en un 47% las complicaciones psicosociales asociadas, mientras González Gómez et al.[3] aportan evidencia sobre la efectividad de grupos de apoyo entre pares.

Esta revisión analiza las consecuencias fisiológicas, psicológicas, emocionales, sociales y familiares que experimentan los adolescentes ostomizados con el objetivo de identificar intervenciones enfermeras efectivas bajo el marco teórico de Dorothea Orem.

Objetivos

Objetivos generales

1. Analizar la afectación de las relaciones interpersonales y la sexualidad en adolescentes ostomizados, identificando los desafíos emocionales, físicos y sociales que enfrentan.
2. Proponer estrategias de apoyo y adaptación que contribuyan al bienestar emocional y social de los adolescentes ostomizados en su vida cotidiana.

Objetivos específicos

1. Identificar los principales cambios en la autopercepción y el rol social de los adolescentes ostomizados.
2. Examinar el impacto de la ostomía en las relaciones interpersonales y en la construcción de la identidad sexual en la adolescencia.
3. Explorar estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes ostomizados para mejorar su calidad de vida.
4. Proponer intervenciones psicosociales dirigidas a mejorar la autoestima, la adaptación y la integración social de los adolescentes con ostomía.

Pregunta de investigación

¿Cómo influye la educación sanitaria enfermera en el rol, relaciones y sexualidad del adolescente ostomizado? La pregunta de investigación corresponde a la estructura PIO:

- ***P (Población)***: Adolescentes con ostomía
- ***I (Intervención o exposición)***: Estrategias de apoyo y educativas
- ***O(Resultados)***: Cambios en el rol psicosocial, relaciones interpersonales (familiares, amistosas, afectivas) y vivencia de la sexualidad

Metodología

Se realiza una búsqueda en las bases de datos científicas PubMed, CINHAL, Science Direct y Ebsco. Además, se ha consultado en varias sociedades científicas a través Google Academy

Para realizar una búsqueda bibliográfica efectiva sobre este tema, se definen las siguientes palabras clave: *Ostomía – Adolescentes – Relaciones interpersonales – Sexualidad – Educación Sanitaria.*

Estrategias de búsqueda

Para obtener los resultados que nos interesan en nuestra búsqueda y responder a nuestra pregunta de investigación (de estructura PIO), utilizamos los operadores booleanos y combinaciones tal y como se indican en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Estructura PIO – Operadores boleanos.

Término libre	Tesauro DeCS	Tesauro MeSH
Paciente adolescente con ostomía	Adolescente	Adolescent
	Ostomía	Ostomy
	Jóvenes	Young
Apoyo educativo	Educación sanitaria	Health education
Enfermero	Cuidados Enfermeros	Nursing care
Relaciones	Evaluación del impacto en las relaciones y sexualidad	Interpersonal relations
Sexualidad		Sexuality
Influencia		Efficiency
Impacto		

Tabla 2. Estrategias de búsqueda.

Palabras clave	Bases de datos utilizadas	Estrategias de búsqueda	Artículos encontrados inicialmente	Artículos seleccionados
Adolescent Ostomy	**PUBMED**	"Ostomy"[Mesh] **AND** "Adolescent"[Mesh] **AND** "Sexuality"[Mesh]	2	1
Nursing care Sexuality		"Ostomy"[Mesh] **AND** "Adolescent"[Mesh] **AND** "Interpersonal Relations"[Mesh]	7	1
Interpersonal Relations		Ostomy"[Mesh] **AND** "Young"[Mesh] **AND** "Sexuality"[Mesh]	0	0
		"Sexuality"[Mesh] **AND** "Stoma"[Mesh] **AND** "Education" [Mesh]	3	1
		"Sexuality"[Mesh] **AND** "Stoma"[Mesh]	9	0
	CINAHL	Ostomy AND Adolescent AND Sexuality	0	0
		Ostomy **AND** Adolescent	11	4
	Science Direct	Ostomy AND Sexuality	1	1
	Scielo	Ostomy AND Sexuality	1	1
	EBSCO	Stoma AND adolescent	10	2

Anexo – Recursos institucionales consultados

- Sociedad Española de Estomaterapia. Sociedad Española de Estomaterapia [Internet]. [citado 2025 jun 23]. Disponible en: http://estomaterapia.es/
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society™ (WOCN®). WOCN Society: Professional resources and education [Internet]. [citado 2025 jun 23]. Disponible en: http://www.wocn.org/
- International Ostomy Association. International Ostomy Association (IOA) [Internet]. [citado 2025 jun 23]. Disponible en: http://www.ostomyinternational.org/
- United Ostomy Associations of America. Adolescents with an Ostomy: Transition and Discharge Guide. Disponible en: https://www.ostomy.org
- World Council of Enterostomal Therapists. Resources for adolescent ostomy patients. Disponible en: http://www.wcetn.org
- Coloplast Professional. Ostomy and family dynamics: A practical guide. Disponible en: https://www.coloplast-professional.com
- Hollister Incorporated. Sexuality and intimacy after ostomy surgery. Disponible en: https://www.hollister.com

Criterios de inclusión

Para garantizar la calidad de la información, se definirán los siguientes criterios:

- Publicaciones de los últimos 10 años
- Artículos en español e inglés.
- Estudios científicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis.
- Investigaciones sobre adolescentes ostomizados.

Evaluación y organización de la información

Los artículos seleccionados se analizarán considerando:

- Relevancia y relación con el tema.
- Nivel de evidencia científica.
- Metodología utilizada en los estudios.
- Principales hallazgos y conclusiones.

Se utiliza el gestor bibliográfico Mendeley para organizar la información y facilitar la citación.

Resultados

Esta investigación examina el impacto de las intervenciones de enfermería en pacientes adolescentes con ostomía a través de una búsqueda bibliográfica sistemática en las distintas bases de datos científicas. La búsqueda sistemática inicial identificó una totalidad de 44 artículos potencialmente relevantes. Posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión definidos y se descartaron 27 artículos.

A pesar de los criterios temporales establecidos, se decidió incluir un artículo publicado en 2012 debido a su relevancia temática y a la escasez de literatura específica sobre este tema en los años posteriores.

La notable disminución en publicaciones especializadas durante el período 2020-2021 refleja el impacto significativo de la pandemia por COVID-19 en la investigación no considerada esencial, justificando así la inclusión estratégica de un estudio anterior que mantiene su relevancia clínica como referente fundamental para la práctica actual.

Los 11 artículos que cumplieron con los criterios de selección y han sido analizados en profundidad para la elaboración del presente trabajo demuestran que las intervenciones educativas tempranas y el seguimiento continuo reducen las complicaciones. Para complementar la evidencia científica limitada,

este estudio incorpora el análisis de recursos y publicaciones provenientes de asociaciones y sociedades científicas especializadas en ostomía, revelando un consenso internacional sobre la necesidad de protocolos estandarizados de atención.

A continuación, se presenta una tabla resumen de los artículos mencionados en la selección. Ver **Tabla 3**.

El artículo *Growth and Development Issues in Adolescents With Ostomies: A Primer for the WOC Nurse* de Lynn D. Mohr[4], examina los complejos desafíos físicos y psicosociales que enfrentan los adolescentes (13-18 años) que viven con una ostomía. Esta investigación establece un marco integral de estrategias basadas en evidencia para que las enfermeras especialistas en heridas, ostomías y continencia (WOC) promuevan un desarrollo saludable de estos pacientes vulnerables.

El propósito fundamental de esta investigación es establecer un marco integral de intervenciones clínicas basadas en evidencia para mitigar el impacto negativo de la ostomía en las dimensiones físicas, emocionales y sociales del desarrollo adolescente. La trascendencia de este estudio se magnifica considerando la prevalencia de enfermedades inflamatorias intestinales (EII) en la población adolescente (entre el 6% y 14% presentan síntomas de condiciones como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa), que frecuentemente requieren intervenciones quirúrgicas que resultan en ostomías temporales o permanentes.

La observación crítica del artículo revela cuatro hallazgos fundamentales que tienen implicaciones directas para la práctica de enfermería especializada:

En primer lugar, la adolescencia es una etapa esencial llena de rápidas transformaciones fisiológicas en el crecimiento, peso y el desarrollo sexual.

La operación de ostomía puede afectar de manera importante estos cambios naturales, causando alteraciones en la percepción del cuerpo y una baja autoestima.

Tabla 3. Resumen de artículos seleccionados.

Autor(es)	Tipo de estudio	Población	Enfoque principal	Hallazgos clave
Mohr[5]	Revisión narrativa	Adolescentes con ostomía	Estrategias de comunicación para enfermeros WOC	La comunicación debe ser empática, adaptada al desarrollo, y considerar privacidad, cultura y tecnología.
Mohr[4]	Artículo teórico	Adolescentes	Desarrollo psicosocial con ostomía	Importancia de abordar autoestima, imagen corporal y relaciones sociales en el cuidado integral.
Harputlu & Esenay[6]	Cualitativo fenomenológico	11 adolescentes turcos (12–21 años)	Experiencia subjetiva con ostomía	Siete temas emergentes: imagen corporal, ocultamiento, oración, planes futuros, problemas con la bolsa, etc.
Hood et al.[7]	Cualitativo (reflexión)	Estudiantes de enfermería	Empatía y comprensión del rol del paciente	La experiencia mejora la empatía y la comprensión del estigma y las necesidades del paciente ostomizado.
Costa et al.[2]	Cuantitativo descriptivo	55 niños y adolescentes con ostomía (Brasil)	Perfil clínico y social	Causa principal: malformaciones. Uso limitado de dispositivos. Población adolescente limitada. Barreras socioeconómicas y educativas.
Lewis et al.[8]	Reporte de experiencia	Niños, adolescentes y familias	Grupo de apoyo hospitalario	Mejora el afrontamiento, autoconfianza y sentido de comunidad mediante reuniones mensuales.
Malloy et al.[9]	Cualitativo (Instagram)	83 publicaciones de jóvenes con EII (13–24 años)	Autogestión en comunidad online	Temas: deseo de normalidad, relaciones, efectos del tratamiento, búsqueda de pares. Instagram como apoyo.
Marrero-González et al.[10]	Revisión cualitativa	Personas ostomizadas (adultos y algunos jóvenes)	Sexualidad y vivencia afectiva con ostomía	Cambios en la imagen corporal, temor al rechazo, intimidad afectiva limitada. Sexualidad invisibilizada clínicamente. Acompañamiento profesional esencial.
Arshad et al.[11]	Estudio comparativo retrospectivo	70 niños con perforación ileal por fiebre tifoidea	Resultados postoperatorios: reparación primaria vs. ileostomía	Menores complicaciones en reparación primaria. Ileostomía asociada a mayor morbilidad. Mortalidad no significativamente distinta.
Ford et al.[12]	Cualitativo exploratorio	12 adolescentes con EII y 13 cuidadores	Necesidades percibidas en adolescentes con ostomía	Ansiedad prequirúrgica, barreras en el manejo, necesidad de apoyo emocional, importancia de la transición pediátrica-adulta.
Williams[13]	Estudio de caso clínico	Adolescentes con formación de estoma	Afrontamiento y adaptación con apoyo de enfermería especializada	Impacto psicosocial e imagen corporal. Atención empática es crucial para mejorar el afrontamiento y adaptación.

En segundo lugar, la investigación señala que los adolescentes, en su deseo natural de ser independientes y definir su identidad, pueden ver la ostomía como una barrera importante para su autonomía. Por consiguiente, Mohr enfatiza la importancia de cultivar capacidades de autogestión del cuidado y promover procesos de toma de decisiones informadas, elementos que reafirman su sentido de control y competencia personal.

Tercero, la investigación demuestra que el temor profundo al rechazo social y la estigmatización asociada con la ostomía puede restringir significativamente las interacciones sociales del adolescente y obstaculizar el desarrollo natural de relaciones íntimas y románticas. Ante este desafío, el apoyo emocional, combinado con intervenciones educativas, constituye un elemento crítico para superar estas barreras psicosociales y fomentar una adaptación saludable.

Finalmente, el estudio subraya que la incorporación activa del sistema familiar en el proceso terapéutico, mediante estrategias de educación comprensiva y apoyo continuado, representa un factor determinante en la adaptación exitosa y el mantenimiento del bienestar integral del adolescente con ostomía. Este enfoque integral valora la importancia de la dinámica familiar como una herramienta terapéutica clave.

Este artículo ofrece una visión comprensiva de los desafíos multidimensionales que enfrentan los adolescentes con ostomías y proporciona estrategias clínicas basadas en evidencia para apoyar su crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social.

Mohr, L. D.[5] en su estudio *Bridging the gap: Communication strategies for wound, ostomy, and continence (WOC) nurses working with adolescents: A narrative review*, examina y propone métodos de comunicación eficaces para las enfermeras especializadas en WOC (heridas, ostomías e incontinencia) que cuidan a pacientes adolescentes, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos y el bienestar psicosocial de estos jóvenes.

Este estudio presenta hallazgos importantes que cambian la forma de entender la comunicación entre enfermeras y adolescentes en contextos de ostomía, específicamente:

El marco cultural en que se desenvuelve el adolescente influye significativamente en sus patrones comunicativos relacionados con la salud, manifestándose con particular intensidad cuando deben abordar temas de naturaleza íntima como la ostomía, lo que requiere un enfoque culturalmente sensible por parte del personal de enfermería.

La investigación demuestra que el establecimiento de un vínculo terapéutico efectivo con el adolescente ostomizado requiere el dominio de habilidades comunicativas específicas, entre las que destacan la escucha activa, el uso estratégico del silencio y la validación emocional como pilares fundamentales para cultivar un entorno de confianza.

Es fundamental aprovechar las herramientas digitales para el seguimiento clínico, la educación terapéutica y la facilitación de conexiones entre pares con experiencias similares. Sin embargo, existen riesgos potenciales de desinformación en entornos digitales, por lo que recomiendan una evaluación sistemática del acceso tecnológico y la competencia digital del adolescente antes de implementar intervenciones basadas en tecnología.

Las estrategias educativas dirigidas a adolescentes con ostomías deben ser rigurosamente personalizadas, aprovechando su natural inclinación hacia la autonomía y la necesidad de conexión social como motivadores intrínsecos para el aprendizaje del autocuidado.

El valor principal de esta investigación radica en que aporta recursos prácticos basados en evidencia para fortalecer la conexión entre enfermeras y adolescentes. Adicionalmente, integra elementos psicológicos, sociales y culturales que enriquecen la comprensión holística del adolescente ostomizado, presentando un enfoque multidimensional para su cuidado.

Esta investigación resulta particularmente valiosa para profesionales de enfermería, pediatría, psicología y educación en salud que trabajan con jóvenes portadores de ostomías, ofreciéndoles un marco integrado de intervención comunicativa.

Turkish adolescents' experiences of living with a stoma: a qualitative study de Harputlu D, Esenay FI[6] es un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico, ideal para comprender vivencias profundas y subjetivas. Este enfoque busca explorar el "significado vivido", lo cual es coherente con el objetivo del estudio: entender cómo adolescentes turcos experimentan la vida con una ostomía. El diseño elegido es adecuado para captar matices emocionales, sociales y espirituales que no se obtendrían fácilmente con métodos cuantitativos. La muestra cuenta con 11 adolescentes (12 a 21 años) de Turquía, portadores de una ostomía (colostomía o ileostomía) y que participaron de forma voluntaria. Aunque el rango va más allá de la adolescencia estricta (hasta 21 años), se incluye la juventud temprana, lo cual enriquece la comprensión del tránsito adolescente-juvenil.

En el estudio se identificaron 7 temas clave a partir de 46 declaraciones significativas:

Incomodidad, Ocultamiento del estoma, Imagen corporal alterada, Entorno social protector, Experiencias religiosas o espirituales, Dificultades con la bolsa y cuidados cotidianos, Planes futuros alterados.

Estos hallazgos muestran claramente cómo la ostomía afecta no solo lo físico, sino dimensiones identitarias, espirituales, sociales y proyectivas del adolescente. Los autores concluyen que los adolescentes con ostomía enfrentan múltiples desafíos que requieren atención profesional especializada. Se destaca la necesidad de apoyo emocional, educativo y social por parte de los equipos de salud.

Este estudio es uno de los pocos trabajos cualitativos centrados en adolescentes ostomizados, y su contribución es sumamente valiosa. Ofrece una visión profunda, sensible y contextualizada de cómo viven su cuerpo, sus relaciones y su futuro. Sus resultados resaltan la necesidad de diseñar intervenciones psicosociales específicas, considerando el impacto integral que conlleva la ostomía.

Hood, D. G.,[4], en su investigación *Stepping into their shoes: The ostomy experience,* buscó evaluar cómo una experiencia práctica y reflexiva impacta el desarrollo de la empatía y la comprensión en estudiantes de enfermería respecto a los pacientes con ostomías. La hipótesis central del estudio propone que, al "ponerse en los zapatos del paciente", los futuros enfermeros no solo comprenderían teóricamente las dificultades de los pacientes ostomizados, sino que desarrollarían una conexión empática más profunda con la experiencia vivida del otro, transformando fundamentalmente su aproximación al cuidado.

Metodológicamente, Hood implementó un estudio cualitativo descriptivo (complementado con un componente cuantitativo en un estudio separado), utilizando una muestra de 30 estudiantes de primer año de enfermería (25 mujeres, 5 hombres, con edades entre 18–48 años). El diseño innovador incluyó un diario de reflexión estructurado que documentaba las experiencias antes, durante y después de portar una bolsa de ostomía durante 24 horas.

Los resultados iniciales revelaron que, antes de la experiencia, los estudiantes expresaron ansiedad, vergüenza, preocupación por su imagen corporal y temor al juicio social. Algunos se sintieron agradecidos porque la experiencia era temporal, a diferencia de los pacientes reales. Al portar la ostomía, los participantes experimentaron incomodidad física, necesidad de cambio en la vestimenta, incomodidad en situaciones sociales y una mayor conciencia sobre la intimidad, la salud y la autoestima. Hubo un impacto real en su percepción del cuerpo y de la mirada ajena.

Los estudiantes ganaron confianza y empatía. Mostraron su voluntad de cuidar con empatía, brindar apoyo emocional y evitar hacer juicios sobre los pacientes con ostomía. Reconocieron que el aprendizaje práctico fue más significativo que la teoría.

En conclusión, los hallazgos de Hood reafirman contundentemente el valor transformador del aprendizaje experiencial y reflexivo en la formación, evidenciando sus ventajas sustanciales frente a los modelos de enseñanza tradicional basados exclusivamente en contenidos teóricos, y abriendo nuevas posibilidades para la formación de profesionales sanitarios más empáticos y efectivos.

Costa ECL et al.[2] en su estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, *Characterization of children and teenagers with ostomies in a health service* investigan el perfil socioeconómico y clínico de niños y adolescentes con ostomías atendidos en un hospital público de referencia en salud infantil en Piauí, Brasil, con el objetivo de identificar las brechas existentes en la atención sanitaria y el apoyo social a esta población vulnerable. Este estudio transversal analizó una muestra de 55 pacientes (46 niños y 9 adolescentes) con al menos una ostomía durante el período de julio a octubre de 2015.

En el estudio se confirma el perfil de vulnerabilidad socioeconómica y sanitaria de los niños y adolescentes ostomizados de este país, revelando que la mayoría de los pacientes provienen de familias de bajos ingresos con acceso limitado a servicios especializados. Los investigadores determinaron que el escaso uso de dispositivos adecuados para el manejo de ostomías se asocia principalmente con la insuficiente orientación profesional y las persistentes dificultades económicas que enfrentan las familias, un hallazgo particularmente alarmante considerando que la legislación brasileña garantiza el acceso gratuito a estos recursos esenciales. El estudio revela que las complicaciones periostomales, particularmente la dermatitis, derivan directamente del manejo inadecuado del estoma, evidenciando deficiencias significativas en la educación proporcionada a los cuidadores.

Esta investigación representa un aporte fundamental para la comprensión del perfil clínico y social de personas ostomizadas durante la infancia y adolescencia, evidenciando brechas críticas en tres áreas principales: la atención sanitaria continuada, el acceso equitativo a recursos especializados y la orientación adecuada a familias y cuidadores, lo que destaca la necesidad urgente de implementar políticas públicas específicas para esta población. A pesar de sus limitaciones en el análisis de la vivencia emocional y la dimensión sexual, así como la reducida muestra de adolescentes, el estudio establece una base epidemiológica esencial que futuros investigadores pueden utilizar para desarrollar intervenciones más humanizadas e integrales, particularmente enfocadas en mejorar la calidad de vida y la integración social de estos pacientes.

Lewis M et al.[8] en su reporte de experiencia con enfoque descriptivo *Establishment of a hospital-based pediatric ostomy support group* documentan la creación y el funcionamiento de un innovador grupo de apoyo para niños y adolescentes con ostomía en un hospital pediátrico de alta complejidad, que destaca la participación fundamental de enfermeras WOC y un equipo multidisciplinario que responde a una necesidad psicosocial que no ha sido cubierta.

Respaldado oficialmente por la United Ostomy Associations of America (UOAA), el grupo de apoyo establecido en el hospital pediátrico integra estratégicamente a múltiples participantes clave: 2 enfermeras especializadas en cuidado de heridas y ostomías (WOC), 2 adultos ostomizados que aportan experiencia vivencial, una voluntaria con formación en educación primaria, y un equipo multidisciplinario que incluye profesionales de cirugía pediátrica, trabajo social, nutrición, terapia física, capellanía y especialistas en vida infantil.

El grupo generó un profundo sentido de pertenencia, proporcionó alivio emocional significativo y fortaleció notablemente la confianza de los participantes. Los adolescentes compartieron abiertamente sus dificultades cotidianas y efectivas herramientas de afrontamiento en diversos contextos sociales y escolares. Se abordaron sistemáticamente problemas técnicos del uso del dispositivo (como fugas o técnicas óptimas de colocación) y se desarrollaron soluciones colaborativas. El resultado más significativo fue la transformación emocional de los asistentes, quienes reportaron ya no sentirse aislados en su experiencia.

Los datos oficiales de la UOAA revelan una alarmante desproporción entre los recursos disponibles: mientras existen 315 grupos de apoyo para adultos ostomizados en EE. UU., solo se han establecido 2 grupos pediátricos, evidenciando la significativa brecha asistencial que este proyecto busca remediar.

El enfoque interdisciplinario y centrado en el paciente facilitó la integración de varias dimensiones del cuidado: aspectos clínicos, formativos y aspectos emocionales. Este abordaje holístico, documentado mediante encuestas pre y post-intervención, demostró mejoras significativas en todas estas áreas según reportaron los participantes.

La implementación sistemática del equipo de apoyo hospitalario creado específicamente para población pediátrica y adolescente con ostomías evidenció importantes avances: optimizó notablemente la calidad de vida percibida, facilitó procesos adaptativos emocionales positivos frente a la alteración de la imagen corporal, y consolidó un profundo sentido de pertenencia e identidad compartida entre sus integrantes. Además, proporcionó a las familias estrategias útiles para afrontar los desafíos diarios del cuidado.

Malloy C et al.[9], en el estudio *Exploring self-management challenges of adolescents and young adults with inflammatory bowel disease in an online Instagram support community*, presentan un estudio cualitativo basado en un análisis temático de contenido. El objetivo principal fue explorar los desafíos de autogestión que enfrentan adolescentes y adultos jóvenes (13–24 años) con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), mediante el análisis sistemático de publicaciones en una comunidad de apoyo en Instagram.

La investigación revela que estos jóvenes enfrentan desafíos físicos, emocionales y sociales profundos que impactan significativamente su vida diaria, relaciones personales, trayectorias académicas y percepción de la imagen corporal, constituyendo un problema multidimensional que requiere atención especializada.

Instagram se revela como un espacio digital significativo donde los jóvenes con EII expresan libremente sus emociones, frustraciones y estrategias de afrontamiento, proporcionando a los investigadores una ventana única para observar

sus experiencias cotidianas sin la mediación de entornos clínicos formales.

Las plataformas de redes sociales representan un instrumento valioso para la vigilancia epidemiológica, la facilitación de redes de apoyo entre pares y la conducción de investigación cualitativa naturalista, aunque simultáneamente presentan riesgos considerables en términos de propagación de información errónea y pseudocientífica.

Los resultados evidencian una amplia gama de desafíos de autogestión en adolescentes y jóvenes con EII, lo que subraya la urgente necesidad de diseñar intervenciones personalizadas que respondan específicamente a las necesidades de esta población vulnerable y contribuyan efectivamente a mejorar su calidad de vida. El uso de datos reales extraídos de redes sociales aporta una nueva dimensión de comprensión de las experiencias de esta población vulnerable.

A pesar del inherente sesgo de autoselección (limitado a jóvenes que deciden compartir sus experiencias en redes sociales), este estudio representa una contribución innovadora al campo de la salud adolescente, ya que analiza relatos espontáneos y naturales compartidos en espacios digitales, brindando una perspectiva que rara vez se obtiene en los métodos de investigación convencionales.

Este trabajo pionero establece precedentes metodológicos para el uso de plataformas digitales como espacio legítimo de investigación cualitativa, revelando patrones de comunicación, sistemas de apoyo informal y necesidades no articuladas en entornos clínicos tradicionales. Las narrativas digitales analizadas proporcionan posibles intervenciones de autogestión que respondan directamente a las experiencias vividas por jóvenes con EII, incluyendo aplicaciones móviles adaptativas, comunidades virtuales moderadas por profesionales y materiales educativos que abordan específicamente los desafíos identificados.

En su investigación *La sexualidad cuando se porta una ostomía,* Marrero-González[10] ofrece una revisión sistemática de estudios cualitativos llevados a cabo entre 2012 y 2022 que explora las experiencias asociadas con la sexualidad en personas ostomizadas. Esta investigación resulta significativa porque revela aspectos emocionales, sociales y simbólicos frecuentemente invisibilizados en los enfoques cuantitativos tradicionales. Si bien la investigación no se enfoca específicamente en adolescentes, sus hallazgos ofrecen valiosas perspectivas potencialmente aplicables al contexto juvenil.

La revisión de Marrero-González se estructura metódicamente en torno a cuatro dimensiones fundamentales:

- *Transformación de la imagen corporal:* Marrero-González registra cómo la ostomía genera un cambio significativo en la autopercepción y atractivo personal.
- *Sexualidad silenciada:* La investigación revela que para los pacientes su sexualidad se convierte en tema prohibido. Esta conspiración del silencio incrementa el aislamiento emocional y dificulta la adaptación sexual después de la cirugía.
- *Relación de pareja:* La evidencia recopilada por Marrero-González demuestra que las dinámicas de pareja sufren cambios importantes después de la ostomía.
- *Necesidad de apoyo profesional:* Marrero-González identifica una brecha crítica en la atención sanitaria actual, evidenciada por el hallazgo de que el 87% de los estudios documentan insatisfacción con el abordaje exclusivamente biomédico.

En términos metodológicos, la revisión de Marrero-González emplea un protocolo riguroso de selección y análisis de estudios cualitativos que fortalece significativamente su validez científica. Esta solidez metodológica aumenta su aplicabilidad tanto en la práctica clínica como en la formación de profesionales sanitarios. Sin embargo, una limitación significativa es la ausencia de estudios específicos con población adolescente, lo que representa un vacío importante en la literatura analizada.

En conclusión, la investigación de Marrero-González constituye un aporte significativo al campo del cuidado integral de personas ostomizadas por tres razones: primero, visibiliza dimensiones humanas como la afectividad, la corporalidad y la sexualidad; segundo, su metodología cualitativa proporciona acceso a experiencias personales y, tercero, establece bases sólidas para la creación de procedimientos de atención más centrados en la persona.

Arshad M et al.[11], en el estudio *Postoperative Outcomes in Children with Typhoid Ileal Perforation: Primary Repair Versus Ileostomy* presentan un estudio comparativo retrospectivo que analiza los resultados postoperatorios de la reparación primaria frente a la ileostomía en pacientes pediátricos con perforación ileal secundaria a fiebre tifoidea. El objetivo principal fue determinar cuál de estos procedimientos resulta más eficaz en esta población vulnerable.

El estudio analiza de manera sistemática tres categorías de resultados postoperatorios: en primer lugar, la incidencia de complicaciones locales (dehiscencia e infección de herida); en segundo lugar, las complicaciones sistémicas (alteraciones electrolíticas y pérdida de peso); y en tercer lugar, la mortalidad postoperatoria como indicador crítico de éxito terapéutico. En conclusión, la reparación primaria se perfila como una alternativa quirúrgica más segura y eficaz frente a la ileostomía en el tratamiento de perforaciones ileales por fiebre tifoidea en niños, particularmente en aquellos sin comorbilidades, representando un avance significativo en el manejo quirúrgico de esta patología en contextos pediátricos.

Una limitación significativa de esta investigación es su enfoque exclusivo en los resultados quirúrgicos inmediatos, circunscribiendo significativamente su aplicabilidad clínica en contextos asistenciales contemporáneos que exigen un abordaje biopsicosocial.

Ford Mk et al.[12], en su estudio cualitativo *Living with an ostomy: A needs assessment in pediatric inflammatory bowel disease,* exploran las perspectivas de adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y sus cuidadores.

El estudio empleó una metodología cualitativa con una muestra de 12 adolescentes diagnosticados con EII y 13 cuidadores, utilizando entrevistas semiestructuradas virtuales para recopilar datos. El posterior análisis permitió identificar patrones relacionados con las experiencias de los pacientes y sus necesidades de atención.

Los resultados del análisis temático identificaron cuatro dimensiones fundamentales en la experiencia de los adolescentes con ostomía: primero, el "miedo a lo desconocido" relacionado con la cirugía de ostomía y su impacto en la vida diaria; segundo, las "barreras percibidas", que incluyen desafíos prácticos en la gestión de la ostomía, desde el manejo del dispositivo hasta las complicaciones físicas, junto con las barreras

emocionales como la vergüenza y el aislamiento; tercero, la "necesidad de apoyo", que destaca la importancia crucial del respaldo emocional y práctico por parte de profesionales de la salud, familia y grupos de pares con experiencias similares; finalmente, las "recomendaciones para una experiencia positiva", que ofrecen sugerencias para mejorar la transición de la atención pediátrica a la de adultos.

El estudio subraya la imperativa necesidad de implementar un enfoque de atención integral que aborde simultáneamente las necesidades físicas, emocionales y sociales. Particularmente crítico es el período de transición de la atención pediátrica a la de adultos, identificado como una fase de vulnerabilidad que requiere protocolos específicos de apoyo, continuidad asistencial e inclusión del paciente en la toma de decisiones. Estas evidencias refuerzan la urgencia de desarrollar un modelo holístico en la atención de adolescentes con ostomía.

Williams J[13] en *Coping: Teenagers undergoing stoma formation* presenta un estudio de caso clínico significativo que investiga el proceso de adaptación psicosocial en adolescentes con ostomías, analizando específicamente cómo el especialista en enfermería de cuidado de estomas puede influir positivamente en los resultados de salud y bienestar emocional a largo plazo.

La metodología del estudio incorpora un enfoque cualitativo riguroso, donde adolescentes que han pasado por una cirugía de formación de estoma participaron en observaciones clínicas estructuradas y entrevistas en profundidad. Esta aproximación metodológica permitió una evaluación comprensiva de las experiencias vividas por los adolescentes y facilitó el análisis detallado de la efectividad de las intervenciones de enfermería especializada.

En conclusión, el estudio de Williams demuestra que una intervención temprana, personalizada y empática por parte del personal de enfermería especializado constituye un factor determinante en la trayectoria de adaptación de los adolescentes con ostomías. La investigación establece que este enfoque no solo mejora significativamente la calidad de vida y el bienestar emocional, sino que también potencia el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas que perdurarán hasta la edad adulta. Ver **Tabla 4**.

Tabla 4. Resumen de recomendaciones comunes y limitaciones de cada estudio.

Autor y Año	Título	Tipo de estudio	Nivel de evidencia	Recomendaciones comunes	Limitaciones
Mohr[4]	*Growth and Development Issues in Adolescents With Ostomies*	Artículo teórico	Nivel V – Opinión de expertos	Atención empática y apoyo emocional.	No es un estudio empírico; se basa en experiencia clínica y revisión de literatura.
Mohr[5]	*Bridging the gap: Communication strategies for WOC nurses working with adolescents*	Revisión narrativa	Nivel V – Revisión narrativa	Desarrollo de habilidades comunicativas enfermeras.	No incluye evaluación cuantitativa de las estrategias propuestas.
Harputlu & Esenay[6]	*Turkish adolescents' experiences of living with a stoma*	Cualitativo fenomenológico	Nivel VI – Estudio cualitativo	Intervención emocional y apoyo familiar.	Muestra limitada a 11 adolescentes de un único país y contexto cultural.
Hood et al.[7]	*Stepping into their shoes: The ostomy experience*	Cualitativo (reflexión educativa)	Nivel VI – Estudio cualitativo	Incluir simulaciones en la formación de enfermería.	Enfoque educativo; no evalúa resultados clínicos reales en pacientes.
Costa et al.[2]	*Characteri-zation of children and teenagers with ostomies*	Cuantitativo descriptivo	Nivel IV – Estudio descriptivo	Mejorar educación sanitaria y acceso a recursos.	Poca representación de adolescentes (9 de 55); no incluye aspectos emocionales o sexuales.
Lewis et al.[8]	*Establishment of a hospital-based pediatric ostomy support group*	Reporte de experiencia	Nivel V – Opinión de expertos	Implementar grupos de apoyo estructurados.	Falta de grupo control y análisis longitudinal.
Malloy et al.[9]	*Exploring self-management challenges in Instagram community*	Cualitativo (Instagram)	Nivel VI – Estudio cualitativo	Fomentar el uso terapéutico de redes sociales.	Sesgo de autoselección y limitación a datos autoreportados.
Marrero-González[10]	*La sexualidad cuando se porta una ostomía*	Revisión cualitativa	Nivel V – Revisión cualitativa	Incluir la sexualidad en los planes de cuidado.	No enfocado en adolescentes; falta de estudios específicos.
Arshad et al.[11]	*Postopera-tive Outcomes in Children with Typhoid Ileal Perforation*	Estudio comparati-vo retrospecti-vo	Nivel III – Estudio comparativo	Evaluar integralmente antes de decidir cirugía.	No analiza impacto emocional o relacional de la ostomía.
Ford et al.[12]	*Living with an ostomy: A needs assess-ment*	Cualitativo exploratorio	Nivel VI – Estudio cualitativo	Diseñar planes de transición pediátrica a adultos.	Tamaño de muestra limitado y subjetividad del análisis.
Williams[13]	*Coping: Teenagers undergoing stoma formation*	Estudio de caso clínico	Nivel VI – Estudio de caso clínico	Atención enfermera especializada y personalizada.	Basado en un caso único; generalización limitada.

Recursos prácticos añadidos en la revisión

Este Trabajo Fin de Máster analiza sistemáticamente recursos prácticos provenientes de organizaciones y asociaciones científicas especializadas en ostomía, complementando la revisión bibliográfica académica con herramientas educativas y asistenciales actuales que responden a las necesidades específicas de adolescentes ostomizados. La integración de estos recursos permite identificar y responder a las necesidades biopsicosociales de adolescentes ostomizados, evaluando críticamente las estrategias propuestas por organizaciones especializadas para apoyar su proceso de adaptación y mejorar su calidad de vida.

En primer lugar, el documento de la United Ostomy Associations of America (UOAA) proporciona una guía específica para la transición de adolescentes desde el hospital al hogar tras una cirugía de ostomía, representando uno de los recursos más completos para esta fase crítica del proceso asistencial. La guía UOAA destaca cuatro elementos críticos para el éxito de la transición: asegurar el acceso continuo a los suministros específicos necesarios (como bolsas, adhesivos y productos de limpieza), establecer canales de comunicación directa con profesionales de salud especializados, desarrollar un plan de reincorporación escolar coordinado con el centro educativo, y preparar emocionalmente a la familia mediante técnicas de afrontamiento.

Continuando con el análisis de recursos, el informe desarrollado por Coloplast Professional subraya cómo la ostomía no solo afecta al paciente, sino que también altera significativamente la dinámica familiar, ampliando la perspectiva desde el individuo hacia su entorno inmediato. Según el documento de Coloplast Professional, el acompañamiento emocional y educativo debe extenderse a todos los miembros de la familia, incluyendo intervenciones específicas para padres, hermanos y cuidadores secundarios.

Los materiales educativos de Hollister y la UOAA abordan con precisión y sensibilidad empática las implicaciones en la sexualidad e intimidad posteriores a la intervención quirúrgica de ostomía. Este enfoque es especialmente relevante en la adolescencia, etapa clave para el desarrollo afectivo y relacional.

Tanto Convatec como la UOAA ofrecen plataformas de información, programas de apoyo que conectan a jóvenes ostomizados mediante reuniones virtuales mensuales y campamentos de verano presenciales, evidenciando un enfoque multimodal que combina herramientas digitales y experiencias presenciales adaptadas específicamente a las preferencias comunicativas de los adolescentes. La incorporación estratégica de estos recursos en los entornos clínico y educativo contribuye significativamente a reducir el aislamiento social, potenciar las habilidades de autocuidado y empoderar al adolescente durante su proceso de adaptación psicosocial.

La integración sistemática de guías prácticas y recursos educativos analizados en este trabajo fortalece el abordaje clínico tradicional, evidenciando la necesidad de un modelo de atención centrado en la persona que considere las dimensiones físicas, psicológicas y sociales específicas del adolescente ostomizado.

En conclusión, los recursos analizados constituyen herramientas esenciales que deben incorporarse en tres niveles: el diseño de intervenciones individualizadas para pacientes adolescentes, la formación especializada de profesionales sanitarios, y el desarrollo de políticas institucionales que sean inclusivas y que se ajusten a las necesidades específicas de los adolescentes con ostomía y sus familias.

Discusión

La adolescencia es un período vital profundamente sensible, en el que el ser humano comienza a construir su identidad, su sentido de pertenencia y su capacidad de vincularse emocionalmente con el entorno. En estas circunstancias, la presencia de una ostomía se manifiesta como un acontecimiento que modifica no solo el cuerpo, sino también la percepción que el adolescente tiene de sí mismo y hacia los demás.

Los hallazgos de esta revisión permiten afirmar que la ostomía afecta de manera integral la vida del adolescente, tocando dimensiones que van mucho más allá de lo físico. Tal como demuestran estudios como los de Harputlu y Esenay[6] y Marrero-González[10], la imagen corporal alterada, el miedo al rechazo y el silencio en torno a la sexualidad configuran una experiencia marcada por la vulnerabilidad emocional y la soledad no siempre visible para el entorno. No se trata únicamente de aprender a vivir con un dispositivo, sino de reconstruir una forma de vivir.

Este trabajo ha evidenciado que el acompañamiento profesional especializado, especialmente desde la enfermería, tiene un valor profundo cuando se articula desde el respeto, la empatía y la escucha activa. Tal como señalan Mohr[4,5] y Williams[13], las intervenciones más significativas son aquellas que reconocen la historia particular de cada adolescente, sus temores, sus preguntas y también sus capacidades de resiliencia. En este sentido, el modelo de autocuidado de Dorothea Orem resulta especialmente pertinente, al proponer una atención centrada en el fortalecimiento del individuo como agente activo de su propio bienestar.

Asimismo, los espacios de apoyo entre iguales como los descritos por Lewis et al.[8] y las comunidades virtuales[9] emergen como recursos fundamentales para romper el aislamiento y ofrecer un refugio simbólico donde el adolescente puede compartir sus vivencias sin ser juzgado. Escuchar a otros que han pasado por caminos similares permite redefinir la experiencia y abrir posibilidades de adaptación más saludables.

Sin embargo, la literatura actual todavía muestra importantes vacíos. La escasez de estudios específicos sobre adolescentes con ostomía, especialmente desde enfoques cualitativos y narrativos, revela una realidad poco explorada en profundidad. Este vacío no solo limita el conocimiento académico, sino que perpetúa la invisibilización de una población que necesita ser escuchada y comprendida en su complejidad.

Por ello, este trabajo invita a una reflexión ética y profesional sobre la necesidad de humanizar los cuidados, de construir puentes entre el conocimiento clínico y el acompañamiento emocional, y de generar entornos donde los adolescentes con ostomía no se sientan reducidos a su condición médica, sino reconocidos en su totalidad como personas en proceso de crecimiento.

En definitiva, atender a un adolescente con ostomía implica mucho más que enseñar técnicas de autocuidado: exige mirar al otro con sensibilidad, promover su autonomía con ternura, y ofrecerle la seguridad de que no está solo en su proceso. La enfermería, cuando se ejerce con humanidad y conciencia, tiene el poder de transformar esta experiencia dolorosa en una oportunidad de reconstrucción digna y esperanzadora.

Recomendaciones para futuras investigaciones

A partir de los resultados obtenidos en esta revisión narrativa, se identifican varias áreas que requieren ser exploradas en profundidad para mejorar la atención:

- Estudios cualitativos centrados en la voz del adolescente ostomizado, que exploren sus experiencias personales, emociones y vivencias en el entorno escolar y familiar.
- Investigación sobre la vivencia de la sexualidad y la afectividad en adolescentes con ostomía, ya que este aspecto suele estar invisibilizado.
- Evaluación de intervenciones educativas y psicológicas adaptadas a adolescentes, que midan su impacto en la autoestima, el afrontamiento y la calidad de vida.
- Análisis del rol del sistema educativo en la inclusión de jóvenes ostomizados, identificando barreras y buenas prácticas para su integración en entornos escolares.
- Desarrollo de estudios longitudinales que permitan observar la evolución del impacto psicosocial de la ostomía desde la adolescencia hasta la edad adulta.
- Exploración del papel de las redes sociales y comunidades online como espacios de apoyo, identificación y expresión para adolescentes con ostomía.
- Investigación sobre la transición asistencial del sistema pediátrico al de adultos, identificando cómo influye este proceso en el seguimiento clínico y emocional del adolescente ostomizado.

A continuación, se presenta un ejemplo de desarrollo correspondiente a la intervención. La propuesta, titulada "Vivir con Ostomía", articula contenidos educativos, herramientas de afrontamiento emocional y espacios de expresión segura. Su finalidad es empoderar al adolescente para que recupere el control sobre su cuerpo, refuerce su autoestima y pueda integrarse socialmente con mayor confianza y bienestar.

Propuesta de intervención enfermera:

Vivir con ostomía: Programa de Apoyo Psicoeducativo para Adolescentes

- *Objetivo general:* Fortalecer la autonomía, autoestima y adaptación psicosocial del adolescente ostomizado mediante una intervención estructurada de acompañamiento educativo y emocional liderada por profesionales de enfermería.
- *Población diana:* Adolescentes entre 12 y 18 años con ostomía, ya sea recién intervenidos o en seguimiento crónico. La participación será voluntaria, con consentimiento informado cuando sea necesario.
- *Estructura del programa:*

  Duración: 6 sesiones de una hora cada una. **Frecuencia**: Semanal o quincenal.

  Modalidad: Presencial, virtual o híbrida. **Formato:** Grupal (máx. 8 participantes) o individual. **Equipo responsable**: Enfermero/a especialista en estomaterapia.

- *Contenidos por sesión:*

  Sesión 1 – Conociendo mi cuerpo

  - Introducción al funcionamiento del estoma y cuidados básicos.
  - Desmitificación y resolución de temores frecuentes.

  Sesión 2 – Imagen corporal y autoestima

  - Reflexión sobre cambios físicos y emocionales.
  - Actividades de aceptación corporal.
  - Compartir historias de superación de otros adolescentes.

  Sesión 3 – Relaciones sociales y entorno escolar

  - Estrategias para afrontar estigmas y comentarios negativos.
  - Rol del profesorado y recursos disponibles en el ámbito escolar.
  - Dinámicas para fortalecer habilidades sociales.

  Sesión 4 – Sexualidad y afectividad

  - Educación afectivo-sexual adaptada a la etapa adolescente.
  - Desmontar mitos sobre sexualidad con ostomía.
  - Comunicación en la pareja, consentimiento y autoestima íntima.

  Sesión 5 – Autocuidado y autonomía

  - Elaboración de un plan personalizado de autocuidado.
  - Preparación para actividades cotidianas (viajes, citas médicas).
  - Aplicación del modelo de autocuidado de Dorothea Orem.

  Sesión 6 – Cierre y proyecto de vida

  - Escritura de una carta al "yo futuro" con metas y aprendizajes.
  - Evaluación general del programa.
  - Entrega de diploma y obsequio simbólico.

- *Herramientas complementarias:* Guía escrita para adolescentes y familias, videos testimoniales de jóvenes con ostomía y diario de emociones para seguimiento individual.
- *Evaluación del programa:* Cuestionarios antes y después del programa (autoestima, conocimientos, calidad de vida), escalas estandarizadas como Rosenberg y PedsQL y evaluación cualitativa mediante diarios reflexivos.
- *Indicadores de calidad:* Mejora en la percepción de la imagen corporal, aumento de estrategias positivas de afrontamiento, reducción del aislamiento social percibido y mayor conocimiento sobre sexualidad y autocuidado.

Como complemento a esta intervención, se ha elaborado la infografía *Vivir con ostomía*, que resume de forma visual y accesible las principales partes del programa psicoeducativo dirigido a adolescentes con ostomía. Esta herramienta permite comunicar de manera clara los objetivos, contenidos y metodología de las seis sesiones, facilitando su difusión entre profesionales de la salud, participantes y familias. Ver **Figura 1**.

Limitaciones de la revisión

Esta revisión presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar sus resultados. En primer lugar, una limitación importante radica en el predominio de estudios cualitativos, lo cual refleja el enfoque exploratorio del tema, pero dificulta establecer conclusiones generalizables. Además, la

Figura 1. Infografía como recurso de apoyo educativo.

escasa disponibilidad de literatura centrada específicamente en adolescentes con ostomía disminuye la capacidad de hacer comparaciones profundas entre diferentes contextos clínicos y experiencias adolescentes en función del tipo de ostomía.

En segundo lugar, los estudios seleccionados provienen de contextos socioculturales y sistemas sanitarios diversos, lo que dificulta la comparación directa entre ellos y puede afectar la relevancia de los resultados en situaciones específicas. Estas diferencias resaltan la necesidad de seguir investigando desde enfoques sensibles al contexto, que consideren las características culturales, sociales y estructurales de cada entorno.

Por último, es importante destacar la escasez de estudios centrados específicamente en adolescentes con ostomía, lo que limita tanto la profundidad del análisis como el alcance de las conclusiones.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Almudena Alonso Márquez: Conceptualización, Metodología, Redacción – borrador original, Revisión y edición.

Conflictos de interés

La autora declara que no existen conflictos de interés personales, institucionales, comerciales o financieros que puedan haber influido en el contenido, desarrollo o resultados de este trabajo.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Declaro que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Referencias

1. Capilla Díaz C. Alteraciones en la imagen corporal de adolescentes con ostomía. Rev Enferm. 2017;40(3):12–7.
2. Costa ECL, Luz MHBA, Gouveia MTO, Andrade EMLR, Nogueira PC. Characterization of children and teenagers with ostomies in a health service. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27:e3131.
3. González Gómez C, Martínez Ruiz M, Vázquez Pérez ML. Efectividad de los grupos de apoyo entre pares en adolescentes con ostomía. Enferm Clin. 2020;30(5):296–302.
4. Mohr LD. Growth and Development Issues in Adolescents With Ostomies: A Primer for the WOC Nurse. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2012;39(5):541–7.
5. Mohr LD. Bridging the gap: Communication strategies for wound, ostomy, and continence (WOC) nurses working with adolescents: A narrative review. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2025;52(2):97–103.
6. Harputlu D, Esenay FI, Turkish adolescents' experiences of living with a stoma: a qualitative study. J Clin Nurs. 2022;31(13-14):1872–80.
7. Hood DG. Stepping into their shoes: The ostomy experience. J Nurs Educ. 2018;57(11):678–82.
8. Lewis M, Thompson P, Triplett S, McCord S, Pierce-Charlton M, Lowe B. Establishment of a hospital-based pediatric ostomy support group. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2020;47(2):165–70.
9. Malloy C, Rawl S, Miller W. Exploring self-management challenges of adolescents and young adults with inflammatory bowel disease in an online Instagram support community. Inflamm Bowel Dis. 2022;28(3):388–94.
10. Marrero-González C. La sexualidad cuando se porta una ostomía: una revisión sistemática de estudios cualitativos (2012–2022). Enferm Nefrol. 2023;26(1):45–52.

11. Arshad M, Fatima A, Imran M, Khan RA, Ullah M. Postoperative outcomes in children with typhoid ileal perforation: primary repair versus ileostomy. J Pharm Ther Clin Pract. 2024;31(7):296–301.
12. Ford MK, Church PC, Tripp DA, Ricciuto A, Cruden A, Ahola Kohut S. Living with an ostomy: A needs assessment in pediatric inflammatory bowel disease. Health Care Transitions. 2024;5(1):e27–33.
13. Williams J. Coping: Teenagers undergoing stoma formation. Br J Nurs. 2017;26(15):S12–8.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

ARTÍCULO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Uso de la flujometría en el manejo de la estenosis uretral desde la perspectiva independiente de la enfermería

Use of uroflowmetry in the management of urethral stricture from an independent nursing perspective

Amelia Ramírez-Román Naranjo*

Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, España

***Correspondencia:** Amelia Ramírez-Román Naranjo. ameliaramirezromannranjo@gmail.com

Resumen

Este TFM tiene como objetivo principal clarificar cuáles serían las características que presenta la flujometría en un paciente con una obstrucción del tracto urinario inferior que precisa de dilatación de uretra por parte de enfermería de forma independiente.

Para ello, he realizado una búsqueda sistemática de la bibliografía publicada en bases de datos en los últimos 10 años, priorizando la información publicada en los últimos 5 años. Las palabras clave que se han utilizado para la búsqueda han sido: uroflujometría, urología y estenosis uretral.

La estenosis uretral es una patología de elevada incidencia en nuestro medio y, quizás, junto a uno de sus tratamientos (la dilatación uretral), una de las patologías urológicas conocidas más primitivamente. La enfermería de urología se enfrenta muy habitualmente a la tesitura de decidir si ha llegado el momento en el que el paciente necesita una dilatación uretral.

En la flujometría, del paciente con estenosis uretral se produce una disminución del Qmax y del Qave y reducción del volumen miccional. La curva representativa típica tendría forma de meseta (aplanamiento). En los estudios revisados realizados a varones, se presenta de forma clara una reducción del Qmax. En las mujeres la estenosis es menos frecuente, pero cuando se produce, igualmente objetivan un descenso del Qmax con curva aplanada. Es importante reseñar que en la mayoría de los estudios se señala la importancia de valorar estos datos junto con la sintomatología expresada por el paciente.

Esta búsqueda nos ha permitido concluir que la flujometría acompañada de los datos de la historia clínica y la información que el paciente nos facilita es una herramienta fiable en esta decisión.

Palabras clave: Uroflujometría. Urología. Estenosis uretral.

Abstract

This Master's Thesis aims to clarify the characteristics of uroflowmetry in a patient with a lower urinary tract obstruction requiring urethral dilation performed independently by nursing staff.

To this end, I conducted a systematic search of the literature published in databases over the last 10 years, prioritizing information published in the last 5 years. The keywords used for the search were: uroflowmetry, urology, and urethral stricture.

Urethral stricture is a highly prevalent condition in our setting and, perhaps along with one of its treatments (urethral dilation), one of the earliest known urological pathologies. Urology nurses frequently face the dilemma of deciding whether the patient requires urethral dilation.

Citar este artículo como:
Ramírez-Román Naranjo A. Uso de la flujometría en el manejo de la estenosis uretral desde la perspectiva independiente de la enfermería. Rev Enfuro. 2026;151:22-27. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.4

Recepción: 27/11/2025
Aceptación: 23/03/2026
Publicación: 30/04/2026

Rev. Enfuro 2026; 151: 22-27
https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.4
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

In uroflowmetry of a patient with urethral stricture, there is a decrease in Qmax and Qave, as well as a reduction in voided volume. The typical representative curve would have a plateau shape (flattening). In the reviewed studies conducted on men, a clear reduction in Qmax is observed. In women, stenosis is less frequent, but when it occurs, a decrease in Qmax with a flattened curve is also evident. It is important to note that most studies emphasize the importance of evaluating this data in conjunction with the symptoms reported by the patient.

This research has led us to conclude that uroflowmetry, combined with data from the patient's medical history and the information provided by the patient, is a reliable tool for this decision.

Keywords: Uroflowmetry. Urology. Urethral stricture.

Justificación

Según el Ministerio de Sanidad, la incidencia y prevalencia de la estenosis uretral en España es desconocida, ya que no existen datos epidemiológicos de la enfermedad. Se ha estimado que la incidencia de estenosis de uretra en España ronda los 200-1200 casos por cada 100.000 individuos, con una incidencia claramente aumentada en poblaciones mayores de 55 años, afectando mayoritariamente a varones.

En 2015, el Grupo de Cirugía Urológica Reconstructiva de la Asociación Española de Urología (AEU) acordó la creación de un registro para la enfermedad, pero no se han publicado los datos recogidos.

En otros países de nuestro entorno, como Inglaterra, se estima que afecta a 1 de cada 1.000 varones mayores de 65 años. En Estados Unidos, la estenosis uretral es responsable de 5.000 hospitalizaciones y 1,5 millones de consultas ambulatorias al año, con un coste superior a los 200 millones de dólares anuales[1].

Existen varias opciones de tratamiento en los casos de estenosis uretral, tanto masculina como femenina: desde el tratamiento quirúrgico con opciones como la ureteroplastia reconstructiva, tratamientos farmacológicos como el balón recubierto de fármaco (por ejemplo, Optilume o técnicas endoscópicas como la colocación de stens. Sin embargo, debido a su rapidez, menor coste o a la inadecuación de otras opciones en función de las características del paciente (edad avanzada, multipatología, recurrencia de la estenosis, entre otros), se recurre a la dilatación uretral. En este contexto, la enfermería desempeña un papel autónomo.

Pregunta de investigación

Como enfermera de una consulta de urología, me enfrento casi diariamente a la decisión de realizar o no una dilatación de los pacientes que seguimos en los programas de dilataciones periódicas. El método más accesible a mi alcance en consulta es la flujometría.

De ahí mi pregunta de investigación:

> *¿Cuál es el valor de la flujometría en la toma de decisiones clínicas para realizar una dilatación uretral en el seguimiento de pacientes con estenosis?*
>
> Buscar la respuesta a esta pregunta es el objetivo principal de esta revisión.

Método de búsqueda bibliográfica

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica entre los meses de junio y octubre de 2025 sobre la flujometría y la estenosis uretral. El motivo principal de esta búsqueda fue definir las características de la flujometría que evidencia una estenosis uretral que precisa de dilatación debido a la elevada incidencia de esta patología en las consultas de urología en nuestro entorno.

Las palabras clave "uroflujometría", "estenosis uretral" y "urología" fueron el punto de partida. Aunque se utilizaron también otras como "tratamiento", "enfermería" o "dilatación", entre otras acompañadas de operadores booleanos.

La búsqueda fue acotada a diez años de antigüedad, aunque para la redacción se han priorizado los artículos con menos de cinco años de antigüedad. Se realizó un intento de primera búsqueda con limitación a cinco años de antigüedad, pero los contenidos eran escasos. En algún punto del texto, de forma excepcional, se citan publicaciones más antiguas.

Además, se han empleado otros motores como Google Académico y páginas web oficiales como, por ejemplo, las guías de la European Association of Urology. También se han utilizado los últimos medios a nuestro alcance, realizando búsquedas con el apoyo de inteligencia artificial en Gemini y ChatGPT, entre otros.

Introducción. Contexto y marco teórico

Estenosis uretral

La estenosis uretral es la fibrosis crónica y el estrechamiento de la luz uretral causados por lesiones agudas, afecciones inflamatorias e intervenciones iatrogénicas, como la instrumentación uretral, la cirugía y el tratamiento del cáncer de próstata. Los síntomas de la estenosis uretral son inespecíficos y pueden coincidir con los de otras afecciones comunes que dificultan el diagnóstico oportuno, como los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y las infecciones del tracto urinario (ITU).

En el caso de los hombres, se utiliza el término estenosis uretral para describir cualquier estrechamiento anormal de la uretra anterior, que se extiende desde la uretra bulbar hasta el meato y está rodeada por el cuerpo esponjoso. La uretra anterior incluye la uretra bulbar, la uretra peneana y la fosa navicular. Esta porción de la uretra está rodeada por el cuerpo esponjoso, que en la uretra bulbar está rodeado por el músculo bulbocavernoso. La fosa navicular se encuentra completamente dentro del glande.

En las mujeres la uretra es más corta y no presenta estas divisiones marcadas. Según el artículo *Estenosis uretral en mujeres. Diagnóstico morfofuncional y tratamiento* que realizó una revisión bibliográfica en la base de datos Medline (PubMed) de artículos publicados sobre el diagnóstico de la obstrucción del tracto vesical en la mujer y el tratamiento de la estenosis uretral en el período comprendido entre 1989 y 2009, la prevalencia de obstrucción en la mujer varía entre el 2,7% y el 23% en la literatura. El 78% de las obstrucciones son funcionales y solo el 6,8% son secundarias a estenosis uretral. Las estenosis afectan comúnmente al meato uretral y al tercio distal de la uretra, siendo la causa más frecuente la iatrogénica, secundaria a cirugía de incontinencia, dilataciones uretrales y cateterismo traumático[5].

El entorno geográfico, los factores socioeconómicos y el acceso a la atención médica pueden afectar la etiología de la estenosis. En países de altos ingresos, la etiología más común de la estenosis uretral es idiopática (41%), seguida de la iatrogénica (35%)[4].

La estenosis uretral, junto con otros síntomas de afectación del tracto urinario en hombres, es de las primeras quejas urológicas de las que hay constancia histórica.

En textos en papiro de la medicina faraónica y China ya se habla del uso de los primeros dilatadores uretrales[2]. Tenemos ejemplos como las Tablillas mesopotámicas que datan de los años 3400–1200 a.C., en las que se documenta la existencia de los catéteres uretrales. También está el texto quirúrgico denominado el *Sushruta Samhita,* también conocido como *Los libros de Sushruta,* escrito por el médico indio Sushruta (1000 a.C.), que describe el uso de tubos de plata, hierro y madera recubiertos con mantequilla líquida para realizar el cateterismo uretral y la evacuación de la orina en pacientes obstruidos[3]. En el siglo V a.C., Hipócrates describió diversas afecciones uretrales, incluida la estenosis uretral, mientras que se cree que Epicuro sufrió una estenosis uretral, que posiblemente fuera la causa de su muerte.

Ya en el siglo I d. C., en la Casa de Cirujanos de Pompeya-Nápoles, se describe el uso catéteres en forma de "S" y de un diámetro de 21 Ch para resolver casos de obstrucción urinaria masculina.

Durante la Edad Media no se destacan importantes avances médicos en Europa, excepto en las regiones del sur, especialmente en Al-Ándalus. Figuras relevantes de la escuela de cirugía hispanoárabe serían: Abulcasis (Al-Zahrawi, 936-1013), quien introduciría herramientas especializadas como dilatadores y catéteres para tratar las estenosis uretrales, o Ibn Sina (Avicena, 980-1037), en su *Canon de Medicina,* quien analizó las causas y los tratamientos de las obstrucciones urinarias.

Pero el gran cambio en el tratamiento de la estenosis uretral se inició en los primeros años del siglo XIX con la aparición del cistoscopio. Este nuevo instrumento, junto con la introducción de la luz eléctrica a finales del siglo XIX, marcaron un hito en el desarrollo de la urología. La cistoscopia se convirtió en una herramienta diagnóstica más segura y eficaz, facilitando el camino a los procedimientos urológicos modernos y mejorando significativamente el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones uretrales[2].

En la actualidad, el tratamiento de las estenosis uretrales puede variar desde el tratamiento conservador hasta la cirugía abierta.

Los síntomas del tracto urinario inferior son los más frecuentes y pueden aparecer de forma variada, presentándose como síntomas obstructivos (chorro débil, goteo postmiccional, dificultad para orinar o retención urinaria) o síntomas no obstructivos (infecciones, dolor genitourinario)[6].

Dilatación uretral

Constituyen uno de los procedimientos urológicos más antiguos. A lo largo de los siglos, los urólogos han desarrollado instrumentos para sobrepasar las estenosis y dilatarlas de forma progresiva.

Desde el desarrollo de las incisiones endoscópicas de las estenosis, las dilataciones han disminuido. Sin embargo, las (auto)dilataciones se siguen realizando después de la incisión endoscópica para prolongar el intervalo antes de la recidiva y en los casos en los que, por las características del paciente o por otros factores, la estenosis no es operable, además de los casos en los que los pacientes eligen la opción no quirúrgica.

Las dilataciones no son un tratamiento curativo; son más bien un tratamiento paliativo. Aunque se realizan con prudencia y de forma progresiva, provocan una ruptura de la mucosa en la zona menos cicatrizada. Durante la micción, la orina se difunde por la herida y causa una esclerosis de los tejidos periuretrales, lo que da lugar a una recidiva de la estenosis a corto o largo plazo. Solo se puede esperar un efecto prolongado en el 20% de los casos, o incluso menos. En los demás pacientes, es necesario continuar las dilataciones de forma indefinida, a menudo con una frecuencia cada vez mayor. Al final, la estenosis acaba por ser más amplia y estrecha.

Los estudios centrados exclusivamente en las dilataciones se han vuelto excepcionales y suelen realizarse con poblaciones no comparables con las poblaciones occidentales[7].

Las complicaciones que deben vigilarse son las hemorragias del cuerpo esponjoso y las septicemias. Como medida de prudencia, no hay que realizar dilataciones en caso de infección urinaria. Las autodilataciones también pueden asociarse a estas complicaciones y deben considerarse como un tratamiento paliativo temporal.

Las guías coinciden en que la dilatación uretral es una opción de tratamiento no invasiva, pero con riesgo elevado de recidiva. Se recomienda seguir a los pacientes mediante flujometría urinaria para verificar si el flujo urinario mejora o si persisten problemas de obstrucción[6].

La flujometría

La flujometría es una herramienta diagnóstica esencial en urología, que proporciona información valiosa sobre la función del tracto urinario inferior de manera no invasiva. Es un examen no invasivo que mide la velocidad del flujo de orina a lo largo del tiempo[8]. El resultado se expresa en ml/s. Es una prueba rápida, económica y fácilmente reproducible.

A la hora de realizar una flujometría, y para que esta sea lo más fiable posible, se debe seguir una serie de recomendaciones.

En primer lugar, el paciente debe ser informado de la prueba, explicándole adecuadamente en qué consiste. Se les podría entregar un folleto explicativo con suficiente información y en un lenguaje sencillo e inequívoco.

La flujometría debe realizarse cuando el paciente sienta su vejiga cómodamente llena, es decir, con un deseo normal de orinar y en la posición habitual de micción de la persona. La interpretación debe evaluar el volumen vesical en el momento de la prueba. Se recomienda un volumen vesical entre 150 a 400-500ml. Se deben minimizar las modulaciones intracorpóreas del flujo, por ejemplo, pidiéndoles que se relajen y no se esfuercen. A los hombres se les puede pedir que no muevan el chorro dentro del embudo ni que aprieten el pene, ya que ambos factores afectarán la medición del flujo de la orina.

Se debe preguntar al paciente en consulta si la micción ha sido representativa ("¿es así como orina en casa?") e indicarlo en la historia clínica[9].

Debemos completar la flujometría con la medición del residuo postmiccional, ya sea a través de ecografía o de la cateterización vesical.

Los parámetros clave obtenidos incluyen la tasa de flujo máximo (Qmax), la tasa de flujo promedio (Qave), el volumen miccional y el tiempo de micción. Además de la forma de la curva de flujo.

El parámetro más estudiado y clínicamente útil es el flujo máximo (Qmax), definido como el valor pico de la curva de flujo y expresado en ml/s; el flujo medio (Qave) es la media del flujo durante la micción. El volumen miccional (VV) es crítico: las mediciones son menos fiables si el VV es bajo (<150 ml),

y el valor de Qmax debe interpretarse siempre en relación con el VV.

En clínica se considera comúnmente que, en varones jóvenes y con volumen adecuado, un Qmax por encima de 15–20 ml/s es indicativo de flujo normal, mientras que un Qmax por debajo de 10 ml/s sugiere flujo bajo u obstrucción; sin embargo, existen variaciones por edad y población, por lo que los puntos de corte no son absolutos y deben contextualizarse[10]. En hombres adultos sanos, el Qmax tiende a disminuir con la edad; estudios poblacionales modernos muestran medianas de Qmax que varían por cohortes, pero muchos trabajos describen cifras medias en adultos jóvenes por encima de 15–20 ml/s cuando el volumen miccional es adecuado. Además, la curva de flujo normal en varones suele ser de tipo "campana" (parabólica), sin mesetas prolongadas ni patrones turbulentos[11].

En mujeres, los valores normativos de Qmax son en promedio más altos que en hombres, pero muestran mayor variabilidad; estudios recientes indican Qmax medios que pueden rondar 15–20 ml/s en mujeres jóvenes con volumen adecuado, aunque la relación entre síntomas y Qmax es distinta respecto a los hombres: las mujeres pueden tener síntomas de vaciado con Qmax relativamente normal[12]. Además, la curva de flujo femenina suele ser más variable, y factores como paridad, estado hormonal y disfunción del suelo pélvico influyen en la interpretación[13].

La estenosis uretral produce un patrón clásico en la flujometría caracterizado por descenso del Qmax, reducción del Qave, disminución del volumen miccional efectivo (si hay retención parcial) y, frecuentemente, una curva de flujo "de meseta" o "plana" (trayectoria aplanada y prolongada) en contraste con la curva parabólica normal. La magnitud del descenso de Qmax depende de la longitud y localización de la estenosis, así como del grado de compensación vesical; una estenosis corta pero muy estrecha puede producir gran caída de Qmax, mientras que estenosis largas y altamente fibrotróficas pueden asociarse además a disfunción del detrusor[14].

En varones con estenosis uretral, los estudios muestran una clara reducción del Qmax respecto a varones sanos de la misma edad y con volúmenes comparables; valores de Qmax por debajo de 10 ml/s son comunes en estenosis clínicamente significativas, aunque se han descrito recidivas con Qmax intermedios (10–15 ml/s), por lo que el seguimiento debe ser clínico y funcional.

La estenosis uretral en mujeres es menos frecuente que en hombres, pero cuando está presente produce igualmente descenso del Qmax y una curva de meseta; sin embargo, la interpretación en mujeres es más compleja porque su Qmax basal es más variable y los síntomas pueden no correlacionar estrictamente con valores numéricos. Dado que la estenosis femenina es relativamente rara y puede coexistir con disfunción del suelo pélvico u otras causas de vaciado lento, la flujometría en mujeres con sospecha de estenosis debe integrarse con exploración, pruebas radiológicas y/urológicas (p. ej., cistoscopia diagnóstica)[13].

La flujometría es la prueba funcional más utilizada para el seguimiento tras tratamiento de estenosis, especialmente después de dilatación o uretrotomía interna (DVIU). Se recomienda realizarla a los 1, 3, 6 y 12 meses, y luego anualmente o según síntomas.

Una reducción del Qmax ≥ 25–30% respecto al valor post-procedimiento o un valor absoluto < 10 mL/s debe alertar sobre posible recidiva y motivar evaluación con uretrografía o cistoscopia[15].

Tenemos múltiples estudios donde podemos ver cómo la flujometría es una opción válida para el seguimiento de los procesos de estenosis uretral.

En el artículo *Use of uroflowmetry to diagnose recurrent stricture after urethral reconstructive surgery* del año 2018, se concluye que la uroflujometría es una prueba adecuada para detectar la recurrencia de la estenosis posoperatoria, pero solo cuando se evalúan también la curva miccional y los síntomas urinarios. Aunque nos indica que la velocidad de flujo por sí sola no parece ser una herramienta fiable para evaluar la recurrencia de la estenosis[16].

Los hallazgos del artículo *Critical Analysis of the Use of Uroflowmetry for Urethral Stricture Disease Surveillance* sugieren que, aunque la uroflujometría es una prueba ampliamente utilizada para monitorizar la integridad de la uretra reconstruida tras una uretroplastia, la sensibilidad para detectar recurrencias es baja si solamente utilizamos como para parámetros el Qmax[17].

En el 2018, E. Lambert y sus compañeros proyectaron en el artículo *Validated uroflowmetry-based predictive model for the primary diagnosis of urethral stricture disease in men* su modelo para definir una herramienta predictiva no invasiva basada en uroflujometría en el diagnóstico primario de la enfermedad de estenosis uretral. La probabilidad de estenosis uretral puede calcularse objetivamente para cada paciente mediante una prueba de uroflujometría no invasiva. La interpretación de patrones de uroflujometría mediante modelos estadísticos podría convertirse en un nuevo estándar[18].

La Asociación Europea de Urología en 2021 recomendó la flujometría como un primer paso diagnóstico en pacientes con sospecha de estenosis uretral. Se utiliza principalmente para evaluar el patrón de flujo urinario y para monitorear el efecto de tratamientos como la dilatación o cirugía. La dilatación uretral puede mejorar el patrón de flujometría en pacientes con estenosis uretral. Si bien la dilatación se utiliza para aliviar la obstrucción y mejorar el flujo urinario, el seguimiento mediante flujometría es fundamental para determinar el éxito del procedimiento y el riesgo de recidiva[19].

La Asociación Española de Urología también tiene una serie de artículos y notas sobre el manejo de las estenosis uretrales, en las que se incluye el uso de flujometría y su relación con la dilatación uretral. Coincide con las guías de la Asociación Europea de Urología en cuanto a la utilidad de la flujometría en el seguimiento de los pacientes con estenosis uretral, siempre que se tengan en cuenta los síntomas que describe la persona y la curva miccional.

La Asociación Americana de Urología, en su guía *Urethral Stricture Disease* (versión 2016 con enmiendas hasta 2023), considera especialmente útil la flujometría para determinar la severidad de la obstrucción urinaria. No fija un valor único de corte universal del Qmax para indicar estenosis uretral (aunque menciona que flujos máximos < ~12 mL/s son indicativos de flujo bajo/incomodidad; pero este tipo de cifras depende de la edad, el volumen miccional, la ubicación de la estrechez, etc.)[20].

Discusión

La estrechez uretral es una afección urológica prevalente que conlleva una carga significativa de molestias y una disminución de la calidad de vida.

La flujometría y la dilatación uretral constituyen pilares fundamentales en el diagnóstico y tratamiento de diversas afecciones urológicas, particularmente aquellas asociadas con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) y la estenosis

uretral. La flujometría, como herramienta diagnóstica, ofrece una evaluación inicial no invasiva de la dinámica de la micción, permitiendo identificar patrones de flujo que sugieren una obstrucción en el tracto urinario inferior.

En todas las guías y artículos revisados, la flujometría urinaria es útil como herramienta de diagnóstico inicial y seguimiento de la obstrucción urinaria, pero no es diagnóstica por sí sola

Tabla 1. Valores de referencia de Qmax y Qave en población sana.

Grupo poblacional	Qmax (mL/s)	Qave (mL/s)
Hombres jóvenes (20–40 años)	15–25	10–15
Hombres mayores (>50 años)	10–15	7–10
Mujeres jóvenes	20–25	12–18
Mujeres mayores	15–20	10–14

Tabla 2. Comparación de flujometría normal vs. estenosis en hombres.

Parámetro	Normal	Estenosis uretral
Qmax (mL/s)	15–25	< 10
Qave (mL/s)	10–15	5–8
Volumen miccional (mL)	> 150	Variable
Curva	Parabólica	Meseta

Tabla 3. Comparación de flujometría en mujeres sanas y con estenosis.

Parámetro	Normal	Estenosis uretral femenina
Qmax (mL/s)	20–25	< 12
Qave (mL/s)	12–18	< 8
Curva	Parabólica	Meseta

de estenosis uretral. Su mayor utilidad se ve en la evaluación del patrón miccional y en el monitoreo de la respuesta al tratamiento, especialmente en pacientes tratados con dilatación uretral o cirugía reconstructiva. Por lo que, teniendo en cuenta los síntomas del paciente junto con la flujometría realizada, la enfermera, desde su labor independiente, tendría elementos suficientes para evaluar si es necesario realizar una dilatación uretral.

Conclusiones

Tras la búsqueda bibliográfica, en mi opinión personal, la flujometría nos permite valorar la necesidad de realizar una dilatación en una persona ya diagnosticada de estenosis uretral. Aunque es indispensable añadir a la información que nos proporciona la flujometría, la información que nos proporciona la historia clínica y la que nos da el paciente al realizarle una entrevista previa a la dilatación. El conjunto de estas tres cosas nos da la suficiente información para discernir como enfermera en urología, desde una perspectiva independiente, la necesidad de dilatación de una estenosis uretral en un porcentaje muy elevado de pacientes.

En la búsqueda he encontrado un problema principal: la capacidad de encontrar documentación en la que se trate la dilatación uretral clásica en los últimos 5 años, incluso ha sido complicado encontrar información que trate la dilatación uretral en profundidad en los últimos diez años.

Creo que se podría avanzar y profundizar en este tema para ayudar a las enfermeras (y otros profesionales sanitarios implicados en la dilatación de estenosis uretral) realizando estudios más completos con recogida de datos. Diría que este tema ha perdido el interés de los investigadores debido a que no es novedoso y a que se considera que son pocos los pacientes que se dilatan. En el caso de mi unidad, el número de pacientes que precisan dilataciones de repetición es elevado. Muchos han pasado ya por intervenciones previas que no han resuelto el problema; otros, por edad o por otros antecedentes, no son aptos para otros tratamientos o intervenciones; y otros simplemente no quieren operarse… En todos los casos, la enfermera debe proporcionarles la mejor atención a nuestro alcance y evitar, en la medida de lo posible, las dilataciones innecesarias por efectos adversos que puedan derivar.

Agradecimientos

A D. Javier Olivares Corral, que me ha asistido como tutor y me ha animado a la publicación de este artículo.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Amelia Ramírez Román Naranjo: Conceptualización, Metodología, Redacción – borrador original, Revisión y edición.

Conflictos de interés

Declaro que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Declaraciones éticas

Este trabajo cumple con la normativa de investigación y cuenta con la aprobación de un Comité de Ética. Dispongo del documento oficial o código de aprobación correspondiente.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Declaro que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Referencias

1. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España (Internet). España. [Citado 23 de septiembre de 2025]. Recuperado a partir de: https://www.sanidad.gob.es/areas/csur/centros/patologias/areasEspecializacion/docs/65._Cirugia_reconstructiva_uretral_compleja_del_adulto_H.pdf
2. Madex F, Neuville P, Chierigo F, et al. Actas Urol Esp (Engl Ed). 2025;49(1):63-71.
3. Cruz Martín B, Adot Zurbano JM. Evolución histórica del concepto de síntomas del tracto urinario inferior y su evaluación. Hist Urol Hisp [Internet]. España.
4. Wessells H, Morey A, Vanni A, Rahimi L, Souter L. Amendment to the urethral stricture guideline (2023). J Urol.

2023;210(1):64-71. [citado 2 oct 2025]. Disponible en: https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/urethral-stricture-guideline
5. Gomez V, Hernandez V, Capitan C, Carrera C, Sanchez M, De la Peña E, et al. Urethral stricture in women: morphofunctional diagnosis and treatment. Arch Esp Urol. 2011;64(2):97-104.
6. Barrera C, Ballesteros C, Domínguez A. Estenosis uretral: diagnóstico y tratamiento [Internet]. 2024.
7. Lumen N, Oosterlinck W, Spinoit AF. Estenosis de la uretra masculina. EMC Urol. 2018;50(2).
8. Storme O, Chiang H, Finsterbusch C. Estudio urodinámico. En: Manual de Urología. Capítulo 5 [Internet].
9. Gammie A, Drake MJ. The fundamentals of uroflowmetry practice, based on International Continence Society good urodynamic practices recommendations. Neurourol Urodyn. 2018;37(3):S531.
10. Lam S, Cooper K, Kaplan S. Changing aspects in the evaluation and treatment of patients with benign prostatic hyperplasia. Med Clin North Am. 2004;88(2):281-308.
11. Javid M, Selvaraj S, Ganapathi R. Chengai Nomogram: A comprehensive study of uroflow parameters and characteristics in healthy adult males from South India. Cureus. 2023.
12. Almas F., Furkan M., Seyhan Z et al. Reassessing normal voiding standards: a cross-sectional study based on medical professionals' evaluations with portable uroflowmetry and IPSS. J Clin Med. 2024;13(10):2857.
13. Riechart S, Waterloos M, Lumen N et al. European Association of Urology guidelines on urethral stricture disease. Part 3: Management of strictures in females and transgender patients. Eur Urol. 2021;80(1):93-103.
14. Verla W, Oosterlinck W, Spinoit A et al. A comprehensive review emphasizing anatomy, etiology, diagnosis, and treatment of male urethral stricture disease. Adv Urol. 2019;2019:9046430.
15. Andrich DE, Mundy AR. Monitoring urethral stricture recurrence after dilatation and urethrotomy. BJU Int. 2018;122(6):993-1002.
16. Baradaran N, et al. Use of uroflowmetry to diagnose recurrent stricture after urethral reconstructive surgery. Urology. 2018;112:221-226.
17. Tam C, et al. Critical analysis of the use of uroflowmetry for urethral stricture disease surveillance. Can Urol Assoc J. 2016;10(5-6):E169–E174.
18. Lambert E, et al. Validated uroflowmetry-based predictive model for the primary diagnosis of urethral stricture disease in men. World J Urol. 2018;36(6):947–953.
19. Lumen N, Campos-Juanatey F, Dimitropoulos K, et al. EAU Guidelines on Urethral Strictures. Arnhem (The Netherlands): EAU Guidelines Office; 2021. [citado 11 oct 2025]. Disponible en: https://cru.aeu.es/wp-content/uploads/2021/04/EAU-Guidelines-on-Urethral-Strictures_2021_WEB.pdf
20. Wessells H., Angermeier KW., Elliott SP. et al. Male urethral stricture: AUA guideline. Linthicum (MD): American Urological Association Education and Research, Inc.; 2016. [citado 11 oct 2025]. Disponible en: https://www.auanet.org/documents/Guidelines/Archive/Male-Urethral-Stricture.pdf

De interés

(NOTICIA 1)

III Jornadas Nacionales AEEU en Cuenca

La Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) anuncia la apertura oficial de inscripciones para sus **III Jornadas Nacionales**, que se celebrarán el próximo **viernes 8 de mayo de 2026** en el **Hospital Universitario de Cuenca**.

Bajo el título **"Actualización en Patología Prostática"**, este encuentro de alto nivel científico abordará de forma integral el diagnóstico, los tratamientos de vanguardia y el papel crítico de la enfermería en el manejo de efectos secundarios y seguimiento de estos pacientes.

💎 **Ventajas exclusivas para Socios:**

- **Inscripción GRATUITA** para todos los socios de la AEEU.
- **Becas de desplazamiento:** La Asociación ofrece **10 becas** para facilitar la asistencia de los socios que se desplacen desde otras localidades. ¡Es el momento perfecto para asociarte si aún no lo has hecho!

📂 **Información y Registro:**

Ya puedes consultar todos los detalles y asegurar tu plaza a través de los siguientes enlaces:

- **Programa Científico Completo:** Descargar PDF del Programa
- **Formulario de Inscripción**: Acceder a la Plataforma de Registro
- **Más información en la web:** Sección de Congresos y Jornadas AEEU

No pierdas la oportunidad de participar en esta jornada diseñada para potenciar la formación especializada y el intercambio de experiencias entre profesionales de todo el país.

¡Nos vemos en Cuenca!

(NOTICIA 2)

Desde la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU) nos planteamos, en virtud de los nuevos roles que está empezando a desarrollar la enfermería en distintos ámbitos, la posibilidad de crear una consulta de enfermería en patología prostática donde la enfermera siguiendo un protocolo estandarizado podría encargarse de la preparación del paciente realizando la educación sanitaria y mejorando los estilos de vida, aprendizaje de los ejercicios perineales necesarios previos a una posible cirugía, valorando a los pacientes portadores de sonda vesical permanente y realizando la posible indicación del autocateterismo. Así mismo, haciendo seguimiento de los resultados analíticos de los valores del PSA y encargándose de la educación de los pacientes ante las posibles complicaciones de la cirugía como la disfunción eréctil o la incontinencia urinaria.

Para valorar la idea entre los profesionales implicados, hemos diseñado una encuesta para objetivar la necesidad de crear dicha consulta y conocer los apoyos y barreras de la iniciativa.

Te invitamos a participar y compartir tu opinión a través del siguiente formulario:

👉 **Acceso a la Encuesta sobre la Consulta de Enfermería en Patología Prostática**

Tu experiencia es la base para seguir transformando nuestra profesión. ¡Gracias por colaborar!

(NOTICIA 3)

La Junta Directiva de la AEEU brilla en el Congreso Europeo de Londres (EAUN26)

La enfermería urológica española ha alcanzado una cota de protagonismo excepcional durante el **26º Congreso de la Asociación Europea de Enfermeras de Urología (EAUN26)**, celebrado recientemente en el centro ExCeL de Londres. La **Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU)** estuvo representada al más alto nivel por su presidente, **D. Carlos Lorenzo**, y los vocales **D. Isaac Florido** y **D. José María Monreal**.

Este encuentro internacional no solo ha servido para el intercambio de conocimiento científico, sino que ha certificado el liderazgo de nuestros representantes en dos hitos fundamentales:

- **Liderazgo Europeo:** Nuestro vocal, **Isaac Florido**, ha sido nombrado miembro de la **Junta Directiva de la EAUN (EAUN Board)**. Este nombramiento es un hito para nuestra asociación, ya que sitúa a un miembro de la AEEU en el núcleo de toma de decisiones de la enfermería urológica europea, permitiendo exportar nuestro modelo de cuidados y formación a todo el continente.

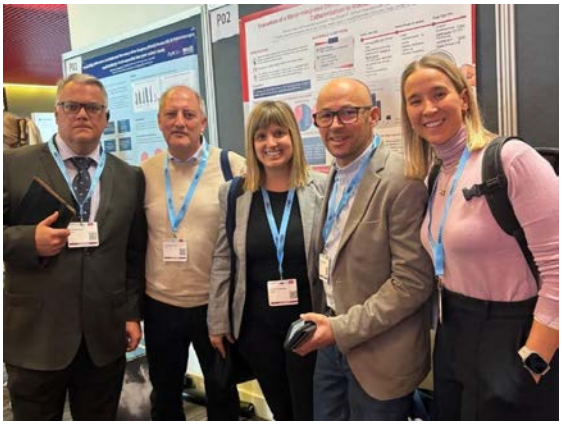
  Pueden consultar más detalles sobre la estructura y el equipo de trabajo de la asociación europea en el siguiente enlace: 👉 EAUN Board - How we work

- **Excelencia Científica:** El vocal **D. José María Monreal** ha sido galardonado por su excelente aportación científica con el póster titulado: **"Evaluación de un dispositivo con espejo integrado como ayuda para el aprendizaje del autocateterismo intermitente en mujeres"**. El trabajo destaca por su enfoque práctico en la mejora de la calidad de vida y la autonomía de las pacientes.

  Consulta del trabajo premiado: Los socios interesados en conocer los detalles de esta investigación y ver la presentación de Chema Monreal pueden acceder al recurso oficial a través del siguiente enlace: 👉 Webcast EAUN26 - José María Monreal

- **Impulso Institucional:** Con la presencia de las socias **Ana Martín** y **Sara Lasarte** y nuestro presidente, **Carlos Lorenzo**, la AEEU continúa estrechando lazos con las sociedades europeas, consolidando la presencia de los enfermeros y enfermeras españoles en los foros de mayor prestigio mundial.

Desde la AEEU felicitamos efusivamente a nuestros compañeros por estos logros, que refuerzan el prestigio de nuestra asociación y de la enfermería urológica de nuestro país.



(NOTICIA 4)

La Universidad Complutense y el Hospital Clínico San Carlos abren la inscripción para la III Edición del Máster en Técnicas Urodinámicas

Madrid, 2026 – Tras el éxito de sus ediciones anteriores, la **Universidad Complutense de Madrid (UCM)** y el **Servicio de Urología del Hospital Clínico San Carlos** anuncian la apertura de la **III Edición del Máster de Formación Permanente en Técnicas Urodinámicas**. Este programa de postgrado, consolidado como un referente nacional, busca especializar a profesionales sanitarios en el diagnóstico y tratamiento de las disfunciones del tracto urinario inferior.

Excelencia Académica y Formación Práctica

El máster cuenta con una carga lectiva de **60 créditos ECTS (428 horas)** y se desarrolla bajo una **modalidad semipresencial**. Esta estructura permite a los alumnos compatibilizar el aprendizaje teórico online con **tres jornadas de prácticas presenciales** intensivas en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, realizadas en grupos reducidos de solo dos alumnos para garantizar una tutorización personalizada.

El programa está dirigido por el **Prof. Jesús Moreno Sierra** y **D. Carlos Lorenzo García**, y cuenta con el Prof. Jesús Salinas Casado como profesor honorífico. El claustro docente lo integran destacados especialistas en urología, ginecología y rehabilitación.

Programa docente y cronograma 2026-2027

El curso se divide en seis módulos progresivos que abarcan desde la anatomía del sistema urinario hasta las técnicas invasivas y tratamientos de última generación:

- **Inicio del curso:** 7 de septiembre de 2026.
- **Módulos teóricos:** Septiembre 2026 – Marzo 2027.
- **Prácticas clínicas:** Distribuidas en ocho grupos entre enero y abril de 2027.
- **Finalización y entrega de TFM:** Mayo de 2027.

Como valor añadido, los mejores Trabajos de Fin de Máster (TFM) podrán ser seleccionados para su publicación en la **revista ENFURO**.

Aval Institucional

Esta formación cuenta con el respaldo de instituciones de prestigio internacional y nacional, incluyendo:

- Confederación Americana de Urología (CAU).
- Asociación Española de Enfermería en Urología (ENFURO).
- Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG).
- Fenin (Tecnología Sanitaria) e International Continence Society (ICS).

Información y matrícula

Secretaría Técnica: Loki & Dimas

Teléfono: 915 061 778

Email: loki5@lokidimas.com

Web: www.lokidimas.com

(NOTICIA 5)

Reivindicación de un Estatuto Único y la reclasificación A1 en el foro de profesiones sanitarias

Madrid, 4 de marzo de 2026 – La Asociación Española de Enfermería en Urología (ENFURO), representada por su Secretario, Javier Olivares, estuvo presente en el **'Foro de profesiones sanitarias: presente y futuro de la profesión enfermera en España'**. En este encuentro, organizado por Europa Press junto al Consejo General de Enfermería (CGE) y Hospiten, el colectivo enfermero ha lanzado una petición rotunda: la creación de un **Estatuto Único** que aúne a todas las profesiones sanitarias y permita el acceso definitivo al **grupo profesional A1**.

Durante la apertura, la ministra de Sanidad, Mónica García, ha subrayado que "hablar del futuro del Sistema Nacional de Salud es hablar del futuro del sistema de cuidados". La ministra ha destacado que la futura Ley del Medicamento blindará la seguridad jurídica de la **prescripción enfermera**, reconociendo legalmente una práctica que ya es habitual en áreas especializadas como la urología.

Retos estructurales: Ratios, estabilidad y fuga de talento

Uno de los puntos críticos debatidos ha sido el déficit de profesionales. El presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, ha advertido que España necesita incorporar de manera urgente a 100.000 enfermeras para alcanzar la media europea. Actualmente, la ratio en España se sitúa en **6,2 enfermeras por cada mil habitantes**, lejos de las 8,5 de la media de la Unión Europea.

Sobre esta crisis de personal, **Laura Almudéver**, presidenta del Colegio de Enfermería de Valencia, ha señalado la urgencia de mejorar las condiciones para retener a los profesionales:

"Hay que buscar una solución óptima para que no haya esa fuga de enfermeras al extranjero, donde se les ofrece mejores condiciones laborales y desde luego que hay que ofrecer aquí en España, nuestro país, para retener ese talento un contrato estable desde el inicio".

Desde ENFURO, se ha hecho especial hincapié en que esta falta de personal y estabilidad afecta directamente a la calidad asistencial y a la seguridad del paciente. El Secretario de la asociación ha defendido que el nuevo marco normativo debe reconocer no solo las competencias generales, sino también la **práctica avanzada y las especialidades**, fundamentales para abordar la cronicidad en el ámbito urológico.

Una profesión del siglo XXI con estructuras del siglo XX

La necesidad de actualizar el marco legal no es solo una cuestión retributiva, sino de coherencia con la evolución científica de la enfermería. En este sentido, **Diego Ayuso**, secretario General del Consejo General de Enfermería, ha sido tajante sobre la obsolescencia de los actuales puestos de trabajo:

"Este ejército de la salud tiene muchas veces puestos de trabajo que se diseñaron hace 40 años, en los años 80 del siglo pasado. O sea, en 40 años nuestra disciplina ha evolucionado de una forma enorme y, sin embargo, nuestro puesto de trabajo se diseñó hace 40 años. Esto es necesario adaptarlo para dar respuesta a la profesión y a las necesidades de salud que tiene la población".

Liderazgo y toma de decisiones

El foro ha servido para denunciar el "techo de cristal" que impide a las enfermeras acceder a puestos de alta dirección. La reclasificación al grupo A1, basada en el nivel académico de Grado, se considera una medida de justicia para que las enfermeras lideren la planificación de los cuidados en el SNS.

"Las enfermeras urológicas no solo realizamos tareas técnicas; realizamos diagnósticos enfermeros y prescribimos productos y hábitos esenciales para la salud de nuestros pacientes". **"Exigimos un respaldo legal acorde a nuestra formación de grado y a la complejidad de los cuidados que prestamos"**.

(NOTICIA 6)

Colaboración interprofesional en un nuevo documento sobre tratamiento con BCG

La **Asociación Española de Urología (AEU)**, la **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)** y la **Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU)** han unido fuerzas para elaborar el ***"Documento de consenso sobre la prevención y manejo de efectos secundarios asociados a la BCG para optimizar la adherencia al tratamiento"***.

Esta colaboración multidisciplinar tiene como objetivo principal mejorar el manejo de la terapia intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), una opción terapéutica fundamental en el tratamiento de algunos tumores vesicales. El documento ofrecerá a los profesionales sanitarios una guía práctica y actualizada sobre la prevención y gestión de los efectos adversos de este tratamiento.

La participación de la **AEEU** en este consenso subraya el papel crucial de la enfermería en el seguimiento y la educación de los pacientes, asegurando una mayor adherencia y el éxito terapéutico. Nuestra Asociación está representada por los socios Isaac Florido y Javier Olivares.

(NOTICIA 7)

Tenemos el placer de anunciar una fecha y un lugar muy especiales para la **Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU)**: la celebración de su **XLIII Congreso**.

Este congreso se llevará a cabo en la hermosa ciudad de **Alicante** durante los días **6, 7 y 8 de mayo de 2027**. El emplazamiento elegido para este evento conmemorativo es el **Hotel Meliá Alicante**, un marco ideal para acoger a todos los profesionales de la enfermería urológica.

La elección de estas fechas y lugar es de gran trascendencia, ya que el año **2027 marca el 50 aniversario de la Asociación**. Por ello, la organización ya ha puesto en marcha los preparativos necesarios para asegurar que este XLIII Congreso sea un encuentro excepcional y memorable, acorde a tan importante efeméride.

Se espera que este congreso no solo mantenga el alto nivel científico y formativo habitual, sino que también sirva como una gran celebración y reconocimiento a las cinco décadas de dedicación de la AEEU a la especialidad.

(NOTICIA 8)

Saca el máximo partido a tu membresía europea en la EAUN

Como miembro de la **Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU)**, eres también, de forma automática, parte de la **European Association of Urology Nurses (EAUN)**. Esta alianza internacional te abre las puertas a una red global de conocimiento y colaboración.

¿Cómo acceder a tus beneficios? Es muy sencillo. Solo tienes que darte de alta en el portal oficial utilizando **el mismo correo electrónico** con el que estás registrado en la AEEU:

1. Entra en: https://myeau.uroweb.org/
2. Regístrate o inicia sesión para activar tu perfil y empezar a recibir información exclusiva.

¿Qué encontrarás en la web de la EAUN? Te invitamos a explorar nurses.uroweb.org, donde tendrás acceso a recursos de alto valor científico y profesional:

- **Guías de Buenas Prácticas (EAUN Guidelines):** Estándares europeos actualizados sobre cateterismo, manejo de estomas, incontinencia y más.
- **Recursos Educativos:** Acceso a webcasts de congresos anteriores, presentaciones técnicas y cursos online especializados.
- **Networking Internacional:** Conecta con grupos de trabajo europeos y mantente al día de las últimas innovaciones tecnológicas en urología.
- **Becas y Premios:** Información sobre convocatorias para programas de intercambio (*fellowships*) y ayudas a la investigación.

No pierdas la oportunidad de formar parte activa de la comunidad urológica europea. **¡Tu voz y tu formación también cuentan en Europa!**

(NOTICIA 9)

La Revista ENFURO es el órgano de difusión de la Asociación Española de Enfermería en Urología. Publica artículos sobre los cuidados de salud y la enfermería, fundamentalmente, pero no exclusivamente, la enfermería urológica. Comité Editorial y Normas de Publicación disponibles en https://revistaenfuro.com/

Nuestra revista está incluida en el REHIC, Catálogo de publicaciones periódicas de la Fundación Index: http://www.index-f.com/bibliometria/bresumen.php?id=194 y está indexada en la **base de datos CUIDEN** con las Claves EC-E, es decir, es una Revista de Enfermería (E), de carácter científico (C) y es una revista indizada con carácter exhaustivo (-E): http://www.index-f.com/bibliometria/ayuda.php

También indexada en **DIALNET** (https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=8347). Dialnet es uno de los mayores portales bibliográficos del mundo, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad **a la literatura científica hispana.** La gestión está en manos de la Fundación Dialnet constituida por el Equipo de Gobierno de la Universidad de La Rioja.

Igualmente, indexada en **LATINDEX** - Sistema Regional de Información en línea para **Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal** (https://latindex.org/latindex/ficha/25810). Registrada en el folio 25810, sección Catálogo v2.0.

(NOTICIA 10)

Además, queremos recordarles que nuestra **Secretaría Técnica** es **ORZÁN CONGRES**. Para cualquier consulta, pueden escribirnos a enfuro@enfuro.org.

Orzán Congres S.L.

Avda. Primo de Rivera, 11, 2º izqda.
15006 A Coruña, España

Tel.: 981 900 700
Móvil: 669 40 38 07
Fax.: 981 152 747

www.orzancongres.com

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

Bases beca “Francisco Estudillo” para proyecto de investigación de la Sociedad Española de Enfermería Urológica (AEEU)

Tema: Formación e Investigación en Enfermería Urológica

Dotación: 3.000,00 euros (1 beca)

Se convoca la beca “I Francisco Estudillo” a través de la AEEU para fomentar la formación e investigación en el ámbito de la enfermería urológica. En consecuencia, el proyecto deberá estar relacionado con los cuidados de enfermería en urología, incontinencia y andrología.

Podrán optar todos los enfermeros/as, a condición de que el investigador principal del proyecto tenga una antigüedad mínima de 2 años como socio de la Asociación Española de Enfermería Urológica (AEEU) y no forme parte de los órganos directivos de la AEEU en el momento de su presentación.

Con la solicitud se adjuntará la siguiente documentación:

1) Proyecto de investigación, en español, en impreso normalizado [impreso normalizado proyecto anexo I]
2) Curriculum normalizado del investigador principal Currículum normalizado de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) (https://cvn.fecyt.es/editor/#HOME).
3) Acreditación del Comité de Ética de Investigación del Centro (CEIC) y/o asesoramiento del Departamento de Epidemiología y/o Dirección de Enfermería

Para concursar se enviará a través de la siguiente dirección de correo electrónico: enfuro@enfuro.org toda la documentación anterior. La fecha límite de recepción de las solicitudes en la Secretaría de la AEEU será el día 11 de abril de 2025. Los proyectos recibidos con posterioridad a la fecha indicada serán rechazados.

La dotación del proyecto, que es de 3.000 euros, se entregará en tres fases:

1) La primera, de 1.000 euros, momento de su concesión, que coincide con el Congreso de la Asociación Española de Urología que se celebra del 15 al 17 de mayo del 2025
2) Una segunda de 1.000 euros transcurridos seis meses de la iniciación del proyecto, previo visto bueno del Comité Científico de la AEEU, y tras presentación de un informe de la evolución del trabajo, en la Secretaría de la AEEU.
3) La última de 1.000 euros, al presentar la aceptación final de publicación de los resultados de su investigación en la revista ENFURO de la AEEU, u otra revista científica.

La falta de cumplimiento de estos requisitos será valorada a la hora de la concesión de futuros proyectos, becas y premios de la AEEU. El plazo establecido para la publicación del trabajo finaliza el 31 de diciembre de 2027.

La selección será efectuada por el Jurado de becas y premios de la AEEU compuesto por su consejo directivo. La decisión del jurado será inapelable, pudiendo declararse desierto el proyecto, si a juicio de los evaluadores, ninguno de los trabajos presentados reuniese los criterios exigibles.

En caso de publicaciones deberá hacerse referencia al proyecto concedido por la Asociación Española de Enfermería urológica.

Nota explicativa:

Podrán optar a los Proyectos de Investigación y Becas, los miembros de la Sociedad Española de Enfermería Urológica que se encuentren al corriente de pago de la cuota de socio.

El Jurado de Proyectos de Becas y Premios de la Sociedad Española de Enfermería Urológica está compuesto por los miembros de la junta directiva de la asociación.

El Jurado valorará la evolución de los trabajos y decidirá la continuidad de la beca, en función del desarrollo del proyecto.

La AEEU se reserva el derecho de difundir el nombre del premiado, así como del proyecto a la comunidad científica a través de sus órganos de expresión.

La inversión en ayudas a la investigación se realiza a través de la AEEU mediante los presupuestos, con aportaciones adicionales de los Socios Estratégicos, a quienes agradecemos su contribución.

Para cualquier duda o aclaración no dude contactar con nosotros en la dirección enfuro@enfuro.org

Conforme a la normativa vigente de Protección de Datos Personales y, en particular, en el Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679), se informa de que todos los datos personales e información facilitada por los solicitantes, serán tratados por la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU), con CIF G78173119, y domicilio en Avda. Primo de Rivera 11, 15006 (A Coruña). Los datos serán tratados con la finalidad de gestionar la solicitud y valoración de esta. La base jurídica del tratamiento es la ejecución contractual. Los solicitantes pueden ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad, limitación, dirigiendo su solicitud a la dirección de correo electrónico enfuro@enfuro.org o por correo postal a la dirección anteriormente facilitada. Para más información acerca del tratamiento de sus datos personales, consulte nuestra política de privacidad en el siguiente enlace: https://enfuro.es/politica-de-privacidad/

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**.
Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Revisión del rol enfermero en la derivación urinaria tipo Mitroffanof

Review of the nursing role in Mitrofanoff urinary diversion

Susana Poves-Herrero*

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

***Correspondencia:** Susana Poves-Herrero. susanapoves@hotmail.com

Resumen

El estoma de Mitroffanof es una derivación urinaria continente que se utiliza como solución eficaz para pacientes con disfunción vesical que requieren vaciado mediante cateterismos limpios intermitentes cuando el acceso uretral está contraindicado o resulta inviable. La enfermera desempeña un rol fundamental en el abordaje integral del paciente con este tipo de derivación, siendo clave en la formación del paciente en el manejo adecuado del estoma, la correcta realización del cateterismo limpio intermitente y la identificación precoz de complicaciones. Estudios han demostrado que este tipo de derivación reduce el uso de sondas permanentes, disminuye el riesgo de infecciones urinarias, hospitalizaciones y tumores vesicales, además de mejorar aspectos psicológicos y sociales gracias a la autonomía que ofrece y a la discreción estética del estoma. Aunque pueden surgir complicaciones, los avances quirúrgicos y el enfoque multidisciplinar han optimizado los resultados.

Para la elaboración de este artículo se revisaron diversas publicaciones con el objetivo de analizar el papel de la enfermera en el cuidado de pacientes portadores de este tipo de estoma. Como resultado, se concluye que la enfermera se consolida como un pilar fundamental para garantizar el bienestar integral del paciente y el éxito a largo plazo de la derivación urinaria continente.

Palabras clave: Estoma de Mitrofanoff. Derivacion urinaria continente. Cateterismo limpio intermitente. Complicaciones estoma. Cuidados de enfermería. Estoma.

Abstract

The Mitrofanoff stoma is a continent urinary diversion used as an effective solution for patients with bladder dysfunction who require emptying through clean intermittent catheterization when urethral access is contraindicated or not feasible. The nurse plays a fundamental role in the comprehensive management of patients with this type of diversion, being key in educating the patient on proper stoma care, correct performance of clean intermittent catheterization, and early identification of complications. Studies have shown that this type of diversion reduces the use of indwelling catheters, lowers the risk of urinary tract infections, hospitalizations, and bladder tumours, and improves psychological and social aspects thanks to the autonomy it provides and the aesthetic discretion of the stoma. Although complications may arise, surgical advances and a multidisciplinary approach have optimized outcomes.

For the preparation of this article, several publications were reviewed with the aim of analyzing the nurse's role in the care of patients with this type of stoma. As a result, it is concluded that the nurse is consolidated as a fundamental pillar to ensure the patient's overall well-being and the long-term success of the continent urinary diversion.

Keywords: Mitrofanoff stoma. Continent urinary diversion. Clean intermittent catheterization. Stoma complications. Nursing care. Stoma.

Citar este artículo como:
Poves-Herrero S. Revisión del rol enfermero en la derivación urinaria tipo Mitrofanoff. Rev Enfuro. 2026;151:35-38. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.5

Recepción: 24/10/2025
Aceptación: 28/10/2025
Publicación: 30/04/2026

Rev. Enfuro 2026; 151: 35-38
https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.5
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

Introducción

La derivación urinaria continente (DUC), basada en el principio descrito por Mitrofanoff en 1980, representa una solución quirúrgica para pacientes con disfunción vesical que requieren vaciado mediante cateterismos limpios intermitentes (CLI) cuando el acceso uretral no es posible o está contraindicado. Esta técnica ha evolucionado en las últimas décadas, adaptándose a nuevas evidencias clínicas y técnicas quirúrgicas, permitiendo una mejora significativa de la calidad de vida de los pacientes afectados.

El principio de Mitrofanoff consiste en la creación de un estoma continente utilizando el apéndice vermiforme como conducto pediculado que conecta la vejiga con la piel, generalmente ubicado en el ombligo o en el cuadrante inferior abdominal. Esta abertura quirúrgica permite la inserción de catéteres para el vaciado vesical mediante CLI, facilitando el vaciado vesical sin necesidad de utilizar sondas uretrales permanentes.

Alternativas al apéndice para formar el conducto incluyen segmentos de intestino ileal, colon transverso o sigmoide, uréter o incluso trompas de Falopio en mujeres, ampliando así las posibilidades quirúrgicas para casos en los que el apéndice no está disponible o no es viable. En algunas ocasiones, esta técnica se acompaña de una ampliación vesical en pacientes con vejigas de baja capacidad para optimizar el resultado funcional.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática enfocada en los cuidados del estoma Mitrofanoff; la búsqueda de información se llevó a cabo en bases de datos que incluyen PubMed, Scielo y Cinahl.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en los últimos 10 años, en idioma inglés o español, estudios clínicos, revisiones y guías clínicas relacionados con el manejo y complicaciones del estoma Mitrofanoff. Se excluyeron publicaciones que no aportaran información relevante o que estuvieran enfocadas en otras técnicas urológicas.

Resultados

La DUC está indicada en pacientes con disfunción vesical que impide o dificulta el vaciado adecuado de la vejiga.

Las causas más frecuentes incluyen:

- Malformaciones congénitas: espina bífida, extrofia vesical, valvas uretrales.
- Estenosis uretrales traumáticas o adquiridas.
- Dolor uretral que imposibilita el sondaje tradicional.
- Vejiga neurógena secundaria a lesiones medulares, enfermedades neurológicas o disfunciones del sistema nervioso central.

También se emplea en pacientes que presentan dificultades para realizar el CLI a través de la uretra por alteraciones motoras, obesidad, discapacidad intelectual o en pacientes infanto-juveniles, facilitando un manejo más autónomo y seguro.

A pesar de ser una técnica fiable, la DUC puede asociarse a complicaciones. Las más frecuentes son:

- Estenosis del estoma, que puede dificultar la inserción del catéter y requerir dilataciones o revisiones quirúrgicas. Según estudios recientes tiene lugar en un 15-20% de los pacientes.
- Infecciones del tracto urinario (ITU), aunque reduce la incidencia en comparación con el sondaje permanente, estos pacientes mantienen un riesgo aumentado.
- Litiasis vesical o del conducto.
- Incontinencia por incompetencia del conducto.
- Necrosis del conducto o del estoma, una complicación menos frecuente pero grave.

Papel de la enfermería y calidad de vida

El éxito del manejo del paciente con DUC depende en gran medida del acompañamiento y la educación proporcionada por el personal de enfermería. La formación en técnicas de cateterismo limpio intermitente, cuidados del estoma y detección temprana de complicaciones es fundamental**.**

Según estudios consultados, la DUC mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes al evitar el uso de sondas permanentes que pueden causar daño uretral, aumento de infecciones y, con ello, la posibilidad de ingreso hospitalario, causar incomodidad y aumentar el riesgo de tumor vesical.

Además, mejoran también los aspectos psicológicos y sociales, atribuidos a la discreción estética del estoma y la autonomía en el manejo del vaciado vesical.

Cuidados de enfermería para pacientes con estoma de Mitrofanoff

El objetivo de la enfermera es garantizar un manejo seguro, eficiente y cómodo del estoma, promoviendo la autonomía del paciente, previniendo complicaciones y mejorando su calidad de vida.

Son cuidados de enfermería:

- Evaluar la ubicación, aspecto y funcionalidad del estoma:
  - Observar signos de inflamación, enrojecimiento, edema, secreciones, sangrado o necrosis.
  - Verificar la permeabilidad del conducto mediante la inserción cuidadosa del catéter.
  - Valorar la piel periestomal para detectar irritación, dermatitis o maceración.
- Revisar antecedentes del paciente, capacidad para realizar CLI y nivel de independencia.
- Enseñar al paciente a realizarse los cuidados diarios del estoma (limpieza del estoma con agua y jabón neutro, secar sin frotar, inspeccionar la piel circundante diariamente para detectar signos de irritación o infección).
- Explicar y supervisar la técnica correcta del CLI.
  - Proporcionar información escrita y recursos audiovisuales si están disponibles.
- Prevención de complicaciones:
  - Vigilar signos de estenosis: dificultad o imposibilidad para introducir el catéter.
  - Detectar precozmente signos de ITU: fiebre, malestar, cambios en la orina.

- Observar presencia de incontinencia o escape urinario.
- Identificar signos de irritación o necrosis del estoma.
- Explicar la importancia de la hidratación adecuada para evitar litiasis.

- Fomentar la adherencia al seguimiento urológico y consultas de enfermería.
- Proporcionar información escrita y recursos audiovisuales si están disponibles.
- Ofrecer apoyo psicológico para mejorar la adaptación y autoestima.
- Registro y documentación:
  - Registrar en la historia clínica la valoración del estoma y piel periestomal.
  - Anotar cualquier dificultad durante el cateterismo, presencia de complicaciones o cambios en la función vesical.
  - Documentar la educación brindada y la respuesta del paciente.
  - Derivar al médico ante cualquier signo de complicación.

Actuación de la enfermera ante la aparición de complicaciones

Las complicaciones más frecuentes en pacientes portadores de estoma Mitrofanoff son la estenosis del estoma y las infecciones del tracto urinario. La enfermera debe estar capacitada para identificar los signos y síntomas asociados, así como para actuar adecuadamente ante su aparición. Asimismo, deberá evaluar la necesidad de derivar al paciente a su urólogo de referencia.

Manejo de enfermería de la estenosis del Estoma

La estenosis es el estrechamiento del conducto o la abertura del estoma que dificulta o impide la inserción del catéter para el vaciado vesical.

Signos y síntomas:

- Dificultad o imposibilidad para introducir el catéter.
- Dolor o molestias durante el intento de cateterización.
- Enrojecimiento o inflamación en el área del estoma.
- Posible escape urinario o incontinencia.

Actuación de enfermería

- Observar y documentar los signos del estoma y síntomas referidos por el paciente.
- Intentar cateterismo con sondas de menor calibre sin forzar para evitar lesionar el conducto. Mantener higiene estricta del estoma.
- Aplicar compresas calientes locales para favorecer la relajación del tejido si hay inflamación leve.
- Derivar al urólogo para evaluación y posible dilatación o revisión quirúrgica.
- Anotar detalles del episodio, intentos de cateterización y respuesta del paciente.

Manejo de enfermería de las infecciones del tracto urinario

Las ITU son infecciones que pueden afectar cualquier parte del tracto urinario y son una complicación frecuente en pacientes con derivaciones urinarias.

Signos y síntomas:

- Fiebre, escalofríos.
- Dolor suprapúbico o lumbar.
- Orina turbia, maloliente o con presencia de sangre.
- Malestar general, astenia, cambios en la conducta.
- Aumento en la frecuencia o dificultad para el cateterismo

Actuación de enfermería:

- Registro de constantes vitales y estado general.
- Valorar aspecto del estoma.
- Evaluar cambios del patrón urinario y de la orina.
- Revisar la técnica de los CLI.
- Promover una adecuada ingesta de líquidos.
- Recoger muestra para urocultivo.
- Documentar signos, síntomas, intervenciones y respuesta al tratamiento.
- Comunicar cualquier empeoramiento o complicación al equipo médico.

Son criterios de derivación al urólogo la dificultad persistente para el vaciado vesical mediante el estoma, signos claros de infección o inflamación que no ceden con manejo inicial, alteraciones en la integridad del estoma (necrosis, sangrado intenso) y/o cambios en el patrón urinario o empeoramiento clínico.

Discusión

La revisión de la literatura pone de manifiesto la relevancia de los cuidados de enfermería en pacientes portadores de un estoma Mitrofanoff, tanto en la etapa preoperatoria como en el posoperatorio inmediato y, posteriormente, en la educación del paciente y su familia respecto al cuidado del estoma y la realización de los autocateterismos.

No obstante, pese a que la bibliografía consultada destaca la importancia del abordaje multidisciplinar en este tipo de derivaciones, la figura de la enfermera rara vez es mencionada de forma explícita. Asimismo, se evidencia una falta de protocolos específicos sobre los cuidados de enfermería en pacientes con este tipo de estoma. Aunque existen artículos centrados en los cuidados de derivaciones no continentes, como las urostomías, son escasos los trabajos que proponen planes de actuación dirigidos al paciente portador de un estoma Mitrofanoff.

En síntesis, a pesar de que la evidencia respalda la importancia de la intervención enfermera a lo largo de todo el proceso,

persiste la necesidad de elaborar guías y planes de cuidados específicos para esta derivación, que contribuyan a optimizar y elevar la calidad asistencial en el ámbito de la enfermería.

Conclusiones

La derivación urinaria continente según Mitrofanoff es una técnica quirúrgica fiable y efectiva con beneficios clínicos y psicosociales; por ello es una herramienta relevante en urología reconstructiva para el manejo de la disfunción vesical compleja. Aunque pueden presentarse complicaciones, los avances en la técnica y el enfoque multidisciplinar han optimizado sus resultados.

El conocimiento actualizado y la implicación del equipo de enfermería son pilares básicos para el éxito a largo plazo, proporcionando soporte continuo, fomentando la autonomía y garantizando el bienestar integral del paciente.

El papel de la enfermera es fundamental para asegurar un manejo adecuado del estoma y los CLI para prevenir complicaciones.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Susana Poves Herrero: Conceptualización, Metodología, Redacción – borrador original, Revisión y edición.

Conflictos de interés

Declaro que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Declaro que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Referencias

1. Araujo, D., Miranda, M., Rodrigues, V., Audat, G., de Saint Aubert, N., Menard, J., Mandrón, E., & Bryckaert, P. (2023). Laparoscopic continent urinary diversion: A minimally invasive technique of Yang-Monti catheterizable channel. International Continence Society 2023 Abstract #711. Disponible en: https://www.ics.org/2023/abstract/711
2. Kumar, S., Patel, R., & Johnson, M. (2021). Mitrofanoff complications: Time-to-event analysis of split versus intact appendix and meta-analysis. Journal of Urology, 205(3), 800–808. Disponible en: https://doi.org/10.1097/JU.0000000000001874
3. Lee, J. H., Kim, S. Y., & Park, J. W. (2023). Quality of life after radical cystectomy for bladder cancer in men with an ileal conduit or continent urinary diversion: A comparative study. Urology Annals. Disponible en: https://doaj.org/article/19913ebedea64e0b95c2549ab3c87f00
4. Martínez, A., García, L., & Fernández, P. (2022). Impact of structured nursing education on complications in patients with Mitrofanoff continent catheterizable stoma. International Journal of Nursing Studies, 135, 104281. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104281
5. Smith, R., Brown, T., & Wilson, D. (2019). Alternative conduits for continent urinary diversion: A systematic review. Urology Annals, 11(4), 355–361. Disponible en: https://doi.org/10.4103/UA.UA_15_19
6. Berrio, G., Casanova , M., Piqué , N., y Tegido, M. (2021). Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado. Asociación Española de Enfermería en Urología(85).
7. Bernal, C., Caballero , A., Domenech , P., Garrido, A., López, S., Vidal, C., . . . Romero , M. (2022). Guía de intervenciones enfermeras en urostomías . ANDE, 48-55.
8. Prieto, C., Heredia, V., Suarez, M., Badía, E., Gracia, C., y Torralba, L. (15 de enero de 2022). Manejo de los cuidados de enfermería al paciente ostomizado y su impacto psicosocial. Revista Sanitaria de Investigación.
9. Espinosa MAF, Correa CGG, Chávez H, Huayllasaca W, Huiracocha C. Uso de la técnica Mitrofanoff en pacientes pediátricos con vejiga neurógena: Use of the mitrofanoff technique iociales. Humanidades. 2023;4(2).
10. Chua ME, Rivera K, Romao R, Kim JK, Varghese A, Rickard M, et al. Mitrofanoff complications: time-to-event analysis of split versus intact appendix and meta-analysis. World J Urol [Internet]. 2025;43(1):90. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s00345-024-05434-y
11. Oliver MB, Gander R, Royo GF, Aguilera M, López M, Asensio M. Evaluación de la calidad de vida y satisfacción de pacientes operados mediante la técnica laparoscópica Mitrofanoff. Cir Pediatr. 2024;37:172–9.
12. Abedi AR, Hosseini J, Hojjati SA, Alinejad Khorram A, Nikmaram R, Fakhar F. Efficacy and complications of Mitrofanoff continent urinary diversion in adults with complex urethral strictures: A single-center experience. Urol J [Internet]. 2024; Disponible en: http://dx.doi.org/10.22037/uj.v21i.8190
13. Gander R, Asensio M, Royo GF, López M. Pediatric laparoscopic mitrofanoff procedure-preliminary results of a simplified technique. Journal of Pediatric Urology. 2022;18(2):112-e113.
14. Diarra A, Tsayem A, Kouma M, Sissoko B, Keita MM, Simido H. The Mitrofanoff technic: a second case report and literature review at the Luxembourg University Teaching Hospital. African Urology. 2024;4(1):94–8.
15. Grande MCG, Llaosa MBL, Herranz AS, Cócera MD, Jansana MT. Cuidados de enfermería al paciente uropediátrico intervenido de derivación urinaria continente con técnica de Mitrofanoff: estudio y valoración de casos. Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología. 2000;54–62.
16. Villarraga JDA, Cárdenas AM, Niño JFP, Ordoñez CGT, Londoño E. Uso del principio de Mitrofanoff con técnica de doble Monti como procedimiento de derivación continente en paciente obeso. Urología colombiana. 2015;24(1).
17. Rodríguez PM, López AJ. Cuidados de enfermería en enfermedades crónicas: Estrategias para una atención integral. En: Martínez C, editor. Cuidados avanzados en enfermería. 2019. p. 225–40.
18. Arango Rave ME, Lince Varela LF, Salazar Sanín C, Hoyos Figueroa FC, Hurtado SN, Rendón Isaza JC. Resultados del uso de la técnica de Mitrofanoff en pacientes con disfunción neurógena de la vejiga: Análisis de la experiencia en el Hospital Universitario San Vicente de Paul. Actas Urol Esp [Internet]. 2009;33(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.4321/s0210-

Revista ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

index

ARTÍCULO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

¿Cuáles son las estrategias más efectivas basadas en la evidencia para la prevención de la hernia paraestomal en pacientes colostomizados? Revisión bibliográfica

What are the most effective evidence-based strategies for the prevention of parastomal hernia in colostomized patients? Literature review

Irene Parada Rodríguez-Rabadán*

Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, España

***Correspondencia:** Irene Parada Rodríguez-Rabadán. iparrodrab@gmail.com

Resumen

El objetivo fue identificar y analizar el conocimiento científico disponible sobre las estrategias más efectivas, basadas en la evidencia, para prevenir la hernia paraestomal, evaluando su eficacia e impacto. Las estrategias se agrupan en tres bloques: factores de riesgo, intervenciones preoperatorias y cuidados postoperatorios.

Entre los factores de riesgo personales destacan el IMC elevado, la edad avanzada, la malnutrición, el tabaquismo y la presencia de comorbilidades. En cuanto a los técnicos, la localización del estoma fuera del músculo recto abdominal, la técnica transperitoneal y la ausencia de planificación preoperatoria adecuada se asocian a mayor riesgo.

En el preoperatorio, cuentan con fuerte respaldo: el marcaje adecuado del sitio del estoma por una estomaterapeuta y la optimización del estado general del paciente, incluyendo control del peso, nutrición personalizada, cese del tabaquismo, manejo de comorbilidades y fortalecimiento abdominal.

En el postoperatorio, la atención continuada por profesionales especializados, como la estomaterapeuta, se asocia a mejores resultados en la prevención de complicaciones. Los programas de ejercicio físico adaptado muestran beneficios potenciales, aunque requieren mayor evidencia. El uso de fajas abdominales genera controversia debido a la escasa evidencia.

En conclusión, la evidencia actual respalda un enfoque integral, individualizado y multidisciplinar, en el que el rol de la enfermería estomaterapeuta gana protagonismo tanto en la prevención como en el acompañamiento del paciente ostomizado.

Palabras clave: Hernia paraestomal. Colostomía. Prevención. Factor de riesgo. Marcaje del estoma.

Abstract

The objective was to identify and analyze the available scientific knowledge about the most effective evidence-based strategies to prevent parastomal hernia, evaluating their efficacy and impact. The strategies are grouped into three categories: risk factors, preoperative interventions, and postoperative care.

Among the personal risk factors, elevated BMI, advanced age, malnutrition, smoking, and the presence of comorbidities stand out. Regarding technical factors, the location of the stoma outside the rectus abdominis muscle, the transperitoneal technique, and the lack of adequate preoperative planning are associated with higher risk.

Citar este artículo como:
Parada Rodríguez-Rabadán I. ¿Cuáles son las estrategias más efectivas basadas en la evidencia para la prevención de la hernia paraestomal en pacientes colostomizados? Revisión bibliográfica. Rev Enfuro. 2026;151:39-46. Disponible en: https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.6

Recepción: 15/10/2025
Aceptación: 28/10/2025
Publicación: 30/04/2026

Rev. Enfuro 2026; 151: 39-46
https://doi.org/10.70660/aeeu.i151.6
www.revistaenfuro.com

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con index en nombre de Asociación Española de Enfermería en Urología.

In the preoperative phase, strong support exists for proper stoma site marking by a stoma care nurse and optimization of the patient's general condition, including weight control, personalized nutrition, smoking cessation, management of comorbidities, and abdominal strengthening.

In the postoperative phase, continuous care by specialized professionals, such as the stoma care nurse, is associated with better outcomes in complication prevention. Adapted physical exercise programs show potential benefits, although more evidence is needed. The use of abdominal binders is controversial due to limited evidence.

In conclusion, current evidence supports an integral, individualized, and multidisciplinary approach, where the role of stoma care nursing gains prominence both in prevention and in accompanying the ostomized patient

Keywords: Parastomal hernia. Colostomy. Preventi. Risk factor. Preoperative stoma site marking.

Introducción

Un estoma es una abertura quirúrgica creada en la pared abdominal u otra parte del cuerpo que permite la comunicación entre un órgano interno y el exterior, facilitando la evacuación de contenido corporal cuando las vías naturales están obstruidas o dañadas. Los estomas pueden ser temporales o permanentes y se nombran según el órgano involucrado (por ejemplo, colostomía para el colon, ileostomía para el íleon, urostomía para el tracto urinario)[1].

Un estoma intestinal es una abertura quirúrgica creada en la pared abdominal mediante la exteriorización de un segmento del intestino (íleon o colon), con el fin de establecer una salida artificial para la evacuación intestinal. Este procedimiento permite desviar el tránsito fecal, y la abertura puede ser temporal o permanente según la indicación clínica[2].

La resección del intestino y su derivación temporal o definitiva es un procedimiento frecuente en la práctica quirúrgica, que implica la construcción de un estoma. La enfermedad que lleva a la cirugía, las condiciones clínicas del paciente y los aspectos técnicos en la construcción de la ostomía son puntos clave en la evolución postoperatoria[3].

Las patologías que con mayor frecuencia conducen a la realización de una ostomía incluyen el cáncer colorrectal, las enfermedades inflamatorias intestinales (como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa), la diverticulitis complicada, los traumatismos abdominales severos y ciertas malformaciones congénitas[4,5].

El cáncer colorrectal representa una de las causas más frecuentes, especialmente en adultos mayores. Dependiendo del estadio tumoral, localización y estado general del paciente, puede ser necesaria una colostomía temporal o permanente tras la resección del tumor[6].

En las enfermedades inflamatorias intestinales, como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, la creación de un estoma puede ser indicada para tratar complicaciones como estenosis, perforación, abscesos o fístulas, así como parte de un tratamiento quirúrgico programado en etapas[7].

Además, situaciones de emergencia como perforaciones intestinales, isquemia mesentérica o lesiones traumáticas pueden requerir la creación urgente de un estoma como medida de protección o descompresión intestinal[8]. En estos casos, la ostomía puede ser transitoria o definitiva, dependiendo de la posibilidad de reconstrucción futura del tránsito intestinal.

La creación de un estoma es un procedimiento quirúrgico fundamental; no obstante, implica un riesgo significativo de complicaciones, que pueden clasificarse según su tiempo de aparición en:

- Las complicaciones tempranas, que incluyen isquemia, necrosis, infección periestomal, edema y dehiscencia mucocutánea.
- Y las complicaciones tardías, que abarcan el prolapso, la estenosis, la irritación cutánea y, especialmente, la hernia paraestomal, que es una de las más frecuentes y con mayor impacto en la calidad de vida del paciente[9].

Se define como hernia paraestomal aquella hernia incisional en la pared abdominal que se desarrolla en las proximidades de un estoma, a través del mismo orificio aponeurótico por el que se exterioriza el intestino. A diferencia de una hernia ventral o eventración, en la que se produce, además, un defecto en la cicatrización de los tejidos, la hernia paraestomal se produce por la acción de fuerzas de cizallamiento constantes o aumento de la presión intraabdominal de forma crónica sobre el orificio aponeurótico de la ostomía. Estas fuerzas pueden originarse por maniobras de Valsalva, tos persistente, obesidad o ejercicios de prensa abdominal[10].

La hernia paraestomal puede clasificarse según diversos criterios, los cuales resultan fundamentales para su evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Entre estos criterios destacan:

- El tamaño del defecto herniario en la pared abdominal, que puede variar desde pequeñas protrusiones hasta grandes aberturas que comprometen la estabilidad del estoma.
- El contenido herniado, que típicamente incluye intestino delgado, colon o epiplón, aunque en casos menos frecuentes pueden encontrarse otras estructuras abdominales.
- La presencia o ausencia de síntomas clínicos es un aspecto clave, ya que algunas hernias paraestomales pueden ser asintomáticas y detectarse únicamente en estudios radiológicos, mientras que otras pueden provocar dolor local, molestias, alteraciones en la función del estoma, o incluso complicaciones graves como la obstrucción o estrangulación del contenido herniado.

Otro criterio importante es el grado de protrusión visible o palpable, que suele correlacionarse con el impacto funcional y la calidad de vida del paciente. Esta clasificación permite estratificar el riesgo y seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada, que puede ir desde el manejo conservador con cuidados estomales y uso de dispositivos de soporte hasta la indicación de reparación quirúrgica, que a su vez puede realizarse mediante técnicas abiertas o laparoscópicas, con o sin colocación de malla protésica. Por lo tanto, una correcta clasificación no solo facilita un diagnóstico preciso, sino que también guía el manejo integral del paciente, optimizando los resultados clínicos y minimizando las complicaciones postoperatorias[11].

Existen diversas clasificaciones de la hernia paraestomal, siendo una de las más reconocidas la propuesta por Moreno-Matías et al. **Tabla 1**, que se basa en hallazgos obtenidos mediante tomografía computarizada (TC). Esta clasificación permite estandarizar el diagnóstico y facilita la toma de decisiones terapéuticas, al relacionar el contenido herniado con la morfología del defecto[12].

Tabla 1. Clasificación de la hernia paraestomal según Moreno-Matías et al.

Tipo	Descripción
Tipo 0	No hay hernia visible en la TC.
Tipo I	El saco herniario contiene solo el asa intestinal que forma el estoma.
Tipo II	El saco herniario contiene grasa o epiplón, además del asa del estoma.
Tipo III	El saco herniario contiene asas intestinales diferentes a la del estoma.
Tipo IV	Se observa un componente mixto (grasa, asas intestinales, órganos)

La hernia paraestomal representa una de las complicaciones clínicas más frecuentes y más relevantes tras la creación de un estoma, con una incidencia que puede superar el 50% en seguimiento a largo plazo, especialmente en aquellos pacientes con colostomías permanentes[13]. Su importancia radica en el impacto funcional, estético y psicológico que genera, así como en las complicaciones potencialmente graves que pueden surgir.

Desde el punto de vista sintomático, los pacientes pueden experimentar dolor local, sensación de bulto o abultamiento cerca del estoma, dificultad para adherir o mantener dispositivos de ostomía y alteraciones digestivas como obstrucción intestinal o episodios de estreñimiento. Estos síntomas afectan directamente la calidad de vida, limitando la movilidad, el desempeño en actividades cotidianas y la participación social, y pueden derivar en un deterioro del bienestar emocional y psicológico.

Entre las complicaciones derivadas de la hernia paraestomal se encuentran la estrangulación del contenido abdominal, que constituye una urgencia quirúrgica, así como episodios recurrentes de obstrucción intestinal y mayor susceptibilidad a infecciones locales. Además, la presencia de hernia conlleva un aumento significativo en la tasa de reintervenciones quirúrgicas y en los costos sanitarios, debido a la necesidad de tratamientos conservadores, intervenciones quirúrgicas adicionales, seguimiento especializado y ajustes constantes en el cuidado del estoma.

El manejo de la hernia paraestomal ha experimentado un avance notable a lo largo de las últimas décadas, reflejando los avances en técnicas quirúrgicas y en el entendimiento fisiopatológico de esta complicación. Inicialmente, el tratamiento consistía en reparaciones primarias quirúrgicas mediante suturas simples, con tasas de recidiva extremadamente altas (hasta el 70%) debido a la fragilidad del tejido y la presión constante en la región del estoma[14].

Con el tiempo, el desarrollo de mallas protésicas —sintéticas como el polipropileno o biológicas— introdujo una nueva era en el manejo, tanto en la prevención como en la reparación de la hernia paraestomal. Estas mallas ofrecen soporte estructural adicional a la pared abdominal, reduciendo significativamente la incidencia de recurrencias y mejorando la calidad de vida del paciente.

Además, en las últimas décadas se ha expandido más allá del acto quirúrgico, incorporando un enfoque multidisciplinario que incluye el cuidado especializado por estomaterapeutas, la educación al paciente y la implementación de medidas preventivas tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio.

Adicionalmente, el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas como la laparoscopía y la cirugía robótica ha proporcionado nuevas perspectivas, permitiendo una recuperación más rápida y menos complicaciones[15].

Sin embargo, la hernia paraestomal continúa siendo un desafío clínico relevante y la investigación sigue buscando estrategias innovadoras para su prevención y manejo efectivo.

La fisiopatología de la hernia paraestomal es compleja e involucra la interacción de múltiples factores que afectan la integridad de la pared abdominal alrededor del estoma. El paso del contenido abdominal a través del orificio estomal se facilita cuando este orificio es mayor o más débil que el tejido circundante, ya sea por una mala cicatrización, técnicas quirúrgicas inadecuadas o presiones intraabdominales elevadas.

Factores locales, como el tamaño del orificio estomal, la técnica quirúrgica empleada para su creación y la ubicación anatómica, juegan un papel fundamental en el desarrollo de la hernia. Por ejemplo, la colocación del estoma fuera del músculo recto abdominal se asocia con una mayor incidencia de hernia paraestomal.

Asimismo, factores sistémicos influyen considerablemente, incluyendo la obesidad, que incrementa la presión intraabdominal y dificulta el manejo del estoma; la edad avanzada, que se relaciona con una menor calidad del tejido; enfermedades crónicas como la diabetes que afectan la cicatrización; y el tabaquismo, que deteriora la vascularización y favorece la debilidad de la pared abdominal.

Otros factores de riesgo incluyen la realización de maniobras de Valsalva frecuentes, infecciones postoperatorias y la presencia de sarcopenia, que se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollo de hernia. La evaluación de estos factores permite identificar pacientes con mayor predisposición y adaptar las estrategias preventivas y terapéuticas de manera individualizada.

En resumen, la hernia paraestomal no solo constituye una complicación anatómica postoperatoria, sino que tiene un impacto clínico relevante, en términos de síntomas, complicaciones, calidad de vida del paciente y carga asistencial.

Por estas razones, su estudio, prevención y manejo adecuado deben ser una prioridad.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica entre abril y junio de 2025, mediante una búsqueda sistematizada en las bases de datos biomédicas SCOPUS, Cochrane Library y PubMed, complementada con una búsqueda adicional en Google Scholar.

La estrategia de búsqueda combinó términos en lenguaje natural con términos controlados del tesauro MESH organizados en tres bloques temáticos:

1. Factores de riesgo
2. intervenciones preoperatorias
3. Estrategias postoperatorias

Se utilizaron operadores booleanos (AND, OR, NOT) para estructurar la búsqueda de manera eficaz. Las principales palabras clave utilizadas fueron:

Paraestomal hernia AND Colostomy AND BMI AND Risk factors AND Exercise therapy AND Stoma site marking AND Prevention NOT Mesh

Criterios de inclusión:

- Fechas de publicación: estudios publicados entre el año 2015 y el 2025.
- Tipos de estudios: metaanálisis, ensayos clínicos, estudios observacionales, revisiones sistemáticas, artículos académicos y libros.
- Idioma de publicación: inglés y castellano.
- Ámbito geopolítico: se incluyeron estudios realizados en Europa, América y Oceanía, debido a la similitud en los enfoques sanitarios, culturales y en la organización de los sistemas de salud, lo cual permite una mayor homogeneidad en la interpretación y aplicación de los resultados.
- Tipos de fuentes: bases de datos biomédicas.

Criterios de exclusión:

- Fecha de publicación anterior a 2015.
- Tipos de documentos: ensayos aleatorios mal definidos, artículos de periódico, noticias, informes de conferencias o congresos.
- Idioma de publicación diferente de inglés o castellano.
- Ámbito geopolítico: países fuera del contexto occidental y culturalmente comparable.
- Tipos de fuente: editoriales, cartas al editor, informes no revisados, presentaciones en congresos.

Resultados

1. Factores de riesgo

La hernia paraestomal constituye una de las complicaciones más frecuentes en pacientes portadores de estomas, particularmente colostomías, con una incidencia que varía entre el 18% y el 40%, dependiendo del tiempo de seguimiento y de la técnica quirúrgica empleada[16]. La colostomía en sí misma representa un factor de riesgo mayor en comparación con otros tipos de ostomía[17].

Los estudios revisados identifican múltiples factores de riesgo que pueden influir en su aparición, los cuales pueden clasificarse en dos grandes grupos: factores relacionados con el paciente y factores quirúrgicos[18].

1.1 Factores del paciente

Las guías de la *European Hernia Society* (EHS) recomiendan optimizar el estado general del paciente antes de la confección del estoma. Los principales factores de riesgo modificables incluyen:

- Índice de masa corporal (IMC) elevado: Un IMC ≥25 kg/m² se asocia de manera consistente con mayor riesgo de hernia paraestomal debido al aumento de la presión intraabdominal y la tensión sobre la pared abdominal[19-21] y [23].
- Edad avanzada (>60 años): Asociada a la pérdida de elasticidad tisular y la debilidad muscular progresiva[22,23].
- Malnutrición: Compromete la cicatrización de los tejidos y aumenta el riesgo de hernias[24].
- Diabetes mellitus y el tabaquismo: Aunque la evidencia es menos robusta, varios estudios reportan una mayor incidencia de hernia asociada a estos factores.

1.2 Factores quirúrgicos

Entre los aspectos técnicos con mayor impacto, se destacan:

- La técnica transperitoneal de confección del estoma presenta mayor riesgo en comparación con la técnica extraperitoneal, ya que permite el paso del intestino a través de un trayecto con menor soporte muscular.
- La ubicación del estoma fuera del músculo recto abdominal representa un factor de riesgo importante, al perderse el efecto de contención que proporciona dicho plano muscular. Este aspecto ha sido ampliamente respaldado por guías como las de la *American Society of Colon and Rectal Surgeons* (ASCRS).

Asimismo, múltiples ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas (incluyendo revisiones Cochrane) respaldan el uso de malla profiláctica (sintética o biológica) al momento de la creación del estoma, como una estrategia efectiva para reducir la incidencia de hernia paraestomal, sin aumentar las tasas de complicaciones como infección o estenosis[25].

Finalmente, la realización de cirugías de urgencia, que dificultan una planificación adecuada del sitio del estoma, ha sido identificada como un factor de riesgo potencialmente modificable.

En conjunto, estos factores deben ser cuidadosamente valorados en el momento de planificar la creación de un estoma, con el fin de implementar estrategias preventivas individualizadas y basadas en la mejor evidencia disponible.

2. Intervenciones preoperatorias

2.1. Marcaje del estoma

El marcaje preoperatorio del sitio del estoma por personal especializado (como una enfermera estomaterapeuta) ha demostrado mejorar los resultados quirúrgicos y reducir las complicaciones. La colocación del estoma en la zona del músculo recto anterior del abdomen evita áreas de debilidad anatómica.

Las guías conjuntas de la European Hernia Society (EHS), la European Society Coloproctology (ESCP) y la European Association for Endoscopic Surgery (EAES) destacan el marcaje preoperatorio como una intervención clave para la prevención de la hernia paraestomal[26-29].

2.2 Optimización del estado del paciente

La optimización del estado del paciente antes de la creación del estoma es crucial para reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias, incluyendo la hernia paraestomal. Las principales áreas de intervención incluyen:

- Reducción del IMC: La obesidad es un factor de riesgo bien documentado. Se recomienda implementar programas de pérdida de peso antes de la cirugía en pacientes con IMC ≥25, en coordinación con dietistas y mediante un enfoque multidisciplinar.
- Corrección de malnutrición: La detección precoz del riesgo nutricional mediante herramientas validadas como *MUST (*Malnutrition Universal Screening Tool*)*, *SGA* (Subjective Global Assessment), *GLIM* (Global Leadership Initiative on Malnutrition) o *PONS* (Perioperative Nutrition Screen) permite intervenir de forma proactiva. La nutrición preoperatoria adecuada mejora la cicatrización, reduce infecciones y fortalece la pared abdominal[30].

Diseñar un plan de soporte nutricional coordinado con nutricionistas en el pre y postoperatorio, para mejorar estado inmunológico y cicatrización.

- Cese del tabaquismo: Fumar afecta la oxigenación de los tejidos y la cicatrización. Se recomienda suspender el consumo de tabaco al menos 4-6 semanas antes de la intervención.
- Control óptimo de comorbilidades: Patologías como la diabetes mellitus o la EPOC deben ser estabilizadas previamente para minimizar riesgos quirúrgicos. En particular, un buen control glucémico se asocia a una mejor recuperación postoperatoria.
- Fortalecimiento de la pared abdominal: Aunque la evidencia científica sobre programas específicos de ejercicios preoperatorios aún es limitada, varias guías (como el protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)) recomiendan preparar físicamente al paciente para la cirugía mediante ejercicios funcionales **Tabla 2**. El entrenamiento de la musculatura abdominal puede reducir la presión intraabdominal y contribuir a una recuperación más favorable.

Estos factores son reconocidos como modificables y tienen un alto impacto en la prevención de complicaciones como la hernia paraestomal.

En resumen, la evidencia actual respalda un enfoque integral en la prevención de la hernia paraestomal que comienza antes de la cirugía, individualizado según las características del paciente y en la que gana cada vez más peso la enfermera estomaterapeuta.

3. Estrategias postoperatorias

El manejo postoperatorio adecuado es esencial para prevenir la aparición de complicaciones como la hernia paraestomal. Dentro de este manejo, se destacan varias estrategias.

3.1. Atención especializada del estomaterapeuta

El seguimiento por profesionales especializados, como las enfermeras estomaterapeutas, resulta crucial. Su intervención permite:

- Realizar una educación sanitaria personalizada, centrada en el cuidado del estoma.
- Instruir al paciente sobre la identificación precoz de signos de complicaciones, como abultamientos, cambios en la piel periestomal o molestias abdominales.
- Proporcionar apoyo emocional y fomentar la autonomía del paciente en el autocuidado, lo cual está vinculado con una mejor recuperación y menor incidencia de hernias.

3.2. Programas de ejercicio postoperatorio

La evidencia actual respalda la implementación de programas de ejercicio físico dirigidos a:

- Fortalecer la musculatura de la pared abdominal.
- Mejorar el control de la presión intraabdominal.
- Promover una recuperación funcional más rápida.

Estos programas deben ser adaptados a las necesidades individuales del paciente y supervisados por profesionales cualificados (fisioterapeutas o enfermeras entrenadas), para asegurar la correcta técnica y evitar lesiones. Diversos estudios han demostrado una posible relación entre el ejercicio adaptado y una menor incidencia de hernia paraestomal, aunque aún se requieren investigaciones con mayor solidez metodológica para establecer recomendaciones firmes[31, 32, 33 y 34].

3.3. Uso de fajas abdominales

El empleo de fajas o prendas de soporte abdominal tras la cirugía es una práctica común en algunos entornos clínicos. No obstante, la evidencia sobre su efectividad en la prevención de la hernia paraestomal es limitada.

Algunos pacientes reportan beneficios subjetivos, como una mayor sensación de seguridad o alivio de molestias. Sin embargo, el uso prolongado e indiscriminado puede ser contraproducente, ya que se ha asociado con la debilidad progresiva de la musculatura abdominal, favoreciendo potencialmente la aparición de hernias. Por ello, su uso debe valorarse de forma individual y, de aplicarse, debe estar supervisado por el equipo de atención sanitaria[35].

Tabla 2. Tabla protocolo ERAS.

Fase	Intervención ERAS	Relevancia en la prevención de hernia paraestomal
Preoperatoria	Evaluación nutricional y optimización del estado nutricional	Disminuye el riesgo asociado a la desnutrición
	Educación del paciente	Mejora la adherencia a cuidados y reduce complicaciones
	Marcaje del sitio del estoma por estomaterapeuta	Previene la colocación inadecuada del estoma
	Evitación del ayuno prolongado	Mejora la recuperación y reduce el catabolismo muscular
Intraoperatoria	Técnica quirúrgica estandarizada y uso profiláctico de malla	Reduce la incidencia de hernia paraestomal
	Minimización del uso de tubos y drenajes	Disminuye el trauma local y el riesgo de infección
Postoperatoria	Movilización temprana	Fortalece la musculatura abdominal
	Control adecuado del dolor sin opiáceos excesivos	Facilita la movilidad y la respiración
	Reintroducción temprana de la alimentación oral	Favorece la recuperación del tránsito intestinal y el estado nutricional
	Seguimiento continuo con estomaterapeuta	Permite la identificación precoz de complicaciones

Discusión

La hernia paraestomal constituye una de las complicaciones más frecuentes y limitantes asociadas a la creación de un estoma, con un impacto significativo tanto en la calidad de vida del paciente como en los recursos sanitarios. Este estudio ha puesto de manifiesto, más allá de las estrategias quirúrgicas clásicas, el papel crucial que desempeña la enfermera estomaterapeuta en la prevención no invasiva y el manejo integral del paciente portador de estoma.

Rol de la enfermera estomaterapeuta en la prevención

La intervención estructurada y especializada del estomaterapeuta a lo largo del proceso perioperatorio emerge como una de las piedras angulares en la reducción de complicaciones relacionadas con el estoma. La valoración preoperatoria detallada y el marcaje correcto del sitio del estoma son intervenciones clave que minimizan las tensiones sobre la pared abdominal y previenen defectos anatómicos que predisponen a la formación de hernias. Tal como destacan las guías de la European Hernia Society y la American Society of Colon and Rectal Surgeons, el marcaje por personal entrenado se asocia consistentemente con mejores resultados clínicos[26-29].

Además, la educación sanitaria proporcionada por el estomaterapeuta antes y después de la cirugía favorece el autocuidado, la movilización precoz y la identificación temprana de signos de complicación. Aunque la evidencia es mayoritariamente observacional, estos programas educativos tienen un impacto demostrado en la calidad de vida y la adherencia al tratamiento[27,30]. Este aspecto resalta la importancia del apoyo emocional y la promoción de la autonomía, elementos que contribuyen a reducir la incidencia y la progresión de la hernia paraestomal.

Entre las intervenciones directas de la estomaterapeuta, con respaldo en la literatura, destacan:

- Valoración y marcaje preoperatorio del sitio del estoma: Realizado por personal especializado, esta intervención crítica permite evitar zonas de debilidad anatómica y minimizar tensiones y defectos en la pared abdominal. Se recomienda realizar la valoración en diferentes posiciones (decúbito, sedestación y bipedestación) para optimizar la localización.
- Educación pre y postoperatoria: Centrada en la prevención del aumento de la presión intraabdominal, el fomento del autocuidado y la movilización precoz. Aunque la mayoría de la evidencia es observacional, las guías clínicas reconocen esta educación como una intervención de alto valor.
- Uso de fajas o cinturones de soporte: Aunque controvertido, su uso puede considerarse en pacientes seleccionados con factores de riesgo elevados. Los estudios actuales no ofrecen evidencia concluyente sobre su efectividad en la prevención primaria, pero sí reflejan una mejora en la percepción subjetiva de seguridad y confort.
- Seguimiento continuado y detección precoz: La vigilancia de signos iniciales de debilidad de la pared abdominal permite intervenciones tempranas, que pueden evitar la progresión hacia una hernia establecida.

Factores de riesgo y su manejo integral

Numerosos estudios han confirmado que la aparición de hernias paraestomales está influida por múltiples factores de riesgo, tanto del paciente como quirúrgicos. Entre los factores del paciente, destacan la obesidad, la edad avanzada, la malnutrición y las condiciones comórbidas como la diabetes mellitus y el tabaquismo[19-24]. Estos factores no solo aumentan la presión intraabdominal o afectan la integridad tisular, sino que también condicionan la capacidad de cicatrización y recuperación postoperatoria.

Aunque la gestión del estado nutricional no es competencia directa del estomaterapeuta, su rol en la detección precoz de malnutrición y en la coordinación multidisciplinar con nutricionistas es esencial. Este enfoque integral contribuye a mejorar la cicatrización y fortalecer la pared abdominal, disminuyendo así la probabilidad de complicaciones.

Desde la perspectiva quirúrgica, la técnica de confección del estoma, la ubicación respecto al músculo recto abdominal y el uso profiláctico de malla son factores con evidencia sólida. La colocación profiláctica de malla, especialmente en técnicas extraperitoneales, se ha mostrado efectiva para disminuir significativamente la incidencia de hernia paraestomal sin incrementar el riesgo de infecciones o estenosis[25,36]. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de protocolos quirúrgicos estandarizados que incluyan esta estrategia en pacientes con alto riesgo.

Intervenciones postoperatorias y seguimiento

El manejo postoperatorio adecuado se configura como otro pilar fundamental para la prevención. El seguimiento continuado realizado por enfermeras estomaterapeutas permite una detección temprana de signos de debilidad o hernia incipiente, facilitando intervenciones oportunas y limitando la progresión de la complicación. Asimismo, la incorporación de programas de ejercicio físico adaptados para fortalecer la musculatura abdominal aparece como una estrategia prometedora, aunque la evidencia aún es emergente y requiere validación mediante ensayos controlados más amplios[31-34].

El uso de fajas o cinturones abdominales es una práctica habitual, aunque controvertida. Los beneficios subjetivos que reportan los pacientes deben ser equilibrados con la falta de evidencia concluyente y el potencial efecto negativo de debilitar la musculatura abdominal si se emplean de forma prolongada y sin supervisión[35]. Esto subraya la importancia de un seguimiento individualizado y la toma de decisiones basada en la evaluación clínica.

Fortalezas y limitaciones de la evidencia disponible

La mayoría de la evidencia proviene de estudios observacionales, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados, pero la variabilidad en los diseños, muestras y definiciones clínicas puede limitar la generalización de los resultados. La inclusión de literatura reciente y guías internacionales fortalece la relevancia y actualidad del análisis.

- *Alta solidez:*
    - El marcaje del estoma realizado por una enfermera estomaterapeuta y la educación estructurada se asocian con una reducción en las complicaciones del estoma y una mejor calidad de vida. Estas intervenciones no invasivas son universalmente recomendadas de forma consistente por sociedades científicas como la *European Hernia Society* o la *American Society of Colon and Rectal Surgeons*.
    - Asimismo, la colocación profiláctica de mallas en el momento de la creación del estoma ha mostrado, en diversos ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas (incluyendo Cochrane), una reducción significativa en la incidencia de hernia paraestomal,

sin aumentar complicaciones asociadas como infección o estenosis. Esta estrategia quirúrgica cuenta con un nivel alto de evidencia y está cada vez más presente en las guías de práctica clínica[25,36]

- *Solidez moderada o baja:*
    - El uso de fajas abdominales postoperatorias presenta resultados heterogéneos en la literatura. Aunque son valoradas positivamente por algunos pacientes, la evidencia respecto a su utilidad como herramienta preventiva sigue siendo limitada y poco consistente.
    - De igual modo, las intervenciones basadas en ejercicio físico postoperatorio, aunque prometedoras y bien aceptadas por pacientes y profesionales, todavía requieren estudios más robustos y estandarizados para confirmar su impacto directo en la prevención de la hernia paraestomal.

Implicaciones para la práctica clínica

Los resultados de esta revisión subrayan la importancia de un enfoque multidisciplinar para la prevención de la hernia paraestomal, donde la enfermera estomaterapeuta desempeña un papel fundamental. La incorporación de intervenciones no invasivas, como el marcaje preoperatorio del sitio del estoma y la educación estructurada en autocuidado, puede mejorar significativamente los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

Asimismo, el manejo integral del paciente, que incluye la optimización nutricional, el control de comorbilidades y la promoción de hábitos saludables, debe ser parte del protocolo preoperatorio para minimizar los riesgos.

La práctica clínica debe contemplar también un seguimiento cercano en el postoperatorio, con un enfoque en la detección temprana de signos de debilidad de la pared abdominal y la intervención oportuna para evitar la progresión a hernia establecida.

Finalmente, la adopción de estas estrategias en conjunto puede contribuir a reducir la incidencia de hernia paraestomal, disminuir las complicaciones asociadas y optimizar la utilización de recursos sanitarios.

Debate sobre la eficacia de las intervenciones no quirúrgicas

Aunque la cirugía profiláctica con malla cuenta con evidencia sólida, la prevención no invasiva liderada por la enfermera estomaterapeuta aún presenta lagunas importantes. Los programas de educación y ejercicio pre/postoperatorios son prometedores, pero la falta de ensayos clínicos controlados limita la generalización.Sería útil implementar protocolos estandarizados y estudios multicéntricos para evaluar de forma rigurosa su impacto real en la incidencia de hernia paraestomal.

Implicaciones económicas y sociales

La hernia paraestomal genera un alto coste sanitario, debido a reintervenciones, hospitalizaciones y manejo prolongado. La prevención eficaz podría reducir la carga económica y mejorar la calidad de vida del paciente.La enfermera estomaterapeuta, al optimizar cuidados y seguimiento, podría ser una inversión rentable en los sistemas sanitarios, reduciendo gastos a medio y largo plazo. Esto abre la puerta a justificar mayor dotación de recursos para estos profesionales.

La importancia de un abordaje multidisciplinar

La prevención y manejo de la hernia paraestomal no puede recaer solo en el cirujano o en la enfermera estomaterapeuta, sino que requiere la coordinación con nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos y otros especialistas.

Un equipo integrado garantiza una atención holística, que aborde factores físicos, nutricionales y emocionales que influyen en la aparición y evolución de la hernia.

Agradecimientos

A Carmen María Alba Fernández, tutora del trabajo de fin de máster, por su orientación, apoyo y supervisión durante el desarrollo de este trabajo.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Irene Parada Rodríguez-Rabadán: Conceptualización, Metodología, Redacción – borrador original, Revisión y edición.

Conflictos de interés

Declaro que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Declaro que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Referencias

1. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Ostomy surgery for bowel diseases: definition and facts [Internet]. Bethesda (MD): NIDDK; [cited 2025 Sep 1]. Disponible en: https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/ostomy-surgery-bowel/definition-facts
2. Vilz TO, Websky MV, Kalff JC, Stoffels B. Intestinale Stomata [Intestinal stomata]. Chirurg. 2020;91(3):269–280. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00104-020-01144-4
3. Gómez-Romero JC, Mosquera-Romero MC. Estomas: complicaciones, manejo y prevención. Una revisión actual. Rev Colomb Cir. 2024;39:122–131. Disponible en: https://doi.org/10.30944/20117582.2348
4. American Cancer Society. Surgery for colon cancer (Internet). 2022 (citado 2 sep 2025). Disponible en: https://cancer.org/cancer/colon-rectal/treating/surgery.html
5. MedlinePlus. Ostomy [Internet]. National Library of Medicine; 2021 [citado 2 sep 2025]. Disponible en: https://medlineplus.gov/ency/article/002941.htm
6. Mayo Clinic. Colon cancer - Diagnosis and treatment [Internet]. Mayo Clinic; 2022 [citado 2 sep 2025]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/colon-cancer/diagnosis-treatment/drc-20353674
7. Crohn's & Colitis Foundation. Surgery for IBD [Internet]. 2023 [citado 2 sep 2025]. Disponible en: https://www.crohnscolitisfoundation.org/surgery
8. National Health Service (NHS). Having a stoma [Internet]. NHS; 2023 [citado 2 sep 2025]. Disponible en: https://www.nhs.uk/conditions/stoma/
9. Parini D, Bondurri A, Ferrara F, et al. Surgical management of ostomy complications: a MISSTO-WSES mapping

review. World J Emerg Surg. 2023;18(1):48. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13017-023-00516-5
10. Moreno Pérez F. Hernias paraestomales: revisión de la literatura [Internet]. Rev Sanid Investig. 2023 [citado 2025 Sep 1]; Disponible en: https://revistasanitariadeinvestigacion.com/hernias-paraestomales-revision-de-la-literatura/
11. Śmietański M, Szczepkowski M, Alexandre J-A, et al. European Hernia Society classification of parastomal hernias. Hernia. 2014;18(1):1–6. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10029-013-1162-z
12. Moreno-Matías J, Serra-Aracil X, Darnell-Martin A, Bombardo-Junca J, Mora-Lopez L, Navarro-Soto S. The prevalence of parastomal hernia after formation of an end colostomy. A new clinico-radiological classification. Colorectal Dis. 2009;11(2):173–7. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2008.01564.x
13. Mäkäräinen E. Prophylactic mesh in parastomal hernia prevention: current evidence [Internet]. Front Surg. 2025; 1:15011 [citado 2025 Sep 1]. Disponible en: https://www.frontierspartnerships.org/articles/10.3389/jaws.2025.15011/ful
14. Lee L, Kelly J, Nassif G, Kuryba A, Brown G, Faiz O. Suture repair of parastomal hernias is associated with high recurrence and poor outcomes: results from the PREVENT trial protocol. Trials [Internet]. 2012 [citado 2025 Sep 1];13:226. Disponible en: https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-13-226
15. Karthikesalingam A, Markar SR, Holt PJE, Praseedom RK. Robotic versus laparoscopic repair of parastomal hernia: a systematic review. Hernia [Internet]. 2024 [citado 2025 Sep 1];28(1):45–53. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38625435/
16. Styliński R, Alzubedi A, Rudzki S. Parastomal hernia - current knowledge and treatment. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2018;13(1):1–8. Disponible en: https://doi.org/10.5114/wiitm.2018.72685
17. Temple B, Farley T, Popik K, Ewanyshyn C, Beyer E, Dufault B. Prevalence of parastomal hernia and factors associated with its development. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(5):489–93. Disponible en: https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000261
18. Liu L, Zheng L, Zhang M, Hu J, Lu Y, Wang D. Incidence and risk factors for parastomal hernia with a permanent colostomy. J Surg Oncol. 2022;126(3):535–43. Disponible en: https://doi.org/10.1002/jso.26919
19. Martinez AC, González E, Holm K, Bock D, Prytz M, Haglind E, et al. Stoma-related symptoms in patients operated for rectal cancer with abdominoperineal excision. Int J Colorectal Dis. 2016;31(3):635–41. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00384-015-2491-4
20. Nikberg M, Sverrisson I, Tsimogiannis K, Chabok A, Smedh K. Prophylactic stoma mesh did not prevent parastomal hernias. Int J Colorectal Dis. 2015;30(9):1217–22. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00384-015-2293-8
21. Kojima K, Nakamura T, Sato T, Matsubara Y, Naito M, Yamashita K, et al. Risk factors for parastomal hernia after abdominoperineal resection for rectal cancer. Asian J Endosc Surg. 2017;10(3):276–81. Disponible en: https://doi.org/10.1111/ases.12369
22. Andersen RM, Klausen TW, Danielsen AK, Vinther A, Gögenur I, Thomsen T. Incidence and risk factors for parastomal bulging in patients with ileostomy or colostomy: a register-based study using data from the Danish Stoma Database Capital Region. Colorectal Dis. 2018;20(4):331–40. Disponible en: https://doi.org/10.1111/codi.13907
23. Niu N, Du S, Yang D, Zhang L, Wu B, Zhi X, et al. Risk factors for the development of a parastomal hernia in patients with enterostomy: a systematic review and meta-analysis. Int J Colorectal Dis. 2022;37(3):507–19. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00384-021-04068-5
24. Schutte G, Patton D, Moore Z, McNamara D, O'Connor T, Nugent L, et al. A systematic review of the association between parastomal hernia and sarcopenia. Int J Colorectal Dis. 2023;38(1):29. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00384-023-04329-5
25. Antoniou SA, Agresta F, Garcia Alamino JM, Berger D, Berrevoet F, Brandsma HT, et al. European Hernia Society guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias. Hernia. 2018;22(1):183–98. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10029-017-1697-5
26. Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. Dis Colon Rectum. 2012;55(7):783–7. Disponible en: https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e31825763f0
27. Kim YM, Jang HJ, Lee YJ. The effectiveness of preoperative stoma site marking on patient outcomes: a systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2021;77(11):4332–46. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jan.14915
28. Ambe PC, Kugler CM, Breuing J, Grohmann E, Friedel J, Hess S, et al. The effect of preoperative stoma site marking on risk of stoma-related complications in patients with intestinal ostomy – a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2022;24(8):904–17. Disponible en: https://doi.org/10.1111/codi.16118
29. McKenna LS, Taggart E, Stoelting J, Kirkbride G, Forbes GB. The impact of preoperative stoma marking on health-related quality of life: a comparison cohort study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016;43(1):57–61. Disponible en: https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000180
30. Michońska I, Polak-Szczybyło E, Sokal A, Jarmakiewicz-Czaja S, Stępień AE, Dereń K. Nutritional issues faced by patients with intestinal stoma: a narrative review. J Clin Med. 2023;12(2):510. Disponible en: https://doi.org/10.3390/jcm12020510
31. Park J, Rivard SJ, Maguire L, Varlamos C, Duby A, Hendren S. Parastomal hernia rates and exercise after ostomy surgery. Dis Colon Rectum. 2023;66(6):823–30. Disponible en: https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002395
32. Russell S. Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. Br J Nurs. 2017;26(5):S20–6. https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.5.S20
33. Russell S. Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? Br J Nurs. 2017;26(17):S12–8. Disponible en: https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.17.S12
34. Rev. ROL de Enfermería. Estomía y ejercicio físico: aplicación de la evidencia. Rev ROL Enferm. 2019;42(6):386–92. [Disponible en IBECS]
35. Haas R, Horton J, Hamson A. Hernia support garments for parastomal hernia following ostomy procedure: rapid review. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). 2024. [Internet] Disponible en: https://www.cadth.ca
36. Jones HG, Rees M, Aboumarzouk OM, Brown J, Cragg J, Billings P, Carter B, Chandran P. Prosthetic mesh placement for the prevention of parastomal herniation. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(7):CD008905. Disponible en: https://doi.org/10.1002/14651858.CD008905.pub3

Ponle cara

José María Monreal Guijarro

En este número 151, nos acercarnos a la figura de **José María Monreal**, vocal de la AEEU y un pilar fundamental en la enfermería urológica actual. José María no solo destaca por su dilatada trayectoria en la Fundación Jiménez Díaz, sino que recientemente ha puesto el nombre de nuestra asociación en lo más alto del panorama internacional. Tras recibir el **primer premio a la mejor práctica enfermera** en el congreso de la **EAUN en Londres**, José María comparte con nosotros sus reflexiones sobre una carrera dedicada al cuidado especializado y su visión del futuro de nuestra profesión:

"Comencé mi formación en enfermería en la Fundación Jiménez Díaz en 1993, y desde entonces mi trayectoria profesional ha estado ligada a este hospital. Con los años, la enfermería se ha convertido en una profesión que no solo me gusta, sino con la que me siento plenamente identificado.

Finalicé mis estudios de enfermería en 1996 y, dos años más tarde, en 1998, inicié mi andadura en el ámbito de la urología, concretamente en la planta de hospitalización. Fue allí donde empecé a desarrollar mi interés por esta especialidad, trabajando directamente con pacientes y conociendo de primera mano sus necesidades.

En 2014 di el salto a las consultas de urología, donde comencé a participar en diferentes procedimientos y en la atención más específica del paciente urológico. Este cambio supuso una evolución importante en mi desarrollo profesional, permitiéndome adquirir una visión más completa del cuidado y seguimiento de estos pacientes.

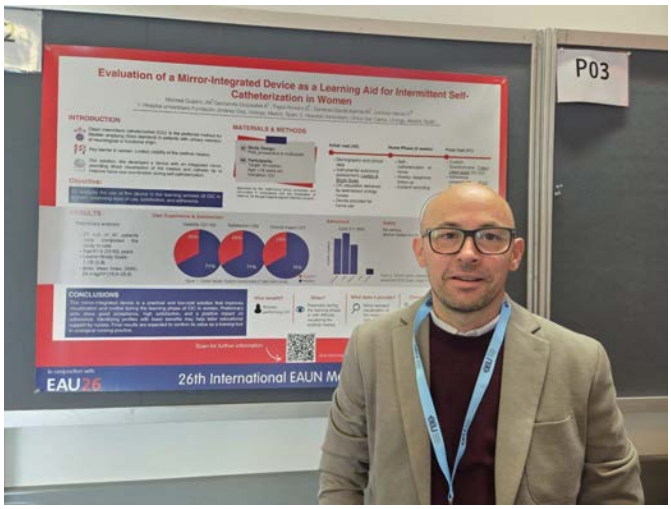
A lo largo de los años, la urología se ha consolidado como mi principal área de trabajo, no solo por el componente técnico, sino por la relación tan directa que se establece con el paciente y la importancia de la educación sanitaria en muchos de los procesos.

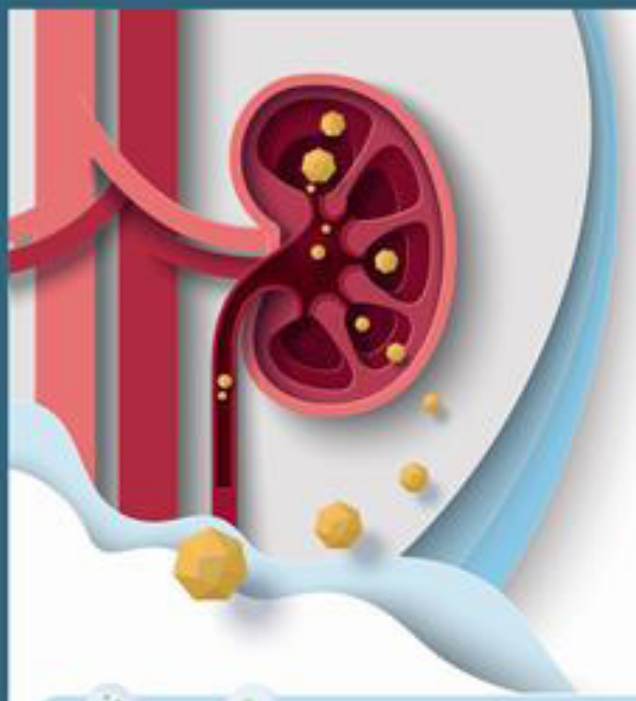
Desde el año pasado formo parte de la Asociación Española de Enfermería Urológica (AEEU) como vocal, una oportunidad que afronto con ilusión y responsabilidad, y que me permite implicarme más activamente en el desarrollo y visibilidad de nuestra especialidad.

Recientemente he tenido la oportunidad de asistir a Londres al congreso de la Asociación Europea de Enfermería Urológica (EAUN), una experiencia muy enriquecedora tanto a nivel profesional como personal. Poder compartir conocimientos, conocer otras formas de trabajar y coincidir con compañeros de distintos países aporta una visión muy amplia de nuestra profesión. Además, el trabajo que presenté fue reconocido con el primer premio en la categoría de práctica enfermera, algo que recibo con mucha ilusión y, sobre todo, con agradecimiento.

Sigo afrontando mi trabajo con la misma motivación que al principio, con la idea de seguir aprendiendo y mejorando en el cuidado de los pacientes. Porque, al final, lo importante es ofrecer un buen cuidado y responder a lo que el paciente necesita en cada momento."

"Lo importante es ofrecer un buen cuidado y responder a lo que el paciente necesita en cada momento."





Recomendaciones para personas con cálculos /piedras en el riñón o tendencia a formarlas

Una **piedra en el riñón o cálculo renal** es una masa sólida que se forma por la unión de sustancias y minerales que están en la orina.

El **problema de esta patología** es que la mayoría de personas con tendencia a producir piedras en el riñón suelen **volver a producirlas** en un tiempo entre **5 y 10 años.**

Suelen formarse principalmente por **acumulación de calcio,** aunque también por ácido úrico y cistina. Cuando este cálculo o piedra bloquea uno de los **circuitos del riñón** se produce un dolor muy intenso conocido como **cólico renal.**

Consumir una dieta con **contenido normal de calcio** salvo que exista alguna contraindicación.

Realizar **ejercicio físico** de manera habitual y **evitar el estrés.**

Mantener un **peso corporal** adecuado.

Consumir **alimentos ricos en fibra,** al menos **2 raciones de verdura y 3 de fruta al día** excluyendo aquellas con alto contenido en oxalatos.

- **Beber abundantes líquidos, principalmente de agua,** con un mínimo de **2l/día.**
- Debemos reponer los líquidos perdidos por calor o por sudaración al hacer ejercicio.
- Se recomienda también el consumo de **agua carbonatada.**

Se recomienda el uso de la **cocción como método para cocinar** ya que el agua puede disminuir la concentración de oxalato de los alimentos.

Disminuir el consumo de **alimentos ricos en vitamina C** ya que aumentan la eliminación de oxalato por la orina y los **alimentos con alto contenido en oxalatos.**

Ej. Vitamina C

Ej. Oxalatos

Evitar sustituir el consumo de agua por refrescos, **zumos industriales o alcohol.**

Disminuir el consumo de **proteínas de origen animal.**

Añada otras **especias** en sustitución a la sal

Ejemplos

Restringuir el consumo de **sal 2-3 gr/día.**

Tener en cuenta que muchos **alimentos procesados** del supermercado llevan bastante sal añadida.

Ejemplos

salusplay

Órgano oficial de

ENFURO
Asociación Española de Enfermería en Urología

Optimizada con

index