



# **GUÍA DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO.**

## **AUTORES**

*Dolores Álvarez González. CHUS*  
*Beatriz Crespo Fontán. CHOP.*  
*María José Fabeiro Mouriño. CHUVI.*  
*Rosa María García Sánchez. CHUF.*  
*Silvia Louzao Méndez. CHUAC.*  
*Pilar Pardo Roda. HULA.*  
*Alberto Parga Lago. POVISA HOSPITAL.*  
*María del Carmen Pazos Orosa. HULA.*  
*María Riveiro García. CHUO.*  
*Beatriz Sampayo García. CHUVI.*  
*Purificación Sebio Brandariz. CHUS.*

## **REVISORES**

*Antonio Climent Aira. POVISA HOSPITAL.*  
*Nieves Cáceres Alvarado. CHUVI.*  
*Olga Maseda Díaz. HULA.*  
*Alberto Parajó Calvo. CHUO.*  
*Jesús Paredes Cotoré. CHUS.*

**COORDINACIÓN:** *José Enrique Casal Núñez.*

**ÍNDICE.**

<b>1.- Consulta de Estomaterapia.....</b>	<b>4</b>
Funciones de la Enfermería Estomaterapeuta.	
<b>2.-Estoma digestivo. Definición y tipos.....</b>	<b>6</b>
2 a.-Colostomías. Tipos.	
2 b.-Ileostomía. Tipos.	
<b>3.- Patologías que pueden conllevar la instauración de un estoma.....</b>	<b>9</b>
3 a.- Indicaciones de la colostomía.	
3 b.- Indicaciones de la ileostomía.	
<b>4.- Fase preoperatoria.....</b>	<b>10</b>
4 a.- Valoración socio-laboral.	
4 b.- Evaluación al paciente y familia sobre el conocimiento preoperatorio de la enfermedad.	
4 c.- Información y Formación a paciente y familia.	
4 c. 1.- Valoración.	
4 c. 2.- Actividades/Enseñanza prequirúrgica.	
4 c.2 a.- Cuidados de la ostomía.	
4 c.2 b.- Enseñanza prequirúrgica.	
4 c.2 c.- Preparación física.	
4 d.- Marcaje y ubicación del estoma.	
4 f.- Impacto personal, en el núcleo familiar y en relación de pareja.	
4 f.1.- Factores que determinan el impacto psicológico.	
4 f.2.- Educación y seguimiento tras el alta.	
<b>5.- Fase postoperatoria.....</b>	<b>23</b>
5 a.- Evaluación al paciente y familia sobre el conocimiento postoperatorio de la enfermedad.	
5 b.- Productos de ostomía, selección y manejo.	
5 c.- Evaluación y cuidados del estoma y piel periestomal.	
5 d.- Complicaciones inmediatas y tardías del estoma y piel periestomal.	
5 e.- Identificación de factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la piel periestomal.	
5 f.- Perfil farmacológico del paciente según el tipo de estoma.	
5 g.- Asesoramiento y manejo nutricional.	
5 g.1.- Recomendaciones generales.	
5 g.2.- Alimentos que podemos tomar en un primer momento.	
5 g.3.- Alimentos que aumentan los gases y o el mal olor.	
5 g.4.- Consejos para reducir flatulencias.	

5 g.5.-	¿Cómo reducir los malos olores?	
5 g.6.-	Alimentos que dan consistencia a las heces.	
5 g.7.-	Alimentos recomendados y a evitar en caso de diarrea.	
5 g.8.-	Consejos en caso de estreñimiento.	
5 g.9.-	Pacientes con ileostomía.	
5 h.-	Recursos.	
5 i.-	Métodos y Técnicas continentales en ostomías.	
5 i.1.-	Obturador.	
5 i.1 a.-	Período de adaptación.	
5 i.1 b.-	Indicaciones y contraindicaciones.	
5 i.1 c.-	Aplicación del obturador de 1 pieza.	
5 i.2.-	Irrigación intestinal para continencia.	
5 i.2 a.-	Indicaciones y contraindicaciones.	
5 i.2 b.-	Material necesario.	
5 i.2 c.-	Pasos de la técnica.	
5 j.-	Información y formación al alta hospitalaria.	
5 j.1.-	Preparación para el alta hospitalaria.	
5 j.2.-	Recomendaciones básicas sobre la dieta	
<b>6.-</b>	<b>Asistencia tras el alta hospitalaria.....</b>	<b>87</b>
6 a.-	Cuidados de atención domiciliaria.	
6 b.-	Consejos para una vida diaria.	
6 c.-	Evaluación y seguimiento del paciente y familia.	
<b>7.-</b>	<b>Bibliografía.....</b>	<b>91</b>

## **1.- CONSULTA DE ESTOMATERAPIA.**

La Consulta de Ostomía es imprescindible para garantizar la atención y mejorar la calidad de vida del paciente portador de un estoma y ayudarlo a que su vida familiar, social y profesional pueda ser similar a la previa a su intervención quirúrgica. Desde su implantación se ha comprobado una reducción considerable de visitas al Servicio de Urgencias y al Médico de Atención Primaria, una disminución del gasto en productos de Farmacia, una disminución de las complicaciones y una detección más precoz de las mismas.

Cada enfermo debe ser evaluado por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud con conocimientos y aptitudes para ofrecer una atención de calidad en el manejo de la ostomía.

El cuidado del paciente requiere de instrumentos que permitan la recogida y el manejo de gran cantidad de datos relacionados con distintos aspectos de la persona que pueden ser fundamentales a la hora de ofrecer una atención integral.

### *Funciones de la Enfermería Estomaterapeuta:*

- Crear una relación terapéutica con el paciente y su familia y realizar una evaluación integral que incluya: historial clínico y estado físico, conductas psicosociales, su afrontamiento y aceptación, imagen corporal, calidad de vida, sexualidad, normas culturales y espirituales.
- Consultar con los miembros del equipo multidisciplinar lo relativo a la evaluación e intervención.
- Diseñar un plan de atención aceptable para el paciente, familia y profesionales sanitarios, que optimice la salud y la autoeficacia en el manejo de la ostomía.
- Ofrecer formación preoperatoria a todos los pacientes y a sus familiares.

- Marcar la ubicación del estoma a todos los pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente y se prevea una ostomía.
- Evaluar el estoma y estado de la piel periestomal para controlar las posibles complicaciones e identificar los factores de riesgo que pudiesen influir en su aparición.
- Establecer un plan a seguir de cuidados con los demás profesionales del equipo multidisciplinar por si existiera alguna complicación en el manejo de la ostomía.
- Colaborar en la formación y adiestramiento de las enfermeras que participen en los cuidados al paciente durante la hospitalización.
- Enseñar al paciente y a su familia los cuidados, dispositivos y manejo que necesiten conocer antes del alta hospitalaria.
- Realizar una evaluación y un seguimiento del paciente y su familia tras la cirugía con el fin de disminuir los problemas psicológicos, fomentar una calidad de vida óptima y evitar complicaciones.
- Informar al paciente y a la familia de los dispositivos a los que puede tener acceso, de las técnicas y dispositivos de continencia, si el tipo de ostomía lo permite.
- Dar asesoramiento nutricional según el tipo de ostomía y seguimiento por los nutricionistas, si fuera necesario.
- Formar al paciente y a su familia para que puedan reconocer las complicaciones que afectan al estoma y piel periestomal.
- Con los miembros del equipo multidisciplinar, se tratará de conseguir la asistencia sobre el cuidado integral del paciente ostomizado, basada en: La adquisición de conocimientos, el adiestramiento en habilidades, la aplicación del método científico, la planificación, registro y evaluación así como en la modificación y potenciación de actitudes.

## **2.- ESTOMA DIGESTIVO. DEFINICIONES Y TIPOS.**

La palabra estoma deriva del latín *stoma*, en singular y *stomata* en plural, procedente a la vez de la palabra griega *stoma*, *stomatos*, con el significado de "boca". En medicina se utiliza este término para definir la apertura de una víscera hueca al exterior a través de una intervención quirúrgica para eliminar productos de deshecho.

**COLOSTOMIA:** Exteriorización temporal o definitiva del colon a través de la piel, con el objetivo de crear una salida para el contenido fecal.

**ILEOSTOMÍA:** Apertura y fijación temporal o definitiva del íleon a la pared abdominal con la finalidad de derivar al exterior el contenido intestinal.

### **2 a.- TIPOS DE COLOSTOMIA.**

#### ***SEGÚN LA TECNICA QUIRURGICA:***

*Colostomía terminal:* Sección completa del colon, abocando a la piel toda su pared circunferencial.

*Colostomía lateral:* Sección parcial, a nivel de la cara anterior, creando al suturarla a la piel dos bocas: proximal, que es la funcionante, y distal.

#### ***SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA:***

*Colostomía temporal:* Es posible o se prevé la reconstrucción del tránsito.

*Colostomía definitiva:* No es posible o aconsejable la reconstrucción del tránsito.

#### ***SEGÚN LA LOCALIZACIÓN:***

*Colostomía ascendente:* Se exterioriza el colon ascendente. Estoma situado FID.

*Colostomía transversa:* Se exterioriza el colon transverso. Estoma situado en HD o HI.

*Colostomía descendente y sigmoidea*: Se exterioriza el colon descendente o el sigma, respectivamente. Estoma situado FII.

En las Fgs. 1, 2, 3, 4 y 5 podemos ver diferentes tipos de colostomías

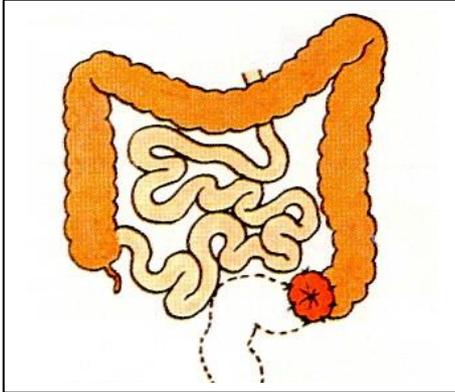


Fig.1. HARTMANN. El colon proximal se aboca al exterior, como una colostomía terminal y el extremo distal se cierra mediante una sutura. Es la más común en colon descendente o sigma.

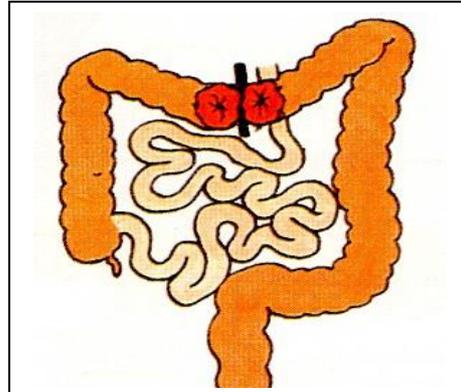


Fig. 2. COLOSTOMIA EN ASA: Colostomía bilateral. El colon transverso es exteriorizado y mantenido con un tutor rígido.

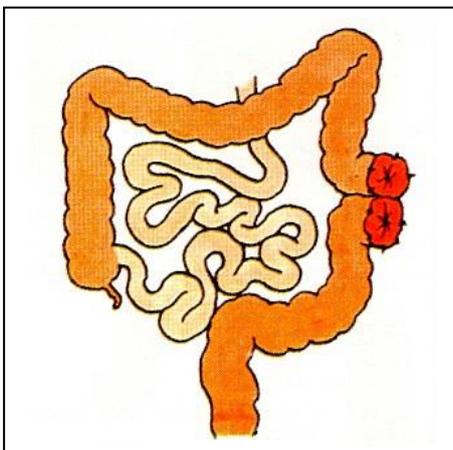


Fig. 3. COLOSTOMIA DOBLE "CAÑÓN DE ESCOPETA". El colon es seccionado y los dos extremos se fijan juntos a la piel o con un pequeño puente cutáneo.

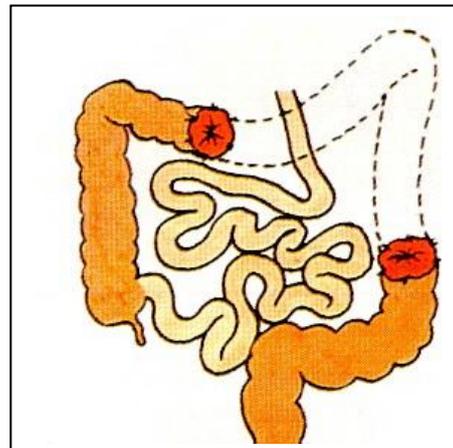


Fig. 4. COLOSTOMIA TIPO DEVINE. Los dos extremos del colon se exteriorizan de forma separada y a distancia "fistula mucosa"

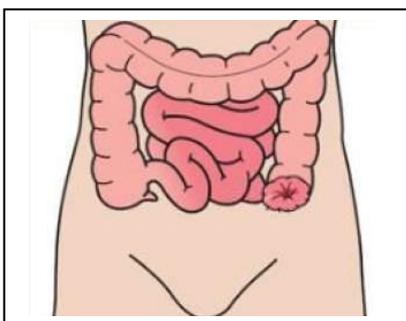


Fig. 5. COLOSTOMIA TIPO MILES .Colostomía definitiva, amputación completa del recto y del esfínter ano rectal. Se suele realizar en sigma colon descendente

## **2 b.- TIPOS DE ILEOSTOMÍAS**

### ***SEGÚN LA TÉCNICA QUIRURGICA:***

*Ileostomía terminal:* Implica la sección transversa y completa del íleon.

*Ileostomía lateral o en asa:* Se realiza una incisión longitudinal del íleon, de manera que no es seccionado completamente. Es útil cuando se requiere derivación intestinal. La indicación más común es la protección de anastomosis en cirugía colorrectal, enfermedad inflamatoria severa y sepsis pélvica.

*Incontinente:* Evacúan el contenido intestinal al exterior de forma continuada.

*Continente:* Por la técnica quirúrgica utilizada son capaces de retener por sí mismas el contenido intestinal

### ***SEGÚN LA PERMANENCIA:***

*Ileostomía definitiva:* No se realizará la reconstrucción por amputación total del órgano afectado o por cierre del mismo.

*Ileostomía temporal:* Se prevé o es posible la reconstrucción del tránsito

### 3.- PATOLOGÍAS QUE PUEDEN CONLLEVAR LA REALIZACIÓN DE UN ESTOMA.

#### 3 a.- INDICACIONES DE LAS COLOSTOMIAS

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cáncer colorrectal.</li> <li>- Poliposis adenomatosa familiar.</li> <li>- Enteritis por radiación.</li> <li>- Oclusión y perforación intestinal.</li> <li>- Diverticulitis aguda complicada.</li> <li>- Fístulas (recto/vaginales/uretrales complejas ).</li> <li>- Cáncer ginecológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colitis isquémica.</li> <li>- Traumatismos ano rectales.</li> <li>- Enfermedad inflamatoria intestinal.</li> <li>- Paraplejía.</li> <li>- Sepsis perianal severa.</li> <li>- Trastornos congénitos (ano imperforado, Hirschsprung, enterocolitis necrotizante, atresia intestinal).</li> </ul>
--	---

#### 3 b.- INDICACIONES DE UNA DE UNA ILEOSTOMIA

<b>Definitiva</b>	<b>Temporal</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colitis ulcerosa protocolectomía con ileostomía.</li> <li>- Poliposis cólica con adenoma carcinoma retal del tercio inferior.</li> <li>- Enfermedad de Crohn con afectación colorrectal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anastomosis íleo-anal con reservorio íleo-anal.</li> <li>- Protección de anastomosis en el cáncer colorrectal .</li> <li>- Dehiscencia de la anastomosis en cirugía colorrectal.</li> </ul>

## **4.- FASE PREOPERATORIA**

### **4 a.- Valoración socio-laboral.**

El objetivo de esta evaluación es identificar situaciones socioeconómicas y ambientales que puedan alterar la evolución clínica o funcional del paciente ostomizado. Se lleva a cabo en el ámbito de la Consulta de Estomaterapia y persigue analizar, de una manera general el estado de salud, ambiente, situación familiar y estado económico. Los aspectos para evaluar serán los siguientes:

#### **Actividades Sociales:**

- Profesión de la persona.
- Aficiones (música, teatro, lectura).
- Salidas fuera del domicilio.
- Visitas a centros sociales.
- Actividades a las que ha tenido que renunciar.
- Nuevas actividades.

#### **Relaciones sociales**

- Estado civil.
- Relación con familiares, vecinos y amigos.
- Pertenencia a grupos sociales (religiosos, clubs...).
- Contactos telefónicos con familiares, amigos.
- Comunicación a través de cartas.
- Convivencia con animales.

#### **Soporte social**

- Tamaño de la familia.
- Frecuencia de contactos familiares.
- Existencia de confidente emocional.
- Apoyo instrumental (apoyo en tareas domésticas, transporte, compra).

#### **Recursos sociales**

- Ingresos económicos (pensión, ayuda familiar).
- Características y seguridad de la vivienda.
- Personas con las que convive.
- Entorno y los servicios públicos.

CUESTIONARIO DUKE –UNC

La población diana es la población general. Se trata de un cuestionario auto-administrado. Consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo.

En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

**Nombre****Fecha****Unidad/Centro****Nº Historia****CUESTIONARIO DUKE-UNC -**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

<b><u>Instrucciones para el paciente:</u></b>  En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>					

El análisis de la situación social del paciente tendrá como resultado la derivación o no de este a los Servicios de Trabajo Social competentes en el Área que corresponda en cada caso. Se deberá tener en cuenta la siguiente Ley: MINISTERIO TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL, Orden de 8 de marzo de 1984; BOE 16 marzo y 17 marzo 1984, núm. 65 y 66 sobre la determinación del grado de minusvalía y valoración de las diferentes situaciones exigidas para ser beneficiario de las prestaciones y subsidios previstos en Real Decreto de 1 de febrero de 1984.

#### **4b.- Evaluación al paciente y familia sobre el conocimiento preoperatorio de la enfermedad.**

La enfermera estomaterapeuta, en la consulta prequirúrgica, debe valorar el conocimiento del paciente y familia acerca del diagnóstico y tratamiento. Estos suponen una interrupción en la vida cotidiana y genera incertidumbre. Se debe advertir que los tratamientos en ocasiones pueden resultar duros, aunque existen diferentes alternativas para aliviar sus efectos secundarios. Resulta habitual presentar un sentimiento de tristeza, decaimiento y preocupación. Es importante establecer una relación de empatía con el paciente, pero también advertir que una actitud positiva o negativa ante la enfermedad inciden en un aumento o disminución de las defensas del organismo. Los estados emocionales positivos conllevan habitualmente una recuperación mejor y más rápida.

Es importante ayudar a organizar y asimilar la información médica para disipar las dudas que puedan surgir. El proceso del paciente es único, no debe compararse con otras personas y debemos potenciar el pensamiento positivo por sus evidentes beneficios físicos y psíquicos.

#### **4 c.- Preoperatorio: Información y Formación a paciente y familia.**

En las ostomías digestivas se aboca el intestino a la pared abdominal con fines excretores. Esto supone un gran cambio que afecta a la persona en todas sus facetas: física, psíquica y social. Son muchos los estudios que confirman cómo los hábitos higiénicos, la alimentación, el modo de vestir, la sexualidad, la imagen corporal, la autoestima, así como el ocio y vida laboral se ven afectadas. La persona recientemente ostomizada percibe la situación como una amenaza a su integridad física, estabilidad emocional y calidad de vida.

La información previa a la cirugía, de forma comprensible y adaptada a las características de la persona, y el evitar actitudes paternalistas y protectoras ayudará al paciente a afrontar un cambio corporal con tanta repercusión. Todo ello posibilitará iniciar el proceso de afrontamiento en su domicilio, con un buen soporte familiar y sin estar sometido al estrés que supone un postoperatorio.

Otro motivo para valorar la importancia de la formación preoperatoria es que, debido a los cambios en la técnica quirúrgica y el acortamiento de las estancias hospitalarias, restringe el tiempo destinado a la educación sanitaria y limita el tiempo con el que paciente y su familia cuentan para asimilar los conocimientos y las destrezas psicomotoras necesarias para manejar correctamente la ostomía. La formación preoperatoria es básica para que los pacientes realicen las tareas de manejo de la ostomía, incluso las más sencillas, como son el vaciado y el cambio de bolsa, una vez dados de alta. La educación sanitaria preparatoria fomenta la adquisición de destrezas a corto plazo necesarias para manejar una ostomía.

Los objetivos de la información prequirúrgica son:

- Preparar tanto física como psicológicamente al paciente.
- Informar, enseñar y asesorar al paciente y a su familia para su autocuidado y rehabilitación.

Para alcanzar estos objetivos haremos una valoración inicial, siguiendo los patrones funcionales de Gordon, y estableceremos las correspondientes actividades.

#### 4c.1.- VALORACIÓN

PATRÓN 1: Percepción de la salud-manejo de la salud. Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el paciente y cómo maneja su salud. Habrá que:

- Determinar el diagnóstico, el procedimiento planeado, el pronóstico, etc.
- Explorar la percepción del paciente respecto a la ostomía y su impacto en el estilo de vida.
- Identificar hábitos y alergias.

**PATRÓN 2: Nutricional-Metabólico.** Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos e incluye las referencias a cualquier lesión de la piel y membranas mucosas. Valorar:

- Las costumbres alimenticias y el aporte de líquidos y nutrientes.
- Estado nutricional del paciente.
- Estado general de la piel.

**PATRÓN 3: Eliminación.** Describe los patrones de función excretora (intestino, vejiga y piel). Incluye regularidad, uso de laxantes....

- Estableceremos el patrón habitual de eliminación intestinal y urinaria como base para la educación sanitaria del paciente.

**PATRÓN 4: Actividad-Ejercicio.** Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo.

- Valoraremos la independencia y cualquier limitación de las AVD. La destreza y coordinación manual son importantes a la hora de elegir el futuro dispositivo de ostomía.

**PATRÓN 5: Sueño-Descanso.** Describe los patrones de sueño, descanso y relax.

- Valoraremos cualquier alteración del sueño y consumo de inductores del sueño o ansiolíticos.

**PATRÓN 6: Cognitivo-Perceptual.** Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivo. Las manifestaciones de percepción del dolor. También se describen las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones. Valoraremos:

- La comprensión como base para la educación.
- El déficit visual o auditivo.
- El estilo de aprendizaje.

**PATRÓN 7: Autopercepción-Autoconcepto.** Describe el patrón de auto-concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye la percepción de las

capacidades (cognitivas, afectivas, físicas), imagen, identidad, sentido general de la valía y patrón emocional general.

- Vigilaremos indicadores de baja autoestima.
- Valoraremos la estabilidad emocional del paciente.
- Valoraremos la personalidad y capacidad de comunicación del paciente.

**PATRÓN 8: Rol-Relaciones.** Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones del paciente (familia, trabajo, relaciones sociales). Valoraremos:

- Las áreas de preocupación sobre los roles y relaciones.
- La dinámica familiar y los roles de dependencia/independencia.

**PATRÓN 9: Sexualidad-Reproducción.** Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad o en las relaciones sexuales.

- Valoraremos la sinceridad y comunicación del paciente con su pareja, patrón sexual antes de la enfermedad y otras preocupaciones.

**PATRÓN 10: Adaptación-Tolerancia al estrés.** Describe el patrón general de adaptación y tolerancia al estrés, léase la capacidad para resistir los cambios, formas de trabajar el estrés y sistemas de apoyo familiar o de otro tipo.

- Valoraremos la respuesta y capacidad de adaptación del paciente y familia al proceso de la enfermedad y a la intervención.

**PATRÓN 11: Valores-Creencias.** Describe los patrones de valores, resultados o creencias que guían las elecciones o decisiones.

- Valoraremos los valores y creencias culturales del paciente y familia para prever la respuesta a la ostomía.

#### 4 c.2.-ACTIVIDADES/ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA

##### *4c.2 a.- Cuidados de la ostomía:*

- Informar sobre el significado de la ostomía al paciente y cuidador de una manera sencilla y clara, haciendo hincapié en la posibilidad de una vida normal en el futuro.
- Mostrar los dispositivos al paciente y cuidador (tipos de bolsas).
- Explicar al paciente los cuidados diarios.
- Animar al paciente/cuidador a expresar sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal. Expresar sus sentimientos ayudará en gran medida a reducir el temor y la incertidumbre que supone ser portador de un estoma.

##### *4c.2 b.- Enseñanza prequirúrgica:*

- Informar al paciente y familia sobre la fecha, hora y lugar programados para la cirugía.
- Conocer experiencias quirúrgicas previas y nivel de conocimientos.
- Evaluar la ansiedad del paciente/familia relacionada con la cirugía.
- Dar tiempo al paciente / familia para que hagan preguntas.
- Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, ropa, sala de espera para la familia).
- Discutir las posibles medidas de control del dolor.
- Instruir al paciente sobre la técnica de levantarse de la cama.
- Destacar la importancia de la deambulación precoz y los ejercicios respiratorios.
- Instruir al paciente en la técnica de ejercicios de piernas.

#### 4c.2 c.- Preparación física:

- Higiene personal.
- Rasurado de la zona si precisa.
- Desinfección de la piel.
- Preparación intestinal: Puede variar según los protocolos de cada hospital. Es necesario hacer una adecuada preparación intestinal para eliminar la materia fecal, reducir el riesgo de infección y facilitar la técnica quirúrgica. La preparación intestinal también va acompañada de una correcta profilaxis antibiótica.

#### 4 d.- Marcaje y ubicación del estoma.

El marcaje del estoma antes de la intervención quirúrgica es tarea de la enfermera estomaterapeuta e impacta significativamente en el bienestar psicológico, emocional y físico del paciente, ya que en esta fase empieza a hacerse a la idea de donde se ubicará el estoma. Un estoma mal situado va a influir en la calidad de vida del paciente.

<b>ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar las Prominencias óseas.</li> <li>- Evitar la depresión abdominal.</li> <li>- Evitar la flexura de la ingle.</li> <li>- Evitar la línea natural de la cintura y de los pliegues de grasa.</li> <li>- Evitar la zona media del pubis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar cicatrizaciones anteriores y orificios de drenaje.</li> <li>- Evitar los pliegues cutáneos.</li> <li>- Evitar las zonas afectadas por problemas de piel.</li> <li>- Utilizar una zona plana del abdomen.</li> <li>- Mantenerse dentro del músculo recto.</li> </ul>

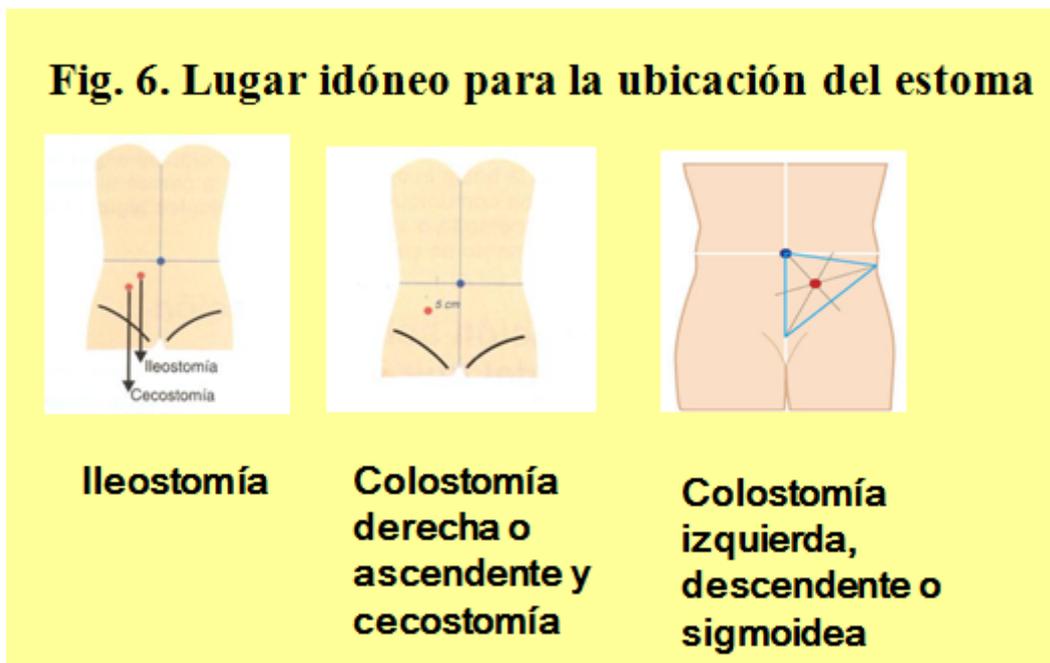





Para el emplazamiento idóneo (Fig. 6) utilizaremos:

- . - La técnica del triángulo (vértices en ombligo, cresta ilíaca antero-superior y punto medio de sínfisis púbica).

- Cuadrante derecho: ileostomía.
- Cuadrante izquierdo: colostomía.
- Seleccionar el punto adecuado colocando al paciente en distintas posiciones (sentado, decúbito supino y bipedestación), para identificar los cambios morfológicos que se producen.
- Se tendrán en cuenta características físicas, hábitos personales y culturales.
- Adherir un dispositivo de ostomía en el punto seleccionado y marcar la ubicación con un rotulador indeleble.



#### **4 f.- Impacto personal, en el núcleo familiar y en relación de pareja.**

La realización de una ostomía va a repercutir en todas las áreas del paciente: problemas en el autocuidado, disminución de la autoestima, cambio de la imagen corporal, alteraciones de las relaciones familiares, sociales y laborales, etc. Esto supondrá un gran esfuerzo de adaptación y el paciente necesitará recibir unos cuidados integrales, individualizados y de calidad para superar esta etapa.

Algunos estudios sugieren que la persona podría ver positivamente la realización del estoma, si es resultado de la recuperación de una enfermedad como el cáncer. Otros también sugieren que la ostomía está ligada a un aumento de la morbilidad psicológica relacionada con el cambio de imagen corporal. Esto podría prevenirse o al menos minimizarse con la educación pre, postquirúrgica y el seguimiento del paciente y la familia en la consulta, resolviendo las dudas que les vayan surgiendo con la finalidad de infundirles seguridad y apoyo mejorando su calidad de vida.

La adaptación del paciente al estoma va a depender de varios factores:

- Diagnóstico de la enfermedad de base: diagnóstico reciente o hace ya tiempo que se vive con la enfermedad, pronóstico (enfermedad benigna o maligna).
- Condiciones de la cirugía: programada o urgente.
- Complicaciones del estoma y secuelas post-quirúrgicas.
- Características psicosociales y culturales del paciente (creencias, valores y costumbres del grupo al que pertenece).

La enfermería estomaterapeuta puede ayudar a los pacientes ostomizados a entender su diagnóstico y pronóstico, la adaptación a la vida con una ostomía, la enseñanza de habilidades en el cuidado del estoma y en el abordaje de cuestiones referidas a las redes familiares y de apoyo, el empleo, la aceptación de nueva imagen corporal y resolución de sus miedos y dudas en las relaciones sexuales.

#### *4 f.1.- FACTORES QUE DETERMINAN EL IMPACTO PSICOLÓGICO*

Diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. La reacción tras la realización de una ostomía en un paciente oncológico no será igual de negativa que en un paciente con un proceso benigno.

El carácter temporal o permanente de la ostomía. Para el paciente es más fácil aceptar la primera.

La edad. Los pacientes ancianos suelen tener problemas de aislamiento social, a esto hay que añadirle dificultades físicas y mentales propias de la edad, por lo que es posible que nunca llegue a aceptar el estoma o a realizar el autocuidado.

Imagen corporal. La realización de una ostomía supone una agresión para la imagen corporal, el paciente se debe adaptar al cambio como un proceso de duelo y pasará por diferentes fases. Además, puede temer el rechazo de la familia y amigos, haciendo que se aíle socialmente. Necesitará tiempo (semanas o meses) para adaptarse a su nueva condición de ostomizado, siendo esencial el apoyo de la familia y profesionales sanitarios.

#### *4 f.2.- EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO TRAS EL ALTA*

Educación del personal sanitario y educación del paciente y familia. El personal sanitario, específicamente la enfermería, debe de haber adquirido la competencia para enseñar al paciente a realizar el autocuidado. Esta educación debe de darse en un tiempo destinado para ello, y es muy importante que sea realizada por enfermería especializada.

La educación del paciente es necesaria porque reduce complicaciones postoperatorias, los estados depresivos y el estrés en el paciente y familia, logrando la reintegración laboral precoz. Del mismo modo mejora la aceptación del problema, acelera la rehabilitación y reduce las ideas y conductas suicidas.

Seguimiento. Es de suma importancia tras el alta para garantizar la continuidad de los cuidados, ya que muchos pacientes pueden presentar problemas relacionados con el estoma (irritación de la piel, fugas, el olor, depresión, ansiedad, cese de las actividades de ocio,) que se podrían tratar con buenos resultados si se hace un seguimiento continuo.

Apoyo familiar y psicológico. Existe una estrecha relación entre la aceptación del estoma y la actitud que toma la familia, sobre todo la de la pareja. La familia, los grupos de apoyo y las asociaciones de ostomizados son de extrema relevancia.

Sexualidad. En estudios relacionados con la sexualidad se confirma la existencia de trastornos sexuales en pacientes ostomizados, debido a la baja autoestima y a la nueva imagen corporal, lo que se traduce en disminución de la libido y en disfunciones sexuales. Las enfermeras pueden experimentar dificultades para tratar los temas sexuales, pero es necesario que sean capaces de evaluar la salud sexual de sus pacientes, apoyarlos y ayudarlos a afrontar la nueva situación.

Calidad de vida. Entre los factores que influyen en este aspecto, nos encontramos el miedo hacia la incontinencia y el olor, el deterioro de su vida social y como afecta a su vida sexual. El correcto funcionamiento de la bolsa de ostomía es lo más relevante para la pronta recuperación de su calidad de vida. La edad no influye en la calidad de vida, pero sí lo hace el sexo, los problemas sociales y psicológicos son más sentidos por las mujeres. En otros estudios se observó que los ostomizados que tenían trabajo respondieron de una forma más positiva. También se observó que cuando el estoma es temporal, la calidad de vida no se ve tan afectada.

La realización de una ostomía supondrá para el paciente un gran impacto psicológico, físico y social y genera una gran angustia que se traduce en la aparición de síntomas como tristeza, depresión, cambios de humor, negación al cambio, trastornos del sueño, etc. Las emociones son inherentes al ser humano y es importante que el paciente pueda expresar lo que siente para convivir más cómodamente con sus emociones. Las más comunes en el paciente ostomizado van a ser la tristeza o desánimo, la ansiedad e incluso la rabia.

Hay una serie de problemas en los que la intervención de la enfermería estomaterapeuta juega un papel fundamental:

INTERVENCIONES ante el desánimo o tristeza:

- Aceptar el desánimo del paciente y mostrar que lo acompañamos.
- Hablar lo menos posible.
- Dejar que llore.
- No minimizar su emoción (No decir “No es para tanto”, “anítese”).

- Invitar al paciente a hablar de lo que siente, preguntarle cómo lleva su situación y qué le preocupa.
- No ver la emoción del paciente como negativa.

#### INTERVENCIONES ante la ansiedad:

- No debemos dar falsas esperanzas ni intentar que se distraiga.
- Hay que mostrar empatía con lo que siente.
- Invitarle a hablar de lo que le preocupa.
- Ver con el paciente que estrategias le harían sentirse mejor.

#### INTERVENCIONES ante la rabia:

- Recordar que no es un ataque personal.
- Aceptar que la rabia es una emoción como cualquier otra.
- Mantener la calma. No ponerse a discutir y mostrar respeto con el paciente.
- Tener presente que la rabia puede ser la expresión indirecta de miedo, soledad, pena o vergüenza.

La creación de equipos multidisciplinarios para atender a este tipo de pacientes ayuda a disminuir la morbilidad psicológica y a reintegrar de forma precoz al paciente en su vida.

## **5.- FASE POSTOPERATORIA**

### **5 a.- Evaluación al paciente y familia sobre el conocimiento postoperatorio de la enfermedad.**

Las explicaciones sobre la cirugía que se va a llevar a cabo y la toma de contacto con los distintos dispositivos de los que se puede disponer según el estoma que vaya a realizarse, ayudan a despejar muchas dudas pero la adaptación a la vida con un estoma los días posteriores a la cirugía puede ser un reto. Es importante resaltar que se necesita tiempo para adaptarse a una bolsa pegada al abdomen. Es preciso explicar y que el paciente entienda que:

- Cuando se despierte después de la operación, estará usando su primera bolsa. Probablemente sea una bolsa transparente para que podamos vigilar su estoma con facilidad.
- El estoma estará húmedo, será de color sonrosado (ya que es una membrana mucosa, como la mucosa de la boca) y debería sobresalir del abdomen. Al principio podrá estar bastante inflamado, pero se reducirá de tamaño con el tiempo, generalmente entre 6 y 8 semanas después de la cirugía.
- El estoma no produce dolor al tocarlo y puede sangrar levemente al limpiarlo, especialmente al comienzo, pero no se preocupe ya que es normal y se detendrá poco después.
- El estoma comenzará a funcionar poco después de su operación, generalmente en unos días. Inicialmente saldrá un líquido acuoso que puede tener un olor fuerte ya que el intestino no ha funcionado durante un tiempo y, probablemente, saldrá también una cierta cantidad de gases. No obstante, no se preocupe, la consistencia del líquido se espesará levemente y el olor disminuirá a medida que su dieta vaya normalizándose.
- Puede sentir necesidad de ir al baño. Esto es normal y debiera reducirse con el tiempo. Y si aún tiene ano, puede producirse una secreción de mucosidad.

Es mucha la información nueva que tiene que comprender en poco tiempo; puede resultar algo abrumador. Tómese su tiempo y haga todas las preguntas que necesite, tantas veces como sea necesario. Cuántas más preguntas haga y más cosas pruebe, mejor preparado estará cuando esté en su casa. Antes de irse del hospital, se le dará una cita para asegurarse de que usted es capaz de realizar el cuidado de su estoma.

Le ayudaremos a:

- Cómo aprender a cuidar el estoma.
- Cómo conseguir los dispositivos.
- A conocer sus derechos respecto de los reembolsos y otros recursos económicos relacionados con su ostomía.
- Cómo y cuándo retomar su vida habitual: dieta, viajes y relaciones íntimas.

### **5b.- Productos de ostomía, selección y manejo.**

Un dispositivo de ostomía es la bolsa que se adhiere a la piel, alrededor del estoma, con la misión de recoger las heces que expulsa el intestino. En el mercado existen multitud de modelos de dispositivos para ostomía, diferentes tamaños de bolsa, sistemas de aplicación, dispositivos de una o de dos piezas, diferentes colores, tipos de adhesivos y muchas otras características entre las que puede elegir las que se adapten a su estilo de vida y a la morfología de su cuerpo.

Después de una ostomía, el perfil de su cuerpo puede cambiar por diversas razones:

- Aumento o pérdida de peso a medida que se recupera de la enfermedad que provocó la operación.
- Pliegues o cicatrización patológica en la piel que rodea el ostoma.
- Desarrollo de hernia periestomal

Si la forma de su abdomen cambia, es importante que se asegure de que la bolsa de ostomía continúe adhiriéndose bien.

Guía de dispositivos :

- De una pieza : la placa y la bolsa están unidas, se coloca todo de una sola vez sobre el abdomen (de abajo hacia arriba) y se cambia cuando la bolsa se encuentra a la mitad de su capacidad.

- De dos piezas : la placa y la bolsa están separadas. Primero se pega la placa al abdomen y luego se acopla la bolsa. La placa se cambia cada 3 ó 4 días y la bolsa cuando esté a la mitad de su capacidad. Si la bolsa es abierta se puede vaciar tantas veces como se quiera.

- Abiertas (de 1 ó 2 piezas) : También llamadas de Ileostomía porque los portadores de éste tipo de estoma producen heces de manera continua y de consistencia líquida, éste tipo de bolsa les permite vaciarla cuando es necesario para evitar su saturación o cambiarlas continuamente.

- Cerradas (de 1 ó 2 piezas) : También llamadas de Colostomía porque las personas portadoras de éste tipo de estoma producen heces sólidas una sola vez al día por lo que no necesita vaciar la bolsa.



Además de éstas características, los dispositivos pueden ser de pegar, con aro, convexos, etc., lo que facilita la elección del más adecuado y garantiza el sellado hermético. En algún caso puede ser necesaria la utilización de accesorios adicionales.

Es importante consultar cómo se ajusta el dispositivo y qué accesorios podrían ser útiles en su caso.

### Accesorios

Hay que usar los correctos. Se consideran accesorios todos aquellos productos complementarios que ayudan en la utilización de los dispositivos de ostomía, por ej., ayudan a mejorar su sellado, a prevenir problemas de piel y a reducir el olor. Tales como: Gelificantes de heces, protectores de piel (spray, láminas, cremas, etc.), desodorantes, cinturones, obturadores, anillos sellantes, barras de hidrocólido, retira adhesivo...

- Retirar la bolsa despegando la parte pegada a la piel despacio y sin tirones.
- Lavar el estoma con agua y jabón neutro.
- Secar dando golpecitos con una toalla limpia y seca.
- Medir el estoma con la ayuda de una plantilla medidora.
- Recortar el nuevo adhesivo con las medidas del estoma: Es muy importante ajustar bien la medida para evitar que la piel periestomal esté en contacto con las heces y se dañe.
- Si la bolsa y la placa son una pieza única, colocarla pegando el adhesivo de abajo a arriba, para poder ver el estoma.
- Si la bolsa y la placa van separados, pegar la base primero y luego adjuntar la bolsa encajando las dos partes. Comprobar que la unión es correcta.



### **5 c.- Evaluación y cuidados del estoma y la piel periestomal.**

La piel periestomal es crucial en el manejo del estoma, ya que proporciona la superficie sobre la que se adherirá el sistema de la bolsa. Un adecuado cuidado de ésta previene las lesiones periestomales. La existencia de un estoma representa una pérdida de continuidad de la piel y, por tanto, de la barrera de protección, con alto riesgo de producir alteraciones cutáneas. Por ello, la piel periestomal debe mantenerse siempre en un estado saludable ya que de ello dependerá el bienestar del paciente. Su integridad permitirá la adaptación del paciente a esta nueva condición de vida y además se logrará en mejor forma.

El lugar más adecuado para la higiene y el cambio de dispositivo suele ser el cuarto de baño. Puede resultar más cómodo realizar todo el proceso de higiene y cambio delante de un espejo. El mejor momento para realizar esta actividad suele ser por la mañana, antes de la primera ingesta y puede realizarse tanto en la ducha, aprovechando el momento para retirar el dispositivo, como de forma individual delante del lavabo.

El diámetro del estoma puede variar (30-35 mm) y lo ideal es que sobresalga unos 5mm sobre la superficie de la pared abdominal. Su temperatura será igual que el resto del abdomen, esto se comprueba tocándolo a través del dispositivo.

Hay que tener cuidado con el manejo del estoma y precaución con daños accidentales, porque la mucosa no tiene inervaciones sensoriales y, por tanto, no se perciben sensaciones como el dolor. La higiene y cuidado del estoma y la piel periestomal forman parte del aseo diario del paciente, adquiriendo unas rutinas que le pueden ayudar a mantenerlo siempre en las mejores condiciones:

- Retirar el dispositivo, lentamente, siempre de arriba hacia abajo y sujetando la piel periestomal hasta que esté totalmente despegado; nunca de forma brusca.
- Si hay restos de heces se pueden retirar con papel.
- Limpiar el estoma y piel con una esponja suave o con la mano, con un jabón neutro (ph: 5-6) y agua templada.

- Realizar la higiene con movimientos circulares desde el centro hacia el exterior.
- Aclarar con agua templada para eliminar todos los restos de jabón, en este proceso el estoma puede sangrar un poco debido a la gran vascularización de la mucosa digestiva.
- Secar bien toda la piel periestomal con una toalla o papel de celulosa absorbente mediante toques suaves, sin frotar; evitar el uso de aceites, cremas o soluciones que contengan alcohol en esta zona, porque eliminan la barrera natural de la piel y disminuyen la adherencia del dispositivo.
- Puede ducharse con o sin dispositivo. Si lo hace sin dispositivo hay que controlar que la temperatura del agua no esté muy caliente, y que no incida directamente sobre el estoma. Hay que tener en cuenta que puede producirse salida de heces por el estoma. Si se ducha con dispositivo que lleva filtro deberá taparlo para que no pierda eficacia al mojarse.
- Si hay presencia de vello en la piel periestomal será necesario eliminarlo en toda la zona de fijación del dispositivo. La manera de eliminarlo será mediante el corte del pelo con una tijera de puntas redondeadas o con una rasuradora eléctrica, realizando el afeitado siguiendo la línea del folículo del pelo para evitar el riesgo de foliculitis. No realizar nunca rasurado con cuchilla o crema depiladora.
- Medir correctamente el diámetro del estoma con la plantilla medidora para ajustar el dispositivo en tamaño y forma, de manera que la piel periestomal quede protegida del contacto con el efluente.
- Después de la cirugía, durante las 6-8 semanas siguientes, el tamaño del estoma irá disminuyendo, de ahí la importancia de medirlo regularmente. Para ajustar el dispositivo de la manera más adecuada se recortará 2-3 mm más grande que el diámetro del estoma para lograr una mejor fijación sobre la piel periestomal.

- El cambio de dispositivo dependerá del tipo que esté utilizando el paciente, así como de las características del estoma y la piel circundante. Se aprovechara en cada cambio de dispositivo para inspeccionar el estoma y la piel periestomal.
- Hay que estar siempre atentos a signos de fuga del efluente como: escozor, dolor, prurito en la piel por debajo del disco o reacciones alérgicas.

#### MEDIDAS A RECORDAR

- No recortar los discos más grandes que el tamaño del estoma.
- No aplicar cremas hidratantes en la piel periestomal.
- No secar la piel con secador.
- No rasurar con cuchillas ni crema depilatoria.
- No calentar el disco en radiadores, secador, microondas,..
- No utilizar antisépticos, ni alcoholes.
- No sellar el contorno con adhesivos.

#### **5d.- Complicaciones inmediatas y tardías del estoma y piel periestomal.**

Las complicaciones de las ostomías siguen presentando una amplia prevalencia. Los factores asociados a ellas suelen ser la cirugía de urgencia, edad del paciente, masa corporal, patologías de base, tratamientos inmunodepresores, capacidad del paciente para el manejo, marcaje del estoma, técnica quirúrgica y adecuación del dispositivo

Las complicaciones suponen un aumento de la estancia hospitalaria y de los cuidados en atención primaria que precisa el paciente, lo que conlleva un mayor estrés para éste y también un coste sanitario más elevado. Puede requerir una intervención quirúrgica en un 7% de los casos y suponer la muerte del paciente entre un 0,6% y un 8%.

Según el momento de su aparición, las clasificamos en:

PRECOCES ( $\leq 30$ días)	TARDÍAS	RELACIONADAS CON LA PIEL
Edema Hemorragia Isquemia/Necrosis Infección/Sepsis Retracción Dehiscencia Evisceración	Estenosis Hernia Prolapso Recidiva tumoral Malposición	Dermatitis periestomal Ulceraciones Granulomas Varices periestomales Fistulas intestinales Pioderma gangrenoso

**COMPLICACIONES PRECOCES.** Su incidencia es muy variable. Las más frecuentes son: dehiscencia mucocutánea (7%-25%), lesión piel periestomal (6%-42%), retracción (3%-35%), infección (2%-15%) y necrosis (1%-34%).

***EDEMA:*** Es frecuente que aparezca edema de mucosa de estoma por diferentes circunstancias.

#### Etiología.

- Aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa y submucosa del estoma.
- Trauma del procedimiento quirúrgico.
- Diámetro del orificio, realizado para la exteriorización del estoma, inferior a la víscera que se exterioriza.
- Tracción exagerada del intestino.
- Aumento de la presión intraabdominal por la propia enfermedad.
- Recidiva de la enfermedad de base.

Suele disminuir a las 2 o 3 semanas de la intervención; si se cronifica puede originar cierta obstrucción intestinal que podría obligar a realizar una reconstrucción del estoma. Debemos vigilar los cambios de color y tamaño del estoma ya puede aparecer necrosis por compromiso vascular.

**ACTIVIDADES DE ENFERMERIA:** Se debe disminuir el edema actuando sobre la mucosa mediante los métodos siguientes:

- Aplicar compresas de suero salino hipertónico frío.
- Aplicar azúcar granulado sobre el estoma (terapia osmótica).
- Ajustar el dispositivo sin presionar la base de la mucosa, evitando rozarla y prevenir la producción de úlceras.
- Utilizar dispositivos transparentes para visualizar el estoma y seguir su evolución.

**HEMORRAGIA:** El intestino está muy vascularizado por lo que simplemente al realizar la higiene, la mucosa puede sangrar con cierta facilidad, en pequeña cantidad. La hemorragia suele ocurrir en las primeras horas del postoperatorio. Si la hemorragia es externa se evidencia a simple vista, pero si está localizada en la pared abdominal se puede sospechar por la palpación de bultoma en la zona y confirmación por ecografía; puede ser necesario drenarlo con una intervención quirúrgica para prevenir que pueda comprometer la viabilidad del estoma. Se recomienda utilizar dispositivos transparentes para vigilar sangrado.

**Etiología:**

- Lesión de un vaso subcutáneo o submucoso en la sutura periestomal.
- Maniobra de eversión del intestino.
- Problemas trombóticos venosos locales.
- Lesión de vasos epigástricos.
- Diámetro inadecuado del dispositivo de ostomía que roza la mucosa del estoma.

Suele remitir de manera espontánea; se diagnostica por observación directa, registrándose el momento de la aparición, intensidad y volumen del sangrado.

**ACTIVIDADES DE ENFERMERIA:** Será diferente dependiendo del tipo y localización del sangrado

- Hemorragia enterocutánea: compresión o hemostasia local, aplicando compresas de suero frío 10 o 15 minutos sobre la zona.
- Hemorragia en la mucosa: compresión, aplicación de frío local, coagulación o esclerosis.
- Hemorragia en algunos puntos de la mucosa: se puede cauterizar con nitrato de plata.
- Hemorragia arterial superficial: se debe realizar sutura localizada en el punto de sangrado.
- Hemorragia por trastornos de la coagulación: se realizará tratamiento específico.

**ISQUEMIA/NECROSIS:** Es la complicación más grave del postoperatorio. Suele manifestarse en las primeras 24 horas del postoperatorio, produciéndose un cambio de color de la mucosa del estoma, de rojizo a grisáceo negruzco. Es más frecuente en pacientes obesos y con mesos cortos.

### Etiología

- Insuficiente aporte sanguíneo a la mucosa debido a la obstrucción del flujo sanguíneo del segmento del intestino exteriorizado.
- Técnica quirúrgica inadecuada, como una desvascularización del intestino durante la disección, una mayor compresión del orificio de la aponeurosis o una tracción importante; que afecten a la mucosa del estoma.
- Isquemia superficial de la mucosa.
- Extensión hacia cavidad peritoneal, que requeriría una intervención urgente, siempre teniendo en cuenta la extensión lesionada y las condiciones del paciente.

En el intestino grueso la mucosa es más sensible a la necrosis. En el intestino delgado, al existir circulación intramural, la mucosa se regenera desde sus capas más profundas.

**ACTIVIDADES DE ENFERMERIA:** Se aconseja la utilización de dispositivos transparentes para una observación directa del estoma en el postoperatorio inmediato, valorando cualquier cambio de coloración de la mucosa, para detectar cualquier signo de isquemia que pueda derivar en necrosis.

- Ante la aparición de necrosis realizar una buena higiene del estoma, que permite ir retirando los restos necrosados, observando la mucosa inferior, si presenta su aspecto adecuado; si fuera necesario utilizar herramientas o productos para ayudar a eliminar la capa necrosada.
- Comprobar la permeabilidad del estoma.

**INFECCION/SEPSIS:** En la zona periestomal suele manifestarse con dolor, inflamación absceso y supuración.

### Etiología

- Infección de un hematoma o un granuloma de la sutura.
- Contaminación del lecho quirúrgico.
- Fistulización por realización de suturas seromusculares muy profundas, que penetran hasta la luz intestinal.

### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Si es moderada suele solucionarse con tratamiento antibiótico. Si afecta a toda la circunferencia de la ostomía puede llegar a provocar dehiscencia de la unión mucocutánea.

- Observar, controlar y registrar la zona afectada y el estado de la sutura mucocutánea.
- Si se genera un absceso se debe drenar la zona afectada, si es necesario con incisión, lavados y drenaje.
- Recortar los esfacelos que se produzcan.
- Una vez limpia la zona, se aplicaran productos que estimules la regeneración de tejido de granulación, y se protegerá la zona periestomal.
- Se utilizaran dispositivos transparentes que permitan seguir la evolución.

**RETRACCION DEL ESTOMA:** Suele tener mayor incidencia en las ostomías en asa, en pacientes obesos por la combinación de la existencia de mesos gruesos, cortos y un mayor espesor del tejido celular subcutáneo. Consiste en el hundimiento del estoma, situándose por debajo del nivel de la pared abdominal  $\geq 0,5$  cm. Suele aparecer durante las 6 primeras semanas.

#### Etiología

- Excesiva tensión del intestino por pobre movilización.
- Excesiva tensión de la sutura mucocutánea, que origina desprendimiento de la misma antes de adherirse a la pared intestinal.
- Distensión abdominal por íleo paralítico que aumenta la presión intraabdominal.
- Complicaciones sépticas periestomales.

El hundimiento completo con desprendimiento mucocutáneo puede provocar contaminación subcutánea o subfascial, con peritonitis y sepsis, obligando a una reintervención urgente. Lo más frecuente es que se produzca retracción sin dehiscencia completa con umbilicación del estoma.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Vigilar la permeabilización del estoma y, si es necesario, realizar dilatación manual para evitar la aparición de estenosis.
- Recomendaciones dietéticas para prevenir estreñimiento y obesidad.
- Lograr el sellado del dispositivo sobre la pared abdominal, que se adapte al desnivel y pliegues de la piel para evitar las fugas, previniendo las irritaciones cutáneas por contacto.
- En ocasiones es aconsejable utilizar dispositivo convexo y cinturón para mayor seguridad y adaptabilidad.

**DEHISCENCIA:** Es la separación entre la mucosa y la piel circundante al estoma, que puede afectar a parte o a toda la circunferencia del mismo. En la zona aparecen signos de inflamación (dolor, calor, rubor) que pueden manifestarse como simple inflamación o absceso.

## Etiología

- Contaminación del área quirúrgica durante la intervención.
- Excesiva tensión y tracción del intestino.
- Diámetro del orificio cutáneo excesivamente grande respecto al tamaño del intestino.
- Obesidad del paciente.

Cuando la dehiscencia afecta a toda la circunferencia del estoma se debe intentar restaurar la sutura para evitar el hundimiento y estenosis del estoma.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Limpieza exhaustiva de la zona de dehiscencia, para mantener limpio el espacio subcutáneo entre el estoma y la piel, rellenando la zona con diferentes productos absorbentes, según la profundidad de la misma, para que la unión mucocutánea se cierre por segunda intención.

- Desbridamiento de esfacelos o tejido necrótico, si hubiera.
- En casos más complejos se han empleado curas asistidas con vacío (V.A.C.).
- Aplicar un dispositivo que garantice una buena fijación y evite la fuga del efluente.
- En la dehiscencia tardía, se puede valorar la posibilidad de realizar irrigaciones por estoma para facilitar la cicatrización.

**EIVISCERACION** : Es una complicación con baja incidencia, pero de gran importancia que requiere una intervención inmediata.

#### Etiología

- Orificio de la pared abdominal es excesivamente grande con relación al diámetro del estoma. Ya sea por una hiperpresión intraabdominal o porqué la pared abdominal sea hipoplásica, una de las asas del intestino sale al exterior de la cavidad abdominal alrededor del orificio.

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- En el momento en que se detecte la evisceración se debe aislar la zona de forma lo mas estéril posible hasta la reintervención quirúrgica.

## **COMPLICACIONES TARDIAS**

Las más frecuentes suelen ser: estenosis (2%-15%), prolapso de colostomía terminal (2%-3%), prolapso de colostomía en asa (7%-25%), prolapso de ileostomía (11%) y hernia (0-25%).

**ESTENOSIS:** Consiste en un estrechamiento del orificio del estoma, inferior a la medida necesaria para una adecuada evacuación, imposibilitando la introducción de un dedo pequeño o un dilatador de Hegar nº 12. El paciente suele tolerar bien cierto grado de estenosis, pero en ocasiones puede dar lugar a episodios de suboclusión, acompañados de dolor abdominal con dificultad para la evacuación.

### **Etiología**

- Complicaciones del estoma en el postoperatorio.
- Derivados de la técnica quirúrgica.
- Recidiva de la enfermedad.
- Características del paciente: obesidad.

### **ACTIVIDADES DE ENFERMERIA**

- Recomendaciones dietéticas que faciliten la evacuación, rica en fibra y abundantes líquidos.
- Enseñar al paciente la técnica de dilatación del estoma: guante, lubricante e introducción del dedo meñique realizando movimientos circulares, e ir progresando con los otros dedos.
- Si el tipo de ostomía lo permite, enseñar a realizar irrigaciones y utilizar el obturador

Si la estenosis no se resuelve o empeora requerirá una nueva intervención para reconstruir el estoma.

**HERNIA** : Se produce como consecuencia de un fallo de la pared abdominal, provocando la protusión tanto del estoma como de la piel periestomal. Su tamaño puede ser muy variable, desde pequeñas hernias paraestomales a grandes eventraciones. La mayoría son asintomáticas,

desaparecen o se reducen en posición de decúbito supino y aparecen de nuevo cuando el paciente se incorpora.

#### Etiología:

- Técnica quirúrgica.
- Factores del paciente.
- Patologías que aumentan la presión intraabdominal.
- Factores relacionados con el estoma, como dificultad para evacuar mantenida en el tiempo y no resuelta en una estenosis.

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Educación al paciente para evitar los esfuerzos que comprometan la musculatura abdominal y la ganancia de excesivo peso.
- Si la hernia es pequeña, sin comprometer la evacuación, se puede indicar el uso de prendas de contención.
- Evitar el estreñimiento.
- Educación al paciente del alivio de las molestias en posición decúbito supino y aplicando suaves masajes sobre la zona periestoma.
- Adaptar un dispositivo lo más flexible posible para favorecer la adaptabilidad.

En una hernia grave los signos de oclusión o estrangulamiento son indicativos de reintervención. Hay un elevado riesgo de recidiva de la hernia, por lo que tiene gran importancia la incidencia en la prevención.

**PROLAPSO** : Es la protusión excesiva del asa estomal sobre el plano cutáneo del abdomen en una longitud superior a la presentada por el estoma en el momento de su construcción. Su tamaño varía pudiendo

llegar a alcanzar los 15-20 cm. Es más frecuente en niños que en adultos, y en las colostomías en asa, sobre todo las urgentes.

#### Etiología:

- Discordancia entre el tamaño del intestino y la apertura realizada a nivel de pared abdominal.
- Falta de fijación del colon.
- Hiperpresión abdominal.
- Falta de marcaje preoperatorio del estoma.
- Dispositivos inadecuados.

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Si el prolapso es pequeño y permite la reducción manual, enseñar al paciente la técnica para reducirla, reintroduciendo el intestino con suavidad hacia el orificio de la ostomía, en decúbito supino.
- Indicar la no realización de esfuerzos físicos que aumenten la presión intrabdominal.
- Recomendaciones dietéticas y ejercicio para no aumentar peso de forma excesiva.
- Recomendaciones para evitar el estreñimiento.
- Es frecuente que se despegue el dispositivo, por lo que es necesario adaptarse a nuevos dispositivos con objeto de que no lesione la mucosa, ni la piel periestomal.

Está indicada la reintervención quirúrgica cuando las molestias asociadas alteran la calidad de vida del paciente o se producen complicaciones como estrangulamiento o incarceration del estoma.

**RECIDIVA TUMORAL:** Es una complicación poco frecuente. La neoplasia puede aparecer en el área circundante del estoma o en el interior de la luz intestinal. Esta patología convierte el cuidado del estoma en un problema

difícil porque resulta complicado una adecuada adaptación y adherencia del dispositivo.

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Aislar la zona con protectores cutáneos para facilitar la adherencia del dispositivo.
- Si está en el área del estoma, y no se puede aislar, se adapta el dispositivo para que quede incluido en su diámetro.
- Evitar las fugas de efluente.
- Prevenir el manejo traumático de la masa tumoral.

**MALPOSICIÓN:** Es una de las complicaciones más frecuentes y más fácilmente prevenible seleccionando antes de la cirugía el punto del abdomen más adecuado para situar el estoma, lo que habitualmente se denomina como *marcaje del estoma*, realizado por personal formado específicamente para ello, (estomaterapeuta). Va a ser la causa de otras complicaciones derivadas, sobre todo, de las fugas del efluente. La localización inapropiada del estoma dificulta el autocuidado, interfiere en la capacidad de mantener el dispositivo adherido con seguridad a la piel, repercutiendo negativamente en la autonomía y calidad de vida del paciente.

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Educación sanitaria para prevenir los cambios bruscos de peso.
- Elección del dispositivo más adecuado, tratando de garantizar un buen sellado periestomal.
- Si no se consigue controlar las múltiples complicaciones, habría que valorar la necesidad de realizar la reubicación del estoma.

## **COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA PIEL**

**DERMATITIS PERIESTOMAL:** Las irritaciones cutáneas constituyen la complicación más frecuente de todo tipo de ostomías. Se define como la erosión e inflamación de la epidermis con la subsecuente disrupción de continuidad en el grosor total de la piel. Normalmente el corregir la causa que ha originado la irritación suele ser suficiente para que remita por lo que es muy importante conocer claramente su etiología.

Según la intensidad de la lesión pueden catalogarse como leve, moderada o severa.

Según la causa que la provoca puede ser: irritativa, alérgica, micótica o mecánica.

**IRRITATIVA.-** Causada por el contacto entre el efluente y la piel periestomal, provocado por la acción directa de agentes químicos sobre la misma; suelen ser más frecuentes en las ileostomías, por ser las heces muy irritantes y ricas en enzimas proteolíticas. Puede ser consecuencia de una mala ubicación del estoma, una retracción que causa mala adaptación del dispositivo o un mal ajuste del adhesivo al estoma y puede manifestarse desde un eritema con prurito o erosión hasta quemaduras y dolor intenso en la epidermis.

**MECÁNICA.-** Se origina por la acción lesiva de los dispositivos colectores cuando se cambia con demasiada frecuencia o cuando las maniobras de retirada del mismo son muy bruscas, provocando una pérdida de la epidermis.

**ALÉRGICA.-** Es debida a la sensibilización de la piel a alguno de los componentes del dispositivo que están en contacto con la piel. El signo característico de esta dermatitis es que la lesión de la epidermis suele coincidir con el tamaño y forma del elemento alergizante. Para el tratamiento debe identificarse el alérgeno, por lo que puede ser necesario realizar pruebas de contacto para determinarlo; aunque se puede comprobar aplicando el adhesivo o la bolsa en la cara interior del brazo y observar la reacción en la zona.

*MICÓTICA O MICROBIANA.*- Se produce cuando hay infección por hongos o bacterias. Es más común en pacientes con depresión inmunológica. Las características clínicas se identifican por pápulas o pústulas con centros bien circunscritos o lesiones satélites. Se debe realizar cultivo y antibiograma correspondiente para aplicar el tratamiento farmacológico correspondiente.

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Realizar una higiene adecuada del estoma y la piel circundante.
- Identificar la causa de la dermatitis, para corregirla.
- No utilizar desinfectantes, ni alcohol, ni productos perfumados sobre la piel.
- Despegar el dispositivo lentamente sujetando la piel, nunca bruscamente.
- Tratar la lesión de la piel periestomal.
- Adaptar el diámetro del dispositivo al diámetro del estoma para que la piel quede protegida.
- Aplicar el dispositivo que mejor se adapte, garantizando una buena fijación y sellado evitando la fuga de efluente, tratando de reducir lo más posible la retiradas frecuentes del mismo (48-72 horas).
- Si el estoma es plano o presenta pliegues se pueden utilizar producto para rellenarlos y sellen mejor, además de elegir un dispositivo que ejerza una mayor presión periestomal y se ajuste mejor al perfil periestomal (convexo), utilizando cinturón si fuera necesario para aumentar la presión.
- Aplicar el tratamiento farmacológico que estuviese indicado, cuando hay presencia de hongos o bacterias.

- Observación y seguimiento de la evolución de la piel regularmente.
- Una vez resuelta la dermatitis, si se ha cambiado el dispositivo, el paciente podría volver a utilizar el dispositivo que utilizaba anteriormente.
- Pueden producirse infecciones de los folículos pilosos, por lo que es aconsejable eliminar el vello en la zona periestomal

**ULCERACIONES:** Son lesiones que se pueden producir en la piel periestomal o en la mucosa del estoma. Pueden estar originadas por unos cuidados inadecuados de la ostomía, por un uso incorrecto de los dispositivos, por infecciones bacterianas o por recidivas tumorales. Se previenen utilizando el dispositivo adecuado según las características y el estado del estoma o tratando la infección.

#### **ACTIVIDADES DE ENFERMERIA**

- Aplicar a la herida los cuidados adecuados para lograr su cicatrización por segunda intención.
- Vigilancia exhaustiva de su evolución, realizando cura cada 24 horas.
- La elección de los productos o apósitos utilizados no deben comprometer la correcta adherencia del dispositivo; si es necesario se reforzara la sujeción del adhesivo y se sellara la zona para prevenir fugas.
- Hacer un adecuado ajuste del dispositivo son que ejerza un exceso de presión sobre el estoma.
- Tratar la infección si esa fuera la causante de la ulcera.

**GRANULOMAS:** Con esta denominación se agrupan a diferentes lesiones cutáneas, no neoplásicas, que se caracterizan por la aparición de pequeñas masas carnosas, duras y sangrantes, y se localizan en la zona de unión entre la mucosa del estoma y la piel circundante. Suelen ser

dolorosos y molestos para el paciente y es frecuente el posible sangrado de estas lesiones.

Etiología:

- Reabsorción deficiente del material de sutura, permaneciendo demasiado tiempo en la unión mucocutánea provocando inflamación por presencia de cuerpo extraño.
- Roce continuado de la mucosa con el borde del dispositivo por tamaño inadecuado.
- Irritación por contacto persistente de la piel con el efluente.
- Traumatismo de la mucosa o por recidiva de enfermedad inflamatoria intestinal.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Vigilar el estado de las suturas y utilizar dispositivo que las aislen adecuadamente del contacto con el efluente.
- Una vez realizada la cicatrización mucocutánea retirar los puntos del estoma, según los protocolos de la Unidad.
- Utilizar un dispositivo adecuado, con el diámetro correcto, evitando que lesione el estoma.
- Evitar la irritación persistente de la piel periestomal.
- La detección precoz del granuloma permite tratarlo con nitrato de plata.
- Si son de gran tamaño se puede aplicar tratamiento quirúrgico con diatermia.

**VARICES PARAESTOMALES:** Se manifiestan en forma de trayectos venosos dilatados tanto en la piel periestomal como en la mucosa intestinal, dando una apariencia de fragilidad de la piel que rodea el estoma, que tiene mayor riesgo de lesión si existe una mala adaptación del dispositivo. Es una complicación que se encuentra en las ostomías

digestivas, debidas generalmente a hipertensión portal por cirrosis hepática o metástasis hepáticas. Pueden llegar a sangrar de forma masiva.

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Observar con frecuencia la zona periestomal.
- Extremar el cuidado en el manejo del dispositivo, en especial no despegarlo de forma brusca para evitar posibles hemorragias.
- En ocasiones puede ser necesaria la aplicación local de soluciones vasoconstrictoras.
- Elección del dispositivo que mejor se adapte, para prevenir fugas e irritación cutánea.

**FÍSTULAS:** La fístula es una comunicación patológica entre una víscera hueca (intestino) y la piel (fístula enterocutánea). Es una complicación poco frecuente, pero la podemos encontrar localizada en la zona periestomal dando lugar a la salida del efluente, tanto por el estoma como por la fistula. Su presencia presenta importantes problemas de adaptación del dispositivo, provocando fugas del efluente e irritación cutánea.

#### Etiología:

- Técnica quirúrgica inadecuada a consecuencia de puntos perforantes en la pared intestinal al fijarlos a la piel.
- Una mala manipulación de los cuidados del estoma por introducción de objetos rígidos en el estoma o dispositivos que ulceren la pared intestinal.
- Recidiva de una enfermedad inflamatoria intestinal.

#### ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- Seguimiento y valoración de la cantidad y características del exudado procedente de la fistula.

- Extremar los cuidados y protección de la piel, intento recoger todo el efluente de la fistula ajustando el adhesivo a la medida de la fístula en la medida que se pueda.
- Cuidados con el estoma evitando la introducción de objetos rígidos.
- Evitar fricciones de dispositivos rígidos con la mucosa del estoma y utilizar productos que lo protejan.
- Si no se lograra la solución de la fístula con estas medidas tendría que plantearse un abordaje quirúrgico.

**PIODERMA GANGRENOSO:** Es una complicación frecuentemente relacionada con las enfermedades inflamatorias. Consiste en una ulceración dolorosa que se inicia con pequeñas pústulas o pápulas eritematosas que forman rápidamente una ulcera superficial con bordes indurados, eritematosos brillantes y un centro violáceo; predominantemente doloroso.

Para realizar un diagnóstico diferencial, en muchas ocasiones es necesario realizar una biopsia. En la biopsia incisional de la úlcera se encuentran evidencias microscópicas de infiltración de neutrófilos, hemorragia y necrosis de la epidermis, que simulan histológicamente un absceso o celulitis.

Un tratamiento viable es el uso de esteroides tópicos, además del tratamiento sistémico de la enfermedad de base. Se debe evitar la manipulación quirúrgica, ya que intensifica el proceso inflamatorio. En casos severos, algunos pacientes con colitis ulcerativa responden ante la colectomía total.

Una vez iniciada la irritación de la piel periestomal se deben extremar los cuidados para el manejo del dispositivo colector y continuar el tratamiento sistemático de acuerdo al grado de la lesión.

## **5 e.- Identificación de factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la piel periestomal.**

La cirugía de colon y recto es una intervención quirúrgica de alta complejidad y que requiere una evaluación minuciosa de cada paciente para determinar aquellos factores que determinen una mayor morbi-mortalidad y que podrían corregirse o controlarse. Dadas las consecuencias metabólicas, mecánicas y psicosociales que este acto quirúrgico conlleva, el cirujano debe ser consciente de la importancia de su correcta realización y dedicarle la máxima atención. Por estos motivos se ha llegado a postular que debería ser realizado por cirujanos experimentados o con dedicación específica a la cirugía colorrectal, aunque en la práctica diaria en la cirugía de urgencia, no es siempre posible. Así también hoy existe la figura de la enfermera experta en cuidados de las ostomías (Estomaterapeuta), cuya formación y dedicación hacia estos pacientes permite un correcto cuidado y asesoramiento, previniendo muchas complicaciones. En la cirugía de los estomas, los problemas secundarios a un defecto en la técnica representan el 40 % de las complicaciones, pero no debe olvidarse las que se relacionan con la dificultad de manejo, la aceptación de la nueva situación, la negación de la enfermedad y/o del estoma, el rechazo del entorno familiar y social y el aislamiento que ensombrecen la calidad de vida de estos pacientes.

El riesgo de complicaciones de un estoma puede estar relacionado con una serie de factores dependientes del enfermo como son la edad, el sexo, las comorbilidades, el índice de masa corporal, la fragilidad musculoesquelética, la diabetes, el tabaquismo, el riesgo anestésico (ASA), la albúmina o el recuento linfocitario y con factores dependientes de la cirugía como tipo de intervención, tiempo de cirugía, nivel de anastomosis, patología o la cirugía de urgencia. Otros factores que pueden estar relacionados son la vascularización colónica, la flora bacteriana y la falta de cuidados preoperatorios y postoperatorios por parte de una enfermera estomaterapeuta. Los factores citados, una vez conocidos se podrían modificar y así disminuir el riesgo de tener un estoma complicado o alteraciones en la piel periestomal.

*Cirugía urgente:* Algunos estudios retrospectivos no encontraron relación entre la cirugía de urgencia y el riesgo de complicaciones en el estoma o en la piel. Sin embargo, varios estudios prospectivos concluyen que los pacientes intervenidos con carácter urgente tienen una probabilidad mayor de sufrir este tipo de complicaciones en relación a pacientes intervenidos de manera electiva. De las conclusiones de estos estudios podemos deducir que no existe una evidencia fuerte que relacione la cirugía urgente con el incremento de complicaciones del estoma o de la piel periestomal aunque si existe una mayor probabilidad de que el paciente tenga una ubicación incorrecta del estoma y mayores problemas con el manejo de la bolsa.

*Exteriorización y elevación del estoma:* Se ha relacionado con un incremento de complicaciones del estoma. Una elevación del estoma inferior a 10 mm incrementa en un 35% la probabilidad de alteraciones en su manejo.

*Edad:* Algunos autores han concluido que la edad avanzada estaba vinculada a una menor incidencia de complicaciones del estoma y de la piel periestomal, sin embargo esto no se ha podido evidenciar en otros estudios.

*Sexo:* No existe evidencia de que sea un factor de riesgo independiente.

*Obesidad:* En pacientes con IMC > 25 Kg/m<sup>2</sup> se ha comprobado un incremento significativo de complicaciones severas del estoma (necrosis, retracción y prolapso).

*Enfermedades concomitantes:* Diversos estudios ha comprobado una relación de algunas enfermedades como diverticulitis, diabetes mellitus y enfermedad inflamatoria intestinal con un incremento en el índice de complicaciones del estoma y de la piel periestomal.

Factor cirujano: La construcción de un estoma, bien sea realizada por el cirujano o por el médico en formación, debe seguir los principios quirúrgicos y una técnica meticulosa.

### **5 f.- Perfil farmacológico según el tipo de estoma.**

La práctica de un estoma intestinal, transitorio o permanente, conlleva una serie de implicaciones de carácter fisiológico, farmacológico, psicológico y comunitario que deben ser atendidas de manera integral e individualizada para cada paciente.

Con frecuencia, el paciente ostomizado precisa terapia farmacológica, tanto por su enfermedad de base como por patologías concomitantes. Sin embargo, el efecto previsible de los medicamentos administrados podría verse afectado por factores relacionados con el estoma, suficientes para comprometer seriamente la adhesión del paciente al tratamiento prescrito y por consiguiente, al éxito del mismo.

Existen varios aspectos a tener en cuenta en relación con el tratamiento farmacológico de los pacientes portadores de una ostomía. En primer lugar, diversos fármacos pueden tener cierto efecto indeseable en estos pacientes ya que muchos de ellos influyen sobre la función intestinal. Por otra parte, algunos pacientes pueden necesitar medicación para modificar el tiempo de tránsito intestinal o la consistencia de las heces. Para que un medicamento sea efectivo debe ser administrado en la dosis y vía adecuada para que, en función de su cinética de absorción, se obtenga una biodisponibilidad correcta. La biodisponibilidad de un principio activo determinado puede sufrir variaciones en su cuantía dependiendo de la forma utilizada para su administración, al ser ésta la responsable de modificaciones tanto del grado como de la velocidad de absorción.

La administración de medicamentos a los pacientes ostomizados no suele suponer problemas. A pesar de que no existen contraindicaciones absolutas en su administración, sí es importante tener en cuenta los conocidos como "5 correctos" (paciente, medicamento, dosis, hora y vía de administración correcta) que han de confirmarse siempre que se vaya a administrar cualquier fármaco a cualquier paciente. Además, en el caso de los pacientes ostomizados se tendrá especial cuidado con:

- Efectos adversos de los medicamentos, sobre todo aquellos que tengan repercusión sobre el sistema digestivo o urinario.
- Lugar y tipo de absorción.
- Posible relación con la alteración intestinal del paciente.
- Cambios en el olor o del color del efluente.

Un mismo fármaco puede ser administrado por diferentes vías, estando condicionada su elección por diferentes factores. En algunas ocasiones, el condicionante es el estado del paciente, en otras, la elección dependerá del objetivo que se desee conseguir. Por ejemplo, si se desea administrar de manera urgente, se elegirá la vía intravenosa, ya que de este modo la acción del mismo es rápida, mientras que si se quiere obtener niveles plasmáticos constantes, el uso de parches transdérmicos puede ser la elección adecuada. Asimismo, pueden ser factores que condicionen la vía de administración la intensidad y la duración del efecto farmacológico, así como la presencia de patologías asociadas.

Para indicar un tratamiento farmacológico en un paciente portador de una ostomía, además de conocer los principios generales de la farmacoterapia es necesario saber cómo se alteran estos principios en los pacientes ostomizados. La consideración más importante es la longitud disponible de intestino delgado, ya que, es en esta zona del tubo digestivo donde se produce la mayor absorción de los fármacos.

Los pacientes que han sufrido una resección intestinal importante tienen mayor riesgo de presentar, por tanto, problemas de absorción. También es posible observar alteraciones del vaciamiento gástrico y de la motilidad intestinal que pueden dificultar la disolución del fármaco en las secreciones digestivas, provocando una absorción subóptima. Por ello los pacientes ileostomizados o con colostomías transversas, que sufren una elevada motilidad gastrointestinal con débito elevado del estoma, deben evitar preparados farmacológicos con baja capacidad de disolución, como los que llevan cubierta entérica o son de liberación sostenida. Por el contrario, los pacientes con colostomías distales probablemente absorban los medicamentos con la misma eficacia que los no portadores de estoma. En pacientes con ileostomía deben emplearse preparados farmacológicos de disolución y absorción rápida, como líquidos, cápsulas de gelatina y tabletas sin cubierta entérica. La fragmentación de las tabletas y comprimidos, es un buen método para mejorar la disolución y por tanto la absorción. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los fármacos con

cubierta entérica están diseñados para evitar la irritación de la mucosa gástrica por el contacto directo con algunas sustancias y por ello estos preparados no deben ser fragmentados. La misma observación se aplica a los productos de liberación sostenida que están diseñados para efectuar la liberación lenta, gradual y sostenida en las zonas con mayor capacidad de absorción. Su fragmentación podría originar una absorción demasiado rápida, con riesgo de toxicidad.

Existen numerosos medicamentos que inciden sobre la función intestinal y consecuentemente, sobre los estomas. Habitualmente, los pacientes con estomas digestivos suelen necesitar medicación para regular su tránsito intestinal y la consistencia de sus heces, así como equilibrar posibles alteraciones ocasionadas por su problema digestivo de base.

Por lo general, es la ausencia del tramo digestivo (estómago, colon y parte de íleon), el principal inconveniente a la hora de valorar el tipo de medicación más adecuado a administrar por la alteración en su absorción. Deberá tenerse en cuenta que en pacientes portadores de ileostomías o colostomías transversas, con un peristaltismo y un débito intestinal elevado, el medicamento que se les prescriba deberá ser en una presentación que permita su rápida disolución y absorción. La medicación que lleva cubierta entérica o son de liberación progresiva y mantenida no es la adecuada, precisamente debido a estas características farmacológicas. Serán de elección los fármacos con presentación en forma de solución o suspensión, las cápsulas de gelatina, que se deshacen rápida y fácilmente en el tubo digestivo, o las tabletas no protegidas por cubierta entérica. En caso de tener que administrar tabletas o comprimidos, es conveniente aconsejar su fragmentación en partes para facilitar su disolución y absorción. Sin embargo esta fragmentación es aconsejable en fármacos cuya presentación es en forma de cubierta entérica, ya que están especialmente diseñados para no lesionar la mucosa gástrica y en caso de ser divididos perderían esta propiedad pudiendo resultar dañinos. Algo similar ocurre en los fármacos que tienen un proceso de absorción lenta. Si queremos que se absorban más rápidamente se pueden partir, pero es posible que al absorberse con mayor rapidez aparezcan efectos adversos. Estos inconvenientes no suelen presentarse en pacientes con una colostomía distal (sigmoidostomía), ya que, al tener preservado el intestino delgado, no suelen existir problemas de absorción. Ahora bien, debe recordarse que existen formas especiales cuyas envueltas no se degradan y aparecen en heces, una vez que la absorción ha tenido lugar. Sería el caso de las formas OROS®, en las que el fármaco se incluye dentro

de una matriz osmótica y se recubre con una membrana semipermeable. De este modo, el agua que penetra a través de la misma lo disuelve y facilita su paso a través de un orificio presente en dicha membrana, de manera constante. Así pues, la envuelta aparece en heces a pesar de que el principio activo se haya absorbido. Sin embargo, se necesitarían pruebas analíticas para confirmar, en caso de ileostomía, que esta absorción realmente se ha producido.

Por todo ello, la elección de la forma de dosificación adquiere menor importancia en pacientes colostomizados. En los pacientes con ileostomía se aconseja la utilización de formas líquidas (soluciones, jarabes, suspensiones) o formas sólidas de liberación rápida (cápsulas de gelatina, comprimidos sin recubrimiento), evitando las formas de liberación retardada.

Algunos autores, para favorecer la absorción en estos casos, recomiendan la pulverización de los comprimidos. Pero, antes de llevar a cabo dicho procedimiento, es preciso asegurarse de la conveniencia del mismo, recordando que las formas de liberación especial (formas retard, de recubrimiento entérico, grageas), no deben ser trituradas, pues ello conlleva una importante modificación de la biodisponibilidad del principio activo, un incremento en su toxicidad o la alteración del mismo.

Es preciso efectuar un seguimiento minucioso de la efectividad del tratamiento y, especialmente en terapia dirigida al control de enfermedades crónicas, (hipertensión, asma, epilepsia), considerar, ante una reducción del control del proceso, la posibilidad de un defecto de absorción. La repercusión de este fenómeno será mayor cuando se asocie a fármacos de margen terapéutico útil más estrecho (fenitoína, digoxina, teofilina), en los que puede estar indicada la monitorización de niveles plasmáticos.

Todos estos factores podrían comprometer la adhesión del paciente al tratamiento prescrito y, por consiguiente, el éxito del mismo. Sin embargo, podrían evitarse, corregirse o justificarse con un buen asesoramiento por parte de los profesionales sanitarios implicados en la atención al paciente enterostomizado.

Entre los fármacos de uso más habitual y que pueden tener cierta influencia sobre el paciente portador de un estoma se encuentran:

- **Analgésicos:**

Algunos analgésicos de uso habitual pueden retrasar el tránsito intestinal por su acción sobre el tono miógeno del tracto gastrointestinal, llegando incluso a ocasionar estreñimiento. Ello hace que puedan ser utilizados y aprovechar esta acción sobre el tubo digestivo para combatir una diarrea en un paciente ostomizado. La meperidina, la morfina y la codeína son ejemplo de este tipo de fármacos. Los salicilatos son un tipo de analgésicos capaces de originar reacciones dérmicas eritematosas, eccematosas, descamativas e incluso similares a la escarlatina. Estas afecciones dérmicas pueden llegar a dificultar el manejo de los dispositivos colectores del estoma, por lo que preciso informar al paciente sobre este efecto.

- **Antiácidos:**

Sus efectos son diferentes dependiendo de la clase de antiácido y del tipo de estoma que sea portador el paciente. Así, el bicarbonato sódico alcaliniza la orina, favoreciendo la infecciones y pudiendo llegar a formar cristales de fósforo y cálculos renales. Un efecto similar lo ocasionan antiácidos en cuya composición está presente el calcio y el hidróxido de aluminio, con los consiguientes problemas para pacientes urostomizados. Por otra parte, ambos antiácidos, tienen cierto efecto astringente por lo que pueden resultar beneficiosos para conseguir un efecto corrector de la diarrea en caso de ser prescritos a pacientes ileostomizados. Efecto contrario presentan los antiácidos con magnesio, ya que el ion Mg actúa osmóticamente reteniendo agua en la luz intestinal pudiendo ocasionar diarreas osmóticas por el efecto catártico, lo cual puede resultar inconveniente en pacientes ileostomizados. Los que contienen aluminio pueden producir estreñimiento. El sulcrafato también puede alterar el ritmo de defecación, sobre todo ocasionar estreñimiento, pero también puede provocar diarrea. Por tanto, la elección del antiácido en los pacientes ostomizados depende del tipo de ostomía y de la respuesta individual al fármaco. Los pacientes que presentan un alto débito del estoma con preparaciones de magnesio pueden beneficiarse de la utilización de antiácidos con gel de hidróxido de aluminio. A la inversa, los pacientes con estreñimiento secundario a éstos últimos, se beneficiarán de su sustitución por productos de magnesio. Por ello,

el manejo de los antiácidos en pacientes ostomizados es un claro ejemplo de la necesidad de un tratamiento individualizado.

- **Antibióticos:**

Su administración, sobre todo antibióticos de amplio espectro y duración prolongada, pueden producir alteraciones en la flora bacteriana intestinal, lo que ocasionaría diarrea, existiendo peligro de deshidratación. Este efecto es más acusado si su administración es por vía oral, recomendándose, por tanto, la administración parenteral y debiendo controlarse bien las pérdidas de agua y electrolitos.

La alteración de la flora intestinal por el uso de antibióticos puede favorecer el sobrecrecimiento de hongos como *Cándida albicans*, lo que puede agravar aún más la diarrea y ocasionar una infección de la piel periestomal.

Las tetraciclinas ocasionan diarrea, aproximadamente, en un 10% de pacientes, debido a su acción irritativa e incluso ocasionar una colitis pseudomembranosa.

Las eritromicinas, sobre todo si se administran por vía oral, también pueden producir, aunque en menor frecuencia, diarrea.

Si se administran sulfamidas, pueden constituirse cristales en la orina, sobre todo si está acidificada, por lo que no están recomendadas en pacientes urostomizados.

- **Anticolinérgicos:**

Algunos fármacos tienen actividad anticolinérgica y pueden disminuir la actividad peristáltica intestinal y con ello, una reducción del tono, amplitud y frecuencia de las contracciones peristálticas, produciendo disminución del débito fecal o estreñimiento. Los pacientes deben estar informados de los posibles cambios en la función intestinal. Igualmente, favorecen la contracción de esfínteres y disminuyen las secreciones. Estas acciones se producen por antagonismo competitivo sobre receptores muscarínicos a este nivel, y se manifiestan tanto para los alcaloides naturales (atropina, escopolamina), como para los alcaloides semisintéticos, particularmente los de estructura cuaternaria (bromuro de

metilescopolamina, butilbromuro de escopolamina), que presentan escasa absorción oral. De esta manera, son fármacos empleados en el tratamiento de procesos que cursan con espasmos de la musculatura intestinal.

- **Anticonceptivos orales:**

Se absorben en el intestino delgado proximal, por lo que su uso no suele representar grandes riesgos de fracaso cuando se administran por vía oral, excepto en aquellas pacientes a las que se les han realizado grandes resecciones intestinales (síndrome de intestino corto), En estos casos es preferible utilizar una vía de administración no oral por el riesgo de absorción incorrecta. Si el anticonceptivo oral es de baja dosis hormonal, no conviene administrarse junto antibióticos de amplio espectro, tal como la rifampicina o de anticomiciales, como el fenobarbital y la fenitoína. Se ha comprobado que los niveles de los anticonceptivos se reducen porque los antibióticos alteran la flora intestinal y la circulación enterohepática, mientras que los anticomiciales aumentan la metabolización y reducen la concentración de los anticonceptivos orales. Si a esto se le une que a la paciente se le haya realizado una resección de intestino delgado, el peligro de que el fármaco no sea absorbido y no ejerza su acción es muy grande, con el consiguiente riesgo de embarazo no deseado. Se han realizado estudios de biodisponibilidad con diversos tipos de anticonceptivos orales en mujeres sometidas a una colectomía por colitis ulcerosa y portadoras de ileostomía. Los resultados demuestran que los niveles plasmáticos no difieren significativamente de los de un grupo de control, sin embargo, en el caso concreto del etinilestradiol, la asociación con algunos fármacos anticonvulsivantes como la fenitoína y carbamacepina origina una reducción de los niveles sanguíneos del estrógeno, lo cual puede provocar un fracaso de la anticoncepción, situación que puede solucionarse aumentando la dosis de etinilestradiol.

- **Antidiarreicos:**

Se hace necesaria su administración con cierta frecuencia a fin de ralentizar el tránsito intestinal y aumentar la consistencia de las heces. Los fármacos opiáceos retrasan la progresión intestinal y favorecen la absorción de agua y electrolitos en la luz intestinal, por lo que son eficaces para tratar la diarrea. Los más utilizados

habitualmente son los medicamentos opioides, tales como la loperamida que posee acción antipropulsora y antisecretora muy eficaz o la asociación del difenoxilato con atropina a dosis bajas y la codeína. Todos ellos actúan favoreciendo los movimientos no propulsivos y ralentizando los propulsivos, de modo que enlentecen el tiempo de tránsito intestinal. Como consecuencia de ello, las heces están más tiempo en contacto con la superficie mucosa del intestino, aumentando la absorción de agua y electrolitos, consiguiendo así mayor la consistencia de las heces. En dosis recomendadas son efectivos y seguros, sin aumentar el riesgo de dependencia física.

Otras sustancias utilizadas como antidiarreicos son el caolín, la pectina y los compuestos de bismuto, que ayudan a obtener heces formadas. El psilio en dosis pequeñas es también efectivo para dar consistencia al bolo fecal en pacientes ileostomizados o colostomizados que presentan heces poco ligadas de manera crónica.

Fármacos con actividad anticolinérgica, tales como antidepresivos tricíclicos, antiarrítmicos, algún antiparkinsoniano, antihistamínicos y fenotiazinas, pueden disminuir el peristaltismo intestinal y ocasionar estreñimiento por lo que pueden utilizarse como antidiarreicos, asociándolos a analgésicos menores y espasmolíticos.

- **Aspirina y antiinflamatorios no esteroideos:**

Estos fármacos pueden producir irritación de la mucosa gástrica y sangrado, por lo que deben ser administrados con leche o alimentos. Los pacientes deben conocer los signos de posible sangrado digestivo (melenas en colostomizados o sangre roja en los ileostomizados).

- **Diuréticos:**

Los diuréticos pueden administrarse a los pacientes con colostomía sin que se produzcan inconvenientes especiales. Sin embargo debe aplicarse con extremo cuidado a pacientes con ileostomía ya que, con frecuencia, estos pacientes tienen dificultades para mantener un balance hidroelectrolítico adecuado con riesgo de deshidratación, incluso en ausencia de diuréticos. En caso de

administración es necesario vigilar los niveles séricos de sodio, potasio y cloro, sobre todo.

Los diuréticos ahorradores de potasio tales como la espironolactona (eliminación de Na inferior al 5%) son aconsejables para minimizar el riesgo.

- **Laxantes:**

Según su mecanismo de acción se clasifican en los siguientes tipos:

- Formadores de bolo (salvado de trigo, psilio y metilcelulosa).
- Lubricantes (aceite mineral).
- Osmóticos (leche de magnesia).
- Estimulantes (senósidos, fenolftaleína, bisacodilo).

Pueden ser beneficiosos o extremadamente perjudiciales para el paciente ostomizado dependiendo del tipo de ostomía y de laxante. Sus inconvenientes en pacientes portadores de ileostomías son similares a los diuréticos ya que al aumentar las pérdidas de líquidos por el estoma pueden ocasionar deshidratación. Sin embargo, la administración de laxantes a pacientes portadores de colostomía pueden resultar beneficiosos al aumentar el volumen y la consistencia de las heces, regularizando el ritmo intestinal. Si el paciente colostomizado sufre episodios de estreñimiento, el uso de laxantes lubricantes y osmóticos puede ser beneficioso.

Nunca deben emplearse en pacientes con ileostomía, por el potencial que tienen de provocar deshidratación y pérdida de electrolitos. Dado que los laxantes suelen emplearse como parte de los protocolos de preparación intestinal previo a estudios diagnósticos, es conveniente que el paciente recuerde siempre al personal facultativo su condición de ostomizado. Esta colaboración impedirá que se cometa el error de indicar una preparación intestinal habitual en pacientes con ileostomía.

Los enemas pueden administrarse en enfermos colostomizados, pero nunca en los que son portadores de ileostomía.

- **Potasio:**

La administración de suplementos de potasio puede ser necesaria a pacientes portadores de ileostomía con alto débito con el fin de corregir su déficit. Existen diversos preparados de este electrolito en forma líquida, en polvo para ser reconstituido y en preparaciones de liberación lenta. Se debe tener en cuenta que su administración por vía oral puede dar lugar a diarrea osmótica, agravando aún más la pérdida de líquidos por el estoma y, por tanto, de potasio. En estos casos es conveniente dividir la dosis total a administrar en dosis menores y más espaciadas, para que no dé lugar a diarrea osmótica. Las preparaciones de liberación retardada no tienen ninguna efectividad, ya que pueden ser eliminadas antes de haberse liberado.

Es conveniente, en caso de déficit, aconsejar al paciente la ingesta de potasio a través de la dieta (plátanos, tomates, naranjas).

- **Vitaminas:**

Son compuestos orgánicos, presentes en niveles normales en una dieta equilibrada y completa, pero puede ser necesaria su administración en caso de existir restricciones en la dieta. En caso de resecciones de íleon terminal, puede existir un déficit de vitaminas E, K, B12. Los preparados multivitamínicos suelen provocar un olor desagradable en la ostomía y en la orina. Cuando se ha realizado previamente una resección de íleon terminal, existe el riesgo de que se produzca anemia secundaria a la falta de absorción de vitamina B12 y en ese caso es necesaria la administración periódica de esta vitamina por vía parenteral. También el íleon terminal es responsable de la absorción de sales biliares y vitaminas liposolubles, por lo que en ocasiones es necesaria la inyección de este tipo de vitaminas, especialmente vitamina K.

- **Agentes antihipertensivos:**

Varios fármacos escasamente utilizados, reserpina y a-metildopa producen, actuando a nivel central por mecanismos diversos, disminución notable del tono simpático, que redundará en hipermotilidad intestinal y, por tanto, en la aparición de diarrea. Se han registrado, también, algunos casos de dolor abdominal y diarrea asociados a inhibidores del enzima convertidor de la

angiotensina, (captopril, lisinopril), de uso ampliamente difundido en el tratamiento de hipertensión e insuficiencia cardíaca.

- **Antineoplásicos:**

Si bien los fármacos citostáticos se asocian predominantemente a la producción de diarrea, durante el tratamiento con alcaloides de la Vinca y, en especial con vincristina, se desarrolla frecuentemente estreñimiento intenso por afectación de los plexos nerviosos entéricos que, en algunos casos, incluso conduce a la aparición de íleo paralítico.

La administración de citotóxicos puede provocar estreñimiento o diarrea y por ello el paciente deberá ajustar el dispositivo al tipo de efluente. Estos cuadros se pueden resolver con modificaciones en la dieta y en ocasiones tratamiento farmacológico.

- **Radioterapia:**

Uno de los efectos indeseados de la radioterapia es la aparición de alteraciones del estoma o piel periestomal. Los productos que se pueden utilizar son variados y de diversas características:

- Aloe vera: Acción calmante y regenerativa.
- Ácido hialurónico: Proporciona un medio hidratado que protege frente a abrasión, fricción y deshidratación de la zona. Favorece la cicatrización. Comercializada en forma de gel o apósitos.
- Cremas de óxido de zinc: Absorben la humedad, previenen la maceración, disminuyen el eritema, el prurito y calman el dolor.
- Cremas con sucralfato, sulfato de cobre y sulfato de zinc: En formato loción para lesiones exudativas y en cremas en zonas no exudativas. Tienen acción cicatrizante y antibacteriana.

- Apósitos grasos: Absorben la humedad y favorecen la cicatrización. Acción antiséptica y antiinflamatoria.
- Apósitos hidrocoloides: Favorecen la cicatrización, evitan roces e infecciones. Absorben la exudación sin macerar.
- Apósitos de silicona: Se pueden encontrar con o sin espuma. Mejoran la cicatrización y tienen una gran capacidad de absorción del exudado, que minimiza el riesgo de maceración, reduce la sensación de quemazón, picor y dolor.

El grado de toxicidad puede requerir interrupción temporal del tratamiento radioterápico, continuando con curas hasta la normalización de la piel.

El paciente ostomizado debe conocer algunos aspectos particulares de determinados fármacos con el fin de que no se intranquilece cuando le sean administrados. Es conveniente que sepa que el hierro oral puede oscurecer las heces, al igual que el bismuto. Los anticoagulantes, la fenilbutazona y los salicilatos les dan un color rojizo o negro. Los antiácidos suelen dar un color blanquecino, mientras que los antibióticos orales y la indometacina producen un tinte verdoso. El ostomizado debe saber también que los suplementos vitamínicos suelen ocasionar mal olor en la orina y en las heces.

*Son precisas una serie de consideraciones en el tratamiento farmacológico de los pacientes ostomizados:*

- Debe existir una colaboración entre el farmacéutico y todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente.
- Se debe concienciar al paciente de las posibles implicaciones de la medicación y su estoma.
- El paciente debe informar siempre de que es portador de una ostomía y el tipo de la misma antes de iniciar un tratamiento farmacológico.
- Los pacientes deben ser asesorados para:

- ↘ Preguntar si los fármacos prescritos pueden producir estreñimiento, diarrea o sangrado gástrico.
- ↘ Preguntar si el producto es una forma de liberación lenta. Contraindicado en los pacientes ileostomizados.
- ↘ Cuando se introducen nuevos fármacos, vigilar la aparición en la bolsa de las cápsulas para valorar la disolución de la forma farmacéutica.
- ↘ Es importante el papel activo de los pacientes para el conocimiento de los posibles efectos adversos de los fármacos.
- ↘ Advertir al médico, personal de enfermería, estomaterapeuta o farmacéutico de cualquier cambio no esperable.

Sin embargo, la selección de medicamentos destinados a pacientes ostomizados difícilmente se ajusta a principios generales preestablecidos. Factores tan diversos como la evolución de la patología intestinal de base, la longitud y fisiología del intestino remanente, el estado general del paciente, su susceptibilidad individual a agentes farmacológicos, la gravedad del proceso a tratar, la dieta o el estilo de vida, influyen en la adecuación del tratamiento para un paciente determinado en circunstancias concretas.

## **5 g.- Asesoramiento y manejo nutricional.**

En las últimas décadas, la nutrición clínica ha adquirido una importancia creciente y cada vez son más los profesionales que, desde un punto de vista multidisciplinario, trabajan para conseguir un adecuado estado nutricional de los pacientes. En los últimos años, la evidencia se dirige a evitar los problemas derivados de sobrecargas metabólicas, es decir actualmente se ha pasado de sustituir cantidad por calidad mediante la introducción de nutrientes con valor añadido; como pueden ser los ácidos grasos omega-3, entre otros, presentes en alimentos como el pescado, el aceite de oliva, los frutos secos, etc, etc.

Cuando en alguna intervención quirúrgica se extirpa una parte del intestino, la digestión o absorción de los alimentos o del agua y las sales

minerales se pueden ver afectadas y puede comprometer el estado nutricional del paciente. Estas repercusiones nutricionales serán más o menos intensas dependiendo de la magnitud de la intervención y de la adaptación intestinal, pero poco a poco irán mejorando y por supuesto que es posible llevar una vida normal donde no se vea mermada la calidad de vida. Diversos estudios revelan que los hábitos alimenticios de los pacientes ostomizados se ven modificados, fundamentalmente para evitar las flatulencias y otras complicaciones como pueden ser la diarrea y con ello mejorar su calidad de vida.

### **5 g.1.- Recomendaciones generales:**

De forma global, tras la cirugía los pacientes deben mantener unas rutinas referentes a la alimentación, sobre todo en la fase postoperatoria inicial. Precisamente es en esta etapa donde frecuentemente se pueden producir complicaciones, así como el aumento del peristaltismo, haciendo que los alimentos aparezcan sin digerir en la bolsa de ostomía.

En esta fase se debe tranquilizar y aconsejar al paciente asegurándole que con el tiempo se reducirá la duración del tránsito intestinal y que con una masticación adecuada, la comida se ha de descomponer, si no totalmente, al menos parcialmente.

Se debe evitar el consumo excesivo de un solo alimento, especialmente, si se trata de un alimento que puede provocar obstrucción.

Tras 6-8 semanas, la mayoría de los pacientes pueden volver a tomar una dieta normal, sin embargo se aconseja consumir pequeñas cantidades de comida de 4 a 6 veces al día, en lugar de 2 ó 3 comidas copiosas con el fin de permitir al tracto digestivo que ejerza mejor su función digestiva y de absorción. Esto sería especialmente recomendable para los pacientes con ileostomías. También debe aconsejarse a los pacientes que tomen cenas

ligeras en caso de sufrir interrupciones del sueño debidas al llenado completo de la bolsa en mitad de la noche.

En casos en los que se produzca un mal ajuste de la dentadura o la falta de algún diente pueden hacer necesaria una modificación de la dieta mediante la eliminación de algunos alimentos que, de no ser bien masticados, podrían provocar una obstrucción.

De forma global los consejos a seguir son:

- Intentar seguir un horario regular de comidas.
- Debe comer despacio y masticar bien, con la boca cerrada para evitar la formación de gases.
- Distribuir la dieta en 5 o 6 tomas diarias, evitando las comidas copiosas.
- Elegir formas de cocción sencillas, con preferencia por hervidos, asados y plancha; los guisos y los rebozados, así como los fritos, debieran evitarse, al menos, de forma inicial.
- Tras la ingesta, descansar en posición sedente y no tumbado.
- Si existen gases y olores desagradables, deben evitarse los alimentos especialmente flatulentos.
- Las cenas deben ser ligeras con objeto de disminuir la excreción nocturna de heces, lo que facilita un mayor descanso nocturno.
- Los platos pueden condimentarse con sal, excepto en aquellos casos en los que ese condimento esté contraindicado explícitamente (hipertensión arterial, retención de líquidos...).

- Evitar el uso de pajitas y bebidas gaseosas, así como saltarse comidas, pues todo ello puede provocar un exceso de gases en la bolsa.
- Se recomienda una ingesta de líquidos entre 1,5 y 2 litros al día.
- No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores. Cuando los introduzca, que sea en pocas cantidades e incorporarlos de uno en uno.
- Evitar el aumento excesivo de peso, con el fin de evitar entre otros problemas un cambio en el abdomen o en el estoma que dificulte su manejo.
- Sí aparece diarrea o estreñimiento utilizar dietas especiales.
- Evitar: Comidas muy grasas y muy condimentadas, picantes, alcohol y bebidas con gas.

*En las 6-8 primeras semanas posteriores a la operación deben evitarse los siguientes alimentos ya que pueden incrementar el riesgo de obstrucción:*

Salvado de trigo grueso	Pulpa de naranja
Verduras chinas	Champiñón crudo
Huesos y semillas de frutas	Frutos secos
Piña cruda	Palomitas de maíz
Tripas de embutido	Maíz de grano entero
Fruta deshidratada	Brotes de judías
Apio	

Durante los primeros dos meses:

- Tomar como mínimo entre 1´5 l. y 2 l. de agua al día (sin gas). Es aconsejable hacerlo no sólo junto a las comidas sino a lo largo de todo el día.
- Hacer guisos sencillos, cocidos, al vapor o a la plancha, poco especiados y con poco aceite.
- Masticar bien los alimentos y comer despacio para evitar las flatulencias.
- Hacer de cinco a seis comidas al día, menos copiosas, para evitar digestiones difíciles.
- Mantener horarios regulares en las comidas, obligándonos a una rutina diaria que nos facilitará el manejo y control de las deposiciones.
- Evitar bebidas carbonatadas y alcohólicas, café, refrescos azucarados.
- Evitar alimentos que produzcan gases y den mal olor a las heces (coles, legumbres, quesos) y alimentos ricos en fibra (verduras, frutas crudas, hortalizas).
- Restringir alimentos ricos en grasas (carnes rojas, pescado azul, fiambres), los fritos, las salsas y los frutos secos.
- Evitar alimentos lácteos (leche, nata, yogur).
- Evitar la bollería y los dulces, especialmente de tipo industrial

**5 g.2.- Alimentos que podemos tomar en un primer momento**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carnes blancas y con poca grasa cocidas o a la plancha.</li> <li>- Pescados blancos (pescadilla, gallo, merluza).</li> <li>- Huevos cocidos o en tortilla.</li> <li>- Pan blanco, aceite de oliva, azúcar, sal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jamón cocido.</li> <li>- Arroz y pasta hervidos.</li> <li>- Patatas cocidas o asadas.</li> </ul>
---	---

Pasados dos o tres meses podemos ir incluyendo el resto de los alimentos de manera progresiva. En ocasiones puede ser necesaria una modificación de alimentos para evitar algunos trastornos.

**5 g.3.- Alimentos que aumentan los gases y/o el mal olor.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Legumbres.</li> <li>- Cebollas y ajos.</li> <li>- Col y coliflor, brócoli, repollo, coles de Bruselas, nabo</li> <li>- Frutos secos.</li> <li>- Espárragos, alcachofas y pepino</li> <li>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cerveza y bebidas con gas.</li> <li>- Especias.</li> <li>- Carne de cerdo.</li> <li>- Piel de manzana</li> <li>- Lechuga</li> <li>- Melón</li> <li>- Huevos</li> </ul>
--	---

**5 g.4.- Consejos para reducir flatulencias.**

A pesar de que algunas personas son más propensas que otras a formar gases, es útil seguir estas recomendaciones:

- Comer despacio y sentado, masticando bien los alimentos, reduce el problema.
- A veces tomar una cantidad pequeña de estos alimentos no produce gases.
- Las legumbres en forma de purés, producen menos flatulencia que si se comen enteras. Si las verduras se toman hervidas en vez de crudas o semicrudas, producen menos gas.

**5 g.5.- ¿Cómo reducir los malos olores?**

El efecto sobre el olor no es el mismo en todas las personas. Aconsejamos que antes de descartar algún alimento de la dieta por el problema del olor, intente cambiar la forma en que los solemos cocinar, a veces este cambio es suficiente para evitar que generen un olor desagradable en las heces.

Es muy habitual que personas portadoras de una ostomía digestiva se vuelvan más sensibles al olor de sus heces después de implantarles un estoma, pero es muy importante recordar que las heces huelen siempre, tanto si uno lleva una ostomía como si no la lleva. También conviene tener presente que, mientras el ostomizado está muy pendiente de si huele o no, lo más probable sea que el olor que él cree detectar no sea percibido por las personas que le rodean.

<b>ALIMENTOS QUE REDUCEN EL OLOR</b>
--------------------------------------

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Derivados lácteos: Yogurt, cuajada, queso blando, requesón, mantequilla.</li> <li>- Cítricos: Naranjas, limones, pomelos.</li> <li>- Perejil añadido a las comidas o masticado en pequeñas cantidades.<br/>Menta, apio.</li> <li>- Sustituir la cebolla frita para cocinar por manzana rallada.</li> </ul> |
|---|

**PRODUCTOS NEUTRALIZADORES:** Existen soluciones eficaces y sencillas de utilizar como son los productos neutralizadores del olor. NO SON PARA INGERIR. Se trata de cápsulas que se introducen en las bolsas de ostomía antes de colocarlas y al entrar en contacto con las heces, neutralizan su olor garantizando con ello la discreción deseada por la persona ostomizada. A esto debemos añadir la presencia de un filtro de carbono que todas las bolsas poseen.

**5 g.6.- Alimentos que dan consistencia a las heces.**

<p>Verduras. Frutas y legumbres. Cereales integrales. Salvado. Compota de manzana. Copos de avena. Patatas. Arroz. Pasta.</p>	<p>Mantequilla de cacahuete Galletitas saladas.. Tapioca. Plátano. Pan. Queso.</p>
---	--

## **5 g.7.- Alimentos recomendados y a evitar en caso de diarrea.**

### RECOMENDADOS

En caso de aparecer diarrea es aconsejable el consumo de alimentos que incrementen la consistencia de las heces, aumentaremos las tomas y la ingesta de líquidos en pequeñas cantidades, a temperatura ambiente y tomaremos una dieta blanda y astringente.

- Leche sin lactosa: leches vegetales, de soja, almendra y en especial leche de arroz. Cuando las deposiciones se vayan normalizando se puede sustituir por bebida de soja o de almendra para ir probando poco a poco la tolerancia a la leche empezando con una pequeña cantidad al día, primero desnatada, semidesnatada y por último leche entera.
- Yogur natural
- Arroz blanco hervido.
- Sopa de arroz, de zanahoria.
- Pan blanco, mejor tostado.
- Puré de zanahorias, patatas.
- Pescado blanco cocido o a la plancha.
- Ternera a la plancha.
- Huevos cocidos, pasados por agua o en tortilla.
- Jamón cocido.
- Manzana asada, hervida o rallada, membrillo, té, plátano maduro.

**A EVITAR:**

- Leche y derivados, pero puede tomarse yogur.
- Las verduras y ensaladas, sobre todo acelgas y espinacas, cereales integrales o con fibra.
- Legumbres como las lentejas y los garbanzos.
- Frutas crudas, sobre todo cítricos.
- Evite tomar alcohol y café.
- Embutidos.
- Grasas o fritos y rebozados, en general.

Debe valorarse individualmente la necesidad de utilizar medicación antidiarréica. Existen en el mercado gelificantes de heces que se introducen en la bolsa de ostomía y consiguen que las heces pasen de estado líquido a sólido sin aumentar el volumen. Con ello se consigue tener menos fugas y disminuir la sonoridad de la bolsa de ostomía.

**5 g.8.- Consejos en caso de estreñimiento.**

- Consumo de alimentos de acción laxante.
- Aumentar la ingesta líquida.
- Dieta rica en residuos (fibra) con zumos de frutas, verduras, legumbres y frutos secos.
- Práctica de ejercicio físico.

### **5 g.9.- Paciente con ileostomía.**

Cuando las personas tienen una ileostomía su cuerpo no siempre absorbe correctamente el agua, las vitaminas y las sales minerales. Estas personas deben seguir una pauta de alimentación, con el paso del tiempo, si es posible se podrá modificar la dieta según la propia experiencia de cada individuo y sus resultados. Las recomendaciones nutricionales para estas personas tienen dos objetivos: Evitar el riesgo de deshidratación y de pérdida de iones secundario a las pérdidas fecales y mejorar la calidad de vida, incrementando la consistencia de las heces y reduciendo su volumen total.

#### **Recomendaciones nutricionales para pacientes sometidos a ileostomía**

- Hacer una ingesta de comidas frecuentes y poco copiosas, entre 5-6 al día, manteniendo un horario regular. Procure masticar bien los alimentos, comer con tranquilidad, masticando bien. Evite ayunar o saltarse alguna comida ya que se favorece que las heces se hagan líquidas y se acumulen gases en el intestino, y descanse después de las comidas principales.
- Es muy importante beber al menos 1,5-2 litros de agua o suero oral en pequeñas ingestas a lo largo del día. No se aconseja beber durante las comidas (debe hacerlo 1 hora antes o después).
- Evite las temperaturas extremas de los alimentos, ni muy fríos ni muy calientes y cocine preferentemente al vapor, asado o a la plancha.
- Es aconsejable el consumo de bebidas isotónicas para compensar las pérdidas o la poca absorción de minerales.
- Evite el consumo de bebidas con gas o carbonatadas, azúcares, café, alcohol, zumos de frutas. Más adelante, en función de su evolución, se podrán introducir otro tipo de cocciones.
- Condimente con sal, salvo contraindicación facultativa. Inicialmente se desaconseja el consumo de verduras. Es preferible la fruta cocida, sin azúcar añadido ni piel. No es recomendable utilizar especias, ni otro tipo de condimento.
- Al principio evitar el consumo de azúcar, miel, chocolate, pastelería, y bollería en general. Es recomendable: pasta, arroz, cereales no integrales, patata.
- Si tiene diarrea: Se puede beneficiar de alimentos ricos en fibra soluble (legumbres sin piel, cítricos sin piel, manzana sin piel, plátano, patata, zanahoria, membrillo, arroz blanco refinado).

## 5 h.- Recursos y Asistencia Médica.

El paciente tiene a su disposición diversas organizaciones que prestan ayuda. Cabe señalar las siguientes:

- La Asociación Española contra el Cáncer (<https://www.aecc.es/es>) dispone de la Fundación en la cual prestan ayuda psicológica y en la cual se pueden asesorar.

[Infocáncer teléfono: 900100036. 24 horas 7 días a la semana](https://www.aecc.es/es)

- Fundación Sandra Ibarra: <https://fundacionsandraibarra.org/>
- Confederación de Asociaciones de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de España: <https://www.accuesp.com/>
- Asociación de pacientes y familiares de enfermos de Cáncer Colorrectal. Europa Colon España: Web: <https://europacolonespana.org/>
- Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon: <http://www.alianzaprevencioncolon.es/>
- Red de apoyo: Curados de Cáncer: <http://www.curadosdecancer.com/>
- **FEDAO:** La Federación Española De Asociaciones de Ostomizadoses la agrupación de todas las Asociaciones Españolas de Ostomizados. En Galicia está la Asociación de Ostomizados de Pontevedra(Ado):[adoponte@gmail.com](mailto:adoponte@gmail.com) ; tlfno: 661247734.

### Otras direcciones:

#### 1.-Ayudas sociales - Ostomía Profesional

[ostomiaprofesional.com/area-pacientes/soy-colostomizado/ayudas-sociales/](http://ostomiaprofesional.com/area-pacientes/soy-colostomizado/ayudas-sociales/)

## 2.-Colostomía - SEECir

[www.seecir.es/biblioteca/bibliograficos?task=callelement&format...](http://www.seecir.es/biblioteca/bibliograficos?task=callelement&format...)

## 3.-Sociedad Española de **Enfermería** Experta en **Estomaterapia**

<https://estomaterapia.es/>

### **Los servicios que pueden acudir para solicitar información son:**

#### **1.- Trabajadora Social del Hospital**

**2.- Trabajadora Social del Concello:** El paciente o familiar al cargo (en caso de pacientes dependientes) debe acudir al Concello en el cual se encuentra empadronado para informarse de las ayudas que el paciente puede solicitar, así como de los recursos disponibles.

**3.- Xunta de Galicia. Consellería de política social. Xefatura territorial: Servicio de Dependencia e Autonomía persoal. Valoración de Discapacidade.**

### **ASISTENCIA SANITARIA:**

#### **1.- Consultas de Estomoterapia en Galicia.**

A CORUÑA. Hospital: CHUAC. Silvia Louzao Méndez .

SANTIAGO DE COMPOSTELA. Hospital: CHUS. Dolores Álvarez González

FERROL. Hospital: CHUF. Rosa María García Sánchez

LUGO. Hospital: HULA. María del Carmen Pazos Orosa

OURENSE. Hospital: CHUO. María Riveiro García

PONTEVEDRA .Hospital: CHOP. Beatriz Crespo Fontán

VIGO. Hospital: CHUVI. María José Fabeiro Mouriño

VIGO. Hospital: POVISA. Alberto Parga Lago

**2.- Unidades de Cirugía Colorrectal y Servicios de Cirugía General y Digestiva. Cirujanos, Estomaterapeutas y Personal de Enfermería.**

**3.- Médico de Familia y Enfermería del Centro de Salud.**

**4.- Unidades de Nutrición y Dietoterapia**

**5.- Psicólogos. Oncólogos.**

### **5 i.- Métodos y técnicas continentales.**

La realización de una colostomía implica, además de una alteración de la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación de las heces y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar las materias fecales vertidas por el intestino.

Cuando a una persona se le realiza una colostomía sufre una serie de alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que le dificultan la adaptación a su entorno. Al cambiarle la ubicación del ano tiene que hacer frente a cambios higiénicos, dietéticos y de pérdida de control de esfínteres que pueden afectar a la percepción que tiene de su propia imagen, pudiendo incluso tener dificultades de integración y reinserción a su vida laboral y social. Como profesionales de enfermería tenemos la misión de detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones de estos pacientes y planificar actividades para su recuperación, rehabilitación y reinserción social lo antes posible.

Desde que se practicó la primera colostomía en el siglo XVIII, hasta la actualidad, la técnica quirúrgica se ha perfeccionado mucho y, actualmente, la técnica de una colostomía es relativamente sencilla. Sin embargo, subsiste por parte de los especialistas una preocupación: hacerlas continentales. Para lograrlo se han utilizado varias alternativas como vaciar el colon por medio de irrigaciones periódicas; utilizar dispositivos obturadores y, por último, técnicas quirúrgicas como la colostomía con plastia muscular o las prótesis inflables. De todas estas alternativas, las técnicas quirúrgicas se han dejado de practicar ya que su eficacia no era la esperada y conllevaban importantes complicaciones.

Se ha comprobado que el método de continencia de mayor duración y efectividad es la técnica de irrigación que, combinada con el obturador, produce más seguridad y confort al paciente colostomizado, optimizando su vida sexual, social y laboral.

## **1.- EL OBTURADOR**

Es un sistema que bloquea durante unas horas la salida incontrolada de heces por el estoma, permitiendo al paciente prescindir del uso de la bolsa durante ese tiempo y realizar con mayor confort sus actividades cotidianas. Está compuesto por una espuma de poliuretano que se presenta comprimida a la mitad de su volumen y envuelta en una película de alcohol polivinilo. Para su mejor inserción, el extremo del tapón está lubricado por polietilenglicol. El mecanismo de acción es sencillo: a los pocos segundos de introducirlo en el estoma, con el calor y la humedad del intestino la película hidrosoluble se disuelve y el obturador se expande bloqueando la salida de heces pero permitiendo la salida de gases. El ruido de los flatos se elimina y el mal olor queda retenido en un filtro que va en la cubierta.

### **5 i. 1 a.- Periodo de adaptación o entrenamiento**

#### ***Si el obturador se utiliza solo***

El entrenamiento para el uso del obturador no es nada complicado. Únicamente consiste en comenzar a utilizarlo en casa, después de una descarga (por ejemplo, al rato del desayuno que es cuando se suele producir una descarga importante) empezando por pocas horas e incrementando poco a poco su tiempo de utilización hasta el que el paciente considere que se siente seguro y cómodo.

Durante el período de adaptación, es preciso mantener la calma y no alarmarse ante los posibles escapes de heces ya que el intestino necesita un tiempo para su reeducación. El máximo recomendado para utilizar el obturador sin irrigación son 12 horas. Después de retirarlo, el paciente deberá colocarse una bolsa colectora.

*Durante los tres primeros días ...* Para que pueda familiarizarse con el obturador se recomienda usarlo durante dos o tres horas por la mañana o durante unas dos o tres horas por la tarde, alternando con el uso de la

bolsa habitual de ostomía. Es importante que espere a poner el obturador aproximadamente una hora y media después del desayuno o de la comida, porque en esos periodos suele haber mayor descarga de heces. Al principio, la inserción del obturador puede resultar un poco incómoda aunque nunca molesta o dolorosa. Las molestias que pueda notar con los primeros obturadores desaparecerán con el uso de los siguientes.

*El 4º día...* Puede usar el obturador durante 4 horas.

*El 5º y 6º día...* Llevar el obturador durante unas 5 horas. Mientras lleve puesto el obturador, es posible que tenga algún escape de heces o que el intestino intente expulsarlo. Es la reacción normal de un intestino que se está adaptando a estar bloqueado, pero no debe alarmarle ni desanimarle.

*A partir del 7º día...* Llevar el obturador unas 7 horas y, si lo desea, aumentar el tiempo de uso en los días siguientes (hasta un máximo de 12 horas diarias) hasta hallar el número de horas ideal que resulte cómodo. El tiempo de utilización depende de cada persona, de la dieta, de la consistencia de las heces o de la cantidad de gas formado. Retirar siempre para el descanso nocturno.

Si se deja el obturador aplicado durante mucho tiempo pueden aparecer escapes de heces o incluso puede ocurrir que el obturador se salga del estoma. Debe dejar tiempo suficiente entre un obturador y el siguiente para que el intestino pueda evacuar su contenido. Si las heces se vuelven líquidas por algún motivo, dejar de usar el obturador hasta que el intestino recupere su normalidad.

### ***Si el obturador se utiliza combinado con la irrigación***

Una vez tenga la práctica suficiente en la técnica de la irrigación y haya conseguido la continencia del intestino podrá utilizar el obturador. Cuando se utilizan combinados el período de adaptación es más sencillo. La sensación de incomodidad que puede notarse en un principio desaparece con el uso de los siguientes obturadores.

Aunque la irrigación se realice cada 48 horas, el obturador se cambiará como máximo cada 24 horas. Se aconseja utilizar bolsa para dormir para dejar descansar al intestino.

### **5 i 1b.- Indicaciones y contraindicaciones del obturador**

El obturador es una opción excelente para personas con una colostomía que produce heces sólidas y que tiene cierta regularidad en la evacuación de las heces. Si el obturador se utiliza solo, el ostomizado tendrá que evaluar durante cuántas horas le resulta seguro para después de ese tiempo colocarse una bolsa colectora (lo normal es utilizarlo 5-6 horas). Si se utiliza combinado con la irrigación, el paciente lo deberá cambiar como máximo cada 24h.

Además, el obturador se puede utilizar como dilatador en caso de estenosis.

Su gran facilidad de aplicación hace posible su uso en personas de todas las edades a las que garantiza una continencia eficaz durante el tiempo de uso, aportando seguridad, higiene y discreción. No es aconsejable su uso cuando hay diarreas o en caso de que el paciente esté recibiendo tratamiento con quimioterapia o radioterapia, porque estas situaciones suelen alterar el ritmo y la consistencia de las heces.

### **5 i 1c.- Aplicación del obturador de 1 pieza**

- Elegir el obturador más adecuado para el estoma teniendo en cuenta que hay dos medidas de longitud de vástago y dos medidas de recorte de adhesivo.
- Retirar el papel protector del adhesivo.
- Introducir el vástago en el estoma, acoplado el adhesivo a su alrededor.
- Presionar suavemente el adhesivo sobre la piel.
- *Retirada del obturador:* El vástago del obturador se deslizará fácilmente hacia el exterior al retirar el disco adhesivo mientras se sujeta la piel con la otra mano para evitar la irritación.

### **5 i.2.- La irrigación intestinal para continencia.**

La educación para la irrigación se debe iniciar en el momento que la persona haya conseguido los conocimientos necesarios respecto a su nueva situación: cuidados del estoma, utilización del material, dieta, ritmo de deposición regular, reconocimiento de complicaciones y estabilidad emocional de su nueva situación.

El sistema de irrigación consiste en introducir agua en el colon a través del estoma estimulando la motilidad intestinal y produciendo la evacuación de heces. Así se consigue que el paciente pueda ir sin bolsa durante un tiempo ya que hay un periodo sin emisión de heces proporcionando seguridad y confianza al paciente.

La primera irrigación debe realizarse en la consulta de estomaterapia y posteriormente, una vez aprendido el procedimiento, en el domicilio del paciente. Al principio, la irrigación se suele hacer cada 24 horas y el paciente irá valorando el distanciamiento de su práctica dependiendo de los resultados. Una vez que se haya acostumbrado al intestino, la pauta más habitual es cada 48 horas. Es conveniente que siempre se realice a la misma hora y entre irrigación e irrigación es conveniente utilizar un o una bolsa mini o minicap por si se produjera algún escape.

### **5 i.2 a.- Indicaciones y contraindicaciones de la irrigación**

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Colostomías descendentes y sigmoideas de una sola boca.</li> <li>-Estomas visibles y sin complicaciones.</li> <li>-Hábito intestinal más o menos periódico.</li> <li>-Heces que tengan una determinada consistencia.</li> <li>-Pacientes con buena condición física.</li> <li>-Mentalmente estables y con capacidad de comprensión.</li> <li>-Motivación para el aprendizaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Portadores de urostomías.</li> <li>-Ileostomía y colostomías derechas y transversas</li> <li>-Ostomía con doble boca.</li> <li>-Cuando las heces son líquidas.</li> <li>-En caso de metástasis o con tratamiento QRT.</li> <li>-Enfermedad Inflamatoria Intestinal.</li> <li>-Alteraciones físicas o mentales.</li> <li>-En estoma complicado.</li> </ul>

### **5 i.2 b.- Material necesario**

Para realizar la irrigación se necesita un sencillo material que se adquiere fácilmente con receta en un Kit completo. Éste contiene: Bolsa de irrigación para el agua, con escalas graduadas en litros y grados centígrados; sonda con punta cónica atraumática; manga de irrigación abierta en sus dos extremos y aro de plástico donde se acoplará la manga y un cinturón ajustable

### ***5 i. 2c.- Pasos de la técnica de irrigación***

1.- El agua debe estar entre 37 y 38°C. Observar el indicador térmico de la bolsa. Fría produce espasmos y a temperatura superior podría producir quemaduras de la mucosa intestinal ya que ésta no tiene terminaciones sensitivas y el paciente no se enteraría.

2- Colocación de la manga de irrigación:

- Quitar la bolsa de colostomía y limpiar la zona del estoma con agua y jabón.
- Situar el aro alrededor del estoma ajustándolo a la cintura con el cinturón.
- Colocar una manga nueva de irrigación encajándola en el aro
- Colocar el extremo inferior de la manga en el inodoro.
- Sosteniendo el cono sobre el inodoro, abrir la llave de paso ligeramente para liberar el aire presente en el tubo y cerrar una vez que comience a salir el agua.
- Sentarse en el inodoro o en un taburete y colgar la bolsa en un punto fijo cerca de forma que quede al nivel de la cabeza al estar sentado. Puede realizarse de pie. La referencia de la bolsa es la misma, por encima de la cabeza.

3- Introducir el cono. Conectar el cono al tubo de la bolsa. Lubricar el extremo e introducir suavemente la punta del cono hacia el interior del estoma. Abrir lentamente la llave de paso y dejar correr el agua hacia el interior del colon, reduciendo el flujo de agua si resulta incómodo.

4. Retirar el cono. Cuando haya entrado toda el agua, cerrar la parte superior de la manga y esperar las descargas del intestino, de agua y materia fecal. Cuando el estoma haya dejado de evacuar, vacíe el contenido en el inodoro, retirar la manga y desecharla. Lavar la piel alrededor del estoma y secarla. Colocar una bolsa de ostomía para recoger los posibles escapes de las primeras horas y posteriormente se colocará el obturador.

### **5 j.- Información y formación al alta hospitalaria.**

Mientras los pacientes ostomizados se encuentran ingresados en el hospital donde se realiza la intervención quirúrgica, se sienten más seguros por la presencia constante de un equipo multidisciplinar que les ayuda en los cuidados relacionados con la nueva situación. Sin embargo, una vez son dados de alta, comienzan a sufrir las consecuencias de afrontar su nuevo estilo de vida sin el apoyo profesional especializado y constante que mantenían antes de salir del hospital.

Desde la enfermería, entendemos como uno de nuestros pilares fundamentales de nuestra práctica profesional, la potenciación de la solvencia del paciente en sus autocuidados. Para ello debemos procurar el adiestramiento necesario hasta la adquisición del paciente/familia de esos conocimientos que garanticen la viabilidad de un tratamiento ambulatorio al tiempo que facilitan un desarrollo cómodo y seguro de su vida una vez roto el cordón umbilical hospitalario. Para la realización del autocuidado lo más importante es que la educación sea efectuada por personal especializado. Así lo estableció como derecho la *International Ostomy Association* en el año 1993, en un proceso individual, gradual, con participación del paciente, demostrado y corregido. Sólo de esta forma el paciente se sentirá motivado, confiado, comprometido y colaborador.

#### **5 j.1.- Preparación para el alta hospitalaria.**

La evaluación sobre el conocimiento preoperatorio de la enfermedad así como la información y formación del paciente y familiares son factores muy importantes a realizar y que ya han sido expuestos en otro apartado de esta Guía. Además de valorar de forma continuada si se han adquirido los conocimientos y las habilidades necesarias para el uso de los

dispositivos a emplear, también es conveniente proporcionar el material necesario de aprendizaje desde el ingreso del paciente.

El informe de enfermería al alta es un importante documento de la actividad, ya que supone la recogida resumida y estructurada de información acerca de las circunstancias en que se ha desarrollado el cuidado. Puede ser el vehículo que sirva para evaluar los cuidados prestados y permitir la continuidad de los mismos. Este informe debe integrar cuidados dirigidos al paciente, familia (o bien cuidador informal o su red de apoyo), si queremos lograr unos cuidados domiciliarios óptimos y no debe ser una copia del alta médica, sino que deben complementarse y ofrecer aspectos diferentes de la hospitalización del paciente, poniéndose así de manifiesto la autonomía de los profesiones que trabajan desde la interdisciplinariedad. Tampoco debe convertirse en un papel más a rellenar y entrar a formar parte de una historia, ya muy voluminosa.

Al alta hospitalaria será preciso comprobar que:

- Realiza correctamente la higiene del estoma y la piel periestomal.
- Hace el cambio de dispositivo de forma adecuada y sin gran dificultad.
- Sabe modificar sus hábitos de ingesta y eliminación frente a los posibles cambios de su ostomía y sus deposiciones.
- Sabe identificar las posibles complicaciones tardías.
- Puede contar con personas de referencia (familiares, cuidadores) que ayuden a proporcionar los cuidados básicos.
- Se le han facilitado:
  - Los teléfonos de contacto, bien de la consulta de estomaterapia o de la Unidad de Cirugía, para posibles dudas o consultas.
  - Referencia y código nacional del producto/dispositivo, así como el laboratorio, fabricante o comercializador.

- Referencia de otros accesorios que puedan ser de utilidad para el cuidado
- Se le ha entregado el informe de alta de enfermería para el seguimiento del estoma en otro nivel asistencial
- Tipo de estoma y dispositivo recomendado
  - Referencia y código nacional del producto/dispositivo, así como el laboratorio, fabricante o comercializador.
  - Referencia de otros accesorios que pueden ser de utilidad para los cuidados.
  - Frecuencia de cambios recomendados que se han de llevar a cabo.
  - Problemas potenciales o reales que tiene el paciente para llevar satisfactoriamente sus autocuidados.
  - Estado y cuidados de la piel en el momento del alta.
  - Información sobre ruidos, salida de gases y olor.
  - Consejos generales y recomendaciones sobre dieta y estilo de vida.
  - Programar el seguimiento en consultas externas/centro de salud.

*Otros aspectos que serían recomendables tratar y comentar con el paciente/familia en el momento del alta son:*

- Recortar el pelo alrededor del estoma con tijeras, nunca rasurar con maquinilla de afeitar (produce micro-lesiones), para facilitar la adherencia del dispositivo y evitar infecciones.
- No utilizar aceites o cremas hidratantes en la zona del estoma ya que pueden dificultar la adherencia del dispositivo.
- Informar al paciente de que el diámetro del estoma se retrae o reduce, pasados los primeros meses después de la intervención, por lo que es aconsejable medir el estoma antes de colocar el siguiente dispositivo.

- Explicar al paciente la importancia que tiene realizar un tacto con el dedo meñique o índice a través del estoma cada dos o tres semanas para mantener el buen flujo del estoma.
- Advertir sobre qué tipos de alimentos que dan un olor característico a las heces (olor más intenso y desagradable), como los espárragos, los ajos, las cebollas, algunos pescados, etc.
- Recomendar evitar el sobrepeso para que no se dificulte la colocación del dispositivo.
- El ejercicio físico es beneficioso para la salud, pero hay que evitar en lo posible los deportes de contacto por el riesgo de dañar el estoma.
- Cuando el paciente se duche puede hacerlo con o sin bolsa, pero siempre que se bañe en el mar o la piscina utilizará la bolsa.
- Evitar las prendas ajustadas.
- Abordar el tema de la sexualidad y recomendar una consulta con el cirujano, el urólogo o el ginecólogo en caso de problemas.
- Seguir una vida lo más normal posible (trabajo, ocio, deporte, viajes, etc.) recalcando la importancia de llevar, siempre que salga de casa, el material preciso para cambiarse en caso de fugas u otras incidencias.
- Exponer de manera muy sencilla aquellas complicaciones más habituales del estoma y de la zona periestomal.
- Debemos explicarle que frente a cualquier cambio repentino en el tamaño, color o aspecto del estoma, olor, aparición de problemas en la piel o en el propio estoma, solicite una consulta con el médico o la enfermera.

***j. 2.- Recomendaciones básicas sobre la dieta.***

Después de la cirugía y al volver a casa la alimentación debe de ser pobre en residuos, baja en verduras y hortalizas ya que pueden incrementar la fluidez y cantidad de deposiciones. Es conveniente evitar, al principio, bebidas que pueden incrementar el número de deposiciones y los gases aunque a largo plazo, y según el paciente se vaya adaptando, se podrá ir incorporando paulatinamente a la dieta habitual.

Después de un tiempo, el paciente debe ir incorporando progresivamente alimentos en pequeñas cantidades para comprobar la tolerancia a los mismos, teniendo 5-6 comidas diarias de cantidades moderadas o pequeñas de alimentos.

La dieta del paciente ostomizado debe de ser:

- Sana y variada, incluyendo todos los alimentos para garantizar al organismo una ingesta correcta de nutrientes.
- Abundante en agua y líquidos lo recomendable sería al menos un litro y medio al día.
- Adaptada y apetecible para el paciente en los menús.
- Rica en proteínas, sobre todo después de la cirugía para ayudar a la cicatrización.

- No se recomienda una ingesta habitual de alcohol, pero una copa de vino o cerveza en algunas comidas o en algún evento social no debería plantear problemas al paciente ostomizado.

En una persona ostomizada, tener gases en exceso puede ser incómodo ya que no controla el momento de expulsión. Por ello se deben evitar aquellos alimentos que provocan un incremento de los gases y los que dan lugar a un incremento del mal olor de las heces. Para reducir el olor de las heces se puede incorporar a la dieta: mantequilla, yogurt, queso fresco, menta o zumo de naranja. En muchos casos añadir perejil a las comidas puede ayudar a disminuir los malos olores.

Una persona ostomizada debe de llevar una serie de pautas generales para un mejor control de las heces y del estoma como:

- Seguir un horario regular para las comidas, para acostumbrar al intestino a un ritmo de funcionamiento uniforme.
- Masticar poco a poco los alimentos, con la boca cerrada, para evitar la formación de gases y ensalivando correctamente para ayudar a que las enzimas presentes en la saliva, realicen su función.

- Evitar mantener periodos de ayuno prolongado o saltarse alguna comida, ya que omitir comidas aumenta la producción de heces acuosas y de gases.
- Descansar después de las comidas, preferiblemente en posición sentada.
- Conviene que las cenas sean ligeras.

## **6.- ASISTENCIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA**

### ***6 a.- Cuidados de Atención Domiciliaria***

Para que una persona ostomizada consiga una calidad de vida similar a la anterior a la intervención quirúrgica es necesario la correcta realización del autocuidado del estoma. Para ello es necesario un correcto adiestramiento del paciente/cuidador por parte del personal de enfermería que lo atiende. Mientras el paciente está en el hospital se encuentra protegido. Una vez que vuelve al domicilio se hará evidente todo aquello que no aprendió o aprendió mal en el hospital, dando lugar a inseguridad, desconfianza y a complicaciones más o menos importantes.

La experiencia demuestra que la mayoría de los ostomizados tienen ciertas ansiedades en común. Los aspectos que más ansiedad les producen son: Olor, baño, natación o ducha, ropa, alimentación y relaciones sexuales.

Es fundamental contar con el apoyo del entorno familiar más cercano. Tiene un efecto directo sobre el bienestar, fomentando la salud y la mejoría de los aspectos emocionales, promoviendo los procesos de adaptación frente a las situaciones difíciles impuestas por la enfermedad.

Es importante el seguimiento del paciente tras el alta para garantizar el apoyo y la continuidad de los cuidados, ya que muchos pacientes experimentan problemas relacionados con el estoma y dificultades tras el

alta (irritación de la piel, fugas, el olor, reducción de las actividades de ocio previas, depresión y ansiedad), la mayoría de las cuales podrían tratarse con buenos resultados si se hace un seguimiento continuo.

Una vez reciben el alta, los pacientes ostomizados son atendidos por su enfermera de primaria y enfermera estomaterapeuta. La planificación del alta hospitalaria requiere la colaboración y la coordinación de los servicios y recursos.

### ***6 b.- Consejos para una vida diaria.***

- Mantener siempre una caja de dispositivos de recambio para poder hacer frente a cualquier eventualidad.
- Es preferible realizar la ducha diaria retirando la bolsa, para una mejor higiene, pero también es posible ducharse con la bolsa colocada.
- Si presenta cualquier anomalía en el estoma, heces, piel periestomal, etc., es necesario que acuda al profesional de enfermería.
- Para ocasiones en que se requieran dispositivos más discretos (relaciones sociales, relaciones íntimas...), existen dispositivos "Mini" (opacos, discretos).

**DEPORTES:** La persona ostomizada puede realizar la mayoría de deportes que realizaba antes de su intervención. Los dispositivos modernos no se despegan por el sudor. Es necesario proteger el estoma para evitar que pueda ser dañado.

**VIAJES Y VACACIONES:** Puede viajar por cualquier medio de transporte. En coche, evitar que el estoma sea comprimido por el cinturón de seguridad. Asegurarse de que en el lugar de destino podrá conseguir los dispositivos o llevarse consigo material para todo el periodo vacacional. Vigilar la calidad del agua y evitar agua del grifo si no tiene garantía.

**PISCINA O LA PLAYA:** Los dispositivos son fáciles de disimular bajo el bañador y son resistentes al agua salada, cloro y sudor. Posibilidad de usar bolsas "Mini"

TRABAJO: En general la persona ostomizada puede mantener una vida laboral activa, como antes de su intervención. Vigilar si el trabajo requiere esfuerzo físico importante.

VESTIDO/ROPA: La persona portadora de una ostomía en general puede mantener su forma de vestir. Elección de ropa que no comprima el estoma. Sustituir si es preciso cinturón por tirantes.

VIDA SOCIAL: Hay que intentar reanudar la vida cuanto antes, normalizar sus hábitos y costumbres diarias. Nadie tiene porque notar que está ostomizado.

Otras recomendaciones:

- Evitar el sobrepeso
- Evitar realizar esfuerzos y levantar pesos.
- Tener en cuenta los problemas de absorción de algunos medicamentos.
- Llevar siempre consigo bolsas, dispositivos para poder cambiarse en caso de necesidad.

Se debe animar al paciente a que se incorpore lo antes posible a su vida familiar, laboral y social para así recuperar su estado emocional. Es importante dar la máxima información e ir aclarándole todas las dudas para disipar sus temores.

Tanto el personal sanitario como la familia son piezas claves para conseguir una buena adaptación.

**6 c.- Evaluación y seguimiento del paciente y familia.**

El cuidado continuado del paciente ostomizado por parte de la enfermera estomaterapeuta disminuye los problemas psicológicos vinculados a la ostomía, mejora la calidad de vida y reduce la probabilidad de sufrir complicaciones y reduce la frecuencia de cambio del dispositivo de ostomía.

Es necesario este seguimiento periódico durante un mínimo de 12 meses tras la operación y según sea necesario.

*En cada consulta es necesario:*

- Hacer una evaluación del estado de salud y grado de conocimientos acerca de la educación impartida.
- Interrogar sobre aspectos psicológicos.
- Considerar lo relacionado con la imagen corporal, entorno familiar y social.
- Actividad laboral, deportiva.
- Impacto sobre la sexualidad.
- Valorar el aspecto de su estoma, cambios, tamaño, color y consistencia del efluente.
- Valorar la piel y nivel de protección de los dispositivos que usa, posibilidad de cambiar.

Por todo ello, sería deseable que coexistiera una vía de canalización para la inter-relación de los tres niveles: Hospitalización, Consulta de Ostomías y Atención Primaria con el fin de asegurar el seguimiento adecuado del paciente ostomizado. En la actualidad se dispone de la Consulta Telemática que repercute en una mayor agilidad de contacto entre el paciente y la consulta hospitalaria.

***(Conflicto de intereses: Los autores manifiestan no tener conflicto de intereses)***

## 7. - BIBLIOGRAFÍA

- Agarwal S, Ehrlich A. Stoma dermatitis: prevalent but often overlooked. *Dermatitis* 2010; 21: 138-147.
  
- Aronovitch SA, Sharp R, Harduar-Morano L. Quality of life for patients living with ostomies: Influence of contact with an ostomy nurse. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010;37:649-53.
  
- Badía Tahull M, Ilop Talaveron J. Nutrición en el paciente quirúrgico. *Cir Esp* 2014;92:377-8.
  
- Barbero Juárez FJ, Martín Cañete FJ, Galbis Valero V, García López J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. *Nure Investigación* 2004; 7: 1-10.
  
- Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63.
  
- Boletín Oficial del Estado (8 de marzo de 1984). Orden de 8 de marzo de 1984 por la que se establece el baremo para la determinación del grado de minusvalía y la valoración de diferentes situaciones exigidas para tener derecho a las prestaciones y subsidios previstos en el Real decreto 383/1984, de 1 de febrero.
  
- Bonill de las Nieves C, Hueso Montoro C, Celdrán Mañas M, Rivas Marín C, Sánchez Crisol I, Morales Asencio JM. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index Enferm* 2013; 22: 209-13.
  
- Brand MI, Dujovny N. Preoperative considerations and creation of normal ostomies. *Clin Colon Rectal Surg* 2008; 21: 5-16.
  
- Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.

-Brown, H; Randle J. Living with stoma: a review of the literature. J Clin Nurs 2005; 14: 74-81.

-Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª Edición. Elsevier España; 2013. ISBN 8490224552, 9788490224557.

-Burch J, Sica J. Common peristomal skin problems and potential treatment options. Br J Nurs 2008; 17: S4, S6, S8 passim.

- Campillo Martínez J. Estudio "Stoma Life· Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año después de la cirugía. Metas de Enfermería 2015;18 : 25-31.

- Cantero Cunalata ML, Collado Boira EJ. Factores determinantes en la adaptación del paciente portador de ostomía y la importancia del estomaterapeuta. Ágora de Salud III. 2016; 3: 57-66.

- Caricato M, Ausania F, Ripetti V, Bartolozzi F, Campoli G, Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. Colorectal Dis 2007;9: 559-561.

- Charúa GL, Avendaño EO. Complicaciones de la cirugía colorectal. Rev Med Hosp Gen Mex 2004; 67:163-69.

- Chun LJ, Haigh PI, Tam MS et al. Defunctioning loop ileostomy for pelvic anastomoses: predictors of morbidity and nonclosure. Dis Colon Rectum 2012; 55:167-74.

- Cottam J, Richards K, Hasted A et al. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. Colorectal Dis 2007; 9:834-8.

- Chaura-Guindic L, Benavides-Leon J, VillanuevaHerrero J. A, Jiménez-Bobdilla B, Abdo-Francis, J. M, Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cir Cir 2011; 79: 149-5.
  
- Cima RR, -Turnage R, Collins KA. Parastomal Hernia. Up To Date 2012 (<http://www.uptodate.com/contents/parastomal-hernia>).
  
- Cruz Lavayen V , Obando Pasmio XA. Factores pronósticos asociados a complicaciones postquirúrgicas tempranas en cirugía de colon y recto en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2013 a 2016.Tesis Doctoral. Universidad de especialidades Espíritu Santo. Guayaquil. Enero 2016.
  
- De Franco Gallardo S., Padilla Franco MA., Franco Pérez AI. Enfermería hoy (<http://enfermeriahoy.com/>) (acceso 10 de abril de 2018). Valoración social geriátrica. Disponible en <http://enfermeriahoy.com/valoracion-social-geriatrica/>
  
- De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleítas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Aten Primaria, 1991; 8: 688-92.
  
- de Luna Bertos E, Ramos Torrecillas J, Rodríguez Pérez L, Díaz Rodríguez L, García Martínez O, Ruíz Rodríguez C. Importancia del personal de enfermería en el cuidado integral del paciente ostomizado. Evidentia, 2010, 7 (30)
  
- de Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Cir Esp 2014; 92: 149-56.
  
- Fernández Alonso MS. Fundamentos de Farmacología Básica y Clínica. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid. España. 2005. ISBN 9788480046893.
  
- Formijne Jonkers HA, Draaisma WA, Roskott AM et al. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. Int J Colorectal Dis 2012; 27:1095-9.

- García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. Rq R Enfermería Comunitaria( SEAPA) 2017;5:35-48.
- Gómez Ayala AE. Colectomía. Secuelas nutricionales. Farmacia profesional. 2011, 25:43-7.
- Gómez del Río N, Mesa Castro N, Caraballo Castro C, Fariña Rodríguez A, Huertas Clemente M, Gutierrez Fernández Y. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería 2013; 7(3).
- Gordon P, MacDonald J, Cataldo P. Intestinal stomas. En: Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. Ed. Informa Healthcare 3ed. New York 2007: 1031-79.
- Guía Fisterra. Manejo y cuidado de los estomas digestivos y urinarios: colostomía, ileostomía y Ureterostomía. 2011.
- Guía Educativa para Personas Ostomizadas. Osakidetza. País Vasco.2106.
- Guía Para La Planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado, 2015.
- Guía para la persona ileostomizada y familia. Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia. S.E.D.E. 2014.
- Guía farmacológica de Ostomía . Ostomécum Ed. Coloplast productos médicos S.A. 2017.
- Guía de buenas prácticas clínicas. Cuidado y Manejo de la ostomía. RNAO Registered Nurses Association of Ontario L Association des infirmiers et infirmiers outorisés de L Ontario, 2009.
- Grupo C.O.F. (Coloplast Ostomy Forum). Plan de cuidados del paciente ostomizado, 2016.

- Harris DA, Egbeare D, Benjamin H, Woodward A, Foster E. Complications and mortality following stoma formation. *Ann R Coll Surg Engl* 2005; 87:427-31.
  
- Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, Nybaek H, Karlsmark T, Laursen TN et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs*. 2006;15:854–62.
  
- Hopfer Deglin J, Hazard Vallerand A. Guía farmacológica para profesionales de enfermería. México. 1ª Edición. McGraw- Hill Interamericana. 2009 .
  
- Karadağ A, Menteş BB, Uner A, Irkörüçü O, Ayaz S, Ozkan S. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis*. 2003;18:234-8.
  
- Kehlet H. Fast track colorectal surgery. *Lancet* 2008; 371:391-3.
  
- LeMone P, Burke K, Enfermería Médico-quirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia al paciente. Vol I , 4ª Edición. Pearson Prentice Hall. Madrid, España. 2012.
  
- Londono-Schimmer EE, Leong AP, Phillips RK. Life table analysis of stomal complications following colostomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37 : 916-20
  
- Magaña García M, Magaña Lozano M. Dermatología. Madrid. Editorial Médica Panamericana , 2003. ISBN 84-7903-770-9 España.
  
- Martí J, Tegido M, Poves J. Complicaciones de los estomas digestivos. En: Ortiz H, Marti Rague J, Foulkes B. Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento. Ed. Doyma Barcelona. 1999:89-109.
  
- Martin ST, Vogel JD. Intestinal stomas: Indications, management, and complications. *Adv Surg* 2012; 46: 19-49.
  
- Martín Muñoz B, Crespillo Díaz AY. La información, elemento clave para reconstruir la autoestima: relato de una persona recientemente ostomizada. *Rev. Index De Enfermería*, 2015;24:169-173.

- Maydón González HG, Hernández Vera FX, Esparza Iturbide R, Belmonte Montes C. Estomas intestinales: Construcción y complicaciones. 2011; 56:205-9.

- Medlin S. Nutricional and fluid requirements: high-output stomas. Br J Nurs. 2012; 21:S22-5.

- Meisner S, Lehur PA, Moran B, Martins L, Jemec GBE. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modeling study. PLoS One 2012; 7: e37813.

-Michelato N, Dos Santos MA, Rodrigues S, Galvao CM, Meguimi H. Aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2950. doi: 10.1590/1518-8345.2231.2950.

- Miettinen RP, Laitinen SP, Makela JT, Paakkonen ME. Bowel preparation with oral polyethylene glycol electrolyte solution vs. no preparation in elective open colorectal surgery: prospective, randomized study. Dis Colon Rectum 2000; 43: 669-75.

- Millan M, Tegido M, Biondo S, Garcia-Granero E. Preoperative stoma siting and education by stomatherapists of colorectal cancer patients: A descriptive study in twelve Spanish colorectal surgical units. Colorectal Dis 2010; 12: 88-92.

- Moorhead S, Johnson M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª Ed. Barcelona: Elsevier España. 2013.

- Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett TR, Lunnis PJ. Complications of intestinal stomas. Br J Surg, 2010; 97: 1885-9.

- Nugent, KP; Daniels P; Stewart B; Patankar R; Johnson CD. Quality of life in stoma patients. Dis Colon Rectum. 1999; 42:1569-74.

-Nybaek H, Bang Knudsen D, Norgaard Laursen T, Karlsmark T, Jemec GB. Skin problems in ostomy patients: a case-control study of risk factors. *Acta Derm Venereol*. 2009;89:64–7.

- Nybaek H, Knudson DB, Laursen TN, Karlsmark T. Quality of life assessment among people with peristomal skin disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22:139–43.

- Orkin BA, Cataldo PA. Intestinal stomas. En: Wolf BG, Fleshman JW, Beck DE et al. *The ASCRS textbook of colon and rectal surgery*. Springer Sciences New York 2007: 622-42.

- Parmar KL, Zammit M, Smith A, Kenyon D, Lees NP, Greater Manchester and Cheshire Colorectal Cancer Network . A prospective audit of early stoma complications in colorectal cancer treatment throughout the Greater Manchester and Cheshire colorectal cancer network. *Colorectal Dis* 2011; 13:935-8.

-Person B, Ifargan R, Lachter J , Duek D, 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 :783-7.

- Pittman J. Characteristics of the patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2011; 38: 271-279.

- Pittman J. Characteristics of the patient with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2011; 38: 271-9.

- Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, Krouse RS . Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008; 35:493-503.

- Pilgrim CH, McIntyre R, Bailey M. Prospective audit of parastomal hernia: prevalence and associated comorbidities. *Dis Colon Rectum* 2010; 53:71-6.

- Ratliff CR, Donovan AM. Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Manage* 2001; 47: 26-9.
- Robertson I, Leung E, Hughes D, Spiers M, Donnelly L, Mackenzie I. Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorectal Dis*, 2005; 7: 279-85.
- Rocken M, Schaller M, Sattler E, Burdorf W. *Dermatología .Texto y Atlas. Fundamentos, diagnóstico y aspectos clínicos.* Editorial Médica Panamericana. Madrid. España. 2013.
- Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Peristomal skin complications: Prevention and management. *Ostomy Wound Manage* 2004; 50 : 68-77.
- Salas-Salvadó J, Bonada I, Sanjaume A, Trallero Casañas R, Saló I, Solá ME, Burgos Peláez R. *Nutrición y Dietética clínica 3rd.* Elsevier Masson Barcelona. España. 2014.
- Salido Moreno M P, Rodríguez Ubeda R. Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación. *Inquietudes* 2014; 48:12-19.
- Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy and urostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008; 35: 596-607.
- Sánchez-Manjón L. *Cuidados de enfermería en el paciente colostomizado.* [Trabajo fin de Grado]. Salamanca: E.U. Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Salamanca; 2017.
- Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literatura overview. *Colorectal Dis* 2010; 12: 958-64.
- Shabbir J, Chaudhary BN, Dawson R. A systematic review on the use of prophylactic mesh during primary stoma formation to prevent parastomal hernia formation. *Colorectal Dis* 2012; 14:931-6.

- Shellito PC. Complications of abdominal stoma surgery. Dis Colon Rectum, 1998; 41: 1562-72

-Tam KW, Wei PL, Kuo LJ, Wu CH . Systematic review of the use of a mesh to prevent parastomal hernia. World J Surg 2010; 34:2723-9.

-Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López\_Miñarro PA. Imagen corporal: revisión bibliográfica. Nutr Hosp. 2013; 28:27-35.

- Vázquez García MC, Poca Prast T.. Manual de Cuidados en Ostomías. 1ª Edición. Ediciones DAE ( Grupo Paradigma). Madrid. 2009. ISBN: 978-84-95626-73-8.

-Vijayasekar C, Marimuthu K, Jadhav V, Mathew G. Parastomal hernia: is prevention better than cure? Use of preperitoneal polypropylene mesh at the time of stoma formation. Tech Coloproctol 2008; 12: 309-13.

- Wijeyekoon SP, Gurusamy K, El-Gendy K, Chan CL. Prevention of parastomal herniation with biologic/composite prosthetic mesh: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Coll Surg 2010; 211:637-45.

- Williams J. Stoma care: intimacy and body image issues. Practice Nursing 2012; 23:91-4.

