

GRP

GUÍA DE
RECOMENDACIONES
PRÁCTICAS en

Enfermería

OSTOMÍA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

DE LA PRÁCTICA CENTRADA
EN LA ENFERMEDAD
A LA ATENCIÓN CENTRADA
EN EL PACIENTE



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



INSTITUTO ESPAÑOL
DE INVESTIGACIÓN
ENFERMERA

GRP

GUÍA DE RECOMENDACIONES PRÁCTICAS en Enfermería

OSTOMÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DE LA PRÁCTICA CENTRADA EN LA ENFERMEDAD A LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

DIRECCIÓN DEL PROYECTO

Dr. Diego Ayuso Murillo
Secretario General. Consejo General de Enfermería de España

Guadalupe Fontán Vinagre
Coordinadora del Instituto de Investigación del Consejo General de Enfermería de España

COORDINACIÓN Y REVISIÓN INTERNA DEL CGE

Tamara Domingo Pérez
Instituto de Investigación del Consejo General de Enfermería de España

COORDINACIÓN CIENTÍFICA

Virginia García Moreno
Enfermera del Servicio de Cirugía general y digestivo. Enfermera de Consulta de Práctica Avanzada de Ostomías. Hospital Universitario La Princesa. Madrid

COORDINACIÓN TÉCNICA Y REVISIÓN

Kenlis Alejandra Santana Casanova
Licenciada en Enfermería. Máster en Estomaterapia. Departamento de formación. Convatec

AUTORAS

Marta Artola Etxeberria
Máster en Coloproctología y Estomaterapia. Consulta de estomaterapia y disfunción intestinal. Osi Donostialdea. Hospital Universitario de Donosti. Gipuzkoa

María Elena García Manzanares
Máster en Coloproctología y Estomaterapia. Master en Investigación en Ciencias Sociosanitarias. Máster en Gestión de Servicios de Enfermería. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Virginia García Moreno
Experto en Estomaterapia. Enfermera del Servicio de CGD. Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud. Hospital Universitario La Princesa. Madrid

Milagros Martín Fernández
Curso de experto en Estomaterapia. Curso de experto en cuidados avanzados en Coloproctología. Máster en Coloproctología y Estomaterapia. Consulta de Enfermería de Ostomías. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

©



Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

Sierra de Pajarejo, 13
28023 Madrid
Tel.: 91 334 55 20. Fax: 91 334 55 03
www.consejogeneralenfermeria.org

Coordinación editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN:
Depósito Legal:

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

Fecha de edición: abril de 2023.

Cómo se debe referenciar esta publicación:

Artola Etxeberria M, García Manzanares ME, García Moreno E, Martín Fernández M. Guía de recomendaciones prácticas. Ostomía en Atención Primaria. García Moreno E. Coordinadora. Madrid: IM&C; 2023.

Sumario

3

Prólogo	5
1 Introducción	7
2 Objetivos	11
3 Material y métodos	13
4 Cuidados de Enfermería en estomas digestivos y/o urinarios	17
5 Vivir con una ostomía. Calidad de vida del paciente ostomizado	69
6 Páginas web de consulta y asociaciones de pacientes	93

La asistencia a un persona ostomizado supone, en muchas ocasiones, un reto para los profesionales que formamos los diferentes niveles asistenciales, al desconocer qué es una “ostomía” y cómo aportar los cuidados más adecuados que necesitan.

Desde la primera colostomía que realizó Duret en el año 1793 hasta la actualidad ha habido una gran evolución en la cirugía de colon, mejorando la evolución y recuperación de los pacientes. De forma paralela, se han identificado sus necesidades y se han desarrollado cuidados de Enfermería para dar respuesta a las mismas.

A través de los años, la necesidad de preparar profesionales de Enfermería que aportaran a estas personas ostomizadas los cuidados más adecuados para mejorar su calidad de vida dio lugar al nacimiento de la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE) en 1988.

La estomaterapeuta es la enfermera experta en la atención integral de la persona ostomizada, trabajo que desarrolla en las consultas de Ostomías, en hospitalización y en Atención Primaria.

Las consultas de Ostomías son el lugar donde se tiene el primer contacto con el paciente desde que recibe la noticia de su patología.

La persona ostomizada, cuando recibe la noticia de su diagnóstico y lo que va a suponer vivir con una ostomía, tiene “miedo a lo desconocido”, tanto ella, como primera persona afectada, como sus familiares, que son el apoyo incondicional para su recuperación. De ahí la importancia del papel

del estomaterapeuta como ayuda al paciente a lo largo de todo el proceso de su enfermedad. El profesional le acompaña en todo este nuevo camino que va a atravesar, superando las dificultades y evitando las complicaciones.

Tanto los promotores como los autores de esta guía de recomendaciones consideran que su elaboración puede aportar conocimientos y promover la práctica basada en la evidencia que unifique criterios en los cuidados básicos de un paciente ostomizado.

La guía proporcionará los conocimientos más adecuados al profesional de Enfermería, de tal manera que el paciente en todo momento, lugar, sitio o ubicación tendrá la atención mínima más adecuada para su recuperación.

Este documento se elabora con el fin de apoyar y facilitar los conocimientos a todos los profesionales de Enfermería en el cuidado integral de las personas ostomizadas y con su ayuda concienciar a reducir el estigma social de “llevar una bolsa”.

Inmaculada Pérez Salazar
*Estomaterapeuta. Presidenta de SEDE
(Sociedad Española de Enfermería Experta
en Estomaterapia)*

1 Introducción

Una ostomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se aboca al exterior una parte del sistema digestivo o urinario a través de un orificio no natural¹. Esta salida creada de forma artificial recibe el nombre de “estoma”, palabra de origen griego que significa “boca”. El estoma puede ser permanente o temporal, y los tipos más comunes de estoma de eliminación son la colostomía, la ileostomía y la urostomía.

Se estima que entre 1,3-1,9 millones de personas en todo el mundo tienen una ostomía. En Europa, en 2018, la cifra era de 24 por 1.000 habitantes² y en España de 70.000, aproximadamente, con una incidencia de 16.000 casos nuevos cada año³. La causa más frecuente que justifica su realización es el cáncer colorrectal, siendo este el segundo tipo de cáncer más habitual tanto en mujeres como en hombres en nuestro país durante el año 2021⁴. Otras causas que pueden requerir la realización de una ostomía en los adultos son la diverticulitis, las enfermedades inflamatorias intestinales, como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, el cáncer de vejiga, la isquemia intestinal, el estreñimiento severo o las fístulas.

Las personas ostomizadas requieren unos cuidados integrales, individualizados y especializados que fomenten tanto su independencia como su calidad de vida⁵. Según Coca y cols. (2015), la atención por parte de enfermeras expertas en estomaterapia o enfermeras de Ostomía mejora un 15 % su estado de confort y su calidad de vida y contribuye a reducir el coste sanitario en un 48 %⁶.

Los cuidados que estas personas requieren deben ir dirigidos a la prevención de complicaciones, al tratamiento

precoz y eficaz de las mismas si aparecen, a ofrecer apoyo emocional y al asesoramiento nutricional en las distintas situaciones o experiencias de la vida diaria. Aproximadamente, entre un 20 y un 71 % de las personas ostomizadas sufren complicaciones relacionadas con el estoma, siendo las más habituales las fugas del efluente a través del dispositivo colector y los problemas en la piel⁷. Otra complicación frecuente es la hernia paraestomal⁸.

La creación de una ostomía es un hecho que marca la vida de la persona y que tiene implicaciones directas en la calidad de vida relacionada con la salud⁹, pudiendo influir en su bienestar físico, emocional y social⁵. Afecta negativamente a la imagen corporal de la persona, a su vida sexual, a su estado de ánimo y a la realización de sus actividades cotidianas, lo que altera la salud psicológica general del paciente. A pesar de estas dificultades, si se dispone de los recursos, los profesionales expertos y los apoyos adecuados, las personas ostomizadas pueden llevar una vida activa y plenamente integrada en la sociedad^{6,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mateo JE. Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. *Gerokomos*. 2019;30(3):142-6. [Citado 24 de enero de 2023]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000300142&lng=es.
2. Gil Hernández L, Santafosta Alonso S, De la Quintana Jiménez P. Proyecto para la mejora de la calidad de vida de las personas ostomizadas. Madrid + Salud. 2018. [Citado 22 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/0c5726d8-34d8-4116-bb82-1f75d36b307b/0332EE75-4321-48F8-82AD-41BFE11155C9/ee4ca1e8-6cc7-4063-9e3d-d8ae30ed41e9/ee4ca1e8-6cc7-4063-9e3d-d8ae30ed41e9.pdf>.
3. Lado Teso A, Fabeiro Mouriño MJ, Bueno Cruz B, Vázquez García MC, Jiménez López I, Mera Soto A. Usos y actitudes de los pacientes ostomizados en España (Estudio U&A en Ostomía). *Metas Enferm*. 2019;22(4):19-27.

4. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2020. SEOM. 2020:1. Disponible en: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf.
5. Instituto Español de Investigación Enfermera, Consejo General de Enfermería de España. Marco de actuación de la Enfermera/o Experta/o en Cuidados Estomaterapéuticos de las Personas Ostomizadas, Familiares y/o Cuidadores. 2022. [Citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competencias-enfermeras/send/70-competencias-enfermeras/1664-marco-de-actuacion-enfermera-experta-cuidados-estomaterapeuticos>.
6. Coca C, Fernández de Larrinoa I, Serrano R, García-Llana H. The impact of specialty practice nursing care on health-related quality of life in persons with ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2015;42(3):257-63.
7. Medley JA. Cost-effectiveness of a WOC advanced practice nurse in the acute care and outpatient setting. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014;41(4):307-10.
8. Russell S. Parastomal hernia and physical activity. Are patients getting the right advice? *Br J Nurs.* 2017;26(17):S12-8.
9. Registered Nurses' Association of Ontario. (RNAO). Apoyo a Adultos que Esperan o Viven con una Ostomía. 2.a ed. Toronto (ON); 2019. [Citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: www.RNAO.ca/bpg.

2 Objetivos

Esta guía de recomendaciones prácticas pretende describir, de manera clara y comprensible, los cuidados basados en la evidencia que requiere una persona ostomizada, pudiendo servir como apoyo para la toma de decisiones en la planificación de los cuidados de Enfermería en los distintos niveles asistenciales donde puede ser atendido.

Los objetivos específicos de esta guía son:

- Recopilar los cuidados básicos para la atención integral al paciente ostomizado y/o sus familiares o cuidadores, detallando los recursos asistenciales, educativos y de apoyo disponibles.
- Sintetizar los cuidados específicos de las complicaciones más frecuentes relacionadas con el estoma y la piel periestomal para que pueda servir como recurso de consulta para aquellas enfermeras encargadas del cuidado de una persona ostomizada.
- Sugerir una ruta asistencial y de continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales.

3 Material y métodos

El contenido de esta guía ha sido elaborado y consensado por un grupo de trabajo formado por enfermeras expertas en el cuidado de la ostomía (enfermeras de Ostomía) que han aportado su conocimiento basado en la evidencia y en su propia experiencia asistencial en el cuidado de la persona ostomizada.

Plan de trabajo

La elaboración de esta Guía de Recomendaciones Prácticas (GRP) para el cuidado del paciente ostomizado se llevó a cabo mediante la siguiente estrategia:

1. Identificación y selección de enfermeras expertas en el cuidado del paciente ostomizado de diferentes comunidades autónomas.
2. Propuesta inicial de contenidos por el grupo de trabajo ya constituido y por la coordinación científica.
3. Adjudicación temática de cada uno de los apartados a los distintos autores según su experiencia y ámbito de atención.
4. Consenso entre el grupo de trabajo sobre criterios de búsqueda de la evidencia científica para la elaboración del contenido de la guía.
5. Revisión conjunta del contenido por la coordinación científica y por coordinadores técnicos externos del Instituto Español de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería.

Participantes en la Guía de Recomendaciones Prácticas

Los distintos participantes en la GRP para el cuidado y atención de la persona ostomizada se relacionan en el apartado de autoría y colaboraciones.

Grupo de trabajo de la guía (GTG):

- Grupo elaborador de la guía (GEG):
 - Clínicos: cuatro enfermeras expertas en Ostomía.
 - Experto en metodología.
 - Líder o coordinador: dos coordinadores técnicos, uno clínico y otro del Instituto de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería.
- Otros participantes en el contenido de la guía:
 - Revisores externos: miembros del Instituto Español de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería.

Declaración de intereses del Grupo de trabajo de la guía

Se declara ausencia de conflicto de intereses por parte de los distintos autores y revisores de la guía.

Búsqueda de información y selección de la evidencia científica

Para la búsqueda bibliográfica y selección de la información relacionada con la persona ostomizada y las recomendaciones de la guía se establecieron los siguientes criterios de inclusión/selección de la bibliografía:

- Vinculación temática: paciente/persona ostomizado/a y cuidados de Enfermería para cada uno de los apartados del contenido de la guía.

- Periodo de publicación: últimos 5 años (2018-2023), excepto para documentos de referencia previos a este periodo, que se seleccionaron por su pertinencia para la elaboración del contenido de la guía.
- Bases de datos en Ciencias de la Salud nacionales e internacionales.
- Idiomas de búsqueda: español, inglés y portugués.
- Tipos de estudios: guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis y otras síntesis de la evidencia (estudios secundarios). Estudios primarios: estudios de cohortes, estudio de casos y controles, casos clínicos. Consenso de expertos y guías de recomendaciones.

Teniendo en cuenta el contenido de cada uno de los apartados de la guía, se emplearon descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) para bases de datos en castellano y términos MeSH (*Medical Subject Headings*) para las de consulta en inglés que aborasen todos los contenidos de la guía.

Las fuentes de información empleadas fueron las siguientes:

- Bases de datos: Cuiden, Lillacs, Biblioteca Cochrane, Dialnet, Medline/PubMed.
- Repositorios de bases de datos y citas bibliográficas: Web of Science, SciELO.
- Repositorios de guías de práctica clínica: GuiaSalud, Fis-terra.
- Portales web especializados en cuidados de Enfermería: PiCuida, Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).
- Portales web especializados en cuidados de Enfermería en el paciente ostomizado: Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE), Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN).

- Revisión manual de literatura impresa en libros específicos sobre la persona ostomizada y sus cuidados, folletos de cuidados y recomendaciones y revistas de Enfermería no indexadas con información relevante para alguno de los apartados de la guía.

Revisión externa del contenido de la guía

Los miembros del Instituto Español de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería realizaron la revisión externa de la guía.

Actualización de la guía

La revisión y actualización completa de la guía se llevará a cabo cada 5 años. En caso de aparición de nueva evidencia relevante sobre el cuidado del paciente ostomizado se realizará antes de dicho periodo de tiempo. Así mismo, se podrán hacer revisiones específicas sobre recomendaciones que se vean modificadas sustancialmente por nueva evidencia.

4 Cuidados de Enfermería en estomas digestivos y/o urinarios

17

Recuperación quirúrgica intensificada. Educación preoperatoria y marcaje del estoma

¿Cómo influyen los programas de recuperación quirúrgica rápida en el paciente ostomizado?

¿Cuál es el papel de la enfermera de Ostomías?

¿Qué es el marcaje del estoma?

El concepto de recuperación intensificada se desarrolló en los años 90, surgiendo programas como *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)*¹, *Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018*² o la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA)³. Estos programas se basan en tres pilares fundamentales: medidas y estrategias perioperatorias, multidisciplinariedad y participación activa del paciente⁴.

Estos protocolos se inician en el momento preoperatorio, donde el paciente tiene un papel fundamental, debiendo realizar de forma autónoma actividades como dejar de fumar y evitar el consumo de alcohol 1 mes antes de la intervención, realizar ejercicio y seguir una dieta hiperproteica, entre otras⁵. Diferentes estudios demuestran los beneficios de la valoración preoperatoria del paciente por un profesional de Enfermería experto en Estomaterapia. Por ello, todos los pacientes susceptibles de que se les realice una ostomía deben ser derivados a la consulta de Enfermería de Ostomías como parte del protocolo^{6,7}. La enfermera estomaterapeuta, a través de la información y educación sanitaria que

proporciona en este momento, resuelve dudas al paciente acerca de la cirugía, ayudando con ello a disminuir la ansiedad. En la primera entrevista realiza una valoración física y psicológica, brindando apoyo emocional para que el paciente exprese sus sentimientos y preocupaciones; además, se realiza el **marcaje del estoma** de forma previa a la cirugía. Se trata de una intervención que permite ubicar el lugar idóneo del estoma sobre el abdomen del paciente para favorecer que este pueda realizar posteriormente sus autocuidados, evitar complicaciones y facilitar la adaptación de los dispositivos, tal y como recoge la guía de buenas prácticas clínicas *Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía*, de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)⁸.

En España, esta intervención enfermera está reconocida y amparada en la resolución número 21/2017 del Consejo General de Enfermería⁹. Para realizarla, se explica al paciente la importancia de la técnica, se solicita su colaboración y se siguen las recomendaciones para la realización del marcaje: según la técnica quirúrgica, los estomas deben colocarse sobre el músculo recto abdominal para disminuir el riesgo de hernia paraestomal, en una zona del abdomen donde el paciente lo vea con facilidad y donde la piel esté lo más plana posible para asegurar la correcta adaptación de los dispositivos de ostomía, evitando prominencias óseas, cicatrices, pliegues cutáneos, zonas de hiperpigmentación, lunares o tatuajes si es posible^{8,10-12}.

La tendencia a la reducción de los días de estancia hospitalaria después de la cirugía puede condicionar la educación sanitaria del paciente ostomizado con respecto al autocuidado de su ostomía, por lo que es fundamental la información preoperatoria, que favorece el alta precoz, al conseguir la colaboración e implicación del paciente. Además de la información, son necesarios el apoyo y el soporte emocional para facilitar la adaptación a la nueva situación.

Proceso de atención al persona ostomizada durante el periodo perioperatorio y el seguimiento tras el alta hospitalaria. Enfermera de Ostomías y coordinación con Atención Primaria

¿Qué ruta asistencial sería la ideal para una atención integral y continuada a la persona ostomizada en todo su proceso?

¿Qué profesional y nivel asistencial es el responsable en cada fase del proceso?

Los circuitos de atención y asistencia a la persona ostomizada durante el periodo perioperatorio pueden tener alguna diferencia entre centros¹³, pero de forma genérica, las formas de acceso a la atención en la **consulta de Ostomías** son:

- **Derivación interna:** incluida en el protocolo de recuperación quirúrgica intensificada; los profesionales médicos y de Enfermería del hospital pueden realizar una interconsulta informatizada o consulta telefónica a la enfermera estomaterapeuta para la captación del paciente.
- **Derivación externa:** se puede realizar de forma telemática a través de una interconsulta desde Atención Primaria (AP) o de forma telefónica.

El seguimiento del paciente tras el alta:

- **Primera visita (tras el alta):** la estomaterapeuta realizará una valoración integral del paciente, haciendo especial hincapié en sus antecedentes, en su proceso y en la situación actual de sus cuidados. Se decidirá si precisa visitas sucesivas, si se realiza un protocolo conjunto de cuidados o si se deriva para seguimiento solamente por su enfermera de AP.

- **Visitas sucesivas:** tendrán un carácter de seguimiento periódico para aquellas personas con ostomías que requieran de cuidados avanzados o cuando la enfermera referente de AP, por cambios en el proceso, requiera o recomiende una nueva valoración por parte de la estomaterapeuta.

La educación sanitaria sobre el manejo y cuidado del estoma se desarrolla durante el periodo preoperatorio, posoperatorio y seguimiento tras el alta hospitalaria con el objetivo de conseguir que la persona ostomizada se adapte a su nueva situación, ofreciéndole conocimientos, ayudándole a adquirir habilidades y fomentando actitudes para lograr su adaptación a la vida diaria (figura 1).

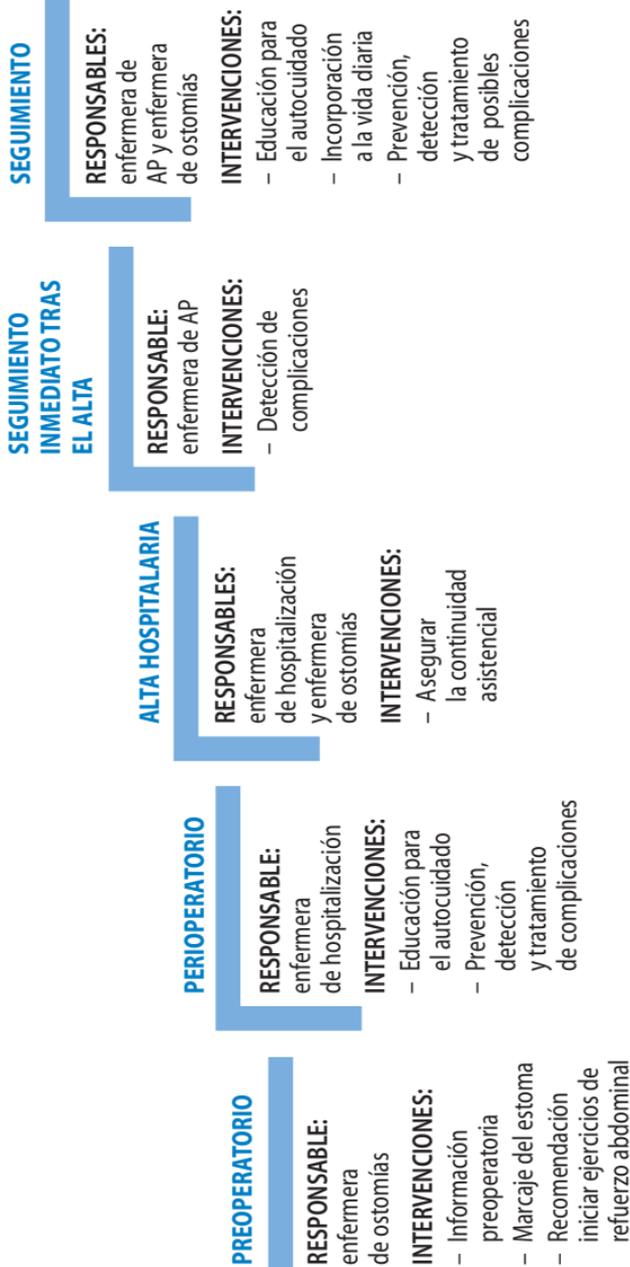
Preoperatorio

El objetivo asistencial en el preoperatorio es hacer una valoración integral y preparar al paciente para que se encuentre en condiciones óptimas para la intervención quirúrgica; se le ofrece al paciente información acerca del tipo de cirugía, el concepto de estoma, los tipos de dispositivos que utilizará, la dieta más adecuada en cada caso, el ejercicio, la sexualidad y actividades de la vida diaria. Se realiza el marcaje prequirúrgico para la ubicación del estoma^{7,14} y, en ocasiones, se facilita un documento por escrito con toda la información, recomendaciones, páginas web de interés, información sobre asociaciones de pacientes, y teléfono y correo electrónico para contactar con su enfermera de Ostomías.

En esta consulta se ha de tener en cuenta el impacto emocional que puede suponer para el paciente toda la información que recibe sobre la ostomía y adaptarse a la situación individual de cada paciente.

Postoperatorio

La enfermera estomaterapeuta valora al paciente después de la intervención quirúrgica, así como el estado de su ostomía para poder detectar posibles complicaciones inmediatas, en

FIGURA 1. ESQUEMA DE RUTA ASISTENCIAL DE LA PERSONA OSTOMIZADA


Fuente: elaboración propia.

colaboración con la enfermera responsable del paciente en la unidad de hospitalización. El objetivo en esta etapa es que el paciente y/o la familia sea capaz de realizar los cuidados del estoma y los cambios de dispositivo antes del alta; para ello será fundamental el inicio precoz de la educación sanitaria y fomentar la implicación de paciente y familiares lo antes posible^{7,14}.

Seguimiento en consulta de Ostomía

El paciente recibe el alta a su domicilio con la cita de seguimiento en la consulta de Ostomías. En esta etapa los objetivos son valorar el autocuidado del estoma por parte del paciente y/o familia, verificar el estado de la piel periestomal y la adaptación correcta del dispositivo, prevenir, detectar y tratar posibles complicaciones, así como favorecer la adaptación a la vida diaria. En esta etapa, se profundiza en aspectos de la esfera psicosocial del paciente y la sexualidad y se ofrecen técnicas de continencia a aquellos pacientes que puedan emplearlas^{7,14}. Se mantiene un seguimiento estrecho mientras el paciente está en tratamiento oncológico activo (pueden presentarse alteraciones y cambios en el estoma y en la piel periestomal), también en caso de enfermedad inflamatoria intestinal mal controlada y ante complicaciones severas del estoma y de la piel periestomal. En algunos casos se realiza un seguimiento telefónico.

Consulta telefónica desde Atención Primaria

Desde AP, el personal de Enfermería contacta con el paciente de forma telefónica en las primeras 24-48 horas desde que es dado de alta. Algunas preguntas que podrían realizarse para la valoración del paciente ostomizado son:

- ¿Tiene cita de seguimiento en la consulta de Ostomías del hospital?

- ¿Tiene dispositivos de ostomía suficientes hasta entonces?
- ¿Sabe realizar los cuidados básicos del estoma?, ¿su cuidador o familiar sabe hacerlo?
- ¿Tiene algún problema relacionado con la ostomía? (problemas en la piel, fugas, etc.).
- ¿Sabe qué dieta debe mantener?, ¿cuánta agua bebe al día?, ¿cuántas veces vacía la bolsa al día?
- ¿Tiene alguna herida quirúrgica, sonda o drenaje?

Si fuera preciso, se proporcionará una cita para valoración en la consulta con su enfermera de AP y se le recomienda al paciente que acuda con el material necesario para el cambio de dispositivo.

¿Cuándo puede realizarse el seguimiento del paciente ostomizado en Atención Primaria?

Siempre que el paciente cuide de su ostomía correctamente de forma independiente y no presente complicaciones en el estoma ni en la piel periestomal; cuando no haya alteraciones en su funcionamiento intestinal (alto débito, suboclusión, estenosis) y los dispositivos de ostomía se adapten correctamente. También cuando la persona se encuentre adaptada emocionalmente a su nueva situación y cuando se le realiza la reconstrucción del tránsito intestinal.

Tipos de ostomías¹⁵⁻¹⁸

¿Qué tipos de ostomía existen?

¿Cómo pueden clasificarse?

SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA

- **Permanente:** no existe solución de continuidad tras una amputación completa del órgano afectado o por cierre

del mismo; el paciente tendrá de por vida el estoma. Las intervenciones en las que se realizan ostomías definitivas pueden ser la amputación abdominoperineal (APP), la panproctocolectomía o la cistectomía. Las enfermedades más frecuentes que justifican este tipo de cirugía son: neoplasia de recto o ano, enfermedad perianal compleja, colitis ulcerosa, poliposis adenomatosa familiar o cáncer de vejiga.

- **Temporal:** una vez solucionada la causa que hizo necesaria la realización de un estoma, se puede restablecer el tránsito intestinal y/o urinario. La función principal de este tipo de ostomías es la protección de la anastomosis o solucionar un problema de salud urgente (por ejemplo, la obstrucción intestinal). Algunos ejemplos de intervenciones en las que se realizan ostomías temporales pueden ser la resección anterior baja (RAB) de recto, la sigmoidectomía tipo Hartmann o la proctocolectomía. Las enfermedades que más frecuentemente justifican esta cirugía son los traumatismos de colon, tumores, inflamación, isquemia, diverticulitis, problemas anales complejos o enfermedad inflamatoria intestinal.

SEGÚN EL ÓRGANO EXTERIORIZADO (tabla 1)

- **Colostomía:** exteriorización del colon a través de la pared abdominal; normalmente el lugar más adecuado es el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, por debajo del ombligo. Según la porción de colon abocada, puede ser derecha o ascendente, transversa, izquierda o descendente. Su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso. La consistencia de las heces es pastosa y no suele haber problemas con la absorción de nutrientes ni de agua.
- **Ileostomía:** exteriorización del íleon distal a través de la pared abdominal, de forma general en el cuadrante inferior derecho del abdomen, por debajo del ombligo. Las

heces son de consistencia líquida o semilíquida, muy irritantes para la piel periestomal por su alto contenido en enzimas digestivas y un pH neutro-alcalino en contraste con el pH de la piel, que es de 5,5. La emisión de heces se produce de una manera rápida después de la ingesta de alimentos y puede haber riesgo de inadecuada absorción de nutrientes y medicamentos, con las consecuentes alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas para el paciente.

- **Urostomía tipo Bricker (ureteroileostomía):** en este caso se extirpa la vejiga y se sustituye con una porción de intestino delgado (íleon) a la que se unen los uréteres. El extremo de la porción de intestino se aboca al exterior del abdomen construyendo un estoma. En este tipo de estomas, además de la orina, se elimina mucosidad producida de forma natural por la parte de intestino que se ha aislado para la confección del estoma.
- **Ureterostomía cutánea:** exteriorización de los uréteres a través de la pared abdominal. Estos estomas tienen un diámetro más pequeño y están alineados a la piel, en este caso únicamente se produce orina.

TABLA 1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTOMAS DE ELIMINACIÓN

COLOSTOMÍA	ILEOSTOMÍA	UROSTOMÍA TIPO BRICKER
Intestino grueso	Intestino delgado	Intestino delgado (íleon)
Volumen bajo de efluente	Volumen alto de efluente	Volumen alto de efluente
Heces semisólidas o sólidas	Heces líquidas o semilíquidas	Débito líquido y mucosidad
Riesgo bajo de dermatitis	Riesgo alto de dermatitis	Riesgo alto de dermatitis
Permite métodos de continencia	No permite métodos de continencia	No permite métodos de continencia

Fuente: elaboración propia.

SEGÚN LA FORMA DE EXTERIORIZACIÓN/TÉCNICA QUIRÚRGICA¹⁹

- **Terminal:** se realiza una sección completa del intestino que se exterioriza a través de la pared abdominal.



Ostomía terminal

- **Lateral o en asa:** se exterioriza un segmento de intestino cuya continuidad se conserva, permitiendo ver los dos extremos del intestino o dos salidas, una distal y una proximal. Se utilizan con frecuencia para derivar el tránsito intestinal y proteger una anastomosis.



Ostomía en asa

- **Doble boca o Devine:** el intestino se secciona de forma completa, de tal forma que ambos extremos se abocan a la piel y se exteriorizan formando dos estomas terminales separados cierta distancia; por el extremo proximal eliminará heces y por el extremo distal mucosidad. Pueden encontrarse juntos o separados a cierta distancia.

- **Cañón de escopeta o Paul Mikulicz:** el intestino se secciona de forma completa, de tal forma que ambos extremos se abocan a la piel y se exteriorizan formando dos estomas terminales que se abocan juntos a la piel; por el extremo proximal eliminará heces y por el extremo distal mucosidad. Pueden encontrarse juntos o separados a cierta distancia.



Ostomía en cañón de escopeta

Tipos de dispositivos de ostomía

Objetivos de aprendizaje

¿Cómo se clasifican los dispositivos de ostomía?

¿Cuáles son sus características?

¿Cómo elegir el mejor dispositivo para cada paciente?

Un dispositivo de ostomía se conforma por una base adhesiva dermoprotectora y una bolsa de recogida. La base contiene componentes para la protección del estoma y la piel periestomal y permite una correcta adhesión a la piel abdominal. Las bolsas para la recogida del efluente suelen ser cerradas para colostomías, abiertas para ileostomías y con válvula de vaciado para urostomías, pero esto siempre debe adecuarse a la consistencia del efluente.

Los sistemas de ostomía están diseñados para ser seguros, confortables y fáciles de colocar, permitiendo a la persona portadora de una ostomía llevar una vida activa y de calidad²⁰.

TIPOS DE DISPOSITIVOS

- **Una pieza:** la base adhesiva y la bolsa están integradas de forma que no pueden separarse. Ofrece la posibilidad de colocar y retirar la bolsa en un solo paso, proporcionando comodidad en todo momento. No dañan la piel y son muy fáciles de manejar. Esta opción es discreta y flexible.
- **Dos piezas:** la base protectora para la piel y la bolsa están separadas y se unen de forma segura. Esta opción permite quitar la bolsa para cambiarla, sin retirar la base protectora. Son los adecuados en pieles muy sensibles o en caso de complicaciones cutáneas. Estos sistemas pueden ser de acoplamiento mecánico (algunos pueden incorporar aro acordeón o flotante) o adhesivo. El sistema de acoplamiento con **aro acordeón o flotante** ayuda a mini-



mizar la presión abdominal y el dolor al colocar la bolsa. Ofrecen un espacio para introducir los dedos por debajo del aro que facilita el acoplamiento de la misma. Se recomienda su uso en el paciente con dolor postquirúrgico, que requiere un sistema de dos piezas para evitar ejercer presión sobre su abdomen al acoplar la bolsa a la base.



Sistema de dos piezas con acoplamiento mecánico



Acoplamiento con aro acordeón



Sistema de dos piezas con acoplamiento adhesivo



La elección del tipo de fijación o acoplamiento dependerá de la destreza del paciente y de su preferencia.

TIPOS DE BASES DERMOPROTECTORAS

- **Según su forma:**
 - **Bases planas:** se utilizan en estomas que están protruidos. La base protectora plana está a ras de piel.

- **Bases convexas:** se utilizan para protruir el estoma y eliminar el riesgo de fuga. La convexidad es la curvatura hacia afuera de la base¹⁶. La base protectora convexa aplica una presión alrededor del estoma, favoreciendo la protrusión de este hacia el dispositivo²¹. Se recomienda usar convexidad en estomas planos, retraídos, hundidos en un pliegue cutáneo y en abdómenes blandos o flácidos¹⁵. Su indicación requiere seguimiento porque pueden provocar problemas como úlceras por presión, dehiscencia de la sutura mucocutánea o prolapso. Solo deben utilizarse en aquellos casos en que sea necesario y durante el tiempo imprescindible.



Base plana



Base convexa

- **Según su adaptación al estoma:**

- **Bases recortables:** se recorta el orificio central para adaptarlo a la forma y tamaño del estoma. Están diseñadas para pacientes con suficiente destreza manual y agudeza visual. Se recomienda dejar, aproximadamente, 2 mm de espacio entre la piel y el estoma.



- **Bases precortadas:** el orificio central es circular y uniforme y ya está recortado. Diseñadas para pacientes con un estoma redondo que se ajusta al tamaño precortado disponible. Está diseñada para una fácil y práctica colocación.



- **Bases moldeables:** las bases con Tecnología Moldeable™ presentan memoria de recuperación, creando un sello personalizado adaptándose a cualquier forma y tamaño de estom¹⁹. Diseñada para pacientes con estomas redondos, ovalados o irregulares que encuentran dificultad en recortar la base. Para colocarla se moldea con los dedos, no requiere el uso de tijeras.



TIPOS DE BOLSAS PARA RECOGIDA

- **Según la visibilidad del contenido²⁰:**
 - **Bolsas transparentes:** permiten ver el contenido. Están indicados durante el ingreso hospitalario y si el paciente con ostomía digestiva prefiere ver el efluente.
 - **Bolsas opacas:** no permiten ver el contenido de la bolsa. Están indicadas cuando no se precisa ver el efluente.
 - **Bolsa con ventana:** el panel de confort o funda de la bolsa tiene una abertura tipo "ventana" que permite ver el interior cuando sea necesario, quedando como una bolsa opaca cuando no se utiliza la ventana.
- **Según su vaciado²⁰:**
 - **Bolsa cerrada:** el extremo inferior está sellado y no permite el vaciado. Una vez llega, como máximo, a 2/3 de su capacidad, se debe retirar y sustituir por una nueva bolsa. Están indicadas cuando las heces son espesas y formadas.



- **Bolsa abierta:** la parte inferior está abierta, permitiendo el vaciado y posterior cierre. Se puede realizar periódicamente a lo largo del día para que no sea necesario cambiar la bolsa con tanta frecuencia. Están indicadas cuando las heces son líquidas o semilíquidas, con deposiciones frecuentes a lo largo del día.



- **Bolsas con válvula de vaciado:** la parte inferior permite la recogida y posterior vaciado de la orina en los pacientes con una urostomía. Permite conectar bolsas de orina de pierna o de noche.


TABLA 2. TIPOS DE OSTOMÍA Y TIPOS DE DISPOSITIVOS

Ostomía	Órgano exteriorizado	Efluente	Riesgo de irritación cutánea	Dispositivo (bolsa)
Colostomía izquierda	Colon descendente o sigmoide	Heces formadas	No irritante	Cerrado
Colostomía transversa	Colon transverso	Heces semilíquidas-pastosas	Poco irritante	Cerrado/abierto
Colostomía derecha	Colon derecho	Heces semilíquidas	Irritante	Cerrado/abierto
Ileostomía	Íleon	Heces semilíquidas	Muy irritante	Abierto
Urostomía	Tracto urinario íleon	Orina	Irritante	Con válvula de vaciado

Fuente: elaboración propia.

La elección del dispositivo más adecuado (figura 2) para cada paciente dependerá de varios factores: estado de la piel periestomal, consistencia del efluente, forma del abdomen, habilidad del paciente, sus preferencias y la disponibilidad en el mercado pero, sobre todo, de la facilidad de uso para el paciente²¹.

FIGURA 2. ELECCIÓN DEL DISPOSITIVO DE OSTOMÍA



Fuente: elaboración propia.

ACCESORIOS

Existen en el mercado diferentes accesorios para el cuidado de la ostomía que pueden ayudar a mejorar la adaptación de los dispositivos, previniendo o tratando complicaciones. Entre ellos se encuentran:

- **Plantilla medidora de estomas:** permite valorar el diámetro exacto del estoma.
- **Pasta de ostomía:** se utiliza para sellar y rellenar desniveles de la piel. Favorece la adaptación del dispositivo y evita fugas.
- **Polvo de ostomía:** está indicado cuando hay piel irritada y/o erosiones en la piel. Absorbe la humedad y ayuda a regenerar la piel.
- **Protector cutáneo:** se utiliza para prevenir o tratar irritaciones de la piel. Existen presentaciones en spray y toallitas monodosis.

- **Anillo barrera moldeable:** sirve para conseguir mejor ajuste del dispositivo, proteger la piel y evitar filtraciones.
- **Cinturón:** se adapta al dispositivo de ostomía aumentando la fijación al abdomen; es regulable. Suele aportar seguridad al paciente.
- **Eliminador de adhesivo:** permite despegar el adhesivo con facilidad sin lesionar la piel. Se presentan como spray o toallitas monodosis.
- **Desodorizantes:** neutralizan el olor. Se introducen en el interior de los dispositivos.
- **Gelificantes o espesantes de heces:** son de uso externo, se introducen dentro del dispositivo de ostomía, espesan las heces líquidas y controlan el olor.
- **Tiras hidrocoloides adhesivas o arcos de sujeción:** ayudan a fijar la base aportando seguridad extra.

Cuidados del estoma. Educación sanitaria para el autocuidado

¿Qué pasos se deben seguir para realizar los cuidados de la ostomía y el cambio de dispositivo?

¿Qué material es necesario?

¿Qué fases deben seguirse en la educación para el autocuidado durante el periodo intrahospitalario?

La estancia hospitalaria se ha acortado gracias a la implantación de los protocolos *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) o la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA), pudiendo ser de 4 o 5 días, por lo que es importante contactar lo antes posible con la enfermera estomaterapeuta para la educación sanitaria y seguimiento del paciente ostomizado tras el alta. En cuanto el estado del paciente lo permita, se deben reforzar los conocimientos que se enseñaron en la consulta preoperatoria

e implicar al paciente y/o familia en el cambio de dispositivo, para conseguir su autonomía antes del alta (tabla 3). Después de la cirugía y en cada cambio de dispositivo, es necesario evaluar el estoma, la piel periestomal y la adaptación del dispositivo de ostomía.

TABLA 3. ETAPAS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA EL CUIDADO DEL ESTOMA EN EL PERIODO POSTOPERATORIO

Primera fase	Segunda fase	Tercera fase	Preparación del alta
Objetivo			
Recuperación del equilibrio físico	Inicio formación en autocuidado	Realización del cuidado por el paciente/cuidador	Favorecer la continuidad de cuidados Evitar complicaciones
Estoma y piel			
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de dispositivo • Valorar el estado de la piel, la unión mucocutánea, diámetro y perfil del estoma y coloración de la mucosa • Vigilar y prevenir complicaciones • Dispositivo adecuado • Registro 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de dispositivo • Cuidados del estoma y piel periestomal • Explicación del procedimiento al paciente/familia • Valorar dependencia • Resolución de dudas • Registro 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de dispositivo, cuidados del estoma y piel periestomal por el paciente/familia • Facilitar el material necesario • Resolución de dudas • Registro 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la adquisición de conocimientos y destrezas básicos • Proporcionar material para el domicilio • Verificar que se adjuntan códigos nacionales y recetas, así como cita para seguimiento en consulta de Ostomías • Registro
Responsable del cuidado			
Enfermera	Enfermera	Enfermera/paciente/familia	Enfermera/paciente/familia

Fuente: elaboración propia.

El material necesario para realizar el cambio de dispositivo de ostomía es:

- Dispositivo o bolsa de recambio.
- Bolsa de plástico para material sucio.
- Papel secamanos o pañuelos de papel.
- Jabón.
- Agua del grifo templada.
- Esponja suave.
- Tijeras curvas (si la bolsa de una pieza o si la base no es precortada o moldeable).
- Espejo si fuera necesario.
- Medidor.

Pasos a seguir para el cambio de dispositivo de ostomía:

1. Despegar el dispositivo con delicadeza, de arriba a abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar dermatitis traumáticas. Se puede utilizar el eliminador de adhesivo para facilitar su retirada.
2. Lavado con agua tibia, jabón y esponja suave (no es necesario limpiar con suero). No usar alcohol ni desinfectantes sobre el estoma. Se puede realizar la limpieza del estoma en la ducha, dejando que el agua corra encima del estoma, pero sin colocar muy próxima la alcachofa de la ducha.
3. Secar suavemente con toalla o papel (no es necesario usar gasas) antes de la colocación del nuevo dispositivo. No emplear secador.



4. Comprobar y registrar el estado de la piel, unión mucocutánea, perfil del estoma y coloración de la mucosa (apartado "Complicaciones: definición, prevención y complicaciones").
5. Comprobar la medida del estoma con el medidor y recortar el dispositivo (si la base no es precortada o moldeable).
6. Si hay vello en la zona de colocación del dispositivo no se debe rasurar, se debe cortar con cortadora eléctrica o con tijera de punta roma.
7. En caso necesario, aplicar productos recomendados (pasta o polvos de ostomía, protector cutáneo, etc.).
8. Si se utilizan dispositivos de dos piezas, hay que retirar la base adhesiva siempre que exista presencia o sospecha de fugas del efluente.
9. Utilizar un dispositivo que se fije adecuadamente y proteja la piel.
10. Mantener las manos presionando suavemente sobre el dispositivo para garantizar su adhesión durante 1 o 2 minutos.



Recomendaremos al paciente con colostomía o ileostomía que el cambio de dispositivo lo realice en ayunas o lo realice tras 1 hora y media desde la ingesta de comida, para evitar el peristaltismo intestinal y la salida continua del efluente mientras se está cambiando el dispositivo.

TABLA 4. CHECK LIST DEL AUTOCUIDADO DE LA OSTOMÍA

1	Preparar todo el material necesario
2	Revisar la bolsa antes de quitarla para detectar si hay fugas
3	Retirar la bolsa con suavidad, sujetando la piel periestomal
4	Revisar la bolsa retirada, buscando zonas de fuga o excesivo deterioro del material Desechar en una bolsa de basura
5	Limpia el estoma y la piel periestomal con suavidad 1.º la piel y 2.º el estoma. Secar cuidadosamente con papel de celulosa
6	Revisar el estoma y la piel en busca de enrojecimientos, úlceras, heridas... Utilizar un espejo si es necesario
7	Medir el estoma
8	Dejar cubierto el estoma con papel de celulosa hasta justo el momento de la colocación de la bolsa para evitar que se manche o se humedezca la piel
9	Según proceda, recortar o moldear la base ajustándose a la forma y tamaño del estoma No se debe sobrepasar la zona marcada como límite para el recorte. Este paso no se aplica si se utilizan bases precortadas
10	Aplicar la base o la bolsa de 1 pieza "de abajo a arriba". Cerrar la bolsa si es abierta o tiene grifo. Revisar que todo esté bien pegado o encajado

Fuente: elaboración propia.

Valoración del estoma. Registro y herramientas

¿Qué aspectos deben incluirse en el registro enfermero de la ostomía?

¿Qué herramientas se pueden utilizar para describir el estoma y la piel periestomal de una forma estandarizada?

REGISTRO

El registro continuo de todos aquellos aspectos relacionados con la ostomía y el paciente nos permite conocer su evolución y favorece el seguimiento de las complicaciones que pudieran existir.

Los aspectos más importantes que se deben valorar son:

- **Tipo de ostomía:** según el **órgano exteriorizado** (colostomía, ileostomía, urostomía) y según la **técnica quirúrgica** (terminal, lateral, en asa, en cañón de escopeta o doble boca).
- **Estoma:** según el **grado de protrusión** de la mucosa del estoma con respecto al plano cutáneo (estoma elevado, plano, retraído, hundido, prolapsado), la **forma** (ovalado, redondeado, irregular), el **diámetro**, el aspecto de la **mucosa** (normocoloreada, edematosa, necrosada, congestiva, pálida, sangrante, friable), el **estado de la sutura de la unión mucocutánea** (íntegra o dehiscente) y **otros** (presencia de granulomas, pólipos, divertículos o lesiones tumorales en el estoma).
- **Piel periestomal:** se entiende por piel periestomal el área de unos 10 x 10 cm de superficie cutánea alrededor del estoma²¹. Se valorará y describirá el estado de la piel: íntegra, enrojecida, erosionada, ulcerada, necrosada, con signos de celulitis, con hematoma, con lesión cancerosa, varices periestomales, foliculitis, pioderma gangrenoso, induración, erupción micótica, macerada, lesiones pseudoverruigosas o psoriasis. Conviene indicar la presencia de pliegues cutáneos abdominales, así como de hernia paraestomal.
- **Tipo de dispositivo:** esta información facilita la continuidad en el cuidado. Indicar si el dispositivo es de una o dos piezas, con base plana o convexa, con bolsa cerrada o abierta (opaca, transparente o con ventana), de ajuste mecánico o adhesivo, en caso de dispositivos de dos piezas, y si precisa el uso de accesorios (pasta, polvo hidrocoloide, anillo moldeable, tiras adhesivas de hidrocoloide, cinturón, etc.).
- **Ritmo intestinal:** se valora el aspecto y consistencia de las heces, la cantidad de débito diario y el ritmo intestinal (frecuencia de las deposiciones, estreñimiento, etc.).

- **Autocuidado del paciente/familia/cuidador:** identificar el grado de implicación que tiene el paciente en el cuidado de su ostomía (si lo realiza correctamente, si expresa miedo o si delega el cuidado) e identificar al cuidador principal.
- **Nivel de actividad física.**

HERRAMIENTAS

La guía de buenas prácticas clínicas “Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía”, de la Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO), contempla “evaluar el estoma inmediatamente después de la operación, así como el estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio de dispositivo de ostomía con una herramienta de clasificación validada para controlar las posibles complicaciones”, como una intervención con un nivel de recomendación IV²². Esta recomendación facilita la continuidad asistencial y la evaluación precisa de la evolución de las diferentes alteraciones que tanto el estoma como la piel periestomal pueden padecer.

- **Escala SACS™:** instrumento para estudio de las alteraciones de la piel periestomal, en su traducción al español (figura 3). Uno de los instrumentos de evaluación de la piel periestomal más utilizados y validado en idioma español. Se trata de una herramienta basada en la evidencia que evalúa y clasifica las lesiones de la piel periestomal²³.

Con el instrumento SACS™, primero se evalúa el tipo de lesión (L) en una de las cinco categorías que la escala propone (L1 a LX). Una guía visual de las cinco categorías proporciona ejemplos de tipos de lesiones, mostrando el deterioro progresivo de la piel, junto con una definición estándar para cada lesión. En segundo lugar, se identifica la ubicación topográfica (T) de la lesión en relación con el estoma, utilizando una rejilla con forma de esfera de reloj que divide el plano periestomal en cinco cuadrantes (TI-TV). El tercer paso es documentar el tipo de lesión (L) y ubicación topográfica (T)^{24,25}.

FIGURA 3. EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE UNA LESIÓN PERIESTOMAL CON EL INSTRUMENTO SACS™



Instrumento SACS™: Evaluación y clasificación de lesiones periestomales



¿Por qué se creó el instrumento SACS™?

- Una revisión sistemática de la documentación reveló que no existía ningún sistema universal para clasificar de forma objetiva las lesiones periestomales por:
 - Tipo de lesión (grado de profundidad de implicación de la piel).
 - Ubicación en relación con el estoma.
- La ausencia de definiciones operativas disponibles de tipos de lesión periestomal planteó ciertos problemas a los profesionales sanitarios.³
- El instrumento SACS™ se desarrolló para ayudar a fijar un vocabulario estándar para la evaluación y la clasificación de lesiones periestomales.

Paso 1	Paso 2	Paso 3
<p>Evalúa y clasifica la lesión de piel periestomal (L, LX)</p> <p>▼</p> <p>Tipo de Lesión</p> <p>Clasificación de lesiones La clasificación SACS tiene 5 categorías y cuadrantes, empezando por lesiones L1 y llegando hasta LX. Los cuadrantes de la topografía identifican el área afectada por la lesión. Pueden clasificarse varios tipos de lesiones.</p>	<p>Observa la topografía para identificar la ubicación de la lesión (TI-TV)</p> <p>▼</p> <p>Localización topográfica (T)</p> <p>La topografía identifica los cuadrantes en torno al estoma afectado por la lesión. La clasificación permite incluir más de una "T" afectada por la lesión.</p>	<p>Documenta la clasificación SACS™ del paciente (L y T)</p> <p>▼</p> <p>Ejemplos de clasificación SACS™</p> <p>Clasificación: L2, TV Lesión abierta que no se extiende al tejido subcutáneo, pérdida parcial del espesor de la piel.</p> <p>Clasificación: LX, TI y TIII Presencia de crecimientos anormales (es decir, hiperplasia, granulomas, neoplasias).</p>
<p>Tipo de lesión (L)</p> <p>L1 Lesión hiperémica Rojez periestomal y piel intacta.</p> <p>L2 Lesión erosiva Lesión abierta que no se extiende al tejido subcutáneo, pérdida parcial del espesor de la piel.</p> <p>L3 Lesión ulcerosa Lesión abierta que se extiende al tejido subcutáneo y por debajo, pérdida total del espesor de la piel.</p> <p>L4 Lesión ulcerosa Pérdida total del espesor de la piel con tejido muerto y no viable (necrótico, fibrinoso).</p> <p>LX Lesión proliferativa Presencia de abultamientos anormales (es decir, hiperplasia, granulomas, neoplasias).</p>	<p>Cabeza del paciente</p> <p>Pies del paciente Versión modificada de orientación horizontal</p> <p>Localización topográfica (T)</p> <p>TI: Cuadrante periestomal superior izquierdo del paciente (12 a 3 en punto)</p> <p>TII: Cuadrante periestomal inferior izquierdo del paciente (3 a 6 en punto)</p> <p>TIII: Cuadrante periestomal inferior derecho del paciente (6 a 9 en punto)</p> <p>TIV: Cuadrante periestomal superior derecho del paciente (9 a 12 en punto)</p> <p>TV: Todos los cuadrantes periestomales</p>	<p>Al utilizar el instrumento SACS™</p> <p>L1, LX Documente todas las lesiones observadas.</p> <p>TI, TV Documente las ubicaciones topográficas de todas las lesiones observadas.</p> <p><small>Nota sobre clasificación: La clasificación debe referir siempre a la lesión más grave. Las lesiones adicionales de menor gravedad también pueden clasificarse de manera opcional de acuerdo con la práctica médica local.</small></p> <p><small>Ejemplo: Si un paciente tiene una L1 en TIV y una L2 en TI, la clasificación sería L2, TI. Si se añadiera la lesión menos grave, sería L2, TI y L1, TIV.</small></p>

¿Qué ventajas clínicas ofrece el instrumento SACS™?

- Definiciones operativas para la interpretación uniforme de lesiones de la piel periestomal.
- Un instrumento de medida con validez de contenido para clasificar el tipo de lesión y su ubicación (CVI=0,94 sobre 1,0).²
- Un sistema de clasificación objetivo para documentar la incidencia de complicaciones de la piel periestomal.

SACS es una marca registrada de Convatec Inc.
El logotipo AIOSS se utiliza con autorización

POSTERSACS
®/™ indican marcas del grupo Convatec.
©2023 Convatec.

- **Ostomy Skin Tool (OST):** es una herramienta estandarizada y aceptada internacionalmente para evaluar la piel periestomal. Martins *et al.*²⁶ desarrollaron la OST para profesionales sanitarios como método objetivo y estandarizado para determinar la causa y la gravedad de las lesiones cutáneas periestomales, documentar la evolución del paciente y evaluar la eficacia del tratamiento.

El OST consiste en descripciones estandarizadas de tres dominios: decoloración (D), erosión (E) y sobrecrecimiento tisular (T), por lo que también es conocida en nuestro entorno como escala DET. Esta escala tiene en cuenta tanto la extensión de piel afectada (puntuación entre 0 y 3) como la gravedad de la lesión (puntuación entre 0 y 2), obteniendo al final una única puntuación²⁷.

- **NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.** La clasificación taxonómica *Nursing Outcomes Classification* (NOC)²⁸ ofrece unos criterios estandarizados para describir resultados que evalúan la efectividad de los cuidados de Enfermería.

Sin ser una herramienta de valoración específica en el cuidado de las ostomías, puede servir como herramienta de valoración y evaluación de efectividad de los cuidados a corto y largo plazo, así como facilitar la continuidad asistencial.

El NOC 1101 podría evaluarse mediante la valoración de dos de sus indicadores: 110113 Integridad de la piel y 110116 Lesiones de la mucosa.

En caso de no poder utilizar una escala, se puede describir la lesión y su localización asemejando la circunferencia de la piel periestomal como una esfera de reloj indicando la hora donde se encuentra la lesión y el cuadrante, así como indicar si la localización corresponde a la valoración del paciente en posición caudocraneal o craneocaudal (por ejemplo: lesión situada entre las 2 y las 3 de la esfera horaria, estando el paciente en posición caudocraneal).

Complicaciones: definición, prevención y complicaciones

¿Qué tipo de complicaciones relacionadas con la ostomía son las más habituales?

¿Qué pasos seguir para valorar a un paciente ostomizado que presenta una complicación?

¿Qué tratamientos/cuidados son los más adecuados en cada caso?

¿Qué complicaciones precisan derivación y/o seguimiento?

Tal y como recogen las guías de buenas prácticas clínicas para el cuidado del paciente ostomizado “Formar al paciente y la familia para que puedan reconocer las complicaciones que afectan al estoma y la piel periestomal” e “Identificar factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la zona periestomal: elevación del estoma, edad, sexo, piel neonatal, obesidad, comorbilidades, tipo de estoma”, orientaremos los cuidados de Enfermería y la educación sanitaria durante todo el proceso perioperatorio a la prevención de las complicaciones y a la actuación para su tratamiento precoz y eficaz si aparecen.

En este apartado se detallan las complicaciones más habituales relacionadas la ostomía y el inadecuado cuidado de la piel periestomal. Se debe tener en cuenta que vivir con una ostomía implica también una serie de complicaciones o afecciones que pueden alterar la esfera psicosocial del paciente (tabla 5).

CLASIFICACIÓN DE LAS COMPLICACIONES

Según el momento de su aparición, las complicaciones se pueden clasificar en **tempranas** (en los 30 primeros días del periodo posoperatorio) o **tardías** (tras los 30 días desde la intervención)²².

También se pueden clasificar en:

- **Complicaciones del estoma:** edema (*ver tabla pág. 48*), estenosis, inadecuada vascularización/necrosis (*ver tabla pág. 49*), granulomas de sutura, lesiones pseudoverrugosas, prolapso, retracción, hemorragia (tabla 6).
- **Complicaciones de la zona periestomal:** candidiasis, dehiscencia/separación mucocutánea, enrojecimiento periestomal, erosión periestomal, foliculitis (*ver tabla pág. 60*), hernia paraestomal, pioderma gangrenoso, ulceración periestomal, varices (tabla 7).
- **Alteraciones metabólicas:** desequilibrio hidroelectrolítico por pérdidas de minerales, como el sodio o el potasio, déficit de absorción de vitamina B₁₂, alteración en la farmacocinética de medicamentos, etc.

Valorar y registrar correctamente todos estos datos facilitará la continuidad de cuidados y la derivación a otros profesionales, aportando una información clínica correcta y completa. Siempre que se derive un paciente con complicación es conveniente facilitar un informe de Enfermería, así como una fotografía en caso de consultas telemáticas.

TABLA 5. ATENCIÓN POR PASOS A LA PERSONA OSTOMIZADA CON COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA OSTOMÍA

Paso 1. Retirada del dispositivo de ostomía, limpieza y valoración	Paso 2. Medición del estoma	Paso 3. Valoración del lestoma	Paso 4. Valoración de la piel periestomal	Paso 5. Valoración del tipo de dispositivo de ostomía y accesorios utilizados	Paso 6. Valoración del nivel de autocuidado
<p>Importante: verificar que disponemos de dispositivo de ostomía de recambio</p> <p>Retirada de la bolsa de ostomía, limpieza y secado cuidadoso del estoma/piel periestomal</p> <p>Se utilizará agua corriente tibia para la limpieza. No es necesario utilizar suero estéril ni gasas. Solo se usará jabón en caso necesario, aclarándolo posteriormente</p>	<p>Lo ideal es utilizar un medidor de estoma, disponible en las cajas de ostomía.</p> <p>Si no, podemos utilizar el protector guiado de una base de ostomía</p>	<p>Elevación sobre el nivel de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plano • Protruido • Retraído/hundido • Prolapsado 	<ul style="list-style-type: none"> • Íntegra • Enrojecida • Erosionada • Ulcerada • Necrosada • Con varices • Con lesiones pseudoverruosas • Granulomas de sutura • Con separación mucocutánea • Con pioderma gangrenoso 	<p>Características del dispositivo de ostomía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una pieza • Dos piezas • Base plana • Base convexa • Base precortada • Base recortable • Base moldeable • Bolsa abierta • Bolsa cerrada • Bolsa opaca • Bolsa transparente • Bolsa con ventana 	<p>Identificar el nivel de autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Necesita ayuda • Dependiente

(Continúa)

(Continuación)

TABLA 5. ATENCIÓN POR PASOS A LA PERSONA OSTOMIZADA CON COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA OSTOMÍA

Paso 1. Retirada del dispositivo de ostomía, limpieza y valoración	Paso 2. Medición del estoma	Paso 3. Valoración del estoma	Paso 4. Valoración de la piel periestomal	Paso 5. Valoración del tipo de dispositivo de ostomía y accesorios utilizados	Paso 6. Valoración del nivel de autocuidado
Puede ser necesario utilizar algún producto para eliminar restos de adhesivo o para retirar el dispositivo de ostomía sin ejercer tracción en caso de lesiones importantes y/o pacientes con hipersensibilidad. Estos productos se encuentran disponibles en formato spray y toallitas		Estado de la mucosa: <ul style="list-style-type: none"> • Normocoloreada • Congestiva • Sangrante • Necrosada • Pálida • Edematosa • Estenosada • Con lesiones pseudoverrugosas 	<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis • Foliculitis • Abultada, hernia paraestomal (HPE) 	Accesorios: <ul style="list-style-type: none"> • Pasta • Polvo • Anillo moldeable • Cinturón • Tiras adhesivas de hidrocloide • Spray/toallitas barrera • Spray/toallitas eliminadoras de adhesivo • Otros (gelificantes, desodorizantes...) 	Verificar si el paciente sabe: <ul style="list-style-type: none"> • Retirar correctamente el dispositivo • Realizar la limpieza y secado de la piel • Medir el estoma • Recortar o moldear el dispositivo ajustado a la forma y tamaño del estoma • Colocar el dispositivo correctamente • Utilizar correctamente los accesorios (si procede)

Elaboración propia basada en la referencia 29.

TABLA 6. COMPLICACIONES DEL ESTOMA

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Edema ²¹	 <p>Acumulación intersticial de líquido Desequilibrio hidroelectrolítico sistémico, edema posoperatorio</p>	Ajuste del balance hidroelectrolítico Vigilancia en caso de edema posoperatorio	Sí, en caso de que el edema produzca alteración del funcionamiento del estoma	Sí
Estenosis ³⁰	 <p>Imposibilidad de introducir un dedo o un tallo de Hegar n.º 12 a través del estoma Suele producirse por infección de la sutura mucocutánea, tras la cicatrización de una dehiscencia completa de la sutura mucocutánea (sobre todo en casos de estomas retraídos)</p>	El tratamiento es quirúrgico, pero no siempre es necesario Es importante vigilar que el estoma funcione correctamente, permitiendo la salida de las heces o la orina Puede ser necesario ajustar la alimentación para procurar heces blandas y evitar el estreñimiento Puede ser necesario asociar la toma de algún laxante lubricante de las heces En consulta especializada se le puede indicar cómo realizar dilataciones del estoma	Sí. Se derivará de forma urgente si el paciente presenta vómitos, náuseas, distensión abdominal, fiebre y/o malestar general coincidiendo con el cese de la eliminación de heces u orina por el estoma	Sí. Es preciso valorar el funcionamiento intestinal, el estado de la piel, el autocuidado y las posibles medidas en caso de reconstrucción del estoma

Imágenes: Louzao Méndez S. Edema y estenosis [fotografías]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 6. COMPLICACIONES DEL ESTOMA**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Estoma congestivo, necrosado o pálido ³¹ 	Problemas de vascularización sistémicos que afectan a la mucosa del estoma	Vigilancia del funcionamiento intestinal y del estado general del estoma	Sí, siempre que haya alteración en el estado del estoma o en el estado general del paciente	Sí
Granulomas por sutura ²² 	Reacción a cuerpo extraño (suturas)	Se recomienda la retirada de la sutura periestomal entre los 20-30 días tras la cirugía, siempre que la unión mucocutánea esté bien consolidada. Esta recomendación incluye el caso de suturas reabsorbibles y está totalmente indicada en caso de suturas tipo seda	Sí, si no es posible retirar el cuerpo extraño, se derivará para valoración en consulta especializada	Sí. Precisa valoración de la recuperación de la integridad de la unión mucocutánea
		Se procurará eliminar el cuerpo extraño (sutura)		

Imágenes A, C y D: García Manzanares ME. Estoma congestivo, pálido y granuloma por sutura [fotografías]. Madrid. 2023.

Imagen B: Louzao Méndez S. Estoma necrosado [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

(Continuación)

TABLA 6. COMPLICACIONES DEL ESTOMA

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Lesiones pseudoverrugasas²¹ 	<p>Roce del dispositivo por un recorte demasiado ajustado</p> <p>Reacción a cuerpo extraño</p> <p>Fugas</p> <p>Lesión sospechosa de malignidad</p>	<p>Dependiendo la causa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Roce: en caso de usar base recortable, verificar que el tamaño del corte quede con un ajuste más preciso al estoma. Valorar el cambio de base recortable por base moldeable TM. Puede ser necesario rellenar/unificar la superficie con pasta de ostomía o anillo moldeable hidrocoloide • Reacción a cuerpo extraño: intentar su extracción o retirada • Lesión sospechosa de malignidad: derivar para biopsia, diagnóstico y tratamiento 	<p>Sí, en el caso de reacción a cuerpo extraño que no pueda resolverse y/o en caso de lesión sospechosa y siempre que el problema genere sangrado y/o dolor en el paciente</p>	<p>Sí. Precisa valoración de la recuperación de la integridad del estoma/piel periestomal, prevención y detección precoz de posibles recidivas y de la implementación de las recomendaciones de autocuidado</p>

Imagen: Louzao Méndez S. Lesión pseudoverrugasosa [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

TABLA 6. COMPLICACIONES DEL ESTOMA

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Prolapso ³²	 <p>Excesiva protrusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo Puede ser fijo o reducible Causado por excesiva presión intraabdominal y/o incisión cutánea realizada para la exteriorización del estoma poco ajustada al diámetro intestinal</p>	<p>El tratamiento definitivo es quirúrgico Es preferible que el estoma esté reducido. Para ello se indicará al paciente que, en decúbito supino y con el abdomen relajado, procure introducir el estoma por el orificio cutáneo. La primera vez el paciente puede necesitar entrenamiento Si el estoma estuviera muy edematoso, pueden aplicarse compresas con suero glucosado hipertónico para procurar la deshidratación de la mucosa y facilitar la maniobra de reducción del estoma y/o de la colocación del dispositivo Normalmente, cuando la base es recortable hay que reajustar el tamaño de corte y/o cambiar el tipo de dispositivo por otro con base de mayor tamaño o de tipo moldeable™</p>	<p>Sí, siempre. Se derivará de forma urgente al Servicio de Urgencias si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mucosa intestinal presenta signos de mala vascularización • El estoma no es productivo • El paciente presenta mal estado general <p>Se derivará a la consulta especializada si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El paciente no presenta ningún signo/síntoma de los anteriores, pero tiene dificultad para el ajuste de los dispositivos 	<p>Sí. Precisa valoración de la evolución de la complicación, del estado del paciente, de su resolución cuando se realice</p>

Imagen: Convatec. Prolapso [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continuación)

TABLA 6. COMPLICACIONES DEL ESTOMA

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Retracción ³³ 	<p>Situación en la que el extremo del estoma queda bajo la superficie de la piel (a 0,5 cm o más)</p> <p>Posibles causas: excesiva tensión en el asa intestinal exteriorizada, obesidad</p>	<p>El tratamiento es quirúrgico, pero no siempre es necesario. Lo importante es encontrar un dispositivo que se ajuste bien al estoma y que no genere fugas ni lesiones en la piel</p> <p>Los dispositivos utilizados en este tipo de estomas suelen ser convexos. Conviene probar diferentes grados de convexidad, comenzando por dispositivos con convexidad ligera, para finalizar, si fuera preciso, con dispositivos con convexidad rígida y precortados. Se puede potenciar la convexidad utilizando conjuntamente un cinturón elástico, que va ajustado a las bridas que presentan algunas marcas en las bases convexas</p>	<p>Sí, si no se dispone de material y/o no se conoce la forma de indicar otro dispositivo</p>	<p>Sí. Es preciso valorar la adaptación, el autocuidado y prevenir y detectar precozmente posibles complicaciones relacionadas con el uso de dispositivos convexos (exceso de presión sobre la piel periestomal)</p>

Imagen: Louzao Méndez S. Retracción [fotografía]. Madrid. 2023

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 6. COMPLICACIONES DEL ESTOMA**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Sangrado ³¹	Alteración de la coagulación a nivel sistémico, roce de los dispositivos, desprendimiento de algún granuloma	Se aplicará presión. Si el sangrado no cesa, se aplicará un apósito hemostático Pueden aplicarse toques de nitrato de plata o suturar la zona sangrante, pero es preferible hacerlo en una consulta especializada Corregir los problemas de coagulación sistémicos y/o de autocuidado en caso de ser la causa: recorte ajustado a la forma y tamaño del estoma Puede aplicarse lubricante de ostomía dentro de la bolsa colectora para evitar la fricción de esta con la mucosa del estoma	Sí. Se derivará de forma urgente en caso de sangrado importante Se derivará a consulta especializada si el sangrado está mal controlado y/o tiene que ver con la presencia de tejido de sobrecrecimiento o granulomas en la mucosa del estoma	Sí



Imagen: Louzao Méndez S. Sangrado [fotografía]. Madrid. 2023.
Elaboración propia basada en las referencias 31, 32, 34-36.

TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Candidiasis ²¹ 	<p>Infeción micótica en la piel periestomal. Habitualmente relacionada con fugas del efuyente y contacto con la piel periestomal. La zona aparece denudada, enrojecida y con lesiones secundarios. Puede haber prurito</p>	<p>Tratar y prevenir las fugas. Valorar si precisa dispositivo convexo, añadir algún accesorio (pasta, anillo moldeable, arcos de silicona o cinturón) a los dispositivos habituales</p> <p>Cambiar el dispositivo inmediatamente cuando haya fugas (no reforzar externamente para retrasar el momento del cambio)</p> <p>Tratar el sarpullido micótico con producto antifúngico. En función de la periodicidad en la aplicación del tratamiento, puede valorarse el uso de dispositivos de una pieza, cambiándolos cada 12-24 horas</p>	<p>Sí, si existen dudas respecto al diagnóstico</p> <p>Sí, para prescripción del tratamiento</p> <p>Sí, si el tratamiento no es eficaz y/o no se controlan las fugas del efuyente</p>	<p>Sí, hasta recuperación de la integridad cutánea</p>

Imagen: Convatec. Candidiasis [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Dehiscencia/separación mucocutánea²²	<p>Infección de herida quirúrgica (unión mucocutánea) o una excesiva tensión sobre el intestino exteriorizado</p> 	<p>Hay que procurar la cicatrización por segunda intención de la zona</p> <p>Tras la limpieza y desbridamiento del tejido no viable de la zona dehiscente (si este fuera preciso), se procurará la gestión del exudado utilizando apósitos tipo hidrofibra de hidrocoloide o alginato. Conviene cubrir la cura realizada con apósitos tipo "segunda piel" (apósito hidrocoloide extrafino), sobre el que se colocará el dispositivo de ostomía con los ajustes que precise: base convexa, recorte más ajustado, aplicación de pasta o anillo moldeable, cinturón, etc.</p>	<p>Inicialmente no</p> <p>Debería derivarse si fuera preciso incluir los accesorios en la prescripción y/o si no se conoce cómo hacerlo y/o la lesión no mejorara tras la implementación de los cuidados y recomendaciones</p>	<p>Si. Precisa valoración de la recuperación de la integridad cutánea y de la implementación de las recomendaciones de autocuidado</p> <p>Se valorará la retirada progresiva de los productos de cura y/o accesorios cuando ya no sean necesarios</p>

Imagen: Louzao Méndez S. Dehiscencia [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

(Continuación)

TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Enrojecimiento periestomal ^{21,22}	Alergia a los componentes	Aplicación de crema/spray barrera Cambio de marca del dispositivo	Sí, si no se dispone de material y/o no se conoce la forma de indicar otro dispositivo	Sí. Precisa seguimiento para valorar la adecuación del cambio de dispositivo
	Fuga del efluente por estoma plano o retraído	Aplicación de espray barrera Cambio a dispositivo convexo Se puede asociar cinturón elástico y/o pasta de ostomía o anillo moldeable y/o arcos de silicona	Sí, si no se dispone de material y/o no se conoce la forma de indicar otro dispositivo y/o accesorio	Sí. Precisa seguimiento para valorar la adecuación del cambio de dispositivo y/o la aparición de complicaciones relacionadas con el uso Valorar la retirada de accesorios tras la resolución de la complicación
	Exceso de humedad	Aplicación de espray barrera Educación sobre los cuidados de la ostomía (limpieza y secado)	No	Sí. Precisa verificación de recuperación de la integridad cutánea tras la aplicación de las recomendaciones



Imagen: Louzaou Méndez S. Enrojecimiento periestomal [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Enrojecimiento periestoma ^[21,22]	Fuga del efluente por deterioro del material	Aplicación de spray barrera Educación sobre los cuidados de la ostomía (conservación del material)	No	Sí. Precisa verificación de recuperación de la integridad cutánea tras la aplicación de las recomendaciones
	Fuga del efluente por autocuidados inadecuados	Aplicación de spray barrera Educación sobre los cuidados de la ostomía (periodicidad recomendada en el cambio de los dispositivos y procedimiento correcto de cuidados)	No	Sí. Precisa verificación de recuperación de la integridad cutánea tras la aplicación de las recomendaciones
	Absceso subcutáneo (celulitis)	Drenado manual del absceso si es posible Si se tiene clara la extensión, pueden hacerse lavados hasta dejar limpio con suero fisiológico	Sí, para valoración de la indicación de tratamiento antibiótico y/o determinación de la causa del absceso, sobre todo si no sucede en el posoperatorio inmediato	Sí. Precisa verificación de recuperación de la integridad cutánea tras la aplicación de las recomendaciones y tratamiento si procede

Imagen: Convatec. Enrojecimiento periestoma [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

(Continuación)

TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Erosión periestomal ^{21,22}	Fuga del efluente por estoma plano o retraído	Aplicación de polvo hidrocoloide + espray de silicona Cambio a dispositivo convexo Se puede asociar cinturón elástico y/o pasta de ostomía o anillo moldeable y/o arcos de silicona	Sí, si no se dispone de material y/o no se conoce la forma de indicar otro dispositivo	Sí. Precisa valoración de la recuperación de la integridad cutánea
	Fuga del efluente por recorte inadecuado de la base del dispositivo	Aplicación de polvo hidrocoloide + espray barrera Puede recomendarse el uso de pasta o anillo barrera moldeable. Se puede considerar cambiar a base moldeable™ o precortada Educación sobre la importancia de medir periódicamente el estoma y adecuar el recorte a la forma y tamaño	Inicialmente no Debería derivarse si fuera preciso incluir los accesorios en la prescripción y/o si no se conoce cómo hacerlo y/o la lesión no mejorara tras la implementación de los cuidados y recomendaciones	Sí. Precisa valoración de la recuperación de la integridad cutánea



Imagen: Louzao Méndez S. Erosión periestomal [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Erosión periestomal ^{21,22}	 Fuga del efluente por deterioro del material	Aplicación de polvo hidrocoloide + spray de silicona Educación sobre los cuidados de la ostomía (conservación del material) Puede recomendarse el uso de pasta de ostomía/anillo moldeable hidrocoloide para evitar el deterioro precoz del dispositivo de ostomía	Inicialmente no Debería derivarse si fuera preciso incluir los accesorios en la prescripción y/o si no se conoce cómo hacerlo y/o la lesión no mejorara tras la implementación de los cuidados y recomendaciones	Sí. Precisa valoración de la recuperación de la integridad cutánea y de la implementación de las recomendaciones dadas
	Fuga del efluente por autocuidados inadecuados	Aplicación de polvo hidrocoloide + spray barrera También se puede emplear pasta de ostomía o anillo barrera moldeable Educación sobre los cuidados de la ostomía (periodicidad recomendada en el cambio de dispositivo y procedimiento correcto de cuidados)	Inicialmente no Debería derivarse si fuera preciso incluir los accesorios en la prescripción y/o si no se conoce cómo hacerlo y/o la lesión no mejorara tras la implementación de los cuidados y recomendaciones	Sí. Precisa valoración de la recuperación de la integridad cutánea y de la implementación de las recomendaciones de autocuidado

Imagen: Louzao Méndez S. Erosión periestomal [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

(Continuación)

TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Erosión periestomal ^{21,22} 	<p>Exceso de presión por dispositivo convexo</p>	<p>Aplicación de polvo hidrocoloide + spray de silicona</p> <p>Si el paciente utiliza cinturón, valorar si lo lleva excesivamente ajustado</p> <p>Si el estoma no está plano o retraído, valorar el cambio de placa convexa por placa plana</p> <p>Si el estoma precisa seguir utilizando un dispositivo convexo, aplicar un anillo moldeable hidrocoloide que disminuya la presión del dispositivo sobre la piel</p>	<p>Inicialmente no</p> <p>Debería derivarse si fuera preciso incluir los accesorios en la prescripción y/o si no se conoce cómo hacerlo y/o la lesión no mejorara tras la implementación de los cuidados y recomendaciones de autocuidado</p>	<p>Sí. Precisa valoración de la recuperación de la integridad de la cutánea y de la implementación de las recomendaciones de autocuidado</p>
Foliculitis ²¹ 	<p>Inflamación de uno o varios folículos provocada habitualmente por <i>Staphylococcus aureus</i> (Registered Nurses' Association of Ontario, 2019)</p>	<p>Recomendar el recorte del vello de la zona periestomal (no rasurado ni eliminación mediante cremas depilatorias)</p> <p>Utilizar un producto eliminador de adhesivo para evitar arrancar el vello, ya que el fólculo pueda infectarse</p> <p>Aplicar una crema barrera (si procede)</p>	<p>Sí, si existen dudas respecto al diagnóstico y/o no mejora con las indicaciones de cuidado dadas</p>	<p>Sí, para valoración del autocuidado y prevención y detección precoz de posibles recidivas</p>

Imagen superior: García Manzanares ME. Erosión periestomal [fotografía]. Madrid. 2023. Imagen inferior: Convatec. Foliculitis [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Hernia paraestomal (HPE) ^{21,37,38} 	<p>Se produce cuando parte del intestino protruye a través del músculo abdominal y crea una protuberancia alrededor del estoma</p> <p>Puede ser provocada por causas relacionadas con el paciente (edad avanzada, sobrepeso, tabaquismo, enfermedades concomitantes, esfuerzos abdominales, etc.) y causas relacionadas con la ostomía (estomas tipo colostomía, estomas ubicados sobre sutura, estomas realizados por cáncer o diverticulitis)</p>	<p>El tratamiento definitivo es quirúrgico.</p> <p>Para evitar la progresión de la HPE se debe recomendar al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteger la zona periestomal ante esfuerzos (tos, estornudos, carga de pesos) • Evitar el estreñimiento en caso de pacientes urostomizados • No cargar peso sin protección de la zona periestomal. No más de 4,5 kg 	<p>Sí, siempre. Debe ser valorado por cirugía para vigilancia y/o inclusión en lista de espera quirúrgica en caso necesario</p> <p>Derivación al Servicio de Urgencias en caso de signos/síntomas de estrangulamiento de la hernia: dolor abdominal, fiebre, cese del funcionamiento intestinal, náuseas y/o vómitos</p>	<p>Sí, para vigilar el autocuidado, estado de la piel periestomal, ajuste de los dispositivos, funcionamiento intestinal, signos y síntomas percibidos por el paciente, uso de la prenda de compresión y progresión de la hernia</p> <p>Importante incluir en el seguimiento la medida del contorno abdominal. La medición se realizará por la zona en la que se encuentra ubicado el estoma. Esta medida nos proporcionará un indicador objetivo del aumento del contorno abdominal</p>

Imagen: Convatec. Hernia paraestomal [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Hernia paraestomal (HPE) ^{21,37,38}		<p>Para evitar la progresión de la HPE se debe recomendar al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una prenda de compresión abdominal (faja) tipo banda, no fenestrada, ajustable con velcro. Debe ser adecuada a la medida de cada contorno abdominal. La anchura de la faja dependerá de la longitud y localización de las incisiones quirúrgicas. La faja debe colocarse en posición de decúbito supino y con la hernia reducida. Si la HPE ya está establecida, deberá utilizarse el mayor tiempo posible. Si se utiliza como prevención de la HPE, se usará cuando se prevea la realización de esfuerzo abdominal y en la realización de ejercicio • Cuidados de la piel periestomal: debido a la tracción a la que se encuentra sometida, conviene aplicar crema barrera para mantenerla protegida e hidratada 		



Imagen: Convatec. Hernia paraestomal [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Hernia paraestomal (HPE) ^{21,37,38}		<p>Para evitar la progresión de la HPE se debe recomendar al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede ser necesario ampliar el recorte del dispositivo, ya que el estoma suele aumentar su diámetro según aumenta la HPE. Esto puede implicar modificar los dispositivos de ostomía prescritos por otros con bases de mayor tamaño, bases de acordeón moldeable o, inclusive, dispositivos de una pieza • Como accesorio, también puede ser útil el uso de tiras adhesivas de hidrocólice, arcos de silicona que aumenten la superficie de pegado y/o de cinturones elásticos que faciliten el ajuste de las placas de ostomía. El uso del cinturón no exime del uso de la faja de compresión 		



Imagen: Convatec. Hernia paraestomal [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Pioderma gangrenoso ³⁹	<p>Enfermedad inflamatoria de causa desconocida</p> <p>Dermatitis neutrofílica caracterizada por ulceraciones cutáneas dolorosas y recurrentes, asociada comúnmente con enfermedades autoinmunes o neoplasias. También puede aparecer de forma independiente a estos trastornos.</p> <p>Existen varios subtipos: ulceroso o clásico, ampollar, pustuloso y vegetante</p>	<p>Puede ser necesario biopsiar la lesión para catalogarla como tal</p> <p>El tratamiento suele consistir en corticoides tópicos y sistémicos</p>	<p>Sí, siempre. Es una lesión muy dolorosa para el paciente y puede implicar gravedad</p>	<p>Sí. Es posible la recidiva, por lo que es importante la detección precoz</p>



Imagen: Convatec. Pioderma gangrenoso [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Ulceración periestomal ^{21,22}	Pueden ser las mismas causas que en una erosión periestomal	Se seguirán las pautas anteriormente dadas en función de la causa que produce la lesión, pero se deben aplicar los productos de cura necesarios en la resolución de la úlcera. Para la gestión del exudado pueden utilizarse, tras la limpieza y desbridaje del tejido no viable si fuera preciso, apósitos de hidrofibra de hidrocoloide o apósitos de alginato Conviene cubrir la cura realizada con apósitos tipo "segunda piel" (apósito hidrocoloide extrafino), sobre el que se colocará el dispositivo de ostomía con los ajustes que precise: base convexa, recorte más preciso, aplicación de pasta/anillo moldeable, cinturón, etc.	Inicialmente no debería derivarse si fuera preciso incluir los accesorios en la prescripción y/o si no se conoce cómo hacerlo y/o la lesión no mejorara tras la implementación de los cuidados y recomendaciones	<p>Sí. Precisa valoración de la recuperación de la integridad cutánea y de la implementación de las recomendaciones de autocuidado</p> <p>Se valorará la retirada progresiva de los productos de cura y/o accesorios cuando ya no sean necesarios</p>



Imagen: Convatec. Ulceración periestomal [fotografía]. Madrid. 2023.

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 7. COMPLICACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL**

Complicación	Posibles causas	Tratamiento	Derivación	Seguimiento
Varices ("caput medusa") ^{21,22,37-39}	 <p>Tono púrpura causado por la dilatación de los vasos sanguíneos periestomales</p> <p>El sangrado puede ser intermitente, espontáneo o profuso</p> <p>La causa más frecuente es la hipertensión portal</p>	<p>Control de la enfermedad de base</p> <p>Cuidados similares a los del sangrado del estoma, si proceden</p>	<p>Sí, para control de la enfermedad de base</p>	<p>Sí</p>

Imagen: Louzao Méndez S. Varices [fotografía]. Madrid. 2023.

Elaboración propia basada en las referencias 21, 22, 37-39.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbero M, García J, Alonso I, San Antonio- San Román B, Molnar V, León C, Cea M. Impacto del grado de cumplimiento de un protocolo ERAS en la recuperación funcional después de cirugía colorrectal. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2021;99(2):108-14.
2. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World J Surg*. 2019;43(3):659-95.
3. Ministerio de Sanidad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (RICA). 2021. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2021/05/via-clinica-cirugia-adultorica-2021.pdf>.
4. Ramírez JM (coord.), Targarona EM, Roig JV, Jover JM, Martín E, Moreno P, et al. (eds.). Rehabilitación multimodal. Monografías de la AEC. Madrid: Arán Ediciones, SL; 2015.
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Versión para pacientes. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2016. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_555_CMA_IACS_paciente-1.pdf.
6. Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. [Citado 26 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf>.
7. Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2016.
8. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Apoyo a Adultos que Esperan o Viven con una Ostomía. 2.a ed. Toronto (ON); 2019. [Citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: www.RNAO.ca/bpg.
9. Organización Colegial de Enfermería Consejo General. Resolución 21/2017. Disponible en: http://www.colegioenfermeriarioja.org/fileadmin/noticias/Resolucion_21.pdf.

10. Folguera-Arnau M, Gutiérrez-Vilaplana JM, González-María E, Moreno-Casbas MT, Obarrio-Fernández S, Lorente-Granados G, et al. Implantación de la Guía de buenas prácticas para el cuidado y manejo de la ostomía: resultados en cuidados. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020;30(3):176-84. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-implantacion-guia-buenas-practicas-el-S1130862119305248>.
11. Salvadalena G, Hendren S, McKenna L, Muldoon R, Netsch D, Paquette I, et al. WOCN Society and ASCRS Position Statement on Preoperative Stoma Site Marking for Patients Undergoing Colostomy or Ileostomy Surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2015;42(3):249-52.
12. Zwiep TM, Helewa RM, Robertson R, Moloo H, Hill R, Chaplain V, et al. Preoperative stoma site marking for fecal diversions (ileostomy and colostomy): position statement of the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons and Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada. *Can J Surg*. 2022;65(3):E359-E363.
13. *Enfermera de Práctica Avanzada en la atención de personas con ostomías (EPA-O)*. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2018.
14. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin*. 2015;25(5):267-75.
15. Debove C, Lefèvre JH. Técnicas quirúrgicas de las enterostomías y tratamiento de sus complicaciones. *EMC-Técnicas quirúrgicas- Aparato digestivo*. 2021;37(1):1-13.
16. Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT. *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. Core Curriculum: Ostomy Management*. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2016.
17. Requena T, Velasco M. The human microbiome in sickness and in health. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2021;221(4):233-40.
18. Servicio Canario de Salud. *Atención integral y especializada a la persona portadora de un estoma*. 2017.
19. *Guía de Alta*. Renascer. 1.ª ed. Convatec®. 2022.
20. Convatec. *Soluciones para el cuidado de la ostomía*. 2022. Disponible en: <https://www.convatec.com/es-es/cuidado-ostomia/guia-productos-ostomia/soluciones-bolsas/>.

21. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Ontario (Canadá): RNAO; 2019. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf.
22. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas Prácticas Clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. Ontario (Canadá): RNAO; 2009. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf.
23. Bosio G, Pisani F, Lucibello L, Fonti A, Scrocca A, Morandell C, et al. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Manage.* 2007;53(9):38-43.
24. Beitz J, Gerlach M, Ginsburg P, Ho M, McCann E, Schafer V, et al. Content Validation of a standardized algorithm for ostomy care. *Ostomy Wound Manage.* 2010;56(10):22-38.
25. Ay A, Bulut H. Assessing the Validity and Reliability of the Peristomal Skin Lesion Assessment Instrument Adapted for Use in Turkey. *Ostomy Wound Manage.* 2015;61(8):26-34.
26. Martins L, Down G, Andersen BD, Nielsen LF, Hansen AS, Herschend NO, et al. The Ostomy Skin Tool 2.0: a new instrument for assessing peristomal skin changes. *Br J Nurs.* 2022;31(8):442-50.
27. Yang H, Zhao X, Yang Q, Jiang Q. Usability of a Novel Instrument to Measure Damaged Peristomal Skin in Patients with an Ostomy. *Adv Skin Wound Care.* 2021;34(6):309-12.
28. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
29. Bare K, Drain J, Timko-Progar M, Stallings B, Smith K, Ward N, et al. Implementation of an Evidence-Based and Content Validated Standardized Ostomy Algorithm Tool in Home Care: A Quality Improvement Project. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(3):262-6.
30. Martí, et al. 1999.
31. De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cir Esp.* 2014;92(3):149-56.
32. Krishnamurty DM, Blatnik J, Mutch M. Stoma Complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(3):193-200.

33. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, et al. A prospective audit of stomas--analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Dis.* 2003;5(1):49-52.
34. Zelga P, Kluska P, Zelga M, Piasecka Zelga J, Dziki A. Patient-Related Factors Associated with Stoma and Peristomal Complications Following Fecal Ostomy Surgery. A scoping review. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2021;48(5):415-30.
35. Hsu MY, Lin JP, Hsu HH, Lai HL, Wu YL. Preoperative Stoma Site Marking Decreases Stoma and Peristomal Complications: A Meta-analysis. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2020;47(3):249-56.
36. O'Flynn SK. Care of the stoma: complications and treatments. *Br J Community Nurs.* 2018;23(8):382-7.
37. Kojima K, Nakamura T, Sato T, Matsubara Y, Naito M, Yamashita K, et al. Risk factors for parastomal hernia after abdominoperineal resection for rectal cancer. *Asian J Endosc Surg.* 2017;10(3):276-81.
38. Temple B, Farley T, Popik K, Ewanyshyn C, Beyer E, Dufault B. Prevalence of Parastomal Hernia and Factors Associated with Its Development. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016;43(5):489-93.
39. Ojeda-Blanco JC, Monteagudo-de-la-Guardia LA, Monteagudo-Álvarez CJ. Pioderma gangrenoso. *Medicentro Electrónica.* 2022;26(1):205-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000100205&lng=es&tln=es.

5 Vivir con una ostomía.

Calidad de vida del paciente ostomizado

Acceso a los dispositivos

¿Cómo obtienen los pacientes ostomizados el material para el cuidado de la ostomía?

Los dispositivos y el material de ostomía se adquieren en la farmacia, una vez prescritos por el profesional sanitario acreditado para ello. Están financiados por el Sistema Nacional de Salud, siendo material de aportación reducida, aunque hay algunos accesorios y dispositivos que no son reembolsados. Cada producto tiene un Código Nacional (CN) que lo identifica, facilitando así su dispensación.

Medicación y ostomía

¿Se producen modificaciones en las heces y/o en el ritmo intestinal de la persona ostomizada secundarias a la toma de fármacos?

¿Se debe adecuar la forma de presentación del fármaco al tipo de ostomía?

La realización de un estoma supone la resección de una parte intestinal que puede influir en la absorción no solo de nutrientes y agua, sino también de los fármacos, ya que puede verse alterada su farmacocinética, sobre todo si se ha resecado alguna porción de intestino delgado, segmento donde se produce la mayor parte de dicha absorción. Puede ser necesaria una dosificación individualizada para lograr la eficacia terapéutica, con un seguimiento especial para medicamentos con índices terapéuticos estrechos. Se pueden verificar con mediciones de niveles en sangre^{1,2}.

Siendo el comportamiento de los fármacos en los pacientes ostomizados un campo poco estudiado, hemos recopilado una serie de aspectos generales a tener en cuenta³:

- Existe una estrecha relación entre la absorción y la forma de presentación del fármaco. Los pacientes con una ileostomía o colostomía transversa deben evitar fármacos de liberación prolongada, que deberán prescribirse en forma líquida o de liberación regular.
- Tanto el principio activo como los excipientes de los fármacos pueden modificar el ritmo de evacuación intestinal y la consistencia de las heces.
- Existen fármacos que influyen en las características organolépticas (olor, gases, color) del efluente. Es recomendable informar al paciente de ello (imagen 1 y tabla 1).

IMAGEN 1. TIPOS DE FÁRMACOS



Fuente: elaboración propia.

TABLA 1. FÁRMACOS DE USO HABITUAL Y POSIBLES MODIFICACIONES EN LAS HECES Y/O RITMO INTESTINAL

Fármaco	Posibles efectos en la absorción/eliminación
Analgésicos	Opiáceos: estreñimiento AINE: riesgo de hemorragia digestiva, sangre en heces
Antiácidos	Si contiene aluminio: estreñimiento Si contiene magnesio: diarrea Litiasis cálcica Orina alcalina: riesgo de infección

(Continúa)

*(Continuación)***TABLA 1. FÁRMACOS DE USO HABITUAL Y POSIBLES MODIFICACIONES EN LAS HECE Y/O RITMO INTESTINAL**

Antibióticos	Diarrea, alteración de la flora intestinal En urostomías, riesgo de urolitiasis
Antidiabéticos orales	Biguanidas: diarrea
Antidepresivos	Inhiben motilidad intestinal, estreñimiento
Antihipertensivos	Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (captopril, lisinopril...) producen diarrea
Antigotosos	Diarrea, dolor cólico
Antineoplásicos	Alcaloides de la vinca: estreñimiento importante
Antiparkinsonianos	Inhiben motilidad intestinal, estreñimiento
Antidiarreicos	Loperamida (el más habitual), inhibe el peristaltismo
Anticonceptivos	La vía oral no es recomendable en pacientes con ileostomía o colostomía transversa por no poder asegurar su absorción
Diuréticos	En urostomías, riesgo de pérdida excesiva de volumen En ileostomías, riesgo de deshidratación
Laxantes	Riesgo de deshidratación en pacientes con ileostomía
Vitaminas	Modifican el olor y el color de las heces

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Extraída de la referencia 4.

Hábitos de vida saludables

¿Cuáles son las recomendaciones nutricionales para favorecer la recuperación y optimización del estado nutricional de la persona ostomizada?

ALIMENTACIÓN

En las cirugías con resección intestinal, el remanente de intestino que permanece necesita un tiempo de adaptación para la recuperación absorptiva. Este periodo puede ir des-

de semanas hasta 2 años en algunos casos, mientras tanto, puede verse comprometida la absorción tanto de nutrientes como de electrolitos⁵.

Desde el postoperatorio inmediato se inicia una dieta progresiva en tipo de alimentos, consistencia y cantidad, comenzando con líquidos claros (infusiones, caldos, etc.), a continuación alimentos y platos con más textura e ingredientes (purés, sopas de lluvia, lácteos, etc.), hasta finalizar con alimentos sólidos y platos más elaborados (carne, pescado, pasta, etc.).

El paciente con una ostomía no debe seguir un régimen dietético propiamente dicho ni está condicionado a comer de forma especial. Sin embargo, debe tener en cuenta una serie de pautas dietéticas que se le enseñan durante la hospitalización para que le ayuden a mantener un buen estado nutricional y a controlar la textura de las heces y la cantidad.

Además, hay que tener en cuenta que los problemas que puedan aparecer, como diarrea, estreñimiento, deshidratación, flatulencias o mal olor, afectan de manera negativa en la vida diaria del paciente⁶ (tabla 2).

Para evitar complicaciones relacionadas con la ostomía (fuga del efluente por mucha cantidad, gases, ruidos, olores, etc.) muchos pacientes se vuelven más selectivos con su alimentación, introduciendo alimentos más saludables en la dieta, favoreciendo así la recuperación y el mantenimiento nutricional.

En otras ocasiones adoptan hábitos erróneos, como hacer pocas comidas o una escasa ingesta hídrica para evitar la salida de heces⁷. Los pacientes ostomizados deben conocer los signos y síntomas de alarma de posibles complicaciones relacionadas con la alimentación, como la deshidratación, el estreñimiento o la diarrea, y los profesionales deben proporcionarles herramientas y pautas dietéticas para poder corregir o minimizar estos riesgos.

TABLA 2. RELACIÓN DE ALIMENTOS QUE ALTERAN LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES Y LA ORINA

Gases	Olor	Color
Aumentan	Aumenta	Color de la diuresis
<ul style="list-style-type: none"> • Cebolla • Ajo • Legumbres enteras • Berza • Coliflor • Brócoli • Espárragos • Bebidas carbonatadas • Alcohol • Chicle 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajo • Espárragos • Pescado azul • Legumbres enteras • Huevos • Cebolla • Queso curado • Alimentos ricos en vitamina K • Mariscos 	<ul style="list-style-type: none"> • Remolacha • Zanahoria • Calabaza • Alimentos con vitaminas del grupo B • Gelatinas rojas
Disminuyen	Disminuye	Color de las heces
<ul style="list-style-type: none"> • Tomillo • Hinojo • Manzanilla • Yogur natural 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantequilla • Yogur natural • Perejil • Zumo de tomate • Naranja • Arándanos • Menta 	<ul style="list-style-type: none"> • Hierro • Remolacha

Elaboración propia basada en las referencias 8-10.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PERSONAS OSTOMIZADAS¹¹⁻¹⁵

- Tratar de hacer 6 comidas durante el día evitando las comidas copiosas y periodos prolongados sin ingesta.
- Convertir la hora de la comida en un momento placentero, comer con tranquilidad y masticar bien la comida.
- Mantener horarios regulares creando una rutina.
- Se recomienda no acompañar las comidas con agua o gran cantidad de líquidos, sobre todo en el caso de tener una ileostomía. Es preferible tomar los líquidos antes y después de las comidas.

- Evitar acostarse inmediatamente tras la ingesta. Dar un paseo corto o permanecer media hora sentado antes de acostarse.
- Tomar de 8 a 10 vasos de líquidos al día (aproximadamente 2 litros), preferiblemente fuera de la hora de las comidas.
- Evitar bebidas carbonatadas y no utilizar pajitas para beber ni masticar chicle, para evitar la formación de gases.
- Evitar el consumo de alcohol (provoca que las heces sean más líquidas, genera gases y olor desagradable, además de interferir en la absorción de determinados nutrientes).
- Cocinar los alimentos de forma sencilla: a la plancha, al horno o al vapor, evitando fritos, salsas y platos muy condimentados.
- La incorporación de alimentos a la dieta ha de hacerse de forma progresiva.
- Si no hay contraindicación médica, la dieta debe ser rica en proteínas, baja en grasas y baja en residuos.
- Lácteos: cualquier alteración en la digestión y/o absorción de la lactosa en el intestino delgado puede producir diarrea. Por ello, se recomienda ingerir productos lácteos sin lactosa. Se pueden ingerir productos lácteos sin grasa y, si la diarrea persiste, la leche de arroz rica en almidón es una buena opción para ayudar al intestino a recuperar su equilibrio.

DESHIDRATACIÓN

La resección intestinal y, en consecuencia, una ostomía suponen una pérdida de superficie absorbente intestinal y una alteración del tiempo de tránsito, con el consiguiente riesgo de mala absorción de agua, minerales, nutrientes, etc. Aunque no existe una definición consensuada de lo que es un alto débito por ostomía, se estima que la salida de 2.000 ml de contenido en 24 horas o 1.000-2.000 ml durante 3 días seguidos tendría consecuencias negativas para el paciente⁵. La deshidratación secundaria a la pérdida excesiva es la causa principal de reingreso en pacientes ostomizados¹⁶.

Ser portador de una ileostomía o urostomía es un factor de riesgo para el reingreso hospitalario por afectación renal y alteraciones electrolíticas (hiponatremia, hipomagnesemia, hipopotasemia, hipocalcemia, hipofosfatemia); en el caso de los pacientes con ileostomía, puede aparecer desnutrición y pérdida de peso, déficit de vitamina B₁₂, mala absorción de las sales biliares, etc. La educación sanitaria para el paciente ostomizado debe incluir el reconocimiento de síntomas de deshidratación y de alteración electrolítica, así como las recomendaciones para prevenir dichas situaciones (tabla 3).

TABLA 3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DESHIDRATACIÓN Y ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS, RECOMENDACIONES^{5,17}

Signos y síntomas de deshidratación	Recomendaciones
<p>Mareo, sed, oliguria, boca, lengua seca y piel secas, debilidad, espasmos musculares, aturdimiento, taquicardia, hipotensión.</p> <p>Alto débito del estoma y consistencia líquida de las heces</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ingerir de 8 a 10 vasos de líquidos al día (evitar tomarlos con las comidas) • Las bebidas deportivas y soluciones de rehidratación oral ayudarán a reemplazar la pérdida de líquido rápidamente • Limitar o evitar ingerir alcohol, líquidos con cafeína (como el té y el café), líquidos con alto contenido de grasa (como la leche regular) y bebidas azucaradas o con endulzantes artificiales (como sorbitol, manitol y xilitol) • Consumir alimentos con alto contenido en sodio y potasio, como caldos, sopa de verduras, galletas saladas, etc.¹⁷ • Acudir a su médico para valoración
	<p>Fórmula para elaborar suero oral⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3,5 g de NaCl (3/4 de cucharada de café) • 2,5 g de NaHCO₃ (1/2 cucharada de café) • 1,5 g de KCl (1/4 cucharada de café) • 20 g de glucosa (5 cucharadas de café)
	<p>Fórmula para elaborar limonada alcalina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 litro de agua • 1 cucharada sopera de azúcar • 1/2 cucharada pequeña de sal de cocina • 1/2 cucharada pequeña de bicarbonato • Zumo de un limón pequeño para el aporte de potasio

(Continúa)

(Continuación)

TABLA 3. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DESHIDRATACIÓN Y ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS, RECOMENDACIONES^{5,17}

Síntomas de alteraciones electrolíticas	Recomendaciones
Hiponatremia (cefalea, debilidad), hipomagnesemia (fatiga, tetania, cefalea, náuseas, irritabilidad), hipopotasemia (pérdida de apetito, calambres, cefalea), hipocalcemia (parestesias, calambres musculares, tetania, convulsión), hipofosfatemia	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar los alimentos ricos en sodio (verduras enlatadas, caldo y tomates) y potasio (plátanos, patatas y espinacas) o incrementar los aportes de sal en las comidas • Acudir a su médico para valoración

Elaboración propia.

DIARREA

Es habitual, en el postoperatorio de la cirugía intestinal, la salida de las heces en forma líquida. La propia cirugía, los fármacos, las infecciones intestinales o la quimioterapia pueden provocar diarrea, que, mantenida en el tiempo, puede generar alteraciones hidroelectrolíticas y deshidratación.

Para controlar la textura de las heces e incrementar su consistencia se recomienda incluir en la dieta alimentos que ayudan a espesar las heces: manzana asada (hervida o rallada), membrillo, plátano maduro, jamón cocido, huevos (cocidos, pasados por agua o en tortilla), arroz blanco hervido, sopa de arroz,

pan blanco, puré de zanahorias, patatas, pescado blanco (cocido o a la plancha), ternera a la plancha, yogur natural, leche sin lactosa, leches vegetales (de soja, de almendra y, en especial, leche de arroz) (imagen 2).

IMAGEN 2

Fuente: elaboración propia.

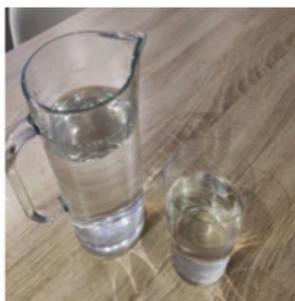
En cuanto al uso de probióticos, se ha realizado una gran cantidad de investigaciones, pero aún queda mucho por aprender acerca de si son beneficiosos y seguros¹³.

ESTREÑIMIENTO

Se considera estreñimiento cuando se realizan menos de tres deposiciones por semana, con heces duras y secas. Puede ser causado por ciertos medicamentos, como los analgésicos, por falta de aporte de fibra en la dieta y por una insuficiente ingesta de líquido, junto con una vida sedentaria¹⁷.

En personas ostomizadas prestaremos especial atención al estreñimiento en aquellos pacientes con colostomía. Ante riesgo o sospecha, se recomienda incorporar fibra insoluble a la dieta (verdura, frutas, como el kiwi, las ciruelas y los zumos con pulpa), cereales integrales, aceite de oliva crudo, legumbres, líquidos en cantidad superior a 1,5-2 litros diarios y realizar ejercicio físico moderado diariamente (imagen 3).

IMAGEN 3



Fuente: elaboración propia.

En el caso de los pacientes con ileostomía, pueden ocurrir situaciones de ausencia de emisión de heces, como cuadros suboclusivos, y la obstrucción del propio estoma por ingesta de ciertos alimentos. En este caso, se recomienda reducir

o evitar ingerir alimentos con alto contenido en fibra insoluble, como frutos secos, maíz, fibra vegetal cruda, setas, coco, etc.

Ejercicio

¿Qué tipo de actividad física podemos recomendar a la persona ostomizada?

Tras la cirugía, ¿cuándo podría comenzar a realizar ejercicio?

¿Practicar deporte afecta a la integridad del estoma?

Después de una cirugía abdominal con ostomía, las personas tienen miedo de cómo la actividad física puede afectar a su estoma, volviéndose, en general, menos activas^{18,19}. Sin embargo, la inactividad tiene un mayor impacto negativo tanto en la salud física como en la salud mental de los pacientes. Todas las personas ostomizadas deberían ser formadas en la realización de ejercicios beneficiosos para el fortalecimiento de sus músculos abdominales en el periodo posoperatorio²⁰.

Según la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), lo recomendable es comenzar a realizar ejercicio a partir de 6 a 12 semanas tras la cirugía¹³. Sin embargo, la Association of Stoma Care Nurses UK (ASCN) recomienda comenzar con un programa de ejercicios suaves y apropiados a los pocos días de la cirugía, pero adaptado a la condición física de cada persona^{21,22}. Ambas organizaciones coinciden en que se debe comenzar a realizar ejercicio físico de manera gradual, comenzando por caminar e ir incorporando de manera progresiva ejercicios abdominales suaves.

Están recomendados ejercicios para el fortalecimiento del *core* abdominal (engloba toda la región abdominal y parte baja de la espalda, músculos oblicuos, músculo recto abdominal, suelo pélvico, diafragma y músculo transversal abdominal). Estos ejercicios están orientados a la prevención de la aparición de la hernia paraestomal, que es la complica-

ción tardía más frecuente en los pacientes ostomizados^{23,24}. Por ello, deben tener especial cuidado con los movimientos y ejercicios que puedan causar un aumento excesivo de la presión intraabdominal.

Se pueden consultar en el Programa me+™ Recovery algunas de las recomendaciones para la recuperación y rehabilitación abdominal en el paciente ostomizado (<https://www.recoveryconvatec.es/>).



RECOMENDACIONES GENERALES PARA PRACTICAR DEPORTE

- En deportes extremos o "actividades de contacto", como el rugby o el fútbol (en los que puede producirse un traumatismo por objeto contundente en el abdomen), es aconsejable utilizar dispositivos de protección para asegurar la integridad del estoma. Existen en el mercado protectores resistentes específicos para ostomía (imagen 4).
- Los pacientes habituados a correr pueden reincorporarse a su actividad de manera progresiva, asegurándose iniciar la actividad física con la bolsa vacía. Deben prestar especial atención a la hidratación intensa para evitar la deshidratación por pérdida de electrolitos.
- En caso de practicar ciclismo y haber sido intervenido a nivel del recto con amputación abdómino-perianal, se ha de consultar con el cirujano acerca del mejor momento para retomar la actividad.
- La natación conlleva preocupación en cuanto a la resistencia y estanqueidad de los dispositivos colectores de ostomía, pero actualmente están preparados para mantenerse adheridos a la piel en cualquier medio acuático. Puede recomendar al paciente sumergirse en su bañera para comprobar la resistencia del material y tranquilizarle. En el mercado hay ropa de baño que les proporciona seguridad y discreción.

IMAGEN 4. BANDA ELÁSTICA PARA HACER DEPORTE



Fuente: elaboración propia.

Sexualidad, embarazo y anticoncepción

¿Puede verse la sexualidad de la persona ostomizada afectada tras la cirugía?

¿Qué tipo de disfunción sexual puede aparecer?

¿Qué podemos hacer los profesionales para ayudar a la persona ostomizada a recuperar su autoestima?

Los pacientes sometidos a cirugía mayor abdominal, tanto con ostomía como sin ella, experimentan síntomas posteriores al tratamiento hasta en un 50 % de los casos, afectando a la función intestinal, urinaria y sexual²⁵. El hecho de ser portador de un estoma afecta de manera importante a la esfera emocional por la distorsión de la propia imagen corporal, la pérdida de autoestima, el aislamiento social o la pérdida de roles. Todo esto influye de manera negativa en la calidad de vida del paciente, siendo la esfera sexual una de las más afectadas^{26,27}.

Pese a que casi tres cuartas partes de los pacientes ostomizados refieren tener una vida sexual insatisfactoria, a menudo los profesionales olvidamos que la sexualidad es un área importante si queremos proporcionar cuidados integrales. Una de las causas que impiden al profesional abordar la salud sexual del paciente ostomizado es la falta de formación,

sentimientos de vergüenza, timidez o factores externos, como la falta de espacio adecuado o la falta de tiempo de la consulta^{28,29}.

Las causas de la disfunción sexual tras una cirugía pélvica son multifactoriales²⁹⁻³¹:

- **Causas de origen orgánico:** lesión anatómica durante el acto quirúrgico, lesiones nerviosas del suelo pélvico, efecto de la radioterapia y/o quimioterapia o determinados fármacos.
- **Causas de origen psicológico:** relacionadas con el conjunto de emociones negativas que implica la ostomía, como la baja autoestima, depresión, vergüenza, sentimiento de pérdida del atractivo sexual, miedo a la apertura accidental de los dispositivos durante el acto sexual, el mal olor, etc.

AFECCIONES SEXUALES MÁS COMUNES EN LOS HOMBRES

- Disminución del deseo sexual.
- Disfunción eréctil.
- Eyaculación precoz, retrógrada o ausencia de eyaculación: si en la cirugía se han extirpado la próstata y las vesículas seminales existe una ausencia de eyaculación. Ambas (eyaculación retrógrada y ausencia de eyaculación) anulan la fertilidad en el hombre.
- Falta de orgasmo.
- Alteración en la sensibilidad del pene.

Los problemas persistentes, como puede ser la disfunción eréctil, deben ser consultados con profesionales de la salud especializados, ya que existen muchas opciones terapéuticas, como tratamiento con hormonas, fármacos, inyecciones intrapeneanas o prótesis peneanas.

AFECCIONES SEXUALES MÁS COMUNES EN LAS MUJERES

- Disminución del deseo sexual.
- Disminución de la sensibilidad del clítoris o hipersensibilidad.
- Sequedad vaginal, disminución de la lubricación.
- Dispareunia: dolor durante las relaciones sexuales con penetración.
- Vaginismo: dolor secundario a espasmos del suelo pélvico durante las relaciones sexuales.
- Vulvodinia: dolor ardiente en el área de la vulva.
- Pérdida de flexibilidad vaginal, fibrosis pélvica como consecuencia de la radioterapia o estenosis.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL EN PACIENTES OSTOMIZADOS

- Antes de retomar las relaciones sexuales, una buena idea para recuperar la confianza puede ser que el paciente comience a conocerse de nuevo, tocarse y satisfacerse uno mismo. Con ello descubrirá lo que le da placer y lo que no, para, pasado un tiempo, poder compartirlo con su pareja.
- Hacer aquello que le haga sentir bien y atractivo, como una ducha especial, afeitarse, aplicarse cremas y perfumes, etc.

IMAGEN 5. BOLSA DE OSTOMÍA CON VENTANA TAMAÑO MÍDI Y OPACA



Fuente: elaboración propia.

- Vaciar la bolsa antes de iniciar la relación sexual.
- Asegurarse de que la bolsa esté sujeta. Se pueden utilizar bandas para ocultar la bolsa (las hay de tejido más atractivo). También se puede utilizar un *body* con broche en la entrepierna o camisón corto si le da pudor exponer la bolsa.
- Utilizar una bolsa de tamaño reducido (opaca o con funda) o cubreestomas.
- En el caso de las colostomías descendentes, la irrigación disminuye el riesgo de gases o fugas.
- La posición en decúbito lateral podría funcionar si le preocupa que la bolsa quede entre el paciente y su pareja.
- En las cirugías con resección de recto se producen modificaciones anatómicas y el ángulo de la vagina puede cambiar, haciendo que ciertas posiciones sexuales puedan ser incómodas; en este caso, la mujer puede colocarse arriba para controlar la profundidad de la penetración²⁹.
- Si le preocupa el olor, se pueden usar desodorantes específicos, colocándolos dentro de la bolsa y usar gotas aromáticas.
- Evitar el consumo de alimentos que produzcan gases y aumenten el olor 1 o 2 horas antes del encuentro íntimo (apartado "Alimentación").
- En el estoma no se pueden introducir objetos firmes, como vibradores, ni ser penetrado, por riesgo de lesión grave, como sangrado o perforación.
- En ocasiones, debido a la cirugía, la penetración vaginal o anal no es posible. En estos casos, hay que enfatizar que el sexo sin coito es otra alternativa, ya que el orgasmo, el placer y las relaciones sexuales satisfactorias no tienen que tener relación directa con la erección, la eyaculación o la penetración.

- La comunicación con la pareja sexual es importante para fortalecer la relación íntima. Es muy difícil tener intimidad sexual sin mostrar el estoma, por lo que debemos animar a conversar sobre este tema al paciente y su pareja. Los pacientes ostomizados con pareja y con una relación sentimental de confianza se adaptan con mayor facilidad a la nueva situación^{28,29}. Se debe tener en cuenta que la situación no es nueva solo para el paciente, sino también para su pareja, que puede tener miedo a causar dolor o a lesionar el estoma con el roce^{30,31}.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y OSTOMÍAS

En el caso de la ileostomía o si en la cirugía se ha resecado intestino delgado, no es recomendable el uso de métodos anticonceptivos orales debido a que estos se absorben principalmente en el intestino delgado y su efecto puede quedar reducido. Esto no ocurre en las colostomías distales ni en las urostomías. Determinados métodos anticonceptivos, como los dispositivos intrauterinos, los anillos vaginales o el diafragma, pueden perder eficacia si se han causado modificaciones anatómicas o se ha alterado el funcionamiento de algunos tejidos implicados. La mujer ostomizada debe recurrir a su Servicio de Ginecología para que se valore el método anticonceptivo que mejor se ajuste a su nueva situación³⁰.

EMBARAZO Y OSTOMÍA

La ostomía no ha de suponer un problema en el embarazo, parto o posparto. Cuando una mujer ostomizada quiere quedarse embarazada debe consultarlo con profesionales especializados para obtener toda la información necesaria. Se recomienda que tras la realización del estoma se espere un tiempo prudencial de 2 años³⁰, para que los tejidos y los órganos cicatricen. No suele recomendarse superar dos gestaciones. Durante el embarazo se pueden producir una serie de cambios en el estoma (alteración del diámetro, retracción, prolapso o modificación de la ubicación en el ab-

domen, sobre todo en el tercer trimestre)³¹. Se recomendará el uso de un dispositivo de ostomía adaptado a las modificaciones del abdomen que la mujer ostomizada experimente durante el embarazo o en el posparto.

Sueño y descanso

¿Qué recomendaciones se puede ofrecer a la persona ostomizada para mejorar su descanso?

Cuando se les pregunta cómo es la calidad del sueño o si descansan bien, habitualmente refieren sentirse cansados o faltos de energía, teniendo que descansar durante el día. Algunos de los factores que impide tener un sueño reparador son el miedo a las fugas, a la rotura de la bolsa, la incomodidad de no poder adquirir posturas habituales para conciliar el sueño o levantarse con frecuencia a vaciar la bolsa^{28,32,33}.

Algunas recomendaciones para mejorar la calidad del sueño y el descanso en el paciente ostomizado son^{8,34,35}:

- Utilizar una camiseta o banda ajustada.
- Utilizar una almohada para apoyar la bolsa en ella si se duerme de lado.
- Al dormir boca abajo, doblar la pierna del lado de la ostomía.
- Si las heces son especialmente líquidas durante la noche, consultar la posibilidad de tomar algún fármaco inhibidor del peristaltismo antes de acostarse.
- Utilizar gelificantes que solidifican las heces para minimizar las fugas nocturnas.
- Vaciar la bolsa de ostomía justo antes de acostarse.
- Puede añadir un protector de cama.
- No acostarse justo después de las ingestas.

Hábitos tóxicos

Dejar el hábito de fumar y no consumir drogas de ningún tipo es una recomendación extensible a cualquier paciente. En el caso del paciente ostomizado, se recomienda dejar de fumar 2 meses previos a la cirugía en las intervenciones programadas. Con respecto al consumo de alcohol, se desaconseja su abuso, especialmente en las personas con ileostomía y con urostomía por el incremento del efluente. Se pueden consumir de forma puntual bebidas alcohólicas, como el vino o la cerveza.

Vida diaria

Tras el alta hospitalaria, la persona ostomizada tiene que continuar el proceso de recuperación quirúrgica en el domicilio. Suele ser su condición de salud la que determina que se incorpore al mundo laboral en caso de ser trabajador en activo. Incorporarse a la vida diaria supone una serie de adaptaciones en todos los ámbitos, a nivel familiar, social y laboral³⁶.

Como recomendaciones generales, indicaremos al paciente que siempre lleve consigo un “kit de emergencia” para que pueda cambiar su bolsa de ostomía si es necesario fuera de casa. Este kit incluye un dispositivo preparado (recortado con la medida de su estoma), material para limpiar la ostomía y una bolsa para desechar los residuos.

El aseo diario puede realizarlo tanto con el dispositivo de ostomía puesto como sin él. Puede seguir usando su ropa habitual, teniendo en cuenta que la goma, elásticos, botones, hebillas o cualquier otro material duro o rígido no presione el estoma, evitando dañarlo. Hoy en día existen varias líneas de ropa tanto íntima como para el día a día diseñadas para cubrir la bolsa de ostomía, disimularla, camuflarla, etc.

Es importante animar al paciente a continuar con su vida social, evitar su aislamiento y recordarle la importancia de

compartir su nueva situación con su entorno familiar y social cuando se sienta cómodo³⁷.

Puede retomar actividades lúdicas, deportivas, de ocio, viajes, etc. cuando se encuentre recuperado físicamente de la cirugía, teniendo especial precaución los 2 primeros meses en la carga de peso (no ha de superar los 1,5 kg)³⁸. Cuando se realice algún viaje, se puede llevar un documento que justifique el uso de los dispositivos, especialmente en viajes en avión o barco, en los que se recomienda llevar bolsas recortadas y de cambio suficientes en el equipaje de mano.

Continencia

¿Qué son las técnicas de continencia?

¿Todos los pacientes con una ostomía pueden utilizarlas?

Las técnicas de continencia ayudan a los pacientes con colostomía descendente o sigmoidea a “controlar” su ritmo intestinal y el funcionamiento de su estoma mediante la evacuación completa del intestino (irrigación) y mediante el uso de dispositivos que ocluyen la luz intestinal (obturador) impidiendo la salida de heces y gases. Estas técnicas permiten una mayor calidad de vida para el paciente, que puede emplearlas con una mejor adaptación a la nueva situación³⁹⁻⁴¹.

TÉCNICA DE IRRIGACIÓN

Consiste en limpiar el intestino introduciendo agua a través del estoma, siendo posible conseguir la evacuación intestinal regular cada 48 o 72 horas, prescindiendo del uso de los dispositivos colectores convencionales. Solo está indicada en pacientes con colostomía izquierda y no deben existir complicaciones, como prolapso, hernia paraestomal o diarrea. Para su realización es necesaria la indicación médica y se recomienda ser enseñada por enfermeras de Ostomía.

Su indicación debe contar con una valoración previa de cada paciente, teniendo en cuenta sus características físicas (buena visibilidad, destreza manual, bipedestación, etc.) y su estado emocional, pues requiere motivación y disciplina para que sea una técnica efectiva.

Realización de la técnica:

- Se utiliza un dispositivo específico, reutilizable, que consta de bolsa de irrigación, con regulador de velocidad del agua, manga de irrigación y cono.
- Se realiza un tacto del estoma para valorar la dirección de la luz intestinal.
- Se retira la bolsa de colostomía que usa habitualmente el paciente, se coloca la manga de irrigación y se introducen a través del estoma 500 a 1.000 ml de agua utilizando el cono previamente lubricado. La temperatura debe ser similar a la corporal y la velocidad del agua lo más lenta posible.
- Tras introducir el agua, se espera de 30 a 60 minutos hasta que se vacía el intestino de heces, que se acumulan en la manga de irrigación y se vierten el inodoro.
- Cuando las heces dejan de salir, se coloca un nuevo dispositivo de ostomía^{41,42}.

Cuando se consigue la continencia puede no ser necesario utilizar la bolsa de colostomía.

OBTURADOR

Es un dispositivo formado por una parte adhesiva que se pega a la piel y un vástago de espuma expandible, comprimido y recubierto de una película, que se introduce en el estoma y se degrada en contacto con la humedad de la mucosa, aumentando de tamaño y permitiendo el paso del aire, pero bloqueando el paso de fluidos y heces. Inicialmente se

utiliza durante 4 horas, que pueden aumentar tras un periodo de adaptación.

El método de continencia más efectivo es la combinación de irrigación más obturador, ya que consigue la continencia con ausencia de ruidos y olores, siempre que la técnica sea correcta y después de un periodo de adaptación⁴².

BIBLIOGRAFÍA

1. Hong WB, Tan WK, Law LS, Ong DE, Lo EA. Changes of drug pharmacokinetics in patients with short bowel syndrome: a systematic review. *Eur J Drug Metab Pharmacokinet.* 2021;46(4):465-78.
2. Vorre MM, Johansson KS, Fulgsang KA, Horwitz H, Solem EJ, Jeppesen PB, et al. Drug use in patients with short bowel syndrome and intestinal failure. *Dan Med J.* 2022;69(5):A12210940.
3. Grupo Gallego de Coloproctología. Guía de enfermería para el cuidado del paciente ostomizado. GGCP. 2022.
4. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Vivir con una ostomía. Fármacos. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/puertadehierro/ciudadanos/escuela-ostomia/vivir-ostomia-farmacos>.
5. Moreno Santa María M. Prevención del reingreso hospitalario asociado al alto débito por ostomía debido a una consulta postquirúrgica de seguimiento nutricional y educación sanitaria. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2022. Recuperado a partir de: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/74616>.
6. Rud CL, Baunwall SMD, Bager P, Dahlerup JF, Wilkens TL, Tøttrup A, et al. Patient-Reported Outcomes and Health-Related Quality of Life in People Living with Ileostomies: A Population-Based, Cross-Sectional Study. *Dis Colon Rectum.* 2022;65(8):1042-51.
7. Selau CM, Limberger LB, Nunes ME, Dall'Asta A, Schroeder F, De Mattos KM. Perception of patients with intestinal ostomy in relation to nutritional and lifestyle changes. *Texto e Contexto Enfermagem.* 2019;28:e20180156.
8. Álvarez Sariego M. Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención de enfermería. *NPunto.* 2022;5(47):52-77.
9. Fernández-Gálvez A, Rivera S, Durán Ventura MDC, de la Osa RMR. Nutritional and Educational Intervention to Recover a Healthy Eating Pattern Reducing Clinical Ileostomy-Related Complications. *Nutrients.* 2022 Aug 20;14(16):3431.

10. De Oliveira AL, Boroni Moreira AP, Pereira Netto M, Gonçalves Leite IC. Cross-sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons with an Ileostomy or Colostomy. *Ostomy Wound Manage.* 2018;64(5):18-29.
11. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; Guideline Development Task Force. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the adult patient with a fecal o urinary ostomy -An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2018;45(1):50-8.
12. Northwestern Memorial Hospital Chicago. Ileostomy Diet Guidelines. 2020.
13. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Ontario (Canadá): RNAO; 2019.
14. United Ostomy Associations of America. *Ostomy Nutrition Guide.* 2017.
15. ESPEN. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.
16. Vogel Y, Shinkwin M, Van der Storm SL, Torkington J, A Cornish J, Tanis PJ, et al. Overall readmissions and readmissions related to dehydration after creation of an ileostomy: a systematic review and meta-analysis. *Teach Coloproctol.* 2022;26(5):333-49.
17. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Diet Guidelines for people with an ileostomy. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/diet-guidelines-people-ileostomy>.
18. Russell S. Actividad física y ejercicio después de la cirugía de estoma: superando las barreras. *Hermano J Enfermeras.* 2017;26(5):S20-6.
19. De Sousa Correia RF, Macedo AR, Domingos da Silva CI, Barata Ribeiro AM, Vilaça de Brito Santos CS. Enfermeiro na prevenção da hérnia na pessoa com ostomia de eliminacao intestinal: revisao integrativa da literatura. *Pensar Enfermagem.* 2021;25(2):103-13.
20. Russell S. Exercise After ostomy Surgery and Parastomal Hernia: A view from here. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2019;46(3):215-8.
21. North J, Osborne W. ASCN UK Guideline: parastomal hernia. *Br J Nurs.* 2017;26(22):S6-S13.
22. Leclair F. Nurses specialized in Wound ostomy and Continence Canada. Paraestomal Care: General advice to help minimize the risk of paraestomal hernia development following surgery. 2017. Disponible en: <https://nswoc.ca/paraestomal-care/>.

23. Styliński R, Alzubedi A, Rudzki S. Paraestomal hernia-current knowledge and treatment. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*. 2018;13(1):1-8.
24. Xie HF, Feng M, Cao SM, Jia YY, Gao P, Wang SH. Evidence summary of nonsurgical presentation and management of parastomal hernia in patients with enterostomy. *Am J Transl Res*. 2021;13(11):3173-82.
25. Lussiez A, Vitous CA, De Roo AC, Rivard S, Abrahamse D, Van Wieren I, et al. A multimodal study examining long-term bowel, urinary and sexual function after rectal cancer surgery. *Am J Surg*. 2022;224(1 Pt B):562-8.
26. De Campos K, Benites Bot LH, Petroianu A, Alves Correia de Souza A, Panhoca I. The impact of colostomy on the patient's life. *J Coloproctol (Rio J)*. 2017;37(3):205-10.
27. Yilmaz E, Celebi D, Kaya Y, Baydur H. A descriptive, cross-sectional study to assess quality of life and sexuality in Turkish patients with a colostomy. *Ostomy Wound Manage*. 2017;63(8):22-9.
28. Duque PA, Milena-Campiño S. Vivencias de las personas portadoras de ostomía digestiva. *Cienc Enferm*. 2019;25:10.
29. Vallejo Sánchez V. Salud sexual en los pacientes ostomizados. *NPunto*. 2022;V(47):102-24.
30. González Gómez L. Ostomías y sexualidad. Un enfoque enfermero. *NPunto*. 2020;III(33):35-55.
31. Albaugh JA, Tenfeldev S, Hayden SM. Sexual dysfunction and intimacy for ostomates. *Colon Rectal Surg*. 2017;30(3):201-6.
32. Alwi F, Setiawan, Asrizal. Quality of life of persons with permanent colostomy: a phenomenological study. *J Coloproctology (Rio J)*. 2018;38(4):295-301.
33. Zhang Y, Xian H, Yang Y, Zhang X, Wang X. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2019;28(15-16):2880-8.
34. Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, et al. Life with a urostomy: A phenomenological study. *Apl Nurs Res*. 2018;39:46-52.
35. Temiz Z, Cavdar I, Ozbas A, Altunsoy M, Akyuz N, Kutlu FY. Sleep Quality and Factors Affecting Sleep in Individuals with an Intestinal Ostomy: A descriptive Cross-Sectional Study. *Wound Manag Prev*. 2022;68(5):28-36.

36. Castilla y León. Guía para el ostomizado. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-ostomia.ficheros/1403225-Guia%20para%20las%20personas%20ostomizadas.pdf>.
37. United Ostomy Associations of America. Guía para nuevos pacientes con ostomía. Disponible en: <https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2022/03/UOAA-New-Ostomy-Patient-Guide-Spanish-2022-03.pdf>.
38. Consejo General de Enfermería. Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado. 2015. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/guias-clinicas/send/67-guias-clinicas/1276-guia-para-la-planificacion-y-el-registro-del-cuidado-del-paciente-ostomizado>.
39. Boutry E, Bertrand MM, Ripoche J, Alonso S, Bastide S, Prudhomme M; French Federation of Ostomy. Quality of life in colostomy patients practicing colonic irrigation: An observational study. *J Visc Surg.* 2021;158(1):4-10.
40. Bauer C, Arnold-Long M, Kent DJ. Colostomy irrigation to maintain continence: An old method revived. *Nursing.* 2016;46(8):59-62.
41. Karadağ A, Menteş BB, Ayaz S. Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life. *J Clin Nurs.* 2005;14(4):479-85.
42. Martín M, Sevilla V. Guía práctica de irrigación por colostomía. SEDE. Disponible en: https://www.estomaterapia.es/images/Guias_Clinicas/guia-irrigacion-por-colostomia.pdf.

6 Páginas web de consulta y asociaciones de pacientes

93

¿Qué páginas web se pueden recomendar como consulta al paciente y/o a su familia/cuidador?

¿Qué asociaciones de personas ostomizadas existen y cómo podría contactar un profesional, paciente o familiar/cuidador con ellas?

La visibilidad de las personas que viven con una ostomía es cada vez mayor gracias a las redes sociales, a los medios de comunicación, al esfuerzo de los pacientes, familiares y de las enfermeras de Ostomía, y a un gran número de asociaciones nacionales y autonómicas que están naciendo, que contribuyen a que la adaptación a la vida diaria y la normalización de la nueva situación sea cada vez más fácil.

Páginas web de consulta

- **Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE):**
 - www.estomaterapia.es
 - <https://www.estomaterapia.es/biblioteca-sede/guias-clinicas>.
- **Escuela de Pacientes de la Junta de Andalucía:**
 - www.escueladepacientes.es.
 - <https://escueladepacientes.es/mi-enfermedad/ostomias/colostomias-eileostomias>.
 - <https://escueladepacientes.es/ostomias/urostomiasguias-urostomias/vivir-con-una-urostomia-ostomia>.
- **Asociación de Enfermos Contra el Cáncer:**
 - www.aecc.es.
- **Educainflamatoria** (plataforma educativa del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, GETECCU):
 - <https://educainflamatoria.com>.

- **Fundación Española del Aparato Digestivo:**

- <https://www.saludigestivo.es>.

Asociaciones de pacientes

- **ASOE** (Asociación de personas con Ostomía de España):

- Dirección: CSA Playa Gata. Avda. Cardenal Herrera Oria, 80b. 28034 Madrid.

- Horario de la sede: martes (17:00 a 19:00 horas) y miércoles (11:00 a 13:00 horas). Solicitar cita previa (por teléfono o correo electrónico).

- Teléfono: 644 258 738, de lunes a viernes, de 11:00 a 14:00 horas y de 17:00 a 20:00 horas.

- *E-mail*: info@asoeasociacion.org.

- **FAPOE** (Federación de Asociaciones de Personas Ostomizadas de España):

- <https://www.fapoe.com>.

- **AOMA** (Asociación de Pacientes Ostomizados de Madrid):

- Dirección: Centro Multifuncional La Rambla. 3.^a planta. Despacho 3-1. Avenida Príncipe de España, s/n. 28823 Coslada (Madrid).

- Horario: todos los lunes y miércoles de 18:00 a 20:00 horas.

- Teléfono: 605 412 203.

- *E-mail*: asociacion.aoma@gmail.com.

- **ACCU** (Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa):

- <https://www.accuesp.com>

- **AECC** (Asociación de Enfermos Contra el Cáncer):

- Dirección: Avda. Dr. Federico Rubio y Galí, 84, 28040 Madrid.

- Teléfono: 91 398 59 00. Infocancer: 900 100 036.

- Horario: lunes a jueves, de 8:00 a 17:00 horas, y viernes, de 8:00 a 15:00 horas.

- *E-mail*: madrid@aecc.es.

AGRADECIMIENTOS

La ostomía ha sido en muchas ocasiones un gran desconocido, tanto para el público en general como para muchos sanitarios. Lo cierto es que la existencia de excelentes profesionales especializados dentro del ámbito hospitalario, ha hecho que muchos profesionales del ámbito de los cuidados ambulatorios no hayan tenido la inquietud de profundizar en este tema, confiando los cuidados de los estomas a las y los estomaterapeutas localizados en los hospitales de referencia.

Muchas han sido a lo largo de los años, las iniciativas formativas encaminadas a dotar de visibilidad al colectivo de personas ostomizadas en el área de la atención ambulatoria, con resultados heterogéneos y probablemente no relevantes en el tiempo. Por eso, cuando hace aproximadamente un año, se nos propuso la idea de realizar una guía práctica sobre el cuidado de las ostomías en atención primaria, abrazamos el proyecto con entusiasmo. La idea nos entusiasmó y sobre todo nos dio plenas garantías la profesionalidad de las personas encargadas de desarrollar este trabajo: Marta Artola Etxeberria, María Elena García Manzanares, Virginia García Moreno y Milagros Martín Fernández. Además, la elección de las cuatro autoras fue un acierto, como seguramente habrán comprobado si ya han leído esta Guía.

Por suerte no fuimos los únicos que vimos el interés de esta Guía, también lo vieron en el Consejo General de Enfermería, incorporando este título dentro de su colección de guías de Recomendaciones Prácticas, y también se unió al proyecto la Sociedad Española de Enfermería en Estomaterapia (SEDE) otorgando su apoyo a la misma. A todos ellos, nuestro más sincero agradecimiento por su colaboración.

No podemos dejar de mencionar la encomiable labor de Virginia García Moreno cuya magnífica labor de coordinación ha sido clave para la consecución de los objetivos establecidos para

esta guía. Así como a Tamara Domingo, por parte del CGE, y Kenlis Alejandra Santana Casanova, por parte de Convatec, por su apoyo en las tareas de revisión.

Por último, agradecer a la enfermera estomaterapeuta Silvia Louzao, por su aportación al capítulo de complicaciones, cediendo gran parte de las imágenes con ejemplos reales y a la empresa editorial IM&C, que ha tenido la tarea de vigilar los tiempos de entrega, unificar lenguaje y bibliografías y hacer posible técnicamente que hoy tengan este ejemplar en sus manos.

Agradecemos sinceramente que nos hayan dado la oportunidad de participar en este proyecto.

Un cordial saludo

Juan Antonio Ferreiro

Consejero Delegado de ConvaTec España

