

¿De qué hablamos?

El estoma u ostomía consiste en la apertura, a través de intervención quirúrgica, de una víscera hueca al exterior. La mayoría de las veces se localizan en la pared abdominal. Su finalidad es permitir la eliminación de productos de deshecho (contenido ileal, heces u orina) al exterior y recogerlos en un dispositivo destinado a tal fin. Tipos de ostomías:

En función de la víscera que se comunica al exterior:

- **Colostomía:** apertura quirúrgica del colon a la piel para la eliminación del tránsito intestinal y/o desobstrucción del intestino grueso. En función de la porción abocada será: ascendente, transversa, descendente o sigmoide.
- **Ileostomía:** apertura del íleon distal hacia la pared abdominal.
- **Urostomía:** apertura de la vía urinaria al exterior. En función del tramo que se exteriorice hablaremos de: nefrostomía, ureterostomía, vejiga ileal (conexión de ambos uréteres al íleon y éste abocado al exterior, eliminándose la vejiga).
- **Ostomías de alimentación:** su finalidad es permitir la nutrición del paciente a través de ellas: gastrostomía y yeyunostomía.

Dependiendo de la indicación quirúrgica:

- **Temporales:** aquellas que se realizan en pacientes en los que se prevee la reconstrucción o anastomosis de la víscera en un segundo tiempo.
- **Permanentes:** si no existe solución de continuidad, por amputación total del órgano afectado o por cierre del mismo.

Según la capacidad de retener el contenido:

- **Continentes:** aquellas que por la técnica quirúrgica utilizada son capaces de retener por sí mismas el material a evacuar.
- **Incontinentes:** las que evacuan el material al exterior de forma continua.

▲ Dispositivos de recogida y accesorios

Material: Se debe elegir el dispositivo más adecuado al paciente, en función del tipo de estoma, de sus características y de la piel circundante.

Sistemas colectores: Constan de una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa que recoge los productos de deshecho. La primera debe adherirse bien a la piel, garantizándole al paciente una buena movilidad, al mismo tiempo que previene la irritación de la piel periestomal. En la mayoría de los casos la bolsa lleva incorporado un filtro de carbón activado que permite el paso de aire pero retiene el mal olor.

Existen distintos tipos de sistemas colectores:

Según el tipo de vaciado:

- **Cerrados:** adecuados para heces sólidas o pastosas. Se necesita una bolsa para cada uso.
- **Abiertos:** el extremo inferior se cierra con un pinza que permite su vaciado.
- Las bolsas de urostomía llevan incorporado un sistema **antirreflujo**.



Imagen 1: Sistemas colectores

Según el sistema de sujeción:

- **De una pieza:** el adhesivo y la bolsa van unidos y se colocan directamente sobre la piel. Adecuados para pieles que soporten bien los cambios frecuentes de adhesivo y en casos de heces sólidas.
- **De dos piezas:** el adhesivo y la bolsa están separados, y se adaptan entre sí a través de un anillo de plástico. La placa adhesiva puede mantenerse durante dos o tres días. Adecuados para pieles sensibles y en caso de que se necesite reposo de la piel periestomal. Inconveniente: menos flexibles, por lo que se adaptan peor a los pliegues de la piel.
- **De tres piezas:** similar a los anteriores, pero con un clip de seguridad en el cierre del aro.

Según la base:

- Plana.
- Convexa: para estomas retraídos.
- Recortable.
- Pre-cortada.

Accesorios:

- **Plantilla medidora del estoma.**
- **Pasta niveladora y tiras de resina moldeable:** para rellenar los desniveles de la piel, favoreciendo así la adhesión del sistema colector.
- **Crema barrera:** para las curas de dehiscencias y fístulas, regenerando la piel. Contiene hidrocoloides.
- **Crema/polvos protectores:** para irritaciones de la piel periestomal o dermatitis. Los polvos son más útiles en casos de humedad en la zona.
- **Placas adhesivas para protección de la piel:** con contenido de hidrocoloides. Usadas también en el tratamiento de las dermatitis.
- **Pastillas gelificantes:** convierten el líquido de una bolsa de ileostomía en una masa gelatinosa que se mueve menos.
- **Cinturones** para asegurar las bolsas.
- **Desodorantes.**
- **Pinzas para cierre de bolsas abiertas.**
- **Sistemas de obturación e irrigación:** permiten controlar el momento de evacuación.

▲ Técnica de aplicación de las bolsas

- **Colocación.** Realizarla de abajo hacia arriba, por si se produce alguna excreción durante la colocación.

1. Preparar el material que se utilizará para la limpieza de la zona y el recambio del dispositivo.
2. Retirar el dispositivo usado.
3. Limpiar el estoma y la piel periestomal con jabón neutro, esponja y agua tibia, con movimientos circulares de dentro a fuera.
4. Secar bien la piel con una toalla, sin frotar.
5. Medir el diámetro del estoma y recortar la placa adhesiva lo más exacto posible, teniendo en cuenta los dos diámetros del estoma y sus irregularidades. (El estoma suele reducirse en los primeros meses, por lo que conviene medirlo con frecuencia).
6. Si se trata de un dispositivo de una sola pieza retirar el film protector y pegar la bolsa alrededor del estoma, alisándolo bien para evitar fugas. En los dispositivos de dos o tres piezas, retirar el film protector, adherir el disco a la piel y a continuación encajar la bolsa en el círculo de plástico, cerrando con el clip de seguridad.

- **Retirada:**

- En los dispositivos de una pieza: tirar con cuidados de arriba a abajo, sujetando la piel con la otra mano.
- En los dispositivos de dos o tres piezas: abrir el clip de seguridad y tirar de la bolsa hacia arriba y hacia fuera, sujetando el disco con la otra mano. Limpiar el aro si es necesario y aplicar una nueva bolsa. Para cambiar el disco, proceder como en los dispositivos de una pieza.

¿Con qué frecuencia debemos cambiar las bolsas?

- Los dispositivos deben cambiarse cuando alcanzan lo dos tercios de su capacidad.
- En caso de dispositivos abiertos: vaciar la bolsa cuando alcance los dos tercios de su capacidad. La bolsa se recambia cada 24 horas.
- Los discos se cambian cada 2-3 días.
- Siempre que existan signos de filtrado entre el adhesivo y la piel, debe cambiarse el dispositivo, sobre todo en casos de ileostomías (por tratarse de flujo constante y muy corrosivo).

▲ Irrigación de la colostomía

Indicaciones: Solo en casos de colostomías sigmoideas y descendentes, con el fin de regular la eliminación de material fecal, para que ésta se produzca de una manera predecible. Para ello se requiere:

- Longitud intestinal adecuada.
- Ausencia de diarrea.
- Antecedentes de evacuación intestinal regular.
- Competencia del paciente y destreza manual. Debe estar bien instruido por el personal sanitario.

Material necesario:

- Manga y cinturón para irrigación.
- Sonda con punta cónica.
- Bolsa de irrigación con 500 ml de agua corriente.

Técnica:

1. Colocar la manga de irrigación y ajustarla a la cintura del paciente con el cinturón.
2. Introducir el extremo inferior de la manga en el inodoro.
3. Pasar la sonda de irrigación al interior de la manga, e introducir la punta cónica con suavidad hacia el interior del estoma.
4. Colgar la bolsa de irrigación a nivel del hombro del paciente y comenzar la introducción de agua corriente.
5. Retirar la sonda y esperar a que se realice la deposición en el interior de la manga. Una vez finalizada la técnica, se retira la manga y se cierra.

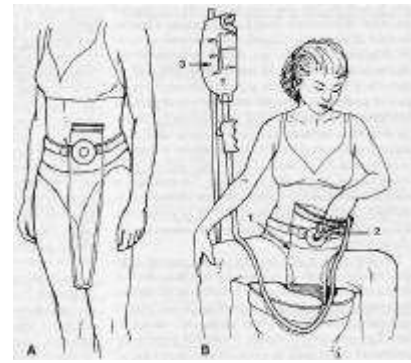


Imagen 2: Técnica de irrigación.

▲ Seguimiento del paciente osteomizado

La dieta:

- Después de la intervención introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades. No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.
- Evitar el exceso de peso, con el fin de facilitar que el paciente sea quien se aplique los dispositivos y realice su propio aseo.
- Aumentar la ingesta de líquido, entre 1.5 y 2 litros diarios, puesto que las pérdidas suelen ser mayores que antes.
- Explicarle que tiene que comer despacio y masticar bien, con la boca cerrada para evitar la formación de gases.
- Si aparecen diarrea o estreñimiento utilizar dietas especiales.
- Facilitarle al paciente un listado de alimentos que influyan en el aumento del olor y los gases, como la siguiente tabla:

Tabla 1. Alimentación en pacientes osteomizados.

<p>Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Legumbres. ■ Cebollas y ajos. ■ Col y coliflor. ■ Frutos secos. ■ Espárragos y alcachofas. ■ Huevos. ■ Cerveza y bebidas con gas. ■ Especias. ■ Carne de cerdo. 	<p>Alimentos que inhiben el olor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mantequilla. ■ Yogurt. ■ Queso fresco. ■ Cítricos
<p>Alimentos aconsejados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Frutas y verduras. ■ Pescados y aves. ■ Pastas y arroces. ■ Leche y derivados. 	<p>Alimentos que se deben evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Carne de cerdo y charcutería. ■ Grasas. ■ Picantes. ■ Alcohol y bebidas gaseosas.
<p>Alimentos que dan consistencia a las heces:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Verduras. ■ Frutas y legumbres. ■ Cereales integrales. ■ Salvado. 	<p>Alimentos astringentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plátano y manzana. ■ Leche y derivados. ■ Arroz cocido.

El uso de fármacos:

- Puede verse disminuida su capacidad de absorción, sobre todo en las ileostomías.
- Para mejorar su absorción, es preferible fragmentar los comprimidos, excepto en aquellos fármacos con cubierta entérica, o con fórmulas "retard".
- Tener en cuenta cómo se ven afectados determinados fármacos con los estomas:
 - **Opiáceos:** disminuyen la motilidad intestinal, por lo que pueden ser útiles en períodos de diarrea.
 - **Bicarbonato sódico:** alcaliniza la orina, lo que conlleva aparición de cristales y litiasis. Atener en

cuenta en las urostomías.

- **Antibióticos:** por la alteración de la flora intestinal, pueden provocar diarrea, con la consiguiente pérdida de agua y electrolitos.
- **Diuréticos:** aumentan el volumen de excreción en el caso de las urostomías. En ileostomizados vigilar el balance hidroelectrolítico.
- **Laxantes:** Contraindicados en la ileostomía. Pueden ser útiles en casos de estreñimiento en pacientes colostomizados. Nunca debe indicarse enemas en las ileostomías.
- **Potasio:** a veces utilizado para el control de electrolitos en ileostomizados.
- **Vitaminas:** provocan olor desagradable, aunque a veces son de prescripción obligada, ya que se trata de pacientes con alteración en la absorción.

Cuidados previos a estudios baritados y colonoscopias:

- 24 horas antes debe comenzar dieta líquida.
- Debe irrigar la colostomía con 1 litro de agua tibia la noche anterior y la mañana previa al procedimiento.
- Tras el estudio el bario debe ser evacuado antes de que se endurezca, por lo que debe beber abundantes líquidos en las horas posteriores al estudio.
- En el momento de acostarse tomar un laxante.
- Si la materia fecal del día siguiente aún contiene bario, repetir el laxante y la irrigación (nunca en caso de ileostomía).

▲ Complicaciones de las ostomías

Inmediatas a la cirugía:

no las veremos en atención primaria, ya que ocurren en el postoperatorio inmediato.

- **Isquemia o necrosis:** hasta 34 horas después de la cirugía.
 - Clínica: cambio de coloración. Los bordes no sangran.
 - Manejo: Valoración por cirugía, por riesgo de perforación intra-abdominal y peritonitis.
- **Hemorragia:** primeras horas del postoperatorio o tardías, por heridas al limpiar el estoma.
 - Manejo: hemostasia local con nitrato de plata o compresión manual.
- **Dehiscencia:**
 - Clínica: separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel.
 - Manejo: curas locales como cualquier herida quirúrgica, aplicando crema barrera para evitar la irritación por el efluente. Si mala evolución derivar a Cirugía.
- **Edema:**
 - Clínica: aumento del componente hídrico en la mucosa del estoma.
 - Manejo: aplicación de compresas de suero hipertónico frío sobre el estoma. Si se cronifica puede llegar a causar obstrucción intestinal, por lo que debe ser valorado por cirugía.
- **Infecciones periestomales:**
 - Clínica: cuadro inflamatorio, con fiebre, dolor, calor y rubor en la piel circundante.
 - Manejo: antibioterapia oral y curas locales. Si afectación de planos profundos derivar al hospital.
- **Perforación y/o fistulación:** debida a problemas con la técnica quirúrgica, yatrogenia en la manipulación del estoma durante sondajes o por recidiva de la enfermedad inflamatoria.
 - Manejo: evitar el contacto con los bordes de los dispositivos, con crema barrera o apósitos de hidrocoloides. Detección precoz de los signos de infección locales.

Complicaciones tardías:

suelen aparecer una vez que el paciente es dado de alta en el hospital.

- **Prolapso/evisceración:**
 - Clínica: protrusión de la mucosa intestinal o de asas sobre el plano cutáneo, respectivamente.
 - Manejo: proteger con campo estéril, humedecido con gasas y suero fisiológico tibio, y derivación al hospital para reparación

Complicaciones de los estomas:



Imagen 3: Dehiscencia



Imagen 4: Prolapso



Imagen 5: Estenosis



Imagen 6: Dermatitis

quirúrgica.

- **Estenosis:**
 - Clínica: estrechamiento del orificio del estoma.
 - Manejo: dilataciones digitales periódicas y valoración por cirugía para corrección quirúrgica. Se puede irrigar suero fisiológico para evitar fecalomas.
- **Granuloma:**
 - Clínica: protuberancias epidérmicas periestomales, por irritación cutánea persistente.
 - Manejo: control de la retirada de puntos de sutura, evitar fugas del efluente usando el dispositivo adecuado, con cremas barrera o niveladoras. Se puede usar nitrato de plata para evitar su crecimiento.
- **Retracción:**
 - Clínica: estoma hundido o plano.
 - Manejo: cuidado de la piel más exhaustivo, aplicando dispositivos de dos piezas convexas, con pasta niveladora.
- **Dermatitis:**
 - Clínica: irritación de la piel alrededor del estoma.
 - Manejo: Identificar la causa y tomar las medidas adecuadas para tratarla y prevenirla. La mayoría de los casos se deben a ostomías mal confeccionadas, contaminación del efluente (más frecuente en ileostomías y urostomías), o por uso de materiales inadecuados.



Imagen 7: Dermatitis



Imagen 8:
Mala ubicación del estoma

▲ Educación sanitaria a los pacientes

- **Apoyo psicológico:**
 - Los cambios que ha sufrido su cuerpo no deben de constituir una inseguridad ni preocupación, ya que el problema que tenía ha sido resuelto.
 - Animarlo a que haga vida normal lo antes posible, que hable de su problema.
 - Ofrecerle el apoyo del personal sanitario y de las asociaciones de ostomizados.
- El **ejercicio físico** no está contraindicado. Evitar los deportes de contacto. Si se baña en la playa o en la piscina debe tapar el filtro de la bolsa para evitar fugas.
- Existen dispositivos especiales para **viajes** o actividades físicas determinadas. Debe llevar en su equipaje de mano dispositivos suficientes para cambiarse. No facturarlos en viajes en avión.
- No limitar su **vestuario** por el estoma. Elegir las bolsas que se adapten mejor y que pasen desapercibidas.
- Guardar **las bolsas** en un lugar alejado del calor y de la humedad.
- Darle a conocer al paciente que su **actividad sexual** no se debe alterar por el estoma.
- No existen problemas para tener hijos. El embarazo no tiene por qué verse complicado.

▲ Errores más frecuentes

- Usar material no específico para la ostomía que estamos tratando, así como no recortar ni modificar la parte externa del dispositivo.
- Yodo y soluciones yodadas pueden producir quemaduras. Por lo tanto, nunca se deben aplicar en el estoma ni en la piel circundante.
- Las toallitas infantiles de limpieza dejan la piel húmeda, lo cual dificulta la adherencia del dispositivo.