

Guía para el manejo de ostomías: indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras. OSTOMÍAS.



**Guía para el manejo de
ostomías: indicación,
uso y autorización de
dispensación de medicamentos
sujetos a prescripción
médica por parte de
las enfermeras.
OSTOMÍAS.**



ÍNDICE:

1.	INTRODUCCIÓN.....	07
2.	POBLACIÓN DIANA.....	08
3.	INTERVENCIÓN ENFERMERA.....	09
3.1	TIPO DE INTERVENCIÓN ENFERMERA	09
3.2	VALORACIÓN INTEGRAL PACIENTE	10
3.3	PREPARACIÓN PREOPERATORIA	11
4.	LA OSTOMÍA.....	12
4.1	DEFINICIONES	12
4.2	CLASIFICACIÓN DE LAS OSTOMÍAS	13
4.3	EVALUACIÓN DEL ESTOMA	16
4.3.1	Valoración del estoma digestivo y urológico.....	16
4.3.2	Valoración del estoma respiratorio.....	16
4.3.3	Dolor	17
4.3.4	Valoración de la piel periestomal y mucocutánea.....	17
4.4	COMPLICACIONES	18
4.5	CRITERIOS DE DERIVACIÓN	20
4.6	CUIDADOS LOCALES	21
4.7	PRECAUCIONES FARMACOLÓGICAS	27
4.8	TIPOS DE DISPOSITIVOS Y ACCESORIOS.....	29
4.8.1	Componentes del dispositivo (y composición):	29
4.8.2	Accesorios:	31
4.8.3	Sondas	32
4.8.4	Tipos de cánulas de traqueotomía	32
5.	VALORACIÓN Y MANEJO NUTRICIONAL.....	35
5.1	OSTOMÍAS DIGESTIVAS	35
5.1.1	Objetivos nutricionales generales.....	35
5.1.2	Dieta para colostomía	36
5.1.3	Dieta para ileostomía.....	36
5.2	OSTOMÍAS URINARIAS	37
5.3	OSTOMÍAS RESPIRATORIAS.....	38
6.	SOPORTE EMOCIONAL.....	39
7.	MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA.....	40

8.	BIBLIOGRAFÍA.....	42
	IMÁGENES: fuente propia.....	43
	Gráficos: freepik.es.	43
9.	9. ANEXOS.....	44
	ANEXO 1. Procedimiento de marcaje	44
	ANEXO 2. Escala SACS™	46
	ANEXO 3. Complicaciones y manejo ostomías urinarias y digestivas ...	47
	ANEXO 4. Decanulación	59
	ANEXO 5. Clasificación complicaciones en ostomías respiratorias....	60
	AUTORÍA.....	62

1. INTRODUCCIÓN. Situación actual

Esta guía asistencial es fruto de un trabajo colaborativo multidisciplinar, con el objetivo de orientar a las enfermeras¹ en el tratamiento de personas con ostomías, y de reducir la variabilidad en la práctica clínica facilitando una atención segura, integral y centrada en la persona.

Las enfermeras brindan cuidados profesionales con un cuerpo de conocimientos propio, en continuo crecimiento mediante la investigación e incorporación de la evidencia a la práctica diaria.

La Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en su reunión del 14 de diciembre de 2022, ha elaborado y aprobado la “Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las enfermeras de: Ostomías” (BOE-A-2022-23740) y en este marco normativo, se elabora el correspondiente protocolo desde la Dirección General de Cuidados, Humanización y Asistencia Sociosanitaria de la Consejería de Salud de Asturias.

La acreditación para el uso, indicación y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de las enfermeras supone una oportunidad de mejora que tiene consecuencias en la gestión de la demanda de los servicios sanitarios, aumentando la capacidad resolutiva y finalista de las consultas enfermeras.

La eficiencia y efectividad de la atención sanitaria son objetivos de nuestro sistema sanitario público, que apuesta por desarrollar las competencias de las enfermeras para mejorar los resultados en salud de la población.

Aunque el camino ha sido largo, aún no ha finalizado. Sabemos que un desarrollo normativo más ambicioso, con visión centrada en actuaciones de valor, de reconocimiento profesional y social, es el itinerario irrenunciable en el cuidado de las personas y de la comunidad, compromiso de la profesión enfermera.

En dicha guía, y por ende en el presente protocolo, se incluyen medicamentos sujetos a prescripción médica con utilidad en procesos relacionados con las ostomías. La indicación, uso y autorización de los productos sanitarios, ampliamente utilizados en la práctica enfermera relacionada con las ostomías, se encuentran regulados en el RD 954/2015, el cual, en su artículo 2 estipula que *“los enfermeros, en el ejercicio de su actividad profesional, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios de uso humano, de forma autónoma, mediante una orden de dispensación”*.

¹En este documento el término “enfermera”, se utiliza en sentido genérico y alude a todos los profesionales que ejercen la enfermería.

2. POBLACIÓN DIANA

Este protocolo va dirigido a profesionales de la salud pertenecientes a cualquier ámbito asistencial que proporcionen cuidados a personas de todas las edades que presenten ostomías, cualquiera que sea su circunstancia, sobre las que proceda aplicar este protocolo.

Este protocolo pretende ser una ayuda para mejorar los resultados en salud, a través de una atención sanitaria integral centrada en la persona, colaborativa, de calidad, basada en la evidencia y que facilite la continuidad de cuidados.

Este protocolo se aplicará a población en edad adulta y pediátrica con ostomías de alimentación, eliminación y/o ventilación, que pueden ser temporales o definitivas, que precisen ser atendidos mediante pautas o directamente por un profesional de la salud.

3. INTERVENCIÓN ENFERMERA

3.1 TIPO DE INTERVENCIÓN ENFERMERA

Tabla 1. Tipo de intervención enfermera.

TIPO DE INTERVENCIÓN ENFERMERA			
En el marco de este protocolo asistencial y colaborativo las intervenciones que se podrán realizar son:			
INICIAR	PRORROGAR	MODIFICAR	FINALIZAR
indicación/uso/autorización de dispensación de medicamentos.	el tratamiento farmacológico.	la pauta del medicamento.	el tratamiento farmacológico.
REQUISITOS	EN EL MARCO DEL SEGUIMIENTO COLABORATIVO CUANDO:	EN EL MARCO DEL SEGUIMIENTO COLABORATIVO:	SI SE PRODUCE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:
<ul style="list-style-type: none">• Existencia de una prescripción médica previa o indicación sustentada en este texto.• Adaptado a las situaciones clínicas en las que se podrá iniciar, contempladas en este protocolo.• Valoración previa de existencia de alergia al medicamento u otras contraindicaciones.	<ul style="list-style-type: none">• La evolución sea la adecuada con el tratamiento.• La tolerancia y la adherencia sean adecuadas.• Se mantenga sin cambios relevantes en la situación clínica y características del paciente que puedan influir en la indicación del medicamento.• Esté dentro de la duración máxima del tratamiento establecida en ficha técnica.• No existan contraindicaciones por la introducción de otros medicamentos.	<ul style="list-style-type: none">• Siguiendo los criterios de ficha técnica y siempre que haya habido cambios en la situación clínica o características del paciente desde el inicio	<ul style="list-style-type: none">• Finalización del proceso por el que se indicó el uso.• Retirada de la ostomía.• Por indicación médica.• Presencia de efectos adversos no deseables o no tolerables.• Superación del tiempo establecido en la ficha técnica.• Aparición de condición clínica que contraindica la continuidad (interacciones, cambios en parámetros analíticos...).• Ausencia de beneficio clínico.• La adherencia del paciente no es adecuada o rechaza la aplicación de las pautas indicadas en esta guía.

3.2 VALORACIÓN INTEGRAL PACIENTE

Cuando nos encontramos ante una persona que va a presentar la necesidad de realizar una ostomía, independientemente del tipo que sea, es necesario empezar por valorarla en su conjunto, con una visión holística. Son muchos los determinantes de la salud que influirán en el proceso de la ostomía y que tenemos que tener en cuenta para utilizar los recursos más eficientes. Puede existir una gran variabilidad entre los cuidados, el abordaje, el seguimiento, los materiales necesarios o las pruebas que precise una persona con ostomía y por tanto, la valoración debe de ser siempre individualizada.

Las decisiones clínicas se basarán en los resultados de valoración de la persona, de la ostomía y de su entorno. Los resultados de la valoración nos permitirán proponer intervenciones y consensuar actuaciones tanto con la persona como con quien se encargue de su cuidado. Posteriormente es preciso reevaluar y modificar el plan de cuidados siempre que fuese necesario.

Se elaborará una historia clínica y psicosocial y se realizará un examen físico en colaboración con el paciente y con sus cuidadores.

Todo ello debe recogerse en la exploración inicial y en las evaluaciones periódicas, siendo especialmente sensibles a cualquier cambio significativo que se produzca en el estado de salud de la persona o de su entorno de cuidados.

Historia personal

Recogerá al menos: edad, sexo, estilo de vida, hábitos tóxicos (consumo de alcohol, tabaco, drogas), estado nutricional, actividad física, capacidad funcional (nivel de dependencia y capacidad de autocuidado).

Interferencias con el funcionamiento de la ostomía

La revisión de comorbilidades permitirá identificar los factores que pueden interferir en el funcionamiento de la ostomía: procesos oncológicos, diabetes, accidente cerebrovascular, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia renal, enfermedades respiratorias, etc.

Es necesario revisar la presencia de:

- Alergias o intolerancia a fármacos o productos para el cuidado de las ostomías.
- Medicamentos utilizados para tratar otras patologías que pueden afectar al funcionamiento del estoma.

Revisión del estado psicosocial

Es importante valorar:

- Salud psicosocial de la persona, así como comportamiento y cognición.
- Expectativas, conocimientos y creencias de la persona respecto a su enfermedad, a las intervenciones y los resultados del tratamiento.
- Valores y objetivos de cuidado de la persona y de sus allegados, teniendo en consideración el componente cultural que afecta a los cuidados.
- Recursos físicos, económicos, sociales y emocionales de que dispone la persona para seguir un plan de tratamiento.

Es necesario identificar claramente la posibilidad de autocuidados o la capacidad de la persona que se encargue del cuidado. Recomendaciones de activos de salud disponibles en la comunidad.

Revisión de historia clínica

En este punto puede detectarse la ausencia de pruebas complementarias con fines diagnósticos, de seguimiento y monitorización del estado de salud que deben de ser reclamadas en función del procedimiento del servicio.

3.3 PREPARACIÓN PREOPERATORIA

Es importante informar al paciente y a la familia intentando disipar las dudas que aún pueden tener.

En las ostomías digestivas y urológicas se deben de realizar intervenciones específicas:

- Semana previa a la intervención:
 - Dieta sin residuos o muy baja en residuos.
 - Consulta de ostomías para información preoperatoria, marcaje, educación, entrega de preparación intestinal, resolución de dudas, etc.
- Día previo a la intervención:
 - En función del tipo de intervención se realizará preparación mecánica del colon y/o enema.

Marcaje (en ostomías digestivas y urológicas)

El marcaje del estoma es la técnica mediante la cual se ubica sobre la piel del paciente el punto donde se localizará el posible estoma.

El objetivo principal es seleccionar la mejor ubicación para un estoma funcional, bien perfundido, libre de tensión, que garantice la correcta adaptación de los dispositivos de ostomía, evitando así futuras complicaciones.

Tras la revisión de la historia del paciente y una correcta valoración integral se llevará a cabo el procedimiento. Se realizará si es posible el día anterior a la intervención salvo en situaciones de urgencia. En el anexo I se detalla el procedimiento a seguir para esta actuación.

4. LA OSTOMÍA

4.1 DEFINICIONES

Ostomía. Abocación al exterior, mediante una intervención quirúrgica, de un conducto o una víscera hueca. Al segmento exteriorizado se le denomina: “estoma” que significa boca (proviene del griego estoma). Los procedimientos quirúrgicos mediante los cuales son creados los estomas terminan en el sufijo «ostomía», y comienzan con un prefijo que denota el órgano o el área que se opera.

Gastrostomía. Abocación del estómago hacia el exterior, generalmente a través de una sonda colocada en su interior. La gastrostomía de alimentación representa la principal indicación, principalmente en pacientes en los que se debe mantener una nutrición enteral durante más de 4-6 semanas. Aunque existen diferentes tipos de gastrostomías, la más utilizada es la Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG). Se coloca una sonda de alimentación en el estómago.

Yeyunostomía. Consiste en la comunicación del intestino delgado proximal con la piel. Está indicada tanto para la alimentación como para la eliminación. Estos pacientes requieren de un aprendizaje alimenticio exhaustivo. Se comporta como una ileostomía, requiriendo los mismos cuidados.

Colostomía. Abertura creada quirúrgicamente para exteriorizar una porción del colon a través de la pared abdominal y permitir la eliminación de heces. Dependiendo de la localización de esta ostomía, las heces pueden variar en cantidad, consistencia y características físicas y químicas.

Ileostomía. Abertura creada quirúrgicamente para exteriorizar la última parte del intestino delgado (íleon) a través de la pared abdominal y permitir la eliminación del efluente intestinal. La consistencia del efluente puede ser líquida, líquida-pastosa y es potencialmente más irritante para la piel, produciéndose mayor pérdida de agua y electrolitos.

Urostomía: Se denomina urostomía o derivación urinaria a una abertura creada para derivar la orina al exterior desde alguna localización anatómica del sistema urinario. Las más frecuentes son:

- Urostomía (conducto ileal tipo Bricker): se abocan los uréteres a un segmento aislado del íleon, llevando un extremo a través de la pared abdominal para crear un estoma.
- Ureterostomía: se abocan directamente los uréteres a piel.
- Nefrostomía: la orina es evacuada directamente desde la pelvis renal mediante un catéter percutáneo normalmente a fosa renal.
- Cistostomía: la orina es evacuada mediante la implantación de un catéter en la vejiga a través de la pared abdominal.

Traqueotomía. Este término deriva del griego y significa abrir la tráquea, ya que se compone de las palabras traquearteria y cortar. La **traqueotomía** es el procedimiento quirúrgico de realización de una apertura en la cara anterior de la tráquea. La **traqueostomía** identifica la realización de un orificio que comunica la tráquea con el exterior e implica una modificación del tracto aéreo superior al proporcionar una entrada adicional de la vía respiratoria. Ambos términos solo pueden utilizarse sinónimamente cuando una traqueotomía culmina con una traqueostomía, pero no convendrá utilizar el término traqueostomía cuando se produce el cierre de los planos al final del procedimiento y éste no resulta en la creación de un estoma. Los traqueostomas pueden ser cualificados con adjetivos de tiempo de permanencia (temporal/permanente), tamaño (grande/pequeño), forma (redondo/elíptico), o profundidad por sí mismos, sin vincularse a ningún tipo de enfermedad o de indicación quirúrgica. No todos los traqueostomas permanentes tienen lugar en laringectomías totales ni tienen sistemáticamente un carácter irreversible.

Este procedimiento se hace durante un procedimiento de emergencia o una cirugía planeada, creando un acceso a la vía respiratoria. Las indicaciones de una traqueostomía son:

1. Obstrucción de la vía aérea superior.
2. Protección del árbol traqueobronquial en pacientes con riesgo de aspiración.
3. Permitir el acceso para aspirar las secreciones bronquiales en pacientes con imposibilidad para expulsarlas adecuadamente con la tos.
4. Insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica de larga duración.
5. Cirugía mayor de cabeza y cuello.

Durante el procedimiento se inserta en esa apertura de la tráquea un tubo (cánula o tubo endotraqueal) a través del cual la persona respira.

- Coniotomía o cricotirotomía: Es el establecimiento de una apertura quirúrgica en la vía aérea a través de la membrana cricotiroidea y la colocación de un tubo para ventilación. Se diferencia de la traqueotomía en la ubicación anatómica de entrada a la vía aérea. Es preferible frente a una traqueotomía de urgencia ya que la membrana cricotiroidea está más cercana a la superficie de la piel.

Traqueotomía percutánea. Es una técnica alternativa para pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos/reanimación/servicios de urgencias. Se realiza en la propia cama del paciente. Las indicaciones son similares a la de una traqueotomía reglada igual que las complicaciones, aunque disminuye los costes hospitalarios, agiliza el flujo de pacientes y elimina las necesidades de transporte hacia quirófano y se ha observado una disminución de la complicación de neumonía nosocomial.

4.2 CLASIFICACIÓN DE LAS OSTOMÍAS

La clasificación de las ostomías varía en función del objeto empleado para su denominación. Se pueden clasificar de numerosas maneras y cada ostomía encajará en varias clasificaciones atendiendo a la función, la localización u otros parámetros específicos si se trata de una ostomía digestiva, urinaria o respiratoria.

A continuación se presentan varias tablas con la clasificación general para las ostomías (tabla 2) y las clasificaciones específicas (tablas 3, 4 y 5).

Tabla 2. Clasificación general de las ostomías

OSTOMÍAS		
CLASIFICACIÓN	TIPO	SUBTIPO
Función	Eliminación	Colostomía Ileostomía Urostomía
	Alimentación	Gastrostomía Yeyunostomía
	Drenaje	Colecistostomía
	Ventilatorias	Traqueostomía
Localización	Digestivas	Colostomía ascendente Colostomía transversa Colostomía descendente Colostomía sigmoidea Ileostomía
	Urológicas	Urostomía tipo bricker Urerostomía cutánea (unilateral o bilateral) Nefrostomía Cistostomía
	Respiratorias	Traqueostomía

Tabla 3. Clasificación de las ostomías digestivas

OSTOMÍAS DIGESTIVAS	
CLASIFICACIÓN	TIPO
Temporalidad	Temporales
	Definitivas
Capacidad de continencia	Continentes
	Incontinentes
Morfología (construcción del estoma)	Laterales o en asa
	Doble o en cañón de escopeta
	Terminal

Tabla 4. Clasificación de las derivaciones urinarias

DERIVACIONES URINARIAS		
CLASIFICACIÓN	TIPO	
Temporalidad	Temporales	
	Definitivas	
Continentes	Ortotópicas: Para la eliminación y exteriorización de la orina se utiliza la vía natural o uretra.	
	Heterotópicas: Cuando para la eliminación y exteriorización de la orina se utilizan vías alternativas a la natural (tubo digestivo o piel).	
No continentes	Sonda o catéter	Nefrostomía Pielostomía Talla suprapública o cistostomía
	Estoma mucocutáneo	Ureteroileostomía cutánea (Bricker) Ureterostomía cutánea Uretrostomía

Tabla 5. Clasificación de las traqueotomías

TRAQUEOTOMÍA	
CLASIFICACIÓN	TIPO
Temporalidad	Temporal: El estoma es transitorio, reversible. Existe obstrucción o lesión en la vía superior, mal manejo de secreciones, necesidad de ventilación mecánica.
	Definitivo: El estoma es permanente, definitivo (laringectomía total). Es la abertura de la tráquea al exterior suturándola a la piel de forma circunferencial y permanente.
Derivación	Vertical: No se aconseja en adultos. Parte anterior de 2º-3º anillo.
	Horizontal: Incisión entre el 2º-3º anillos traqueales
	Circular: Se elimina un segmento de la cara anterior traqueal y de piel y se sutura entre ellas.
	En H: Dos incisiones paralelas y simétricas.
	En cruz: Se realiza una incisión vertical de dos cartílagos y horizontal al ligamento interanular.
	Charnela inferior o superior: Facilita el cambio de cánula.

4.3 EVALUACIÓN DEL ESTOMA

4.3.1. VALORACIÓN DEL ESTOMA DIGESTIVO Y UROLÓGICO

Para valorar el estoma tendremos en cuenta su color, aspecto, tamaño y altura. El estoma normal debe presentar un color rojo o rosado con aspecto húmedo y debe protruir sobre el nivel de la piel unos 2 cm para facilitar un buen ajuste/drenaje al dispositivo de ostomía. Su tamaño es variable en función del tipo de estoma.

- **Color:** Rojo o rosado (normal), color púrpura o color vino oscuro (isquémico), negro (necrótico).
- **Aspecto:** Húmedo (normal), turgente, esfacelado, edematoso, con/sin lesiones.
- **Tamaño/Diámetro:** Varía en función del tipo de estoma (una o dos bocas), ubicación en el intestino (colon o íleon). En estomas redondos mediremos el diámetro y en estomas irregulares mediremos longitud x anchura.
- **Altura:** Protruido (normal), nivelado (a nivel de la piel), retráido (por debajo del nivel de la piel), prolapsado (ocupa mayor longitud de la creada inicialmente).

El estoma no presenta terminaciones nerviosas, por tanto, es insensible. Carece de esfínter, razón por la que no existe control voluntario para la evacuación de gases y de efluente. Valoraremos las características del efluente (heces/orina) y si es normofuncionante o presenta alteraciones como diarrea o estreñimiento. En estomas urinarios, es habitual que la orina se acompañe de moco.

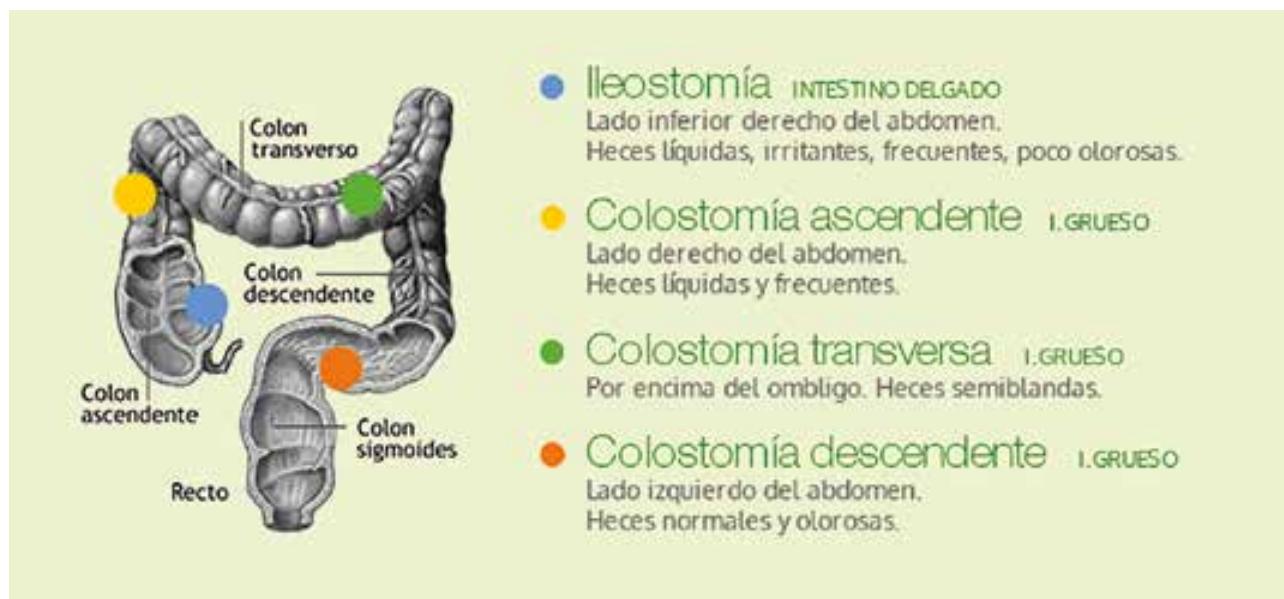


Ilustración 1. Tipo de efluente en función de la localización del estoma. Obtenido de: Escuela Cántabra de Salud. Ostomías. Disponible en: <https://www.escuelacantabradosalud.es/ostomias>

4.3.2. VALORACIÓN DEL ESTOMA RESPIRATORIO

Cuando se observa la apertura de una traqueotomía (estoma) puede verse parte del recubrimiento de la tráquea (mucosa), que es muy similar al recubrimiento del interior de la mejilla. El estoma se verá como un orificio en el frente del cuello y puede ser de color rosa o rojo. Es tibio, húmedo y con secreción de mucosidad.

Las secreciones en las traqueostomías pueden tener diferentes características:

- Espesas: Pueden favorecer la formación de moco que obstruye la luz de la cánula. Para prevenirlo es importante mantener una buena hidratación del paciente.
- Purulentas: Indicativo de infección. Valorar otros síntomas como fiebre y administrar antibióticos si precisa. Prevenir con una buena limpieza del estoma y vigilancia de las secreciones.
- Verdosas: Puede indicar contaminación o infección por pseudomonas.

4.3.3. DOLOR

En el caso de las ostomías digestivas y urológicas el estoma no tiene terminaciones nerviosas y por tanto, no hay dolor a ese nivel. Puede aparecer dolor en caso de que se presenten complicaciones físicas (dolor periestomal) o funcionales (dolor abdominal por obstrucción o suboclusión). También puede aparecer dolor por progresión de la enfermedad de base, sin que se localice necesariamente a nivel de la ostomía.

En las traqueotomías el estoma traqueal en sí no ocasiona dolor. El concepto de dolor viene dado por:

- Irritación por la tos
- Molestias en el cambio de cánula traqueal
- Dolor durante la aspiración de secreciones
- Irritación o maceración de la piel alrededor del estoma por abundancia de secreciones

4.3.4. VALORACIÓN DE LA PIEL PERIESTOMAL Y MUCOCUTÁNEA

La piel periestomal es la piel que rodea el estoma (área de unos 10x10 cm de superficie cutánea periestomal). Es fundamental la vigilancia de la piel periestomal por parte de la enfermera, así como enseñar las normas básicas de higiene y observación al paciente y su familia. En su valoración la podemos encontrar:

- **Intacta:** Sana, íntegra, sin lesiones.
- **Lesionada:** Dermatitis, foliculitis, úlceras, etc.

La unión mucocutánea es el punto en que se funden la epidermis y la mucosa estomal. En su valoración la podemos encontrar:

- **Intacta:** La unión está bien aproximada.
- **Separada (dehiscencia):** El estoma se separa de la piel, total o parcialmente.

Para la valoración de la piel periestomal se recomienda el uso de la Escala SACS (Ver anexo II).

4.4 COMPLICACIONES

Es difícil precisar la incidencia global real de las complicaciones en ostomías. Se estima que la mitad de los pacientes con estoma intestinal van a tener complicaciones. No obstante, hay estudios que describen tasas del 70-80%, o incluso del 96% durante las 3 semanas siguientes a la cirugía. Este amplio rango dificulta precisar su incidencia debido a factores como duración del seguimiento, definición de las complicaciones, tipo de estoma, tipo de cirugía (urgente o diferida) o enfermedad de base.

Es importante resaltar que algunas de las complicaciones son prevenibles y que se puede reducir su incidencia mediante la implantación de actuaciones o procedimientos a nivel técnico y organizativo. La mayoría de las complicaciones dificultan la adaptación de los dispositivos generando frecuentemente fugas e irritación cutánea. Además, algunas complicaciones pueden ser el origen de otras (retracción-estenosis/hernia-prolapso, etc.). De ahí la importancia del seguimiento y educación del paciente ostomizado para que sepa identificar de forma temprana cualquier problema en su ostomía. Si a pesar de las medidas preventivas se presentan complicaciones, es necesario conocer el tratamiento y aportar cuidados para que éstas reduzcan el impacto sobre calidad de vida del paciente.

Factores predisponentes

1. Asociadas al paciente: Edad, estado nutricional, índice de masa corporal, riesgo anestésico ASA, patología de base que conduce a la realización de la ostomía, comorbilidades asociadas.
2. Asociadas al tipo de cirugía:
 - Urgente/programada: Las cirugías urgentes presentan más complicaciones que las electivas.
 - Vía de abordaje: Cirugía abierta o laparoscópica, considerándose esta última más eficaz y segura.
 - Ubicación del estoma: Una mala ubicación aumenta el riesgo de complicaciones. La realización del marcaje preoperatorio se asocia con una menor incidencia de complicaciones.
3. Asociados al sistema sanitario:
 - Escasa información preoperatoria/postoperatoria.
 - Déficit de calidad asistencial y experiencia de los profesionales sanitarios.
 - Ausencia de trabajo en equipos multidisciplinares.
 - Falta de disponibilidad de recursos.
 - Calidad y uso inadecuado de los dispositivos de ostomía.

Clasificación de las complicaciones en ostomías digestivas y urológicas

Tabla 6. Clasificación de complicaciones en ostomías digestivas y urológicas

OSTOMÍAS DIGESTIVAS Y UROLÓGICAS		
CLASIFICACIÓN	TIPO	SUBTIPO
Físicas	Precoces	<ul style="list-style-type: none"> - Necrosis - Hemorragia - Edema - Evisceración - Dehiscencia - Hundimiento/retracción
	Tardías	<ul style="list-style-type: none"> - Estenosis - Prolapso - Hernia - Fistula - Granulomas - Úlceras - Varices paraestomales - Metaplasia escamosa - Recidiva tumoral
	Independientes del tiempo	<ul style="list-style-type: none"> - Mala ubicación - Dermatitis periestomal - Pioderma gangrenoso - Infección/abscesos - Foliculitis - Hiperplasia epitelial - Fenómeno de Koebner o isomorfo - Sinus por material de sutura
Funcionales	Deshidratación	
	Alteraciones hidroelectrolíticas	
	Obstrucción	
Metabólicas	Déficit de absorción de vitaminas, minerales y nutrientes	
	Acidosis metabólica	
Psicológicas	Trastorno de la imagen corporal Pérdida de autoestima Depresión	Ver apartado 7 de Soporte Emocional

Tabla 7. Clasificación de complicaciones en ostomías respiratorias

COMPLICACIONES OSTOMÍAS RESPIRATORIAS	
Intraoperatorias	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para localizar la tráquea - Hipertrofia de la glándula tiroidea - Hemorragia por lesión de un vaso concomitante anterior o vasos pretiroideos - Neumotórax - Neumomediastino - Paro respiratorio - Edema pulmonar agudo - Parada cardíaca refleja vegetativa - Fístula traqueoesofágica - Lesión del cartílago cricoides o de los nervios periféricos
Postoperatorio inmediato	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia post-operatoria - Enfisema subcutáneo - Desplazamiento de la cánula - Dehiscencia de la sutura - Salida accidental de la cánula - Falsa vía - Edema facial - Oclusión de la cánula por coágulos o moco - Aspiración y disfagia. Reflujo gastroesofágico
Postoperatorio tardío	<ul style="list-style-type: none"> - Afonía. - Granuloma. - Estenosis laringotraqueal. - Hemorragia tardía. - Fístulas traqueoesofágicas. - Cicatriz defectuosa de la herida. Queloides. - Alteraciones estéticas.

Abordaje de las complicaciones

En el anexo IV se presenta un desglose de diferentes complicaciones que se pueden presentar en ostomías así como nociones sobre el tratamiento oportuno.

4.5 CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Criterios de derivación comunes en ostomías digestivas y urinarias:

- Cambios en el color o morfología del estoma.
- Dolor periestomal.
- Presencia complicaciones periestomales.
- Evolución desfavorable de las complicaciones tras aplicar el tratamiento, cuidados y recomendaciones prescritas.
- Sangrado por ostomía.
- Dolor abdominal.

Criterios de derivación comunes en ostomías digestivas:

- Dolor anal.
- Tenesmo.
- Exudado anal.
- Aumento o ausencia del débito por la ostomía.
- Signos de obstrucción: Náuseas y/o vómitos, dolor abdominal, distensión, fiebre.
- Signos de deshidratación: Aumento del débito por la ileostomía, sensación de boca seca, sed, debilidad, disminución en la diuresis, palpitaciones, cefalea, irritabilidad, disminución del nivel de conciencia, pérdida de peso.

Criterios de derivación en ostomías urinarias:

- Ausencia de efluente por el estoma/catéteres.
- Dolor, enrojecimiento o supuración alrededor del catéter.
- Migración o salida de catéteres.
- Hematuria.
- Orina turbia o maloliente.
- Fiebre.
- Dolor en fosa renal.

Criterios de derivación en ostomías respiratorias:

- Aparición o aumento de las secreciones traqueales.
- Cambio en la coloración o aspecto de las secreciones (purulentas, sanguinolentas, espesas).
- Dolor en la zona del estoma.
- Cambios en la piel periostomal (edema, dermatitis, eczema).
- Sangrado.
- Disminución de la ventilación

4.6 CUIDADOS LOCALES

Estos cuidados son relevantes de cara a la prevención de complicaciones y deben de individualizarse.

Higiene

La limpieza del estoma y de la piel periostomal es de gran importancia para prevenir infecciones, erosiones de la piel, acúmulo de secreciones y sobre todo ayuda en la vigilancia continua de la zona. Se debe dejar claro que el estoma no es una herida por lo que su cuidado e higiene no requiere técnica estéril. Se aconseja limpiar una vez al día y siempre que sea necesario por acúmulo de secreciones o humedad. Tanto la higiene del estoma como de la piel periostomal, se realizará con una esponja suave, **agua y jabón neutro**, evitando el uso jabones alcalinos ya que alteran el pH de la piel. Secado con toalla/paño o papel suave.

Mientras se limpia la zona revisamos el estoma. Es importante observar la aparición de enrojecimiento de la piel, heridas, sangrado, color de las secreciones para tomar las medidas que se consideren oportunas según el caso.

Cambio y limpieza de cánulas en ostomías respiratorias

Una vez limpio el estoma y la piel periestomal colocar una gasa seca alrededor de la cánula. Absorberá la mucosidad y evitará el roce de la propia cánula con la piel que pueda favorecer aparición de irritaciones o heridas. Se cambiará la gasa cada vez que este húmeda o sucia.

- El primer cambio de cánula siempre debe realizarlo un otorrinolaringólogo (o el cirujano maxilofacial o torácico en caso de que la intervención haya sido realizada por estas especialidades). Se realiza inspección del estoma buscando posibles fistulas, heridas, granulomas.
- Deshinchar el balón de la cánula (en cánulas con balón) antes de extraerla.
- Tener siempre a mano un sistema de aspiración de secreciones y una fuente de luz.
- Limpiar el estoma con suero fisiológico y desinfectar con antiséptico.

Respecto a la limpieza de las cánulas:

- **Plata:** Sumergir la cánula separándola del mandril en solución detergente durante 15 minutos. Lavar con cepillo y VIN® frotando, aclarando y secando bien. Esterilizar si el paciente está hospitalizado.
- **Silicona o PVC:** Separar la cánula interna de la externa. Dejar en remojo en agua con detergente 15 minutos. Limpiear con un cepillo, aclarar con agua y dejar de nuevo en agua oxigenada al 50% otros 15 minutos. Aclarar con agua estéril y secar.

Respecto al estoma traqueal, se recomienda no apoyar la cánula sobre la piel periestomal para evitar roces que den lugar a heridas en la piel, pudiendo usar gasas o baberos comercializados para ello. De esta manera, no solo se evitarán lesiones, sino que también se aislará la zona de humedad ocasionada por secreciones que pueden macerar la zona.

Elección correcta del dispositivo (ostomías digestivas y urológicas)

Existe una inmensa variedad de dispositivos para ostomías, a la hora de seleccionar el más adecuado para cada paciente se debe tener en cuenta el **tipo de ostomía** realizada, el **tamaño del estoma, la consistencia del efluente, la presencia de complicaciones y las necesidades del propio paciente** (habilidad y destreza, déficit visual, etc.).

- En colostomías sin complicaciones, que no requieran más de tres cambios de dispositivo al día, se recomienda el uso de dispositivos de una pieza cerrados.
- En ileostomías es preferible el uso de dispositivos de dos piezas abiertos, ya que el efluente suele ser líquido o semilíquido.
- En urostomías se utilizarán bolsas de una o dos piezas con grifo, preferiblemente de dos.

Es importante recordar que existen dispositivos precortados, indicados cuando el estoma ha adquirido un tamaño estable, que simplifica su manejo.

También existen dispositivos moldeables (no recortables) que se adaptan al estoma, haciendo un efecto “cuello cisne” que pueden ser indicados en pacientes con dificultades de manejo. Requieren que el estoma esté bien protuido y tenga una altura determinada.

Cuando existan complicaciones periestomales, se recomienda utilizar dispositivos de dos piezas ya que nos van a permitir aplicar y mantener los tratamientos garantizando el reposo de la piel periestomal. De este modo podremos cambiar la bolsa con la frecuencia necesaria, sin necesidad de cambiar la base.

Cambio de dispositivo y bolsa de ostomía

La retirada del dispositivo se realizará de arriba hacia abajo, despegando suavemente y evitando dar tirones. Podemos aplicar previamente el spray quita-adhesivo.

Tras realizar la higiene y secado, mediremos el diámetro del estoma para recortar el nuevo dispositivo y ajustarlo de forma adecuada, dejando unos dos o tres milímetros de margen, de modo que no roce con la mucosa del estoma.

- Si el dispositivo es de una pieza lo colocaremos de abajo hacia arriba.
- Si el dispositivo es de dos piezas normalmente colocaremos primero la base y una vez colocado ajustaremos la bolsa:
 - Si el acople es mecánico, presionaremos la bolsa sobre la base, apretando por los extremos hasta oír un clic.
 - Si el acople es adhesivo, pegaremos la bolsa sobre la base de abajo a arriba.
 - Si al paciente le resulta más sencillo, se puede colocar la bolsa y la base ensamblados previamente.

El cambio de dispositivo se realizará cuando la bolsa esté a 2/3 de su capacidad, tenga fuga o produzca incomodidad.

En dispositivos de dos piezas con bolsa abierta o grifo, la base se cambiará cada tres días máximo y la bolsa cada 24 horas.

Recomendaciones

- El vello dificulta la adhesión de la bolsa a la piel, si existiera se recomienda cortarlo con tijeras o con cortadora eléctrica, nunca con cuchilla.
- No utilizar cremas o bálsamos (excepto crema barrera si se precisa) ya que van a dificultar la adhesión del dispositivo y éstos ya ofrecen la protección adecuada.
- El estoma se suele reducir durante los primeros meses después de la intervención, por lo que habrá que medirlo habitualmente mediante la plantilla medidora e ir adaptando el dispositivo a la medida del estoma.
- Antes de colocar el dispositivo conviene precalentarlo entre las manos para activar el adhesivo y una vez colocado, mantener las manos presionando suavemente sobre el mismo durante 1 o 2 minutos para garantizar su adhesión.
- Se recomienda realizar el cambio de dispositivo en ayunas o una hora y media tras la ingesta, para evitar el peristaltismo intestinal y la salida continua del efluente mientras se realiza el cambio.

Cuidados de la gastrostomía

Los cuidados son importantes para prevenir las lesiones periestomales. Estos cuidados deben de ser diarios, sobre todo durante el primer mes, limpiando la zona del estoma con gasa, agua y jabón, mediante movimientos suaves en círculo desde la sonda hacia fuera, sin presionar. Posteriormente debe secarse de forma cuidadosa y se administrará una solución antiséptica alrededor de la sonda. A partir de la 3.^a semana no es necesario utilizar el antiséptico.

Es aconsejable aspirar la sonda de la gastrostomía durante las primeras 6 horas del postoperatorio. El 1^º y 2^º día postoperatorio se introducen 50-100 ml de agua por la sonda, y a partir del 3.^º puede iniciarse la alimentación enteral.

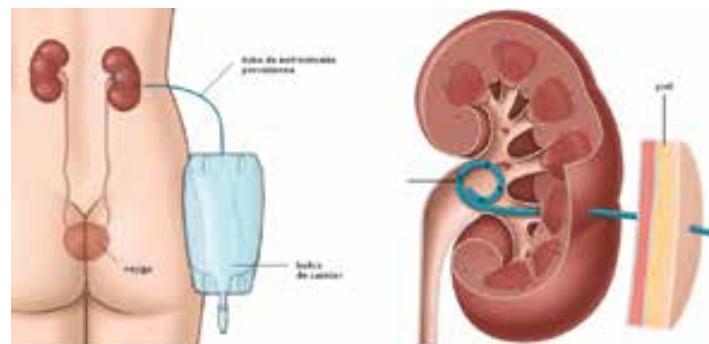
Durante las primeras semanas se debe ser muy escrupuloso con la higiene de las sondas y muy cautelosos en su manipulación, ya que una salida accidental de la sonda o su migración puede ocasionar un desprendimiento del estómago de la pared con salida de su contenido a la cavidad abdominal y la consecuente peritonitis.

La piel periestomal debe lavarse con agua y jabón neutro y se pueden aplicar cremas barreira para prevenir la irritación. Tras la higiene diaria, la piel debe mantenerse seca. Si aparecie-

ra irritación o infección alrededor del estoma, deberá valorarse que no exista una excesiva presión del cilindro de plástico que sujetla la sonda sobre el estoma y que no exista una falta de higiene o una fuga de jugo gástrico que provoque la irritación. En caso de irritación cutánea, se deberá tratar inmediatamente, con el fin de prevenir complicaciones más graves.

Cuidados de la nefrostomía y cambio de opérculo

La nefrostomía es una ostomía temporal que consiste en la colocación de un catéter flexible a través de la piel directamente en el riñón para drenar la orina.



Los cuidados de enfermería se dirigen a la zona de inserción para evitar infecciones, acodamiento del catéter que impida el paso de la orina, obstrucción (en cuyo caso tiene un acceso para poder lavarlo con poca cantidad de suero fisiológico), mantenimiento de alargaderas y conexiones. Mientras que el propio paciente-familia, será educado para el recambio de colector de pierna y de noche.

Existen diferentes métodos de fijación del catéter (seda, opérculo) pero el punto de inserción siempre ha de estar protegido, ya sea por un apósito o en bolsa de urostomía.

En caso de fijación con opérculo o apósito específico, cada 5-7 días aproximadamente debemos cambiarlo, para revisar el punto de inserción y curar adecuadamente. En caso de no disponer de estos sistemas de fijación, se realizará la protección con material de curas (gasas, esparadrapo). Es importante tener cuidado con la sujeción y evitar dar tirones.

Fijación con apósito específico:

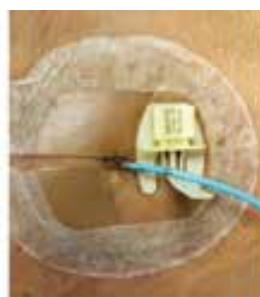


Fijación con opérculo:



• Retirada de opérculo:

- Retirar con guantes no estériles y curar con guantes estériles.
- Abrir la brida del opérculo apretando la pieza plástica en los laterales para que salga y liberar el catéter.



• Colocación de opérculo:

- Tras la limpieza y desinfección del punto de inserción. Colocar nuevo opérculo.
- Pegar el opérculo y pasar la brida por la ranura de la pieza plástica, de manera que abrace el catéter y lo sujete sin estrangularlo. El extremo de la brida se puede cortar unos centímetros para que no moleste.
- El catéter no debe quedar acodado y se conectará a la alargadera y esta a la bolsa de diuresis.
- Cubrir con gasas estériles y esparadrapo (a ser posible transparente e impermeable).
- El catéter debe estar siempre protegido por un apósito, que debe mantenerse seco.
- Se recomienda el cambio de apósito una vez por semana y/o si se moja y el cambio de opérculo cuando veamos que hay humedad o está deteriorado.
- Se recomienda cambiar bolsa colectora a diario.
- Se puede medir periódicamente el catéter para comprobar que no se ha desplazado.



- Fijación con punto:

Cuando el catéter está fijado a la piel con un punto hay otras posibilidades para protegerlo. Una alternativa consiste en alojarlo en una bolsa de urostomía para así protegerlo de tirones accidentales. Se elegirá preferiblemente un dispositivo de urostomía de dos piezas. Otra alternativa de sujeción del catéter consiste en fijar la seda entre la base, el adhesivo y la piel.

Cambio de dispositivo de urostomía con catéteres uretrales

En el postoperatorio inmediato, a través de la urostomía, salen dos catéteres uretrales (uno si el paciente fuese monorreno), que van a condicionar el cambio de dispositivo. Enfermería realizará lavados a través de ellos los primeros días (en algunos hospitales se hace por protocolo; otros reservan el lavado para comprobar permeabilidad y que no haya obstrucción). A partir del alta no será necesario hacerlo.

El catéter que proviene del riñón izquierdo siempre acaba en punta biselada, y el derecho en redondo, para diferenciarlos en caso de obstrucción. Como curiosidad, esto puede variar dependiendo del hospital; por ejemplo, en el Hospital Universitario de Cabueñas, el biselado es el catéter derecho.

El estoma genera abundante moco, proveniente del trozo de intestino utilizado para la derivación. Mientras permanezcan los catéteres uretrales, retiraremos el moco con unas gasas empapadas en suero estéril, para evitar infecciones; y con mucho cuidado, de no araÑar la mucosa, una vez se retiren se puede usar una esponja suave y jabón neutro.



Mientras estén colocados los catéteres es recomendable el uso de dispositivos de 2 piezas, para evitar la manipulación excesiva de los mismos.

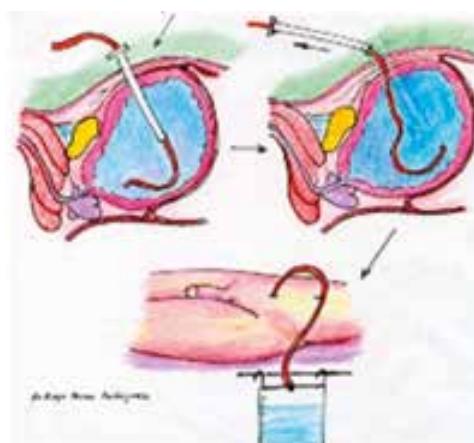
Para cambiar el dispositivo, retiramos primero la bolsa y después la base, con la precaución de sujetar los catéteres para evitar su salida accidental. Realizaremos la limpieza del estoma y piel periestomal y mediremos el diámetro del estoma. A continuación, con la piel periestomal bien seca, colocaremos el nuevo dispositivo. Debemos introducir los catéteres por el orificio de la base, cuidando que no se moje el adhesivo y una vez colocada ésta, acoplamos la bolsa. Debemos introducir los catéteres en la bolsa de manera que no queden acodados para permitir el libre flujo de la orina.

Cuidados de la cistostomía

La cistostomía presenta un catéter insertado en vejiga a través de la zona abdominal, el sistema lleva un globo para que no salga del orificio, por lo que habrá que evitar tirones. Se cambiará periódicamente según protocolo establecido.

La cura podrá ser similar a la de la nefrostomía, con una gasa estéril cortada a la mitad en contacto con la piel, y otra cubriendo a la primera, previa limpieza y desinfección de la piel. También se puede dejar al aire si tiene buen aspecto.

Se recomienda girarla suavemente con regularidad para que no tenga adherencias.



4.7 PRECAUCIONES FARMACOLÓGICAS

En el caso del paciente ostomizado, a la hora de administrar un fármaco, hay que tener especial cuidado con:

- Efectos adversos de los medicamentos, sobre todo aquellos que tengan repercusión sobre el aparato digestivo y/o urinario.
- Tipo de absorción y lugar del tubo digestivo donde se absorben.
- Posible relación con la alteración intestinal del paciente.
- Cambios del olor o color del efluente.

Absorción de fármacos

El intestino constituye el órgano principal de absorción para la mayor parte de las moléculas. En los pacientes ostomizados, ésta puede verse afectada en cuanto limita la longitud del intestino funcional y en ocasiones la motilidad del mismo.

El verdadero proceso de la absorción oral se realiza en el intestino delgado, órgano por excelencia encargado de llevar a cabo una óptima absorción, ya que proporciona una elevada superficie de absorción (consecuencia de las vellosidades intestinales), un buen flujo sanguíneo (que favorece un elevado gradiente de concentración de luz intestinal/plasma), así como secreciones intestinales y mecanismos de transporte activo (que facilitan la degradación de los nutrientes). Por ello es esencial conocer, de manera aproximada, la longitud de intestino delgado de la que se dispone, puesto que es la zona donde se absorben de forma mayoritaria los fármacos, por lo que pacientes con resecciones intestinales de cierta importancia pueden presentar problemas serios de absorción de medicamentos.

En general, los pacientes con colostomías distales, mantienen condiciones adecuadas de absorción.

En pacientes con colostomía ascendente o transversa y especialmente en ileostomizados, la absorción de fármacos tomados vía oral puede verse afectada, particularmente en formas farmacéuticas de recubrimiento entérico, liberación retardada y grageas. Esto supondría la evacuación de parte o del total de las pastillas a la bolsa con las heces y la no absorción del principio activo. Para estos pacientes se aconseja la prescripción de formas líquidas (jarrabes, soluciones, suspensiones) o formas sólidas de liberación rápida (cápsulas de gelatina o comprimidos sin recubrimiento), que permiten su rápida disolución y absorción.

Alteración de las características organolépticas de las heces y orina por ingesta de fármacos

Color: El cambio de color en las heces tras la toma de fármacos suele representar un efecto carente de toxicidad que causa alarma en el paciente si este no ha sido informado previamente.

Tabla 8. Fármacos y sus modificaciones en el color de las heces

FÁRMACO	COLOR	FÁRMACO	COLOR
Aluminio, hidróxido	Blanquecino	Ibuprofeno	Blanquecino
Antibióticos	Gris verdoso	Indometacina Debido a la biliverdina	Rosa, rojo, negro (hemorragia)
Anticoagulantes Gris Verde	Rosa, rojo, negro (hemorragia)		Verde
Aspirina	Rosa, rojo, negro (hemorragia)	Levodopa	Negro
Compuestos de B1	Negro verdoso	Ácido Mefenámico	Rosa, rojo, negro (hemorragia)
Carbón	Negro	Fenazopiridina	Naranja/rojo
Cloranfenicol	Azul/negro	Fenilbutazona	Rosa, rojo, negro (hemorragia)
Cloropropamida	Negro	Pirvinio	Rojo/negro/naranja
Colchicina	Gris/blanco	Rifampicina	Rojo/naranja
Fenoprofeno	Rosa, rojo, negro (hemorragia)	Sen	Amarillo/verde
Hierro, sales	Negro	Tetraciclinas en jarabe, debido a la glucosamina	Negro
Hidralazina	Negro		Rojo

Tabla 9. Fármacos asociados a modificaciones en el color de la orina

FÁRMACO	COLOR
Vitamina B12, vitamina A, sulfasalacina	Naranja
Sildenafil	Azul
Propofol, Azul de metileno, Amitriptilina, Indometacina	Verde
Difenilhidantoína, levodopa, metildopa, fenacetina, fenazopiridina, fenindiona, fenolftaleína, fenotiazinas	Rojo, naranja, marrón
Rifampicina	Rojo
Metronidazol, nitrofurantoina, laxantes, senna	Marrón

Olor: Las heces eliminadas a través de colostomías tienen su olor característico, mientras que las eliminadas a través de una ileostomía suelen ser de tipo ácido. Los complejos vitamínicos aportan olores característicos a las heces, a veces, marcados. La orina fresca suele ser inodora o presentar aroma débil.

Consistencia: Algunos fármacos pueden producir diarrea, estreñimiento o gases. Desde el punto de vista farmacológico la diarrea es una de las reacciones adversas más frecuentes tras la administración de medicamentos. Un episodio puntual no compromete el estado del paciente, pero en ileostomizados las consecuencias podrían llegar a ser graves.

Tabla 10. Fármacos que pueden producir alteraciones gastrointestinales

FÁRMACOS QUE PRODUCEN DIARREA	FÁRMACOS QUE PRODUCEN ESTREÑIMIENTO	FÁRMACOS QUE PRODUCEN GASES
Antibióticos Antihipertensivos Antiácidos Protectores de mucosa gástrica Antigotosos Antiarrítmicos Antieméticos Inmunosupresores Antineoplásicos Tratamientos Alzheimer Excipientes	Antiparkinsonianos Antihistamínicos H1 Antidepresivos tricíclicos y afines IMAOs Antipsicóticos Antiarrítmicos grupo IA y IIA Analgésicos opioides Antiácidos Antineoplásicos Antiespasmolíticos	Laxantes Antibióticos macrólidos Hipolipemiantes Acarbosa

4.8 TIPOS DE DISPOSITIVOS Y ACCESORIOS

Un dispositivo de ostomía consiste en un apósito (base) y una bolsa colectora, y se comercializa como un dispositivo de una o dos piezas.

4.8.1 COMPONENTES DEL DISPOSITIVO:

- **Base:** Proporciona protección y adherencia (Hidrocoloides y polímeros/resinas).
- **Bolsas:** Recogen el efluente (Plástico recubierto de tejido sin tejer).
- **Filtro:** Favorece la salida de gases y evita que se liberen olores en bolsas de colostomía e ileostomía (Carbón activado y membranas repelentes de agua, líquidos y heces).

Tabla 11. Tipos de dispositivos de ostomía

Tipos de dispositivos		
Planos: Indicados en estomas protruidos. Convexos: Indicados en estomas planos o retraídos/hundidos.		
1 pieza: Base y bolsa van unidos en una pieza. 2 piezas: Base y bolsa van separadas. 3 piezas: Dispositivo de 2 piezas + cierre de seguridad.		
Bolsas Abiertas: Indicados para heces líquidas o semilíquidas. Bolsas Cerradas: Indicados para heces pastosas o formadas. Bolsas con grifo: Indicados para urostomías. Con sistema antirreflujo.		
Acople (entre base y bolsa) <ul style="list-style-type: none"> · Mecánico: La bolsa se encaja sobre la base. · Adhesivo: La bolsa se pega sobre la lámina. 		
Recortables/ Precortados/ Moldeables		
Bolsas: Transparentes/Opacas.		
Bolsas biodegradables		
Alto Débito: Indicados en ileostomías de alto débito.		
Postoperatoria (uso hospitalario): indicada en el postoperatorio inmediato.		
Tamaños bolsa	Ostomías digestivas	Urostomía
	Maxi Midi Mini Pediátricas	Corta/larga Bolsa de pierna - Bolsa cama
Irrigador y mangas de irrigación.		
Obturador/minicup: Indicado tras la irrigación.		
Opérculo: Indicado para fijación de catéteres de nefrostomía.		

1 pieza cerrada	1 pieza abierta	2 piezas abierta y cerrada
3 piezas cerrada	Postoperatoria	Obturador
Minicup	Opérculo	Kit irrigación
Urostomía 1 pieza	Urostomía 2 piezas	Pediátrica

4.8.2. ACCESORIOS:

Protección extra para la piel:

- **Spray y toallitas quita-adhesivo:** Indicados para la retirada fácil de restos de adhesivos (lleva silicona).
- **Spray/toallitas/cremas barrera cutánea:** Actúan como barrera frente a la humedad. Indicados para la protección de la piel frente a efluentes y adhesivos (lleva silicona).
- **Polvos hidrocoloides:** Indicados para la protección, regeneración y cicatrización de la piel periestomal lesionada. Excelente capacidad de absorción de la humedad.
- **Placas autoadhesivas:** proporcionan protección efectiva de la piel periestomal dañada y una superficie lisa para una mejor adherencia del dispositivo colector.

Spray y toallitas quita-adhesivo y barrera	Polvos	Lámina autoadhesiva

Sellado:

- **Pasta/Resina moldeable/Anillos barrera:** Indicados para la protección y regeneración de la piel y nivelación de irregularidades o pliegues. Crean un sellado efectivo alrededor del estoma y protege la piel frente al contacto del efluente. Favorecen la adaptación de los dispositivos y evitan fugas.

Pasta moldeable	Resina moldeable	Anillo barrera

Seguridad:

- **Cinturón:** Proporciona seguridad adicional y ayuda a potenciar la convexidad cuando se precisan dispositivos convexos. Se adapta a todos los discos que lleven presillas.
- **Arcos de sujeción:** Ayudan a fijar el disco, evitando que se levanten los bordes y proporcionando así una seguridad extra.

Cinturón	Arcos de sujeción

Desodorantes y lubricantes: Pueden presentarse en forma de líquido, polvos o pastillas, sirven para neutralizar olores de las heces y que estas se deslicen fácilmente en el interior de la bolsa, impidiendo el colapso de las paredes de la misma. Se aplican dentro de la bolsa de ostomía antes de su colocación.

Gelificante de heces (en bolsitas): Convierte las heces líquidas en un gel semi-sólido, lo cual ayuda a prevenir las fugas, facilita un aplanado discreto de la bolsa y reduce el ruido. Se introducen dentro de la bolsa de ostomía antes de su colocación.

	
Desodorante/lubricante	Gelificante

4.8.3. SONDAS:

- **Sondas urológicas prelubricadas:** Para dilataciones de urostomías.
- **Sondas Foley:** Para dilataciones de estomas digestivos, administración de enemas y estimulación de asa eferente.
- **Rectales:** Para realización de dilataciones de estomas digestivos.

		
Prelubricadas	Foley de látex	Sondas rectales

4.8.4. TIPOS DE CÁNULAS DE TRAQUEOTOMÍA:

Según la existencia de fenestradas:

- **Cánulas fenestradas:** Tienen orificios por donde pasa el aire y permiten la fonación y respiración. Utilizadas en las traqueostomías temporales y siempre que el paciente disponga de cuerdas vocales útiles para la rehabilitación fonatoria. Pueden taparse si es necesario.
- **Cánulas no fenestradas:** Para pacientes con ventilación mecánica o traqueostomía definitiva como en la laringectomía total. También pueden ser usadas en casos de complicaciones postintervención, como sangrados o enfisema subcutáneo. No pueden taparse nunca.

Según la existencia de balón de neumotaponamiento:

- **Cánulas sin balón:** se pueden utilizar tanto en traqueotomías temporales como definitivas. Con ellas se minimiza el riesgo de lesión traqueal. Se utilizan siempre que no hay riesgo de aspiración ni se precise de ventilación mecánica.
- **Cánulas con balón:** Se utilizan en pacientes con ventilación mecánica, fistulas, traqueostomías recientes, por riesgo de aspiración o sangrado. Sella la vía aérea pero hay más riesgo de lesión traqueal y decúbitos del balón de neumotaponamiento (cuff).

Según el material de la cánula:

- **Cánulas de plata:** se usan en el postoperatorio mediato o tardío, en traqueostomía transitorios o permanentes. No tienen balón de neumotaponamiento ni tienen adaptador para poder conectar ventilador o ambú. No pueden ser utilizadas para realizar estudios radiológicos ni durante tratamientos de quimioterapia o radioterapia. Pueden ser fenestradas o sin fenestrar. Tienen dos longitudes (estándar y extralarga) y varios calibres (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). En desuso.
- **Cánulas de PVC:** se utilizan principalmente para pacientes con ventilación mecánica y en el postoperatorio inmediato. También se usan para evitar aspiraciones o casos de fistula faríngea. Son las cánulas que podemos conectar a un ventilador o ambú para realizar ventilación al paciente, hinchando el globo previamente para evitar fugas de aire. Estas cánulas pueden encontrarse tanto con balón como sin él, fenestradas o sin fenestrar. Se conocen distintas marcas como pueden ser: Tracoe™, Rush™, Shiley™, Portex™, Biesalski™,...
- **Cánulas reforzadas (Traqueoflex™):** Es flexible de PVC y silicona, adaptable con interior anillado, radiopaca y de punta atraumática. Es usada por anestesia y en las primeras 24-48 horas tras cirugía. Permite conexión a ventilación mecánica, tiene balón para prevenir la broncoaspiración y se puede regular la longitud de la cánula que entra en la vía aérea. Se debe sustituir en cuanto sea posible por una cánula de otro material.
- **Cánulas de silicona:** Son cánulas de una sola pieza, no disponen de cánula interna ni balón. Algunas de ellas tienen adaptador para el uso de filtro/humificador (HME) que realiza la función de nariz artificial (humidificador filtra y calienta el aire inspirado). Estas cánulas son mejor toleradas que las de plata ya que el material es más suave, son más flexibles y poco traumáticas. Junto a las de PVC son las más usadas. Son de elección durante los tratamientos de radioterapia, quimio o realización de pruebas de radiología. Disponibles tanto fenestradas como sin fenestrar. Se conocen marcas como: Provox™, Bivona™, Moore™,...

Cánulas especiales:

- **Cánula de Montgomery™:** Tubo de silicona que reemplaza a la cánula convencional en el caso de una traqueotomía transitoria. Indicado solo si el paciente puede respirar de modo fisiológico. Su objetivo es mantener un acceso directo a la vía aérea en caso de emergencia. Debe ocluirse su parte externa de modo permanente para evitar acúmulo de secreciones y formación de tapones. Ante dificultad respiratoria se abre el tapón y se aspiran secreciones. No precisa cambios.
- **Cánula de Biesalski™:** es una cánula de PVC, no fenestrada y sin balón, con todas sus características, que tiene como particularidad que lleva una válvula fonatoria.
- **Cánula de Moore™:** son cánulas de silicona radiopaca que ofrecen una inercia fisiológica y la superficie no humectante para ayudar en la reducción de las incrustaciones y la coagulación. Tienen la particularidad de que son más flexibles y cabe la posibilidad de un tamaño extralargo, lo que es útil en determinadas situaciones.

Tabla 12. Tipos de cánulas de traqueostomía (página siguiente).

Tabla 12. Tipos de cánulas de traqueostomía

Cápsula no fenestrada sin balón	Cápsula no fenestrada con balón	Cápsula de Montgomery™	Cápsula de Biesalski™
Cápsula fenestrada con balón		Cápsula Moore™	Traqueoflex™
		Intercambiador calor-humedad (HME)	Cápsula de silicona fenestrada
Protector traqueostoma	Tapón (plug) para detener provisionalmente las fugas intraprotésicas		
Anilla de protección/fijación para pérdidas periprotésicas en prótesis de voz	Placas basales de protección de estoma y soporte para HME	Protector de estoma para ducha	

5. VALORACIÓN Y MANEJO NUTRICIONAL

5.1 OSTOMÍAS DIGESTIVAS

Es importante saber qué alteraciones pueden aparecer cuando se realiza una resección intestinal y qué consejos dietéticos recomendar a estos pacientes. Se ha de tener en cuenta la amplitud de la resección, la localización, tanto anatómica como funcional, así como las características y la cantidad del efluente.

La mitad proximal del colon interviene en la absorción y la mitad distal en el almacenamiento y posterior expulsión. Cabe destacar la importancia del colon en el equilibrio de fermentación de algunos carbohidratos no digeribles (fibra vegetal). Las consecuencias de una resección total o parcial del intestino delgado son muy importantes para la digestión y absorción de los nutrientes, ya que en el duodeno se inicia la digestión de la grasa (micelas) y se absorben los minerales (fundamentalmente hierro y calcio) y las vitaminas hidrosolubles. En el yeyuno se absorben los carbohidratos, los aminoácidos y los ácidos grasos; y en el íleon terminal, las sales biliares y la cianocobalamina (vitamina B12). Cuando la resección es muy amplia puede dar lugar a lo que se conoce como síndrome del intestino corto o insuficiencia intestinal.

Los pacientes con una ileostomía presentan un aumento de la frecuencia y volumen de las deposiciones junto con una menor consistencia, pudiendo llegar a eliminar 1.500 ml/24h en el primer periodo, por lo que hay que controlar el equilibrio hidroelectrolítico. Si la resección es de colon hay que recordar que allí se realiza la absorción del agua, las sales procedentes del intestino delgado y, debido a la flora bacteriana, la vitamina K.

Las recomendaciones nutricionales varían en función del tipo de cirugía. En algunos casos la dieta está indicada en la fase inicial, hasta que el colon residual inicia sus mecanismos de compensación, pasando progresivamente a una alimentación normal, como ocurre en la hemicolecctomía izquierda y en las colostomías en colon descendente. Cuando las resecciones son más extensas y afectan a segmentos críticos, las indicaciones dietéticas deben continuar a largo plazo, como en el caso de una ileostomía, una colectomía subtotal, una proctocolectomía con reservorio ileal, una hemicolecctomía derecha y las colostomías en colon ascendente.

5.1.1. OBJETIVOS NUTRICIONALES GENERALES

- Dieta completa y equilibrada.
- Reducir pérdida de agua y electrolitos, para evitar la deshidratación.
- Aporte calórico adecuado a la actividad.
- Mantener peso corporal.

Las personas ostomizadas deben llevar a cabo una dieta equilibrada y similar al resto de la población. Hay que tener en cuenta la importancia de la masticación para evitar la formación de gases y de realizar hábitos rutinarios para mantener un tránsito adecuado.

5.1.2 DIETA PARA COLOSTOMÍA

El objetivo nutricional es promover la adaptación y alcanzar una dieta equilibrada. En las primeras semanas después de la intervención, si las heces no son consistentes, se recomienda una dieta pobre en residuos (fibra) evitando frutas crudas y con piel (pueden tomarse asadas o en compota) y verduras. Por el contrario, si tuviera estreñimiento se aconseja beber más agua y tomar alimentos con fibra poco a poco.

5.1.3 DIETA PARA ILEOSTOMÍA

El objetivo nutricional se basa en evitar la deshidratación, disminuyendo la pérdida de agua y minerales, reduciendo el volumen total de heces y aumentando su consistencia. La dieta se realizará de manera **más estricta**, siendo baja en grasas y sin fibra, residuo ni lactosa.

Es importante procurar un buen balance de líquidos evitando la pérdida de sales y minerales que se absorben, como potasio, magnesio y sodio. Se ha de tener en cuenta por ello el tipo de líquido a ingerir y el momento idóneo para tomarlos. En caso de grandes pérdidas, no es conveniente beber líquidos durante las comidas ya que aumenta la cantidad y volumen de heces y disminuye la absorción de alimentos.

En el domicilio se recomienda una dieta sin fibra, baja en grasas y azúcares (seis u ocho semanas). Cuando las heces sean más compactas se pueden ir introduciendo alimentos progresivamente, de uno en uno, en función de su tolerancia.

En caso de diarrea: Se recomienda controlar la textura de las heces y aumentar su consistencia.

- Reponer líquidos para evitar deshidratación: Suero oral, agua de arroz, agua de zanahoria.
- Dieta de fácil digestión con alimentos astringentes: Arroz blanco, sopa de arroz, manzana asada, membrillo, plátano maduro, pan blanco.
- Huevos (cocidos, pasados por agua o en tortilla), pescado blanco (cocido o a la plancha), pollo hervido, patatas, puré de zanahoria, yogur natural, leche sin lactosa, etc.

En caso de estreñimiento: Menos de tres deposiciones en la semana, con heces duras y secas.

- Incorporar fibra insoluble a la dieta: Verduras, frutas (kiwi, ciruelas, zumos con pulpa), cereales integrales, aceite de oliva crudo, legumbres.
- Ingesta de líquidos superior a 1,5-2 litros diarios.
- Ejercicio físico moderado diariamente.

Los pacientes que presenten **alto débito o síndrome de intestino corto** precisarán **dietas más estrictas** y control de endocrino.

Tabla 13. Nutrición en pacientes con colostomía e ileostomías

TIPOS DE ALIMENTOS		ALIMENTOS
ALIMENTOS FORMADORES DE GASES		Brócoli, coles de Bruselas, repollo, coliflor, ajo, cebolla, pescado, huevo, bebidas con gas, bebidas alcohólicas, productos lácteos, legumbres, chicles.
ALIMENTOS PRODUCTORES DE OLORES		Espárragos, judías, brócoli, coles de Bruselas, repollo, coliflor, ajo, cebolla, pescado, huevo, algunas vitaminas, quesos fuertes.
ALIMENTOS QUE PUEDEN CONTROLAR LOS OLORES		Suero de la leche, zumo de arándanos, zumo de naranja, yogur, perejil, espinacas, zumo de tomate.
ALIMENTOS QUE PUEDEN ESPESAR LAS HECES		Pasta, pan blanco, arroz blanco, patata, queso, galletas saladas, mantequilla de cacahuate cremosa, salsa de manzana, plátano, malvavisco, tapioca, legumbres.
ALIMENTOS QUE PUEDEN PRODUCIR OBSTRUCCIÓN		Cáscara de manzana, naranja, piña, uvas, frutas deshidratadas, repollo crudo, apio crudo, maíz, champiñones, coco, palomitas de maíz, frutos secos.
ALIMENTOS QUE PUEDEN PRODUCIR DIARREAS		Bebidas alcohólicas, cafeína, chocolate, cereales integrales, cereales de salvado, frutas frescas, zumo de uva, zumo de ciruela, verdura cruda, comida picante, alimentos fritos, alimentos ricos en grasa, alimentos ricos en azúcares refinados.

5.2 OSTOMÍAS URINARIAS

El objetivo a nivel nutricional será llevar una dieta equilibrada, asegurando la ingesta de líquidos necesaria para mantener la función renal e impedir la infección de las vías urinarias, la formación de cristales y la obstrucción del estoma por presencia de moco.

No existen alimentos prohibidos.

Se recomienda:

- Beber de ocho a diez vasos de **líquidos** al día: agua, infusiones, caldos, zumos.
- Mantener la orina con un **pH ácido**, para prevenir infecciones:
 - Priorizando el consumo de alimentos que dejen residuo ácido.
 - Aumentando el consumo de alimentos ricos en vitamina C y en proteínas.
- Otros alimentos a tener en cuenta son aquellos **ricos en carotenos** que, además de ser potentes antioxidantes, protegen el revestimiento epitelial del tracto urinario.

Tabla 14. Nutrición en pacientes con urostomía

RICOS EN VITAMINA C	RICOS EN PROTEÍNAS	PRODUCEN MAL OLOR EN LA ORINA	DISMINUYEN EL OLOR DE LA ORINA
Frutas: arándanos, kiwis, grosellas, ciruelas, fresas.		Espárragos, huevos, coles de Bruselas, ajos, cebollas, coliflor, alcachofas, embutidos como el chorizo, salchichón y salami y algún pescado azul como la anchoa y los boquerones.	Zumo de arándanos, mantequilla, perejil, yogur.
Verduras: Perejil, verduras de hoja fresca (espinacas, col, brécol, nabo o coles de Bruselas), pimiento, guisantes, tomates rojos y pepinos.	Carnes, pollo, pescados, huevos, leche, legumbres, etc.	Se aconseja un consumo moderado.	

Tabla 15. Clasificación de alimentos en función del residuo en orina

ALIMENTOS QUE DEJAN RESIDUO ÁCIDO	ALIMENTOS QUE DEJAN RESIDUO ALCALINO	ALIMENTOS NEUTROS EN ACIDEZ
Arroz, cereales, pan, pasta, patata Carnes rojas, ciruelas Marisco, pan, huevos Pescado, pollo, pavo, cerdo Cerveza, vino, queso Nueces, chocolate, arándanos.	Agua mineral Canela, curry Leche, legumbres Mostaza Tofu, vinagre de manzana Zumos de fruta (naranja, mandarina, limón, pomelos).	Aceite de oliva Mantequilla Miel Té, café Tapioca.

Tabla 16. Frutas y verduras ricas en carotenos

VERDURAS RICAS EN CAROTENOS	FRUTAS RICAS EN CAROTENOS
Zanahorias, Perejil, Espinacas, Berros, Endivias, Acelga, Puerros, Tomate, Lechuga, Pimiento, Guisantes, Coles, Calabaza y Brócoli.	Melón, Melocotón, Albaricoque, Papaya, Nectarina, Caquis, Nísperos y Plátano.

5.3 OSTOMÍAS RESPIRATORIAS

En la cirugía de la cavidad oral, faringe o laringe, la técnica quirúrgica empleada obliga, durante la primera fase, a evitar la alimentación por boca y a utilizar una dieta enteral si el aparato digestivo está funcionante. En el momento en que se pueda reiniciar la alimentación oral, se adaptará la dieta del paciente a su nueva situación teniendo en cuenta la capacidad de masticar y deglutar, para evitar broncoaspiraciones.

La masticación y deglución requieren una coordinación de la faringe, la laringe y el esófago, que se pueden ver alteradas por el proceso inflamatorio, los cambios estructurales en la cavidad oral o faringe o la pérdida sensitiva en la boca y la faringe. Siempre que un paciente pueda tragar los alimentos de forma segura, lo realizará por vía oral aplicando los cambios necesarios en la consistencia de la dieta y si presenta riesgo de broncoaspiración por disfagia o fistula faríngea se indicará nutrición enteral.

6. SOPORTE EMOCIONAL

Los profesionales sanitarios pueden ejercer una gran influencia en el soporte psicosocial. Todo paciente portador de un estoma, ya sea nivel digestivo, urológico o traqueal, se ve afectado física y psicológicamente. La ostomía está asociada a un aumento de la morbilidad psicológica. Se produce un impacto emocional frente al cambio en la imagen corporal y todo lo relacionado con la ostomía, como la incontinencia, la aparición de gases, los malos olores, las fugas, y en el caso de las ostomías respiratorias, el aumento de secreciones, su color y olor, y también su salida alrededor del estoma, tos y sobre todo dificultad respiratoria. Por todo ello, aumentan los estados depresivos, la ansiedad, la imagen proyectada y los problemas sexuales, de sueño y de calidad de ese sueño. Es decir, hay una afectación generalizada de su calidad de vida.

El personal sanitario puede ayudar a prevenir y mitigar estos problemas mediante educación para la salud, asesoramiento y apoyo positivo para que aumente la calidad de vida del paciente y disminuir su estrés. Todo programa educativo debe iniciarse antes de la cirugía. Esto va a facilitar el afrontamiento y la aceptación. Posteriormente a la intervención, los aspectos educativos se centran en el manejo de la ostomía, nutrición, aceptación y recuperación de las actividades sociales.

7. MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA

A continuación, se presenta el listado de medicamentos sujetos a prescripción médica autorizados para la indicación, uso y autorización de dispensación por parte de las enfermeras:

ATC - PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES - TIPO DE OSTOMÍA
LAXANTES (Incrementadores del bolo fecal) A06AC01- Ispaghula (semillas de psyllium) (<i>Plantago ovata</i> 3,5 g susp.oral, <i>calfa®</i> , <i>normon®</i> , <i>lainco®</i> , <i>madaus®</i> - VISADO)	<ul style="list-style-type: none">Colostomía.No recomendados para ileostomías, excepto el uso de agentes incrementadores del bolo fecal en ciertas ocasiones.Contraindicados en caso de obstrucción intestinal, úlcera, impactación o dolor abdominal.No emplear dieta rica en fibra.El uso a largo plazo provoca una coloración granate de la mucosa denominada melanosis coli.Con el tiempo provoca dependencia a los laxantes.
LAXANTES (hiperosmóticos) A06AD11-Lactulosa (Duplical®10 g sol. oral, Duplical®667 mg/ml sol. Oral) A06AD12-Lactitol (Oponef® 10 g polvo sol. oral) A06AD15-Macrogol (Casenlax®4 g, 10 g polvo sol. oral, 500 mg/ml sol.oral, Femlax®10 g polvo sol. oral) A06AD65-Combinaciones con Macrogol (Atolaxant)	<ul style="list-style-type: none">Ileostomía (excepto el Atolaxant).Diarrea excesiva, calambres abdominales, deshidratación, desequilibrio electrolítico.
CORTICOIDES D07AC01-Betametasona (Celestoderm®, Diprogenta®, Fucibet®) D07AC04-Acetonido de fluocinolona (Gelidina®, Synalar®) D07AC08-Fluocinónida (Novoter®) D07AC13-Mometasona (Elocom®, Konex®, Mometasona EFG) D07AC14-Aceponato de metilprednisolona (Adventan®, Lexxema®, metilprednisolona aristo EFG®) D07AC15-Beclometasona (Menaderm®) D07AC16-Aceponato de hidrocortisona (Suniderma®) D07AC17-Fluticasona (Flunutrac®, Fluticrem®) D07AC18-Prednicarbato (Batmen®, Peitel®)	<ul style="list-style-type: none">Urostomía, ileostomía, colostomíaPiel periestomal, reducción del espesor cutáneo, petequias, hiperpigmentación.Dermatitis alérgica.

ATC - PRINCIPIO ACTIVO	INDICACIONES - TIPO DE OSTOMÍA
ANTIFÚNGICOS D01AC01 - Clotrimazol D01AC02 - Miconazol D01AC08 - Ketoconazol D01AC10 - Bifonazol D01AC12 - Fenticonazol D01AC14 - Sertoconazol D01AC16 - Flutrimazol D01AC51- Combinaciones con clotrimazol D01AC52 - Combinaciones con miconazol D06AX01 - Ácido fusídico	<ul style="list-style-type: none"> Urostomía, ileostomía, colostomía. Uso tópico en superinfección del tracto GI con sobrecrecimiento de una “pelusa negra” sobre el estoma. Heces u orina hediondas.
MUCOLÍTICOS R05CB01 - Acetilcisteína (100, 200, 600 mg polvo sol. oral EFG). R05CB05 - Mesna (Mucofluid® 200 mg/ml sol. nebulización e instilación endotraqueopulmonar, EFG)	<ul style="list-style-type: none"> Fluidificación de secreciones.
ANTIBIÓTICOS D06AX09- Mupiroicina 20 mg/g pomada (Bactroban®, Plasimine®, Mupiroicina isdin, farmalider, galenicumderma)	<ul style="list-style-type: none"> Infecciones periostomales. Bacteriostático de elección específico para SARM (infección activa y descolonización en portador crónico).
Nitrato de plata D08AF01- Argenpal ® 42,5 mg barra cutánea (excluido financiación)	<ul style="list-style-type: none"> Hemostasia local en las primeras horas del postoperatorio o tardías, por heridas al limpiar el estoma. Granuloma: Protuberancias epidérmicas periestomales, por irritación cutánea persistente. Se puede utilizar nitrato de plata para evitar su crecimiento.
Nitrofurral D08AF01- Furacín® 2 mg/g pomada, 2 mg/ml solución (excluidos financiación)	<ul style="list-style-type: none"> Infecciones periostomales.

* Para el tratamiento tópico de las lesiones periestomales con antibióticos, antifúngicos y/o corticoides en ostomías digestivas y urológicas, serán de elección las presentaciones en forma de crema, emulsión, loción o espuma, evitando las pomadas (que aportan mayor humedad). Una vez aplicado el fármaco, se ocluirá mediante hidrocoloides u otros apósitos permeables al vapor previamente a la colocación del dispositivo de ostomía.

8. BIBLIOGRAFÍA

- » Ardura-Montes ME. Patología de cabeza y cuello: guía para enfermería. ME Ardura Montes, 2020.
- » Beitz JM, Gerlach MA, Schafer V. Construct validation of an interactive digital algorithm for ostomy care. J Wound Ostomy Cont Nurs Off Publ Wound Ostomy Cont Nurses Soc. 2014; 41(1):49-54.
- » Borrel Brau N, Davin Durban I. Intervención de enfermería en los problemas relacionados con la aceptación de la ostomía. Revista rol de enfermería 43 (1) 12-16.
- » Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6^a Edición.
- » Cano-Megías M, Golmayo E. Complicaciones metabólicas y óseas de las derivaciones urinarias. Endocrinología y nutrición, 2015; 62 (2): 100-105.
- » Bosio G, Pisani F, Lucibello L, Fonti A, Scrocca A, Morandell C, Anselmi L, Antonini M, Militello G, Mastronicola D, Gasperini S. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. Ostomy Wound Manage. 2007 Sep;53(9):38-43. PMID: 17893429.
- » Corella-Calatayud JM, Vázquez-Prado A, Tarragón-Sayas MA, Mas-Vila T, Corella-Mas JM, Corella-Mas L. Estomas Manual para enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA): 2005.
- » Cuidado y manejo de la Ostomía (Internet). Toronto: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario; 2009. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf.
- » De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Complicaciones de los estomas. Actualización de las bases de coloproctología. Abaco 4. Módulo 3.
- » De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Rev Cir Esp, 2014; 92 (3): 149-156
- » García Moreno V, García Manzanares ME, Martín Fernández M, Artola-Etxebarria M. Nutrición en pacientes con colostomía e ileostomías . Guía de recomendaciones prácticas. Ostomía en Atención Primaria. Madrid: 2023.
- » Lerín Cabrejas P, Lourdes Lainez Pardos P, Lozano Vicente MD, Martínez Morales M. Guía Coloplast: Manual de cuidados de enfermería. Complicaciones de los estomas. Coloplast. Madrid 2018
- » Lallana García I. Cuidados de enfermería para las ostomías intestinales. Revista Ocronos; 2020. 3 (7): 93.

- » Moorhead S, Johnson M, Meridean L. Maas, Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5^a edición-
- » Núñez Jaldón AM, Bueno Mariscal CR. Manual clínico de urgencias Virgen del Rocío. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020.
- » Pantoja Hernández CG, Mora Santos ME, Blasco Huelva A. Traqueotomía: indicaciones, técnicas y Complicaciones. Intubación. Actualización en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Libro virtual de formación en ORL. SEORL; 2015, (10).
- » Registered nurses' Association of Ontario. Supporting adults who anticipate or live with an ostomy. 2^a Eds. Toronto: Registered nurses' Association of Ontario; 2019.
- » Sainz ML, Redín MD, San Miguel R, Baleztena J, Santos MA, Petri M et al. Problemas de utilización de medicamentos en pacientes enterostomizados. Anales Sis San Navarra, 2003; 26 (3): 383-403.
- » Vademecum y catálogo de productos: Hollister, Convatec, Coloplast, Welland, Braun.
- » Vázquez García MC, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomías. Manual Merk. Difusión Avances de Enfermería, 2009.
- » Zarate AJ, Medina S. Ileostomía y colostomías. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas. Universidad Finis Terrae: 2018.
- » IMÁGENES: FUENTE PROPIA.
- » Gráficos: freepik.es.

Se autoriza el uso del presente documento para fines científicos y educativos sin ánimo de lucro.

Queda prohibida la reproducción total o parcial del documento, sin la expresa autorización de las personas propietarias intelectuales del mismo cuando sea utilizado para fines en los que las personas que los utilicen, obtengan algún tipo de remuneración económica o en especie.

9. ANEXOS

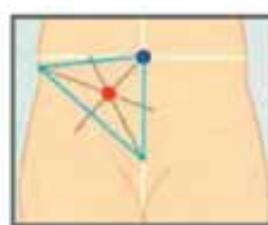
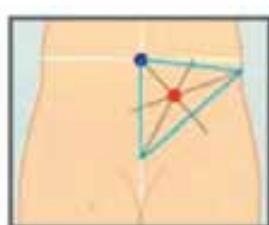
ANEXO I. PROCEDIMIENTO DE MARCAJE

- Recursos:

1. **Humanos:** Enfermera/Estomaterapeuta.
2. **Materiales:** Rotulador permanente, regla, dispositivo de ostomía, apósito transparente, agua, jabón neutro, gasas/papel de celulosa.

- Procedimiento:

1. Conocer el historial del paciente: Tipo de intervención que se le va a realizar, características físicas del paciente (constitución física, peso, morfología abdominal, visión, destreza manual); relaciones familiares (cuidador principal); relaciones sociales, laborales (en qué trabaja); actividades de ocio (si practica algún deporte, aficiones) además de hábitos de higiene y alimentación, creencias religiosas y costumbres culturales.
2. Explicar al paciente el procedimiento y cuál es el objetivo.
3. Lavado de manos.
4. Ambiente que asegure la intimidad del paciente. Colocar al paciente en decúbito supino.
5. Localizar los músculos rectos del abdomen.
6. Trazar un triángulo cuyos vértices serán el ombligo, la cresta iliaca y la línea media del pubis. Se traza una línea desde cada ángulo al punto medio del lado contrario.
7. En el punto donde se entrecruzan las 3 rectas colocaremos el dispositivo y realizaremos una prueba dinámica adoptando el paciente diferentes posturas y movimientos de la actividad diaria normal: echado en decúbito lateral derecho, izquierdo, de pie, sentado hacia atrás, sentado hacia delante, en cuclillas... Para comprobar la correcta ubicación. iremos cambiando la posición del dispositivo en función de presencia de pliegues, cicatrices, prominencias óseas... Rellenamos el dispositivo con una pequeña cantidad de líquido para que note que hay contenido.
8. Retirar el dispositivo y marcar el punto con rotulador permanente. Tapar con apósito transparente o en su defecto indicarle que debe remarcarlo hasta la intervención.
9. Borrar con agua y jabón las líneas previamente marcadas en el abdomen.



- Observaciones:

- El marcaje debe realizarse al menos el día previo a la intervención, excepto en intervenciones quirúrgicas de urgencia que se realizará si es posible antes de entrar a quirófano.
- Pacientes con corsé o prótesis deberán tenerla puesta antes de realizar el marcaje.
- Por norma general, la ileostomía y la urostomía se marcan en el cuadrante inferior derecho del abdomen y la colostomía en el cuadrante inferior izquierdo.
- Nos aseguraremos de que el lugar escogido es visible y de fácil acceso para el paciente.

- Evitar:

- Depresión umbilical.
- Pliegues.
- Prominencias óseas (cresta iliaca, parrilla costal).
- Línea de la cintura.
- Cicatrices.
- Zonas afectadas por problemas en la piel.
- Flexura de la ingle o zona del pubis.
- Zonas de roce continuo e interferencia con cinturones.

ANEXO II. Escala SACS™

Esta escala es la primera que permite clasificar las lesiones periestomales por tipo de lesión y su ubicación en relación con el estoma. Su objetivo es emplear un lenguaje estándar para la evaluación y clasificación de las lesiones periestomales. Las siglas SACS se corresponden a "Studio Alterazioni Cutanee Stomali"¹.

La escala cuenta con 3 pasos:

Paso 1. Evaluar y clasificar la lesión de la piel periestomal (L1-LX).

Tipo de lesión:

L1 Lesión hiperémica. Rojez periestomal y piel intacta.

L2 Lesión erosiva. Lesión abierta que no se extiende al tejido subcutáneo, pérdida parcial de espesor de la piel.

L3 Lesión ulcerosa. Lesión abierta que se extiende al tejido subcutáneo, y por debajo, pérdida total de espesor de la piel.

L4 Lesión ulcerosa. Pérdida total del espesor de la piel con tejido muerto y no viable (necrótico, fibrinoso).

LX Lesión proliferativa. Presencia de abultamientos anormales (es decir, hiperplasia, granulomas y neoplasias).

Paso 2. Observar la topografía para identificar la ubicación de la lesión (TI-TV).

Localización topográfica:

TI: Cuadrante periestomal superior izquierdo del paciente (12 a 3 en punto).

TII: Cuadrante periestomal inferior izquierdo del paciente (3 a 6 en punto).

TIII: Cuadrante periestomal inferior derecho del paciente (6 a 9 en punto).

TIV: Cuadrante periestomal superior derecho del paciente (9 a 12 en punto).

TV: Todos los cuadrantes periestomales

Paso 3. Documentar la clasificación del paciente en base a L y T.

En caso de la existencia de varias lesiones se documentarán en orden de gravedad.

¹ Bosio G, Pisani F, Lucibello L, Fonti A, Scrocca A, Morandell C, Anselmi L, Antonini M, Militello G, Mastronicola D, Gasperini S. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. Ostomy Wound Manage. 2007 Sep;53(9):38-43. PMID: 17893429.

*Esta escala se puede consultar de manera visual en:



ANEXO III. COMPLICACIONES Y MANEJO OSTOMÍAS URINARIAS Y DIGESTIVAS

Cuando existan complicaciones que afecten a la piel periestomal, intentaremos aislar el estoma de la lesión mediante la aplicación de accesorios barrera, colocando preferiblemente dispositivos de dos piezas*. Estos dispositivos nos van a permitir aplicar y mantener los tratamientos garantizando el reposo de la piel periestomal, pudiendo cambiar la bolsa con la frecuencia necesaria sin necesidad de cambiar la base. En general, esta se cambiará cada 48 horas. Los accesorios de protección y sellado se aplican sobre el área periestomal y sobre ellos se coloca el dispositivo elegido, pudiendo reforzarse la sujeción y el sellado mediante el uso de cinturón y/o de los arcos de sujeción. Cuando las complicaciones requieran vigilancia del color y tamaño del estoma, se recomienda utilizar dispositivos con bolsa transparente para que nos permita su visualización.

En general, las curas se realizarán cada 48 horas salvo aquellas que requieran una vigilancia más estrecha.

Cuando nos referimos a dispositivos de dos piezas se hace extensible a los de tres, cuya única diferencia es el cierre de seguridad integrado en la bolsa.

1. FÍSICAS:

A. PRECOCES: Se presentan en los primeros 30 días del postoperatorio.

Necrosis: Suele presentarse en las primeras horas del postoperatorio inmediato y se produce por el insuficiente aporte sanguíneo a la mucosa del estoma, que adquiere un color negro o parduzco muy diferente a su color rojo brillante debido al estrangulamiento de vasos al incluirlos en un punto de sutura durante el cierre parietal, por la torsión del intestino al exteriorizarlo o por su tracción excesiva. Causa: Obstrucción del flujo sanguíneo del segmento de intestino exteriorizado y puede localizarse en el interior de la cavidad abdominal, en el mesocolon o a nivel del trayecto parietal.



Se deberá vigilar y controlar la ostomía de manera regular para detectar cambios de coloración de la mucosa que indique isquemia y así poder advertir la necrosis de forma precoz. Para ello, se recomienda utilizar un dispositivo transparente de dos piezas que permita la visualización del estoma. Si la necrosis es superficial se realizará vigilancia y tratamiento conservador, resecando la zona necrótica en espera de cicatrización si es preciso. En el caso de una necrosis profunda o total, deberá reconstruirse el estoma mediante reintervención.

Hemorragia: Pérdida de sangre a nivel del estoma procedente de la zona periestomal o de la propia víscera. Puede estar causada por la lesión de un vaso subcutáneo o submucoso a nivel de la sutura periestomal o por una úlcera en la mucosa del estoma.



Descartar que el dispositivo esté dañando de alguna forma al estoma y pudiera ser el causante del sangrado. Observar y registrar datos como el momento de aparición, origen del sangrado, intensidad y volumen, así como valorar la estabilidad hemodinámica del usuario. Se colocará un dispositivo transparente para facilitar la vigilancia del sangrado. Hay que tener en cuenta que es muy frecuente que el estoma sangre ligeramente al tocarlo durante el cambio de dispositivo o la higiene, debido a la intensa vascularización del intestino. Normalmente se soluciona de manera espontánea o con hemostasia Dependiendo del origen de la hemorragia y de su intensidad, se puede realizar hemostasia local aplicando compresas de suero fisiológico frío durante 10 o 15 minutos (nunca hielo directamente). Si el sangrado persiste, será preciso suturar una vez localizado el punto de sangrado (vaso o arteria).

Edema: Engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa y submucosa del intestino a nivel del estoma por aumento del componente hídrico intersticial. Normalmente se debe al trauma de la cirugía y lo presentan muchos de los estomas, suele ir remitiendo en unos días. En postoperatorio inmediato puede ser debido a un manejo inadecuado del asa intestinal al exteriorizarlo o por un defecto en la pared abdominal con un orificio cutáneo estrecho que aloja un intestino de mayor diámetro. En el postoperatorio tardío puede estar causado por obstrucción de la luz intestinal por restos alimenticios, hernia o recidiva de la enfermedad de base.



Medir regularmente el diámetro del estoma, vigilar el funcionamiento del estoma y anotar los cambios en tamaño o color. Se colocará un dispositivo transparente de dos piezas, que permita la visualización del estoma y aplicar el tratamiento sin necesidad de levantar la base. El tratamiento consistirá en aplicar compresas de agua o suero salino hipertónico frío (no hielo) sobre el estoma. Se puede valorar aplicar azúcar (terapia osmótica) sobre la mucosa hasta que se absorba para posteriormente lavar el estoma para arrastrar los cristales que no se hayan absorbido. En este último caso, se ha de tener precaución con personas diabéticas.

Evisceración: Protrusión de una o más asas intestinales a través del orificio del estoma.

Causas:

- Aumento de la presión intraabdominal.
- Orificio cutáneo demasiado grande en relación al tamaño del segmento exteriorizado.

Aislara la zona con campos estériles ya que va a requerir reintervención.

Dehiscencia: Separación entre la mucosa y la piel circundante al estoma. Se presenta en la primera semana con signos inflamatorios, supuración o fiebre, manifestándose en función de su intensidad como una simple inflamación periestomal o incluso en forma de absceso, que afecta a una parte o a toda la circunferencia del estoma. Causas:

- Infección de los bordes enfrentados en la sutura, relacionada con la



contaminación del campo quirúrgico durante la intervención.

- Excesiva tensión y tracción del colon.
- Diámetro del orificio cutáneo muy superior al tamaño del intestino exteriorizado.
- Obesidad

La actuación enfermera se centrará en aislar el estoma, ajustando el dispositivo para evitar fugas y prevenir las infecciones, procurando la cicatrización por segunda intención. Se realizará limpieza de la zona dehiscente y si es necesario se utilizarán productos para el desbridamiento autolítico del tejido no viable. Aislaremos esta zona del estoma mediante pasta, anillo barrera o resina moldeable y sobre ello colocaremos un dispositivo de dos piezas que garantice una buena sujeción. En función del tamaño y profundidad de la dehiscencia, se pueden utilizar apósitos de hidrofibra de hidrocoloide o apósitos de alginato, cubriendo después la zona con apósito hidrocoloide sobre el que se colocará el dispositivo de ostomía. Si la dehiscencia afecta a toda la circunferencia, precisará nueva sutura para evitar estenosis.

Propuesta de tratamiento: Pasta + base plana de acople mecánico + bolsa abierta



Hundimiento/retracción: El estoma se sitúa por debajo del nivel de la piel (0,5 cm). Suele tener más incidencia en estomas en asa, personas obesas y en intervenciones urgentes con utilización de tutores. Puede estar causado por tensión excesiva a nivel de la sutura mucocutánea por inadecuada movilización intestinal o por la distensión abdominal derivada del íleo paralítico.

- **Hundimiento:** Deslizamiento total del estoma hacia la cavidad abdominal por desprendimiento de la sutura antes de haberse adherido correctamente el intestino a la pared abdominal.
- **Retracción:** Deslizamiento parcial sin desprendimiento (estoma umbilicado).



El tratamiento va a depender de la gravedad. En un hundimiento parcial o retracción se aplicarán medidas conservadoras. Se elegirá un dispositivo convexo con cinturón para una mayor seguridad y favorecer la protrusión del estoma. Puede ser necesario el sellado periestomal con anillo, pasta o resina moldeable. Asimismo, es importante recomendar al paciente evitar el estreñimiento y la obesidad.

En el caso de que haya un hundimiento completo con desprendimiento mucocutáneo, va a requerir intervención urgente, ya que podría producirse una peritonitis o sepsis.

B. TARDÍAS: Se presentan a partir de los 30 días del postoperatorio.

Estenosis: Estrechamiento del diámetro de la luz del estoma por debajo de la medida necesaria para permitir una adecuada evacuación. Imposibilidad de introducir un dedo a través de un estoma. Causas:

- Técnica quirúrgica defectuosa (orificio pequeño o lineal a nivel de la aponeurosis).
- Complicaciones en el estoma en la fase del postoperatorio inmediato (necrosis, infección, retracción).
- Recidivas de enfermedades de origen (tumores, enfermedad inflamatoria intestinal).
- Obesidad.



Aconsejar al paciente seguir una dieta blanda y un aporte de líquidos para evitar el estreñimiento, pudiendo ser necesario la toma de algún laxante lubricante de heces. El dispositivo de elección evitará fugas y lesiones cutáneas, siendo generalmente preferible utilizar un dispositivo convexo asociado a cinturón. En estenosis leves o parciales, enseñar al portador del estoma a realizar dilataciones periódicas (digitales, obturadores, sonda), en colostomías descendentes se podría plantear la irrigación. En caso de estenosis completa o severa (calibre menor de 10 mm) sería necesario una cirugía para reconstrucción.

Prolapso: Excesiva protrusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen mostrando una longitud superior a la presentada por el estoma en el momento de su construcción. Causas:

- Orificio parietal con diámetro excesivo, falta de fijación del colon, longitud excesiva del segmento intestinal abocado a la pared abdominal.
- Aumento de la presión intraabdominal (esfuerzos físicos, tos, estreñimiento, etc.).



Se recomienda adaptar el dispositivo recortando un poco más del diámetro del estoma para que no roce con la mucosa y evitar lesiones o úlceras en la misma. Utilizar bolsa transparente y una pieza. Recomendar al usuario evitar los esfuerzos físicos, el estreñimiento y el aumento de peso. El tratamiento dependerá del tamaño del prolapso.

- Si el prolapso no es importante se reducirá manualmente mediante masaje, colocando al portador de la ostomía en decúbito supino. Si el estoma estuviera muy edematoso, pueden aplicarse compresas de suero salino hipertónico para procurar la deshidratación de la mucosa y facilitar la maniobra de reducción.
- Si el tamaño plantea estrangulación o gran dificultad para adaptar el dispositivo, precisará reconstrucción quirúrgica.

Hernia: Fallo o defecto en la pared abdominal que provoca la protrusión tanto del estoma como de la piel periestomal, que da lugar a un abultamiento que suele desaparecer en decúbito supino y aparece al incorporarse, en bipedestación o en decúbito prono. Causas:

- Aumento de la presión intraabdominal debida a esfuerzos físicos o a patologías que condicionan dicho aumento (tos, estreñimiento, ascitis, obesidad).
- Dificultad para la evacuación no resuelta y mantenida en el tiempo en un estoma con estenosis.



El tratamiento consiste en extremar el cuidado de la piel periestomal evitando el contacto con el efluente, utilizando un dispositivo adecuado y los accesorios que se precisen para permitir proteger la piel y garantizar el sellado. Se colocará un dispositivo que evite los cambios frecuentes, ya sea de una o dos piezas. Puede ser necesario ampliar el recorte del dispositivo ya que el estoma suele aumentar su diámetro según aumenta la hernia. Puede ser recomendable el uso de prendas de compresión abdominal (faja tipo banda), no fenestrada y ajustable con velcro. Ha de evitarse el estreñimiento y la realización de esfuerzos.

Fístulas: Comunicación entre la luz intestinal y la piel a nivel periestomal que dan lugar a la salida del efluente a su través. Causas:

- Técnica quirúrgica inadecuada (puntos perforantes en la pared del intestino al fijarlo a la piel).
- Cuidados inadecuados del estoma (introducción de objetos rígidos como cánulas, sondas, etc.).
- Recidiva enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn).



El tratamiento consiste en extremar el cuidado de la piel periestomal utilizando un dispositivo adecuado para evitar fugas de efluente. Aplicar productos para proteger la piel y garantizar el sellado con accesorios barrera. Se colocará dispositivo de 2 piezas para evitar los cambios frecuentes. También debe vigilarse la cantidad y el aspecto del débito procedente de la fístula.

Granulomas: Diferentes lesiones cutáneas, no neoplásicas, que aparecen como masas carnosas duras y sangrantes localizadas en la zona de unión mucocutánea entre la mucosa del estoma y la piel circundante. Causas: Traumáticas en la mayoría de los casos:

- Mantenimiento durante excesivo tiempo de las suturas de unión mucocutánea (granulomas inflamatorios por cuerpo extraño).
- Irritabilidad periestomal por contacto persistente con el efluente o por roce continuado de la mucosa con el dispositivo.
- Recidiva de la enfermedad intestinal (enfermedad de Crohn).



Retirar los puntos de sutura en el momento adecuado. A veces puede ser necesario la fulguración con nitrato de plata. Se colocará el dispositivo junto con accesorios necesarios (pasta, resina, anillo) para evitar fugas, protegiendo la piel periestomal y evitando el roce con el dispositivo.

Úlcera: Lesiones de la piel o de la mucosa del estoma. Causas:

- Cuidados inadecuados con uso de dispositivos que ejercen presión excesiva sobre la piel o la mucosa.
- Infecciones de la piel por hongos o bacterias.
- Recidivas tumorales

Realizar la cura de la úlcera con los productos necesarios para la cicatrización por segunda intención. Tras la limpieza y desbridamiento si fuese necesario, se pueden utilizar apósitos de hidrofibra de hidrocoloide o apósitos de alginato para la gestión del exudado. Colocar el dispositivo y los accesorios de ostomía sobre la cura, reforzando la sujeción si fuera preciso, para asilar la lesión y prevenir fugas. Se colocará un dispositivo de dos piezas.

Propuesta de tratamiento: Apósito de hidrofibra + lámina autoadhesiva + anillo barrera moldeable + lámina convexa + bolsa urostomía



Los anillos barrera son moldeables. Antes de colocarlos debemos precalentártelos entre las manos para luego moldearlos y adaptarlos a la forma del estoma.

Varices paraestomales (en colostomías e ileostomías): Trayectos venosos dilatados tanto en la piel periestomal como en la mucosa intestinal, acompañado de apariencia de fragilidad de la piel que rodea el estoma. Causas:

- Hipertensión portal.

Extremar el cuidado en el manejo del estoma y de la piel periestomal para evitar hemorragias. Colocar un dispositivo plano y suave de dos piezas para evitar el exceso de presión y los cambios frecuentes de dispositivo.

Metaplasia escamosa: Invasión de células epiteliales queratinizantes en la mucosa del estoma. Puede originar estenosis. Causa desconocida.



Vigilar el estado de la mucosa y de la piel periestomal, para advertir posibles daños. Extremar la higiene y los cuidados. El dispositivo a utilizar puede ser de una o dos piezas en función de las características del estoma y pueden utilizarse accesorios para reforzar la fijación si fuese preciso.

Recidiva tumoral: Tumoración a nivel del estoma como recidiva de un proceso tumoral abdominal, ya sea de origen intestinal o procedente de otra localización.



El tratamiento implicará aislar la zona siempre que sea posible, para facilitar la adhesión de la base. Si la tumoración está en el área del estoma y no se puede aislar, se adaptará el dispositivo de manera que quede incluido dentro de la bolsa.

C. INDEPENDIENTES DEL TIEMPO

Mala ubicación: Inadecuada localización del estoma en el abdomen (cicatrices, prominencias óseas, pliegues, etc.). Desencadena una serie de complicaciones por imposibilidad de adherencia del dispositivo.



Estoma ubicado en un pliegue visto en las posiciones decúbito supino, semisentado y bipedestación.

Dermatitis periestomal: Irritación cutánea de la piel que rodea al estoma.

- **Mecánica:** Denudación de la piel causada por maniobras bruscas durante el cambio de dispositivo. **Evitar traccionar bruscamente al retirar el dispositivo.**
- **Alérgica:** Eritema periestomal que imita la forma del alérgeno. Puede acompañarse de prurito. Causada por sensibilización a alguno de los componentes dispositivo de ostomía. **Evitar el uso del dispositivo que ha ocasionado la alergia, cambiando de marca comercial.**
- **Irritativa:** Eritema superficial y húmedo que puede acompañarse de prurito. Causada por contacto con el efluente o por el uso de productos químicos (desinfectantes, perfumes, etc.). **Evitar el contacto de la piel con el efluente.**
- **Micótica o microbiana:** La zona presenta denudación, enrojecimiento y tiene lesiones secundarias. Puede haber prurito. Causada por infección por hongos o bacterias. **Extremar la higiene y evitar la humedad, cambiando el dispositivo con la frecuencia adecuada.**



Para retirar el dispositivo se recomienda el uso de spray quita-adhesivo. El tratamiento consiste en realizar una higiene correcta del estoma y la piel periestomal. Se pueden aplicar polvos hidrocoloides y accesorios barrera (spray barrera, anillo o resina moldeable) junto con el dispositivo de dos piezas que asegure una buena sujeción y evite la fuga del efluente. En casos severos, puede ser necesario la aplicación de corticoides tópicos. En este caso, una vez aplicado el tratamiento esperaremos a que se absorba para proceder a su posterior limpieza, dado que suelen dejar una película grasa que impide la fijación del dispositivo.

Propuesta de tratamiento en dermatitis irritativa: Limpieza de estoma y piel periestomal + eosina 2% + polvos hidrocoloides + anillobarrera + dispositivo de 2 piezas con base plana y bolsa cerrada de acople adhesivo.



La eosina es un producto con efecto antifúngico y antibacteriano. En ostomías se utiliza principalmente por su efecto secante, cuando la piel periestomal está exudativa. Cuando se aplican los polvos hay que retirar el exceso con una gasa o papel para evitar problemas de fijación del dispositivo. Los polvos quedarán adheridos en aquellas zonas de la piel que lo precisen.

Pioderma gangrenoso: Se caracteriza por la aparición de úlceras profundas, dolorosas, necróticas con bordes eritemato-violáceos. Causas:

- Probable etiología autoinmune.
- Suele estar asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal.



El tratamiento local se basa en la limpieza y cura de las úlceras para favorecer la cicatrización. Se aplicará el tratamiento tópico prescrito (suelen ser corticoides o tacrolimus) sobre las lesiones, aislándolas del estoma con accesorios de sellado para evitar el contacto con el efluente. Se colocará dispositivo de dos piezas, a ser posible plano y se evitarán dispositivos rígidos. Dependiendo de la gravedad, el paciente puede precisar tratamiento sistémico.

Infección/abscesos: Se manifiestan por la aparición de signos inflamatorios y supuración en la zona que rodea al estoma. Si afecta a toda la circunferencia de la ostomía puede llegar a presentar dehiscencia en la unión mucocutánea. Causas:

- Contaminación del lecho quirúrgico por mala preparación del colon.
- Falta de asepsia.
- Manipulación inadecuada durante la cirugía.
- Reacción del organismo al material de sutura.



Observar, controlar y registrar la zona afectada, así como el estado de la sutura mucosa cutánea. Para ello se recomienda utilizar un dispositivo transparente de dos piezas. Limpiar la zona de esfacelos y proteger la piel con productos barrera y sellado. Se pueden utilizar polvos o gel hidrocoloide para facilitar la limpieza, regenerar el tejido de granulación y proteger la zona periestomal. En ocasiones puede ser necesario colocar algún drenaje, así como asociar antibioterapia tópica u oral.

Foliculitis: Inflamación de uno o varios folículos pilosos. La base del folículo presenta eritema o incluso pústula.



Se tratará la inflamación y la infección localizada. Se recortará el vello sin rasurar con cuchilla. Se recomienda el uso de spray quita-adhesivo para facilitar la retirada del dispositivo.

Hiperplasia: Complicación específica de las urostomías relacionada con infección urinaria y con pH de orina alcalino. Consiste en incrustaciones de fosfato de calcio, fosfato de magnesio o ácido úrico que afecta de manera total o parcial al epitelio del estoma y la piel periestomal. Esto produce pequeñas heridas en la piel y en la mucosa, aparición de superficie verrugosa y áspera, costrosa, de color gris violeta, en la piel que rodea al estoma.



Se realizará la higiene del estoma y la piel periestomal lavando con agua hervida o suero fisiológico y vinagre en proporción 50%. En algunos casos puede ser necesario fulguración con nitrato de plata. Se deberán evitar fugas utilizando un dispositivo adecuado y realizando un buen sellado con un anillo barrera o moldeable y/o con la aplicación de placas protectoras. Para prevenir la infección urinaria se recomienda la ingesta abundante de líquidos y vitamina C para estimular y acidificar la orina.

Fenómeno de Koebner o isomórfico: Reacción por la que los pacientes con determinadas enfermedades cutáneas (psoriasis o vitílico) desarrollan esa misma lesión cutánea en zonas de la piel sana sometidas a algún tipo de traumatismo.



Psoriasis

Extremar el cuidado de la piel periestomal. Evitar las fricciones durante la higiene o los traumatismos menores en el cambio de dispositivo. Preferible el uso de dispositivo de dos piezas para evitar los cambios frecuentes.

Sinus por material de sutura: Absceso que se abre en la piel a modo de fistula. Causado por el comportamiento del material de sutura como un cuerpo extraño, debido a su contaminación o a una intolerancia al mismo.

Drenaje del absceso y retirada de material de sutura expulsado. Se realizará la cura de la herida para su cicatrización por vsegunda intención con los productos necesarios (desbridantes, apósitos antibacterianos, etc) y se aislará del estoma mediante accesorios barrera. Se utilizará dispositivo de dos piezas para evitar cambios frecuentes. Puede ser necesario reforzar la sujeción mediante el uso de cinturón.

2. FUNCIONALES:

Deshidratación: La deshidratación se produce por la pérdida excesiva de agua y electrolitos del organismo, siendo más frecuente en pacientes ileostomizados.

Causas:

- Vómitos y diarrea.
- Sudoración excesiva.
- Disminución de ingesta hídrica.
- Calor.
- Quemaduras.

Signos y síntomas:

- Aumento del débito por la ileostomía.
- Sensación de boca seca.
- Sed.
- Debilidad.
- Disminución en la diuresis.
- Palpitaciones.
- Cefalea.
- Irritabilidad.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Pérdida de peso.

Alteraciones hidroelectrolíticas: Por pérdida de minerales como el sodio o el potasio. La principal alteración electrolítica es la hiponatremia. Debido a la resección intestinal, la superficie de absorción se ve disminuida. Esta alteración será más o menos patente en función de la extensión del tramo resecado, siendo mayor la afectación si hubo resección de íleon, ya que a este nivel se absorbe gran cantidad de agua, minerales e iones.

Obstrucción: Oclusión de la luz intestinal que impide la progresión del contenido intestinal. Puede producirse de manera precoz o tardía. Es más frecuente en pacientes con ileostomía.

- **Mecánica:** Oclusión por un obstáculo orgánico, anatómico o estructural.
- **Funcional:** Alteración de la función motora digestiva sin que exista obstáculo.

Causas:

- Respuesta del organismo a una agresión externa (intervención quirúrgica).
- Torsión del asa exteriorizada.
- Compresión de la varilla en estomas en asa.
- Acumulación de tejido cicatricial.
- Hernia interna.
- Recidivas de la enfermedad.
- Obstrucción por alimentos (maíz, apio, nueces, maíz dulce, cáscaras de frutas y vegetales, frutos secos).

3. METABÓLICAS Y NUTRICIONALES:

En función de diferentes factores, los pacientes tienen mayor susceptibilidad de desarrollar hipomagnesemia, disminución de la absorción de la vitamina B12, vitamina D y ácido fólico.

Las complicaciones nutricionales dependerán de la amplitud de la resección, de la anatomía del intestino remanente y de la presencia o no de válvula ileocecal y/o colon. La malabsorción será mayor cuando se realiza una resección amplia del íleon ($>50\text{cm}$).

Acidosis metabólica: La acidosis metabólica hiperclorémica es una complicación de las derivaciones urinarias que utilizan íleon o colon. Es una consecuencia del intercambio hidroelectrolítico entre la mucosa intestinal y la orina, siendo su mecanismo principal la absorción del amonio y cloruro de la orina. A largo plazo la acidosis metabólica crónica puede conllevar una alteración del metabolismo óseo y producir osteomalacia, por lo que la monitorización del pH, cloro, bicarbonato y metabolismo fosfocálcico es fundamental para un diagnóstico y tratamiento precoz.

ANEXO IV. DECANULACIÓN

Valorar:

- Vía aérea permeable.
- Paciente con buen manejo de secreciones.
- Tolerancia de la cánula tapada 24/48 horas antes.
- Estoma sin puntos de sutura.

Técnica:

- Retirar la cánula.
- Aproximar los bordes del estoma.
- Limpieza del estoma.
- Colocar gasas dobladas y enfrentadas (simulando un ojal).
- Sujetar las gasas con apósito de papel en forma de cruz.
- Cambiar el apósito cada día y siempre que sea necesario (sucio, despegado).
- Mantener una cánula idéntica a la retirada, preparada por si fuera necesario volver a colocarla.

ANEXO V. CLASIFICACIÓN COMPLICACIONES EN OSTOMÍAS RESPIRATORIAS

Hemorragia post-operatoria: En las primeras 6 horas tras la cirugía hay mayor riesgo.

Se recomienda mantener la cama elevada unos 45°C, realizar un vendaje compresivo y usar una cánula con balón, pudiendo realizar la aspiración de la sangre. Si la hemorragia persiste, canalizar vía venosa y preparar al usuario para ir a quirófano.

Enfisema subcutáneo: El aire entra en el tejido subcutáneo de la pared torácica y cuello. Las causas son: falsa vía al colocar la cánula, incisión grande de la traqueotomía, rotura de la sutura.

Se realizará una vigilancia de crepitantes, ventilación, deformidades y/o asimetrías. Asimismo, se recomienda el uso de cánula no fenestrada del tamaño apropiado, vendaje compresivo y, si hay aire acumulado, usar agujas intradérmicas según indicación médica.

Desplazamiento de la cánula.

Se extrae la cánula y se reintroduce. Si continúa el problema del desplazamiento, se coloca otra de un número inferior.

Dehiscencia de la sutura.

Protección del estoma y correcta fijación de la cánula.

Salida accidental de la cánula.

Intentar reintroducir la misma cánula. Si no es posible, colocar otra de un número inferior. En caso de imposibilidad, introducir una sonda de aspiración que permita el paso de aire, dilatar el estoma con una pinza trivalva o un rinoscopio e introducir la cánula de un número inferior al que ya tenía. Una vez pasadas 24 horas, intentar colocar la cánula del número que tenía previamente a la complicación.

Falsa vía: La cánula se ha colocado de forma inadecuada.

Intentar retirar y recolocar la cánula, vigilar y comprobar su colocación sujetándola con firmeza. En los cambios de cánula puede ser necesario el uso de un fiador.

Edema facial: Se produce por alteración del retorno venoso tras la cirugía o demasiada presión del vendaje compresivo de la zona.

Colocar un vendaje compresivo en el que pueda introducirse un dedo entre él y el cuello. Mantener la cama elevada.

Oclusión de la cánula por coágulos o moco.

Retirada por aspiración de lo que ocasiona la oclusión (coágulo o moco). Si no es posible, retirar la cánula y colocar una nueva del mismo número, aspirando bien los restos de sangre o moco que podrían volver a ocluir la cánula nueva.

AUTORÍA

COORDINACIÓN

Lucía Fernández Arce

Enfermera. Estrategia para un Nuevo Enfoque de la Atención Primaria.

Mónica Armayor Prado

Enfermera. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

Julián Díaz Alonso

Enfermero. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud El Cristo.

AUTORÍA

Mónica Armayor Prado

Enfermera. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Unidad de Cirugía Plástica y Quemados. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Mª Esther Corral García

Enfermera. Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Julián Díaz Alonso

Enfermero. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo.

Lucía Fernández Arce

Enfermera. Estrategia para el Nuevo Enfoque de la Atención Primaria. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Lila.

Alba Fernández Palacio

Enfermera. Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria.

Mª Begoña García Llano

Enfermera Estomaterapeuta. Hospital Universitario de Cabueñes.

Sonia González Barrientos

Enfermera Unidad de Urología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Marta María Martínez Alfonso

Farmacéutica de Atención Primaria
Dirección General de Política y Planificación Sanitarias.

Mª Jesús Romero De San Pío

Enfermera Unidad de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Raquel Salvatierra Arín

Enfermera Estomaterapeuta. Hospital Universitario de Cabueñes.

Andrea Suárez Baciella

Enfermera Centro Coordinador BPSO Asturias.

Elena Tambo Lizalde

Enfermera.
Residente en Enfermería Familiar y Comunitaria

REVISIÓN

María Elena Ardura Montes	Enfermera coordinadora del Área de Otorrinolaringología del HUCA.
Jorge Gayol Samutlom	Enfermero Centro Coordinador BPSO Asturias.
Cristina González Ruiz de León	Médico especialista en Urología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
Fernando López Álvarez	Médico especialista en Otorrinolaringología. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
Andrea Núñez González	Enfermera especialista en Familiar y Comunitaria. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.
María Osendi Cadenas	Enfermera Centro Coordinador BPSO Asturias.
Rubén Rodríguez García	Médico especialista en Cirugía General (Coloproctología). Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Cabueñas.
Andrea Suárez Banchiella	Enfermera Centro Coordinador BPSO Asturias.

MAQUETACIÓN

Mónica Armayor Prado	Enfermera. Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.
-----------------------------	---

**Guía para el manejo de
ostomías: indicación,
uso y autorización de
dispensación de medicamentos
sujetos a prescripción
médica por parte de
las enfermeras.
OSTOMÍAS.**



**GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS**
CONSEJERÍA DE SALUD



**SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**