

Guía de recomendaciones de buenas prácticas en el paciente oncológico ostomizado

Grupo Puntos de
Encuentro Spray Barrera



Guía de recomendaciones de buenas prácticas en el paciente oncológico ostomizado

Grupo Puntos de
Encuentro Spray Barrera

Avalada por:



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



Autores

M. LORENA OTERINO FAUNDEZ

Enfermera Hospitalización Cirugía General Y Ginecología. Experta En Estomaterapia, Hospital Sierrallana (Cantabria). Instructora De Simulación De Reanimación Cardiopulmonar In Situ. Instructora De SVB Y DESA. Tutora Con Venia Docendi De La Universidad De Cantabria De Grado De Enfermería. ORCID : 0009-0008-5833-9847

SONIA LUGILDE RODRÍGUEZ

Enfermera Consultas Cirugía General Y Digestivo. Estomaterapeuta Consulta De Ostomías Fundación Hospital De Jove (Asturias). Experta Universitaria en el Cuidado Integral del Paciente Ostomizado por la Universidad Europea de Madrid. ORCID: 0009- 006-0516-5287

AURORA MARGARITA POMA VILLENA

Enfermera de la Consulta de Enfermería. Hospital Universitario La Luz (Madrid). Enfermera Estomaterapeuta y Especialista en Heridas Complejas. Licenciada en Enfermería por la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Coloproctología y Estomaterapia por la Universidad Francisco de Vitoria. Experto Universitario en Heridas Complejas por la Universidad Castilla La Mancha. Experto Universitario en el Cuidado Integral del Paciente Ostomizado por la Universidad Francisco de Vitoria. Experto Universitario en Urgencias y Cuidados Intensivos por la Universidad Complutense de Madrid. ORCID: 0009-0003-1524-9714

ARACELI CARREIRA CORIA

Supervisora de la Unidad de Cirugía General del Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Estomaterapeuta del Hospital Universitario San Agustín (Avilés/ Asturias). Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo. Experto Universitario en el Cuidado Integral del Paciente Ostomizado por la Universidad de Vitoria de Madrid. Evaluadora de solicitudes de acreditación perteneciente a la Comisión de Acreditaciones de la Formación Continuada del Principado de Asturias. Miembro de la Comisión de Investigación y de la Comisión de Higiene de manos del Hospital Universitario San Agustín. ORCID: 0009-0004-9322-8975

ALEXANDRA SERRA ROBLES

Enfermera Consultas De Urología En Hospital Universitario Central De Asturias. ORCID: 0009-0006-5535-2515

MARÍA DEL MAR FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

Enfermera de Consulta de Cirugía General y Estomaterapia en Hospital Vital Alvarez- Buylla (Mieres, Asturias). Experta Universitaria en Cuidados Intensivos y Experta Universitaria en Cuidados Intensivos Pediátricos por la Universidad de Oviedo. ORCID:0009-0004-7063-3142

MARÍA ESTRELLA CABALLERO RAMOS

Enfermera Unidad de Hospitalización Cirugía. Hospital Universitario León. Máster en Coloproctología y Estomaterapia por la Universidad Francisco de Vitoria. Experto Universitario en el Cuidado Integral del Paciente Ostomizado por la Universidad Francisco de Vitoria. ORCID:0009-0001-6013-3310

SANDRA CEREIJO MARTÍNEZ

Enfermera Responsable de Ostomías del Área Sanitaria del Bierzo. Enfermera Consulta de Cuidados de Enfermería en Ostomías en el Hospital Universitario del Bierzo (León). Máster Enfermería de Práctica Avanzada en Cuidados a Personas con Ostomías por la UCAM. Experto Universitario en el Cuidado Integral en el Paciente Ostomizado por la Universidad Francisco de Vitoria. Miembro de la Comisión de Cuidados del Hospital Universitario del Bierzo. ORCID: 0000-0002-6777-1358

Coordinación y revisión

DOMINGO PÉREZ, TAMARA

Coordinadora y revisora. Enfermera Especialista en Pediatría. Graduada en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Epidemiología y Salud Pública por la Universidad Rey Juan Carlos. Experto Universitario en Investigación Enfermera por Universidad Católica de Ávila. Enfermera técnico en el Instituto Español de Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería de España y Enfermera asistencial en el Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.



<https://orcid.org/0000-0002-4785-9643>

DR. GARCÍA BLÁZQUEZ, EDUARDO

Market Manager Ostomy Care



<https://orcid.org/0000-0003-1229-3229>

Índice de contenido

	Pág.
Autores	3
Coordinación y revisión	4
Revisores externos	4
1. Introducción	8
2. Justificación	11
3. Objetivo y ámbito de aplicación	12
3.1. Objetivo general	12
3.2. Objetivos específicos	12
4. Metodología	13
4.1. Palabras clave (keywords)	13
4.2. Estrategia de búsqueda	13
4.3. Filtros	14
4.4. Años de la búsqueda	14
4.5. Criterios de inclusión y exclusión	14
4.6. Extracción de datos	14
5. Problemática del paciente oncológico y ostomizado	15
5.1. Diarrea	15
5.2. Desnutrición	16
5.3. Anemia	17
5.4. Tratamientos oncológicos	17
5.5. Dermatitis irritativa	18
6. Tipo de ostomía y características del estoma	19
6.1. Órgano afectado	19
6.1.1. Ostomías digestivas	19
6.1.2. Ostomías urinarias	24
6.1.3. Ostomías respiratorias	26
6.2. Complicaciones	27
7. Tipos de dispositivos	36
7.1. Elección de dispositivos	36
7.1.1. Una pieza	36
7.1.2. Dos piezas	37
7.1.3. Tres piezas	37
7.1.4. Tipo de discos	37
7.2. Tipo de accesorios	38
7.2.1. Generales	38
7.2.2. Accesorios de protección extra y barrera	46
8. Tratamiento oncológico. Papel del tratamiento adyuvante	43
8.1. Clasificación del cáncer por estadios	43
8.2. Clasificación del cáncer por etapas y su tratamiento	44
8.3. Factores para elección del tratamiento oncológico	45
8.4. Tipos de tratamiento de cáncer	45
8.4.1. Cirugía	45
8.4.2. Quimioterapia, fármacos biológicos y otras terapias	47
8.4.3. Radioterapia (78,79)	48
8.5. Efectos secundarios de la terapia oncológica	48
8.5.1. Efectos secundarios de la quimioterapia, fármacos biológicos y otras terapias	48
8.5.2. Efectos secundarios de la radioterapia (71)	51
8.6. Efectos del tratamiento oncológico en la piel	51

9. Tratamiento y medidas de prevención sobre la piel	54
9.1. La piel, estructura y funciones	54
9.2. Importancia de la prevención	55
9.3. Medidas de higiene (80)	55
9.4. Productos para la protección de la piel	57
9.4.1. Productos barrera	57
9.4.2. Otros productos barrera	58
9.5. Medidas de Prevención: Cura CONNAN	59
9.6. Manejo y resolución de complicaciones	60
9.6.1. Dermatitis	61
9.6.2. Dermatitis por déficit nutricional (111)	68
9.6.3. Úlceras (111)	69
9.6.4. Hiperplasia epitelial o hiperqueratosis (112)	70
9.6.5. Dehiscencia / desinserción	71
9.7. Dispositivos específicos: bolsas de alto débito	72
9.7.1. Complicaciones nutricionales del alto débito	72
9.7.2. Recomendaciones en el manejo de ostomías de alto débito (100)	72
9.7.3. Dispositivo recomendado	73
10. Recomendaciones generales	74
10.1. Nutrición e hidratación	74
10.2. Alimentación en ileostomías	75
10.3. Alimentación en colostomías	76
10.4. Dieta en urostomías: derivación de bricker	77
10.5. Estilo de vida	78
10.5.1. Vestuario	78
10.5.2. Actividad laboral	78
10.5.3. Deportes y viajes	79
10.5.4. Viajes y desplazamientos	79
10.5.5. Impacto psicológico y apoyo emocional	80
10.6. Sexualidad	81
10.6.1. Problemas sexuales en el hombre	82
10.6.2. Problemas sexuales en las mujeres	82
10.7. Recomendaciones generales	82
11. Autocuidado	84
11.1. Higiene	84
11.2. Observación del estoma	85
11.3. Observación de la piel periestomal	85
11.4. Complicaciones potenciales	85
12. Recomendaciones de buenas prácticas	86
13. Conclusiones	93
14. Referencias bibliográficas	94
15. Anexos	99
Anexo Escala DET	99
Anexo Escala MUST	100
Anexo Póster Recomendaciones para el cuidado de la piel periestomal en el paciente con tratamiento oncológico	101
Anexo Ruta al alta de paciente ostomizado con y sin cura Conan	102

Índice de imágenes

	Pág.
Imagen 1 Estoma	19
Imagen 2 Isquemia / necrosis	28
Imagen 3 Hemorragia.	28
Imagen 4 Deshiscencia.	29
Imagen 5 Infección.	29
Imagen 6 Invaginación	30
Imagen 7 Estenosis	30
Imagen 8 Retracción	31
Imagen 9 Granulomas	31
Imagen 10 Fístula	32
Imagen 11 Dermatitis irritativa	33
Imagen 12 Dermatitis alérgica	33
Imagen 13 Dermatitis mecánica	33
Imagen 14 Dermatitis micótica.	34
Imagen 15 Escala DET	35
Imagen 16 Cinturón	38
Imagen 17 Brava® Elastic Tape	38
Imagen 18 Brava® Paste	38
Imagen 19 Brava® Lubricante desodorante.	39
Imagen 20 Brava® Spray para eliminar adhesivos	39
Imagen 21 Brava® Adhesive remover wipe	39
Imagen 22 Brava® Toallitas limpiadoras	39
Imagen 23 Brava® Polvos de ostomía	40
Imagen 24 Brava® Placa autoadhesiva	40
Imagen 25 Brava® Crema Barrera	40
Imagen 26 Brava® Anillo moldeable	40
Imagen 27 Brava® Toallita barrera cutánea.	41
Imagen 28 Brava® Skin Barrier Spray	41
Imagen 29 Equipo de cirugía Dr. Carlos Durán	45
Imagen 30 Enfermera de oncología.	47
Imagen 31 Tratamiento de quimioterapia	47
Imagen 32 Tratamiento de radioterapia.	48
Imagen 33 Síndrome de pies y manos.	52
Imagen 34 Caída del cabello	52
Imagen 35 Erupción cutánea.	52
Imagen 36 Ampollas	52
Imagen 37 Heridas	52
Imagen 38 Radio dermatitis	52
Imagen 39 Úlcera periestomal	53
Imagen 40 Dermatitis irritativa periestomal	53
Imagen 41 Lesiones cutáneas	53
Imagen 42 La piel	54
Imagen 43 Piel periestomal	55
Imagen 44 Limpieza de la piel periestomal	56
Imagen 45 Brava® Spray Barrera Cutánea.	57
Imagen 46 Brava® Toallita barrera cutánea.	57
Imagen 47 Brava® Crema protectora	58
Imagen 48 Conveen protact	58
Imagen 49 Conveen critic barrier	58
Imagen 50 Brava® Placa autoadhesiva	59
Imagen 51 Las 4 claves tras CURA CONAN.	60
Imagen 52 Ruta habitual vs Cura CONAN.	61
Imagen 53 Eritema periestomal.	62
Imagen 54 Erosión periestomal	62
Imagen 55 Úlcera periestomal	63
Imagen 56 Tipos de dermatitis periestomal	63
Imagen 57 Dermatitis por contacto	64
Imagen 58 Dermatitis mecánica o traumática (antes y después)	64
Imagen 59 Dermatitis inmunológica	64
Imagen 60 Dermatitis infecciosa (por bacterias)	65
Imagen 61 Dermatitis infecciosa (foliculitis)	65
Imagen 62 Dermatitis por enfermedad de base (Pioderma gangrenoso).	66
Imagen 63 Dermatitis química	66
Imagen 64 Tratamiento de dermatitis química	67
Imagen 65 Tratamiento de dermatitis traumática	68
Imagen 66 Tratamiento de dermatitis infecciosa	68
Imagen 67 Úlcera	70
Imagen 68 Dehiscencia	71
Imagen 69 Bolsas de alto débito	72
Imagen 70 Prendas terapéuticas para ostomías	78

1. Introducción

Una ostomía de eliminación consiste en un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se exterioriza a la pared abdominal un órgano (íleon, colon o uréteres), con la finalidad de expulsar los productos de deshechos del organismo (heces, orina) (1,2).

A nivel mundial, la patología más frecuente que lleva a la realización de una ostomía es el cáncer colorrectal, de forma que para el año 2020 se realizó una estimación para ambos sexos de 1.931.590 (10.7 %) CCR diagnosticados, lo que representa en frecuencia, el tercer tipo de cáncer y la segunda causa de muerte por este motivo (según los datos del SEOM, el cáncer colorrectal causó en el 2020 el fallecimiento de 935.173 personas (3).

Respecto a la incidencia del cáncer de vejiga a nivel mundial, para ese mismo año, representó el 3,2 % de todos los cánceres, lo que le otorga la décima posición en frecuencia.

En España el cáncer es también una de las principales causas de morbi-mortalidad, de forma que los cánceres más frecuentemente diagnosticados en nuestro país en el 2023 serán los de colon y recto (42.721 nuevos casos), lo que les coloca en el 1º lugar de incidencia y en el 2º de mortalidad tras el de pulmón, situándose el de vejiga urinaria con una incidencia de 21.694 nuevos casos, en 5º posición(4).

En nuestro país, se calcula que alrededor de 70.000 personas son portadoras de una ostomía y cada año se prevén 16.000 nuevos casos, de los cuales un 60 % serán temporales y un 40% permanentes(5).

Las ostomías de eliminación más frecuentes son las colostomías con un 55,1 %, seguidas de las ileostomías 35,2 % y de las urostomías 9.7 %, según se cita en el "Estudio Impacto" realizado por el grupo de expertos estomaterapeutas, grupo COF (Coloplast Ostomy Forum), desarrollado entre el 2011 y 2013(6).

Bodega et, al, refiere que "La vivencia de sufrir una ostomía varía según el tipo de persona, pero en general provoca modificaciones importantes en la vida de los pacientes que suelen tener condicionantes negativas, ya que estos procedimientos generan cambios físicos que son visibles y significativos. Los principales cambios son la pérdida de la autoestima y la seguridad que provocan conflictos y desequilibrios internos que interfiere en las relaciones sociales"(7).

Los pacientes con cáncer atraviesan situaciones particulares y muy difíciles de abordar, las cuales pueden ser satisfechas mediante una intervención específica por parte del personal de enfermería(8).

Diversos autores han planteado el análisis de las necesidades del ser humano El paciente oncológico tiene, como cualquier persona, un conjunto de necesidades físicas y psicosociales por satisfacer, y cuya detección temprana y cobertura puede mejorar su calidad de vida. Maslow plantea dentro de su teoría de la motivación humana, una serie de necesidades que atañen a toda persona y que se encuentran organizadas de forma estructural Gráfico 1 Pirámide de Maslow.



Para definir el término **Necesidad** nos vamos a basar en el modelo del Virginia Henderson. Según esta autora, una necesidad es todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar(9).

Según la OMS, basándose en la pirámide de Maslow, el enfermo de cáncer va a tener las siguientes necesidades: seguridad (confianza en el equipo sanitario, en su familia y cuidadores), aceptación (reconocer sus posibilidades, sentirse aceptado y comprendido), amor (de amar y ser amado), pertenencia (sentirse miembro de una familia, de un grupo), autoestima (sentirse importantes y útiles a pesar de la enfermedad) y autorrealización o espirituales (encontrar sentido a su vida, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte)(10).

El paciente ostomizado y con tratamiento oncológico es muy complejo, por eso se hace necesaria la figura de una enfermera experta en este tipo de pacientes. La enfermera Estomaterapeuta es la encargada de aportar la educación sanitaria al paciente y a su familia desde antes de la realización de la cirugía como tras la misma, dando cuidados de calidad y de forma continuada.

Las alteraciones de la piel periestomal del paciente oncológico a tratamiento de quimioterapia /radioterapia o ambas provocan problemas de dermatitis periestomal, fragilidad en la piel y como consecuencia fugas, que alteran la calidad de vida del paciente oncológico ostomizado.

Por otra parte, la existencia de lociones y cremas hidratantes ya existentes en el mercado para pacientes oncológicos, no son útiles en los pacientes ostomizados, ya que impedirían la adhesión correcta de sus dispositivos.

Es importante recordar que nos enfrentamos a una población cada vez más envejecida, con pacientes crónicos y pluripatológicos.

Todo ello hace necesario investigar este problema real, para prevenir, antes que tratar, las complicaciones de la piel periestomal. Complicaciones como diarreas, modificación del PH del efluente, desnutrición, anemia, vuelven la piel periestomal más frágil, lo que facilita las fugas de efluente por la dificultad en la adherencia del dispositivo colector, con todas las consecuencias físicas y psicológicas para el paciente ostomizado.

El proyecto de la guía surge cuando un grupo de Enfermeras Estomaterapeutas, observamos en la atención asistencial que los pacientes ostomizados sometidos a tratamientos oncológicos, (quimioterapia oral o intravenosa, Inmunoterapia, radioterapia), solos o combinados, veían multiplicados sus problemas respecto a los pacientes ostomizados que no necesitaban estos tratamientos.

En la elaboración de esta guía hemos podido constatar la necesidad de información complementaria en el ámbito de los efectos secundarios, que suponen los tratamientos oncológicos en nuestros pacientes, si no conocemos la magnitud del problema difícilmente podremos abordarlo.

La observación asistencial del problema no basta para recomendar de forma rotunda un producto. Por lo que comenzamos a revisar la escasa evidencia en la bibliografía existente, constatando la falta de evidencia científica sobre la eficacia del Spray Barrera en los pacientes oncológicos ostomizados.

Revisada la escasa bibliografía sobre la aplicación de Spray barrera en estos pacientes, encontramos un estudio de García et al (11) donde concluyen que la utilización tanto de un aerosol protector barrera sobre la piel del paciente antes de la colocación del disco de ostomías como la aplicación para su retirada de un Spray quita-adhesivo, parece reducir el riesgo de complicaciones en la piel periestomal en el paciente ostomizado.

Otro estudio consultado (12) indica el uso de Spray barrera al aplicarse sobre la piel, sana o dañada, forma una película barrera impermeable de larga duración que actúa como protector frente a exudados y fluidos corporales irritantes, productos adhesivos y la fricción. Los objetivos terapéuticos que justifican su utilización consisten en evitar la maceración e irritación de la piel perilesional y contribuir de este modo a mantenerla en unas condiciones óptimas para las fases de la cicatrización que se desarrollan desde los bordes de las heridas.

Ante tal resultado, desde nuestro equipo de trabajo, formulamos que el producto más adecuado para el tratamiento de la piel periestomal en pacientes oncológicos podría ser el Spray Barrera, que con su mezcla de alquilolano, y su base de silicona, sería capaz de crear una película protectora de la piel frente a las adversidades derivadas de su propia patología y los efectos adversos de los tratamientos oncológicos, ya fuesen por separado o combinados.

Teniendo en cuenta, además, que muchos pacientes ya han recibido neoadyuvancia y verificando que no existen guías específicas para este tipo de pacientes, y que tampoco existen estudios previos que hayan demostrado la eficacia del Spray

Barrera como método clave en la protección de su piel periestomal, nos basamos en nuestro propio estudio observacional comenzado en el año 2018 que presentó resultados muy satisfactorios en un grupo de 56 pacientes oncológicos, en cuanto a protección de la piel periestomal y minimización de las fugas al utilizar el Spray barrera, resultados que se dieron a conocer en forma de comunicación en el X Congreso Nacional de Enfermería Experta en Ostomías.

Hoy en día, este estudio continúa abierto, arrojando muy buenos resultados, por lo que podemos concluir que la inclusión de esta recomendación es la protagonista de esta Guía de Buenas Prácticas.

En esta guía pretendemos establecer una hoja de ruta de recomendaciones para el uso del Spray Barrera en el paciente oncológico ostomizado. Con el fin de mejorar las prestaciones asistenciales a los pacientes, que, por una u otra razón, son portadores de una ostomía, y, o bien están, estuvieron o estarán, sometidos a un tratamiento oncológico; contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

La guía está estructurada de forma que cubra toda la información necesaria para este tipo de pacientes:

- Problemática del Paciente oncológico ostomizado describiendo los aspectos más generales del paciente oncológico.
- Tipo de ostomía y características del estoma.
- Tipos de dispositivos.
- Tratamiento oncológico. Papel de tratamiento neoadyuvante. Descripción de tratamientos y efectos de los mismos de forma general y sobre la piel periestomal.
- Tratamiento y medidas de prevención sobre la piel periestomal.
- Recomendaciones generales relacionadas con la nutrición e hidratación, estilo de vida, impacto psicológico y apoyo emocional, sexualidad y autocuidado.

La guía también va dirigida a reforzar la información y formación de los profesionales sanitarios encargados de los cuidados de estos pacientes, así como de sus cuidadores y potenciar el autocuidado en estos pacientes.

2. Justificación

La ostomía altera de forma directa e indirecta distintos patrones funcionales y su adaptación produce un gran impacto en los pacientes tanto físico como psicológicamente, afectando a su salud y bienestar. Si a esta situación añadimos que la persona está sometida a tratamientos oncológicos como radioterapia y quimioterapia, el riesgo de complicaciones asociadas aumenta (4).

Esta nueva situación conlleva en la persona alteraciones biológicas, cambios higiénicos-dietéticos, pérdida de control de esfínteres y posibles alteraciones en la piel periestomal, comprometiendo su autoestima, y sus relaciones sociales y familiares (13,14). En las alteraciones de la piel periestomal pueden aparecer signos inflamatorios originados e influidos por diversos factores: contacto con fluidos corporales, por su composición química y enzimática, que alteran la homeostasis de la piel, la calidad de los dispositivos utilizados, (composición y adhesivos) tratamientos de quimioterapia y radioterapia y/o falta de conocimiento de productos protectores y cuidados en las distintas situaciones y complicaciones (5).

Frente a estas alteraciones de la piel, existen distintas alternativas, que ofrecen una protección muy eficaz y agradable para la piel, que no son citotóxicas: son los protectores cutáneos. Los protectores cutáneos al ser aplicados sobre la piel forman una película transparente, como una "segunda piel" incolora, permeable al oxígeno y al vapor de agua y que ofrecen protección cutánea como barrera frente a los agentes agresores de su integridad, o en aquellas zonas expuestas a irritación, ya sea por efluentes de la estoma o por alteraciones derivadas de los tratamientos recibidos (16,17).

De ahí, la importancia del cuidado de la piel periestomal, para prevenir las lesiones. No sólo necesitan cuidados expertos, sino que requieren profesionales que les asesoren y cuiden en todos los aspectos en que pueden verse afectados después de una intervención quirúrgica y en todo el proceso de su tratamiento oncológico si lo necesitasen.

Es de vital importancia dar a las personas y cuidadores o familiares los conocimientos necesarios y adiestrarles en habilidades; modificar y potenciar actitudes para que sepa, pueda y quiera adaptarse a la nueva situación (18,19).

En España, los estudios sobre la eficacia en los protectores barrera no irritantes son muy escasos. García-Fernández, realizó una revisión donde se encontró un número reducido de estudios clínicos sobre el uso de películas barrera para la prevención de lesiones en la piel sana expuesta a la humedad(20).

El estudio de Mudarra García, N et al (11)concluía que la utilización tanto de un aerosol protector barrera sobre la piel del paciente antes de la colocación del disco de ostomías, como la aplicación para su retirada de un Spray quita-adhesivo, reduciría el riesgo de complicaciones en la piel periestomal pero también evidenciaba la falta de estudios a nivel multicéntrico.

Y el estudio de García Ruiz, MP (20) "evidencia la falta de estudios relacionadas con la protección cutánea en estos pacientes.

Este reducido número de investigaciones, en un área como son los cuidados de la piel y las heridas, puede ser debido a un cierto desconocimiento de las enfermeras clínicas acerca del uso y eficacia del producto. Es posible pensar que en los últimos años haya una mayor tendencia al uso de los productos barrera no irritantes, ya que se han localizado varios estudios en los cuales se concluye que estos son útiles para evitar lesiones cutáneas en personas ostomizadas (14).

3. Objetivo y ámbito de aplicación

3.1. Objetivo general

- Elaboración de una guía de recomendaciones basadas en evidencia científica y el consenso de expertas estomaterapeutas para el autocuidado de la piel periestomal en el paciente ostomizado con tratamiento oncológico.
- Servir como herramienta docente, formativa y divulgativa para profesionales sanitarios, personas ostomizadas y sus cuidadores principales.

3.2. Objetivos específicos

- Establecer recomendaciones que ayuden al paciente oncológico ostomizado a identificar y prevenir tempranamente complicaciones específicas de su situación.
- Describir los tipos de ostomía y principales dispositivos utilizados.
- Resumir los principales tipos de tratamiento oncológico y su efecto sobre la piel periestomal.
- Promover la autonomía del paciente en el cuidado de su ostomía y las medidas de protección sobre la piel.
- Explicar el manejo del Spray barrera como principal medida de prevención/protección.
- Formular las principales recomendaciones generales en torno a la alimentación, estilo de vida, aspectos psicológicos, sexualidad y autocuidado del paciente oncológico ostomizado.

4. Metodología

Creación de un grupo de trabajo formado por 7 Enfermeras Estomaterapeutas de 6 Hospitales Públicos de 4 CCAA, para elaborar la Guía de Recomendaciones.

La metodología empleada para el estudio y creación de la guía consta de dos partes:

- 1.- Revisión bibliográfica de artículos de investigación tanto nacionales como internacionales, que tuvieron como tema principal la recolección de datos realizada para valorar la eficacia de los protectores cutáneos en la prevención de lesiones de la piel periestomal del paciente ostomizado y de las alteraciones provocadas por el tratamiento oncológico en general en pacientes con ostomía.

Las bases de datos consultadas fueron:

PubMed, Medline, Cuiden, Cochrane library, Scielo, Enfispo, DynamicHealth, Dynamed.

Se han consultado y utilizado también páginas web como La Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario(RNAO), la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia, la Sociedad de oncología médica, United Ostomy Associations of America y revistas científicas como NPunto y JWOCN.

4.1. Palabras clave (keywords)

Autocuidado, guía, ostomía, prevención, piel periestomal, protector cutáneo, recomendación, terapia oncológica, oncología, enfermería, sexualidad, cáncer, dermatitis periestomía, radioterapia, inmunoterapia, quimioterapia, adaptación psicológica, atención de enfermería.

4.2. Estrategia de búsqueda

El algoritmo de búsqueda de evidencias fue el siguiente:

Búsqueda	Estrategia de búsqueda
#1	<i>ostom* AND nurs* OR piel periestomal ostomy* OR prevención OR pielperiestomal* Autocuidado OR guía* AND ostom* [title]</i>
#2	<i>ostomy* AND prevención OR piel periestomal* Autocuidado OR guía* AND ostom*</i>
#3	<i>(prevention AND piel peristomal) OR (spray cutáneo peristomal skin AND complications)</i>
#4	<i>Ostomy AND quality of life AND nursing care Ostomy AND quality of life AND nurs*</i>
#5	<i>#1 AND #2</i>
#6	<i>"ostomy"[MeSH Term] AND prevention OR piel peristomal</i>
#7	<i>#3 OR #4</i>
#8	<i>((clinical[Title/Abstract] AND trial[Title/Abstract]) OR clinical trials as topic[MeSH Terms] OR clinical trial[Publication Type] OR random*[Title/Abstract] OR random allocation[MeSH Terms] OR therapeutic use[MeSH Subheading])</i>
#9	<i>#5 AND #6</i>

4.3. Filtros

Se realizó una búsqueda en español e inglés, y algunos documentos en portugués.

4.4. Años de la búsqueda

La búsqueda se realizó en los últimos 10 años (2013-2023).

4.5. Criterios de inclusión y exclusión

Respecto a las revisiones sistemáticas y los estudios científicos, se aplicó como criterio de inclusión que los estudios realizados en adultos incorporaran conclusiones sobre cuidados o recomendaciones enfermeros sobre el cuidado de la piel en el paciente oncológico con evidencias actuales en tratamientos, productos cutáneos y los beneficios que podían aportar nueva información sobre el cuidado. El principal criterio de exclusión fue que los artículos no aportaran información sobre cuidados o protectores cutáneos y recomendaciones enfermeras relacionado con la piel periestomal en el paciente oncológico.

4.6. Extracción de datos

Para proceder a la selección se revisa el título y resumen y en caso necesario los artículos completos con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con nuestro objetivo.

5. Problemática del paciente oncológico y ostomizado

El paciente oncológico ostomizado puede sufrir numerosas complicaciones derivadas del tratamiento oncológico administrado antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

La diarrea, la desnutrición, la anemia y los propios tratamientos oncológicos provocan graves alteraciones debilitando al paciente y provocándole alteraciones sistémicas y de la piel periestomal.

5.1. Diarrea

La diarrea suele ser un efecto secundario del tratamiento contra el cáncer. Las siguientes son algunas de las causas frecuentes de diarrea durante el tratamiento oncológico.

- Quimioterapia.
- Inmunoterapia.
- Terapia dirigida.
- Radioterapia en la pelvis.
- Extirpación quirúrgica de una parte del intestino(22).

La diarrea se presenta en cualquier momento durante el transcurso de la atención del cáncer y sus efectos pueden ser devastadores desde el punto de vista físico y emocional. Aunque menos frecuente que el estreñimiento, la diarrea continúa siendo una carga sintomática apreciable para los pacientes oncológicos ostomizados(22).

La diarrea puede ocasionar las siguientes complicaciones:

- Deshidratación.
- Desequilibrar el balance de los electrolitos.
- Afectar la funcionalidad.
- Causar cansancio crónico.
- Menoscaba la integridad de la piel.
- Limita las actividades diarias.
- En algunos casos, la diarrea es mortal.

Es habitual que las diarreas sean un efecto secundario de determinados tratamientos oncológicos, a veces incluso puede ser un síntoma de la propia enfermedad. En el caso del paciente ostomizado, prestaremos mucha atención a las diarreas generadas por el tratamiento oncológico ya que debemos cuidar la piel periestomal para que la acidez de las heces diarreicas no provoque lesiones ni molestias a la hora de manejar la ostomía(23).

Es importante llevar a cabo una limpieza alrededor del estoma con agua tibia y una esponja o paño que sea suave. También debemos tener cuidado a la hora de secar la piel y realizarlo a toques, sin frotar demasiado. Es importante que ajustemos bien la placa del dispositivo a la medida del estoma, para proteger la piel y evitar el contacto de las heces con la misma(24).

5.2. Desnutrición

Los pacientes con cáncer pueden ver alterado su estado nutricional en el momento inicial, y a lo largo del proceso continuo de atención del cáncer. Muchos pacientes presentan pérdida de peso involuntaria que lleva al diagnóstico de cáncer(25,26). En distintos estudios, se notificó que del 30 % al 85 % de los pacientes con cáncer están desnutridos(27,28). Además, la desnutrición aumenta los efectos tóxicos, reduce la calidad de vida y causa del 10 % al 20 % de las muertes de los pacientes con cáncer(29).

En 2012, Asociety for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) junto con la Academy of Nutrition and Dietetics divulgaron un informe conjunto acerca de la evaluación de la desnutrición(30).

El informe de consenso contiene los criterios para la evaluación de cada uno de los siguientes seis posibles indicadores de desnutrición; en el documento, se recomienda que la presencia de dos o más características justifica un diagnóstico de desnutrición.

- Ingesta calórica insuficiente.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de masa muscular.
- Pérdida de grasa subcutánea.
- Acumulación hídrica localizada o generalizada que puede enmascarar la pérdida de peso.
- Deterioro del estado funcional por evaluación mediante la fuerza de prensión.

Es crucial identificar tempranamente la desnutrición y otros síntomas con efectos nutricionales. Los síntomas con efectos nutricionales son una gama de efectos secundarios del cáncer y su tratamiento que entorpecen la ingestión (por ejemplo, alteraciones en el gusto y el olfato, mucositis, disfagia, estomatitis, náusea, vómito, diarrea, estreñimiento, malabsorción, dolor, depresión y ansiedad). Las intervenciones nutricionales mejoran los desenlaces al ayudar a los pacientes de la siguiente manera(28,30–33) .

- Manteniendo el peso.
- Conservando la capacidad de continuar con el régimen de tratamiento previsto con pocos cambios.
- Mejorando la calidad de vida.
- Produciendo mejores desenlaces quirúrgicos.

Los pacientes que reciben tratamientos contra el cáncer, por lo general, necesitan atención nutricional que debe ser aportada por los diferentes profesionales sanitarios y donde la enfermera estomaterapeuta cobra especial importancia, explicando recomendaciones alimentarias y promoviendo hábitos saludables.

Los tratamientos contra el cáncer a veces producen efectos agudos y crónicos. La base de la intervención nutricional es el tratamiento sintomático. Los pacientes que mantienen una buena nutrición tienen mayores probabilidades de tolerar los efectos secundarios del tratamiento. El consumo adecuado de calorías y proteínas, así como de una hidratación adecuada, contribuye a mantener la fortaleza del paciente y prevenir catabolismo adicional de los tejidos corporales(34).

Es común que el paciente oncológico ostomizado, a quien va dirigida esta guía, presente pérdidas tanto de nutrientes como de minerales por su ostomía, ya que su proceso digestivo no finaliza de manera natural y la absorción de nutrientes se ve interrumpida. Es necesario detectar los estados carenciales de vitaminas, minerales, proteínas, y poder solventarlos mediante la preparación y combinación de alimentos, presentándolos de manera apetecible y la administración de los suplementos indicados para su carencia.

Debemos tener en cuenta la absorción a la hora de valorar los cuidados de los pacientes ostomizados con tratamiento oncológico, ya que puede presentar dificultades para la absorción de fármacos por vía oral. Existe la posibilidad de que los medicamentos administrados produzcan cambios en el ritmo de evacuación intestinal y también en la consistencia de las heces y puedan modificar también su olor, la cantidad de gases, el color(34).

Debido a esta mala absorción y por ende la desnutrición, se produce una disminución del peso corporal, repercutiendo también en las percepciones de la imagen corporal y las actividades de la vida diaria del paciente, ocasionando múltiples problemas a la hora del cuidado de la piel periestomal debido a las fugas por mal ajuste de su dispositivo y alterando más aún su calidad de vida.

5.3. Anemia

La anemia de los pacientes oncológicos suele ser multifactorial, predominando a lo largo del tratamiento y de la evolución de la enfermedad una causa sobre otra. Las formas más frecuentes son:

- La anemia de trastornos crónicos
- La anemia secundaria a los tratamientos (quimio y/o radioterapia).

La anemia cambia el pronóstico en algunos casos, asociándose a un posible incremento del riesgo de progresión de la enfermedad y muerte (35).

El síndrome anémico es más frecuente en los tumores gastrointestinales, seguido de los urológicos (35).

Entre el 30% y el 90% de los pacientes con cáncer presentan anemia. La progresión del tumor, su tratamiento y las comorbilidades pueden ser los causantes de esta condición (36).

La anemia del paciente oncológico es multifactorial depende del componente inflamatorio, la infiltración medular, las pérdidas hemáticas crónicas o agudas, el estadio de la enfermedad y el tratamiento administrado.

Algunos tratamientos más comunes de la anemia en pacientes con cáncer son (37):

- Terapia de hierro.
- Transfusión de glóbulos rojos, comúnmente conocida como transfusión de sangre.
- Agentes estimulantes de la eritropoyesis.
- Otros medicamentos como suplementos de vitamina B-12.

La piel y mucosas son los componentes que se alteran con el diagnóstico de anemia carencial. Se sabe que en la anemia ferropenia se pueden presentar entre otras alteraciones dermatológicas la fragilidad capilar. Así mismo, en la anemia megaloblástica es frecuente el hallazgo de sequedad de la piel y que con todo esto la piel periestomal del paciente oncológico ostomizado se verá alterada (37,38).

5.4. Tratamientos oncológicos

Aunque en la actualidad, los tratamientos de las neoplasias con radioterapia y quimioterapia son cada vez más específicos, es habitual que presente efectos adversos en otros órganos ajenos al objetivo, entre los que podemos destacar la piel.

La piel puede verse afectada por la acción directa de la quimioterapia oncológica y expresar reacciones de hipersensibilidad a fármacos o reflejar la acción de estos fármacos. Los efectos adversos producidos por estos tratamientos pueden influir en la correcta adhesión del dispositivo, provocando fugas o incluso lesiones e irritaciones en la zona de la ostomía, debilitando la piel periestomal y siendo una problemática para el paciente y el manejo de la ostomía, así como un claro empeoramiento de la calidad de vida (23).

La quimioterapia produce afectación del área periestomal. La diarrea que se genera tras la quimioterapia provoca un desequilibrio en los fluidos e irritación local. La mucositis, necrosis y formación de fistulas son otros de los efectos adversos derivados de la terapia oncológica.

Muchos de estos problemas desaparecen cuando la medicación se retira.

Con el tratamiento de Radioterapia la piel puede observarse roja, firme por el edema y más tarde la epidermis se adelgaza, disminuye la elasticidad y la circulación se altera. Se produce mucositis y radiodermatitis aguda que provocan lesiones exudativas y pruriginosas durante el tratamiento, que alteran el funcionamiento del estoma y de la piel periestomal.

Actualmente, se les da mucha importancia a los cuidados de la piel del paciente oncológico ya que debido a la acción de sus tratamientos la piel puede verse afectada de forma que ésta se muestra más seca, frágil, reactiva y sensible y que sobre ella debemos colocar un dispositivo de ostomía.

Debemos insistir en los cuidados de la ostomía para prevenir el deterioro de la integridad de la piel periestomal, realizando una correcta higiene del estoma y de la piel circundante, utilizando los dispositivos adecuados en cada situación para una protección y sellado correcto, y vigilar en cada cambio la piel por la posible aparición de complicaciones.

El empleo de cremas y lociones hidratantes mejoran el estado de la piel del paciente oncológico, pero no debemos aplicarlas en la piel periestomal en caso de pacientes oncológicos ostomizados.

Para el cuidado de esta piel dispondremos de un conjunto de accesorios específicos para poder utilizar con el dispositivo de la ostomía.

5.5. Dermatitis irritativa

Una de las complicaciones periestomal más frecuente en el paciente oncológico ostomizado es la dermatitis irritativa, conocida también con el término general de lesión cutánea periestomal asociada con la humedad.

La lesión cutánea periestomal asociada con la humedad se identifica por el eritema o la pérdida superficial de la piel, generalmente justo en el área que rodea el estoma(39). La dermatitis irritativa se produce cuando el efluente entra en contacto con la piel, lo que provoca erosión de la epidermis y posiblemente de la dermis. El origen del efluente es enzimático. El líquido que fluye por el estoma presenta en su composición diferentes lipasas, peptidasas y polisacaridasas que terminan provocando irritación de la piel disminuyendo la adherencia de la bolsa y provocando aún más fugas en una piel ya debilitada por un tratamiento oncológico. Esta irritación puede suceder desde el primer momento en que se produce la filtración(23).

La piel irritada suele estar húmeda, lo que impide que el sistema de bolsa se adhiera a ella adecuadamente, y provoca fugas(40). Según Redmond et al identificó algunos de los factores que contribuyen a la irritación de la piel, entre los cuales se encuentra el uso inadecuado del producto (41).

Muchas veces esta complicación no es reportada por el paciente ya que no la identifica como tal quedando sin diagnóstico y tratamiento, lo que afecta su proceso de adaptación y recuperación, con efectos psicológicos importantes y que, al ser identificadas tardíamente, aumentan los costos para el paciente y los sistemas de salud(40).

Es necesario utilizar el dispositivo correcto para evitar las fugas y favorecer que la piel esté íntegra. Además, evitar las fugas tiene una gran importancia en el campo psicológico de los pacientes ostomizados, ya que, sin fugas, el paciente tendrá una mayor confianza en sí mismo, disminuirá su temor y su ansiedad.

Tener cuidado de sí mismo y presentar un correcto estado físico ayuda a mejorar el estado de ánimo y la autoestima. Fomentar este cuidado ayudará al paciente oncológico a afrontar con mayor fuerza su día a día, su tratamiento y mejorará su calidad de vida.

Los cuidados de la enfermera especialista lo ayudarán a convivir con su ostomía entrenándolo en el autocuidado y previniendo complicaciones tanto físicas como psicológicas.

Siendo la irritación de la piel periestomal uno de los problemas frecuentes, se debe insistir en la necesidad que la persona ostomizada sea educada por enfermeras especialistas que deben tener un lugar de atención para coordinar desde allí el cuidado integral y es necesario también procurar el mejoramiento de las redes de apoyo.

6. Tipo de ostomía y características del estoma

La **ostomía** es la comunicación artificial, entre dos órganos o entre una víscera (habitualmente hueca) y el exterior, mediante una intervención quirúrgica siendo efectuadas en cualquier edad, (desde neonatos hasta personas de edad avanzada). Son muchas las patologías que pueden derivar en la realización de una ostomía, independientemente si se trata de un tipo de cirugía programada o de carácter urgente (19). La más frecuente es el cáncer colorrectal, pero existen otras muchas, como por ejemplo, la enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular, cáncer de vejiga, diverticulitis, enterocolitis necrosante (ECN) enteritis necrotizante, anomalías congénitas, enfermedad de Hirschsprung, obstrucciones intestinales, entre otros. En orden ascendente las ostomías realizadas con mayor frecuencia son las colostomías (55%), seguidas de las ileostomías (31%) y finalmente las urostomías (14%) (11).

Imagen 1 Estoma



Fuente Elaboración propia

La abertura de la piel por donde se exterioriza el intestino es el **estoma**, definido en el diccionario de la Real Academia como “*abertura exterior que se practica en un órgano hueco como el intestino, o entre dos de ellos*”. El personal sanitario lo suele definir como “*ano artificial*”; y su aspecto normal es de color rojo intenso o rosado y húmedo, de aspecto similar a la mucosa de la boca. El tamaño variará después de cierto tiempo desde la intervención. También puede cambiar con el aumento o la pérdida de peso(1,42,43). No existe un control de esfínteres, por lo que será necesario un dispositivo para recoger el efluente.

Existen diferentes clasificaciones de las ostomías según:

- El órgano afectado.
- Funcionalidad.
- Dependiendo de la temporalidad.

6.1. Órgano afectado

6.1.1. Ostomías digestivas Según su localización, pueden ser:

En las faringostomías la faringe será abocada al exterior. En sus inicios fue descrita por Schumrick, en 1967 y fue utilizada en aquellos pacientes que presentaban dificultades en la deglución, derivadas de un accidente cerebrovascular. Las anomalías congénitas maxilofaciales, traumatismos, cirugías maxilofaciales, cirugías cervicales, radioterapia en tumores esofágicos obstructivos o las lesiones orofaríngeas, indican una faringostomía de alimentación.

Las esofagostomías corresponden a la exteriorización del esófago, suelen ser estomas temporales e indicados en casos muy selectivos. Pueden ser de 2 tipos:

- **Esofagostomía cervical** es la más frecuente. Pueden ser: “*laterales, de alimentación en cirugía orofaríngea o derivativas por perforación o dehiscencia distal, y terminales, en caso de esofagectomías (o bien paliativas, o bien para cirugía en dos tiempos)*”.

- **Esofagostomía torácica.** Es aquella realizada cuando existe una fístula traqueo-esofágica.

La **gastrostomía** es la comunicación del estómago con el exterior. Las principales indicaciones para la realización de una gastrostomía son las descompresión y la nutrición. Según la técnica quirúrgica, las gastrostomías se pueden clasificar en:

- Gastrostomías quirúrgicas:
 - 】 Gastrostomía tipo Fontan o Stamm.
 - 】 Gastrostomía tipo Witzel.
 - 】 Gastrostomía tunelizada por colgajo gástrico.
- Gastrostomías laparoscópicas.
- Gastrostomías endoscópicas.

En la **duodenostomía** la comunicación se realiza del duodeno al exterior. Las principales indicaciones de las duodenostomías son:

- Exclusiones duodenales. La finalidad será reducir en la medida de lo posible el contenido intestinal por el duodeno.
- Complicaciones derivadas de una cirugía anterior.
- Lesiones traumáticas del duodeno.

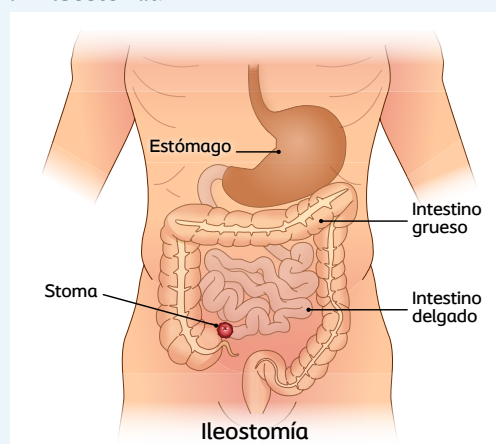
En la **yeyunostomía** la comunicación es del yeyuno al exterior. Está indicada en:

- Estenosis benignas del estómago o esófago.
- Estenosis malignas del esófago, estómago y/o duodeno.
- Dehiscencia del duodeno.
- Nutrición enteral postoperatoria en cirugía mayor abdominal(44)

Existen dos tipos de yeyunostomía:

- 】 Yeyunostomía con aguja fina.
- 】 Yeyunostomía tipo Witzel (42).

Ilustración 1 Ileostomía



Fuente Extraído de (45)

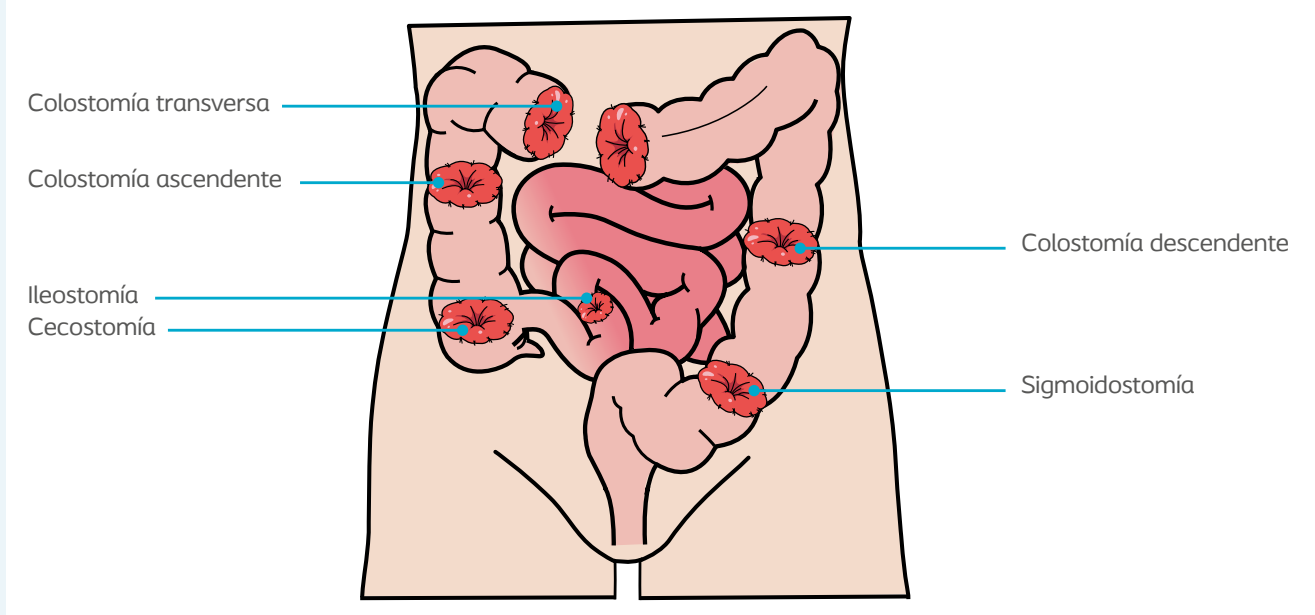
Las **ileostomías** son aquellas en la que se exterioriza la última porción de intestino delgado, el íleon, está ubicada en cuadrante inferior derecho del abdomen. Las heces evacuadas a través de ella son fluidas, ricas en enzimas proteolíticas y muy irritantes para la piel expuesta a su contacto, por lo que el estoma debe protruir unos centímetros sobre la piel para evitar el contacto.

En los pacientes portadores de una ileostomía, el contenido fecal supone la eliminación de iones como son el Na^+ , K^+ , Cl^- , Mg^{2+} , Ca^{2+} .

Los tipos de ileostomía pueden ser:

- Ileostomía en asa.
- Ileostomía terminal.
- Ileostomía continente(42).

Ilustración 2 Tipos de colostomía



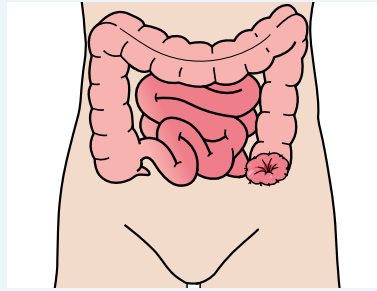
Fuente Coloplast

La **colostomía** corresponde a la exteriorización de un tramo del colon, dependiendo de la parte afectada. Según la localización anatómica hablamos de:

- **Cecostomía:** el ciego se abocaría a la fosa ilíaca derecha, está en desuso.
- **Colostomía ascendente:** el estoma se ubica en la parte derecha del abdomen, heces líquidas o semilíquidas, continuas e irritantes.
- **Colostomía transversa:** heces semilíquidas o semisólidas, irritantes y con abundantes gases. El estoma se ubica en la parte superior derecha o izquierda del abdomen. Generalmente son en asa. Es más frecuente en aquellas cirugías de urgencia.
- 】 **Colostomía descendente:** el estoma estará ubicado en la parte inferior izquierda del abdomen. Heces más consistentes y abundantes de gases.
- 】 **Colostomía sigmoidea:** estoma ubicado en la fosa iliaca izquierda. Heces sólidas. Es la colostomía más frecuente, realizándose en las intervenciones de Hartmann y la de Miles(46)(42).

Según la técnica quirúrgica, las colostomías pueden clasificarse en(42,46).

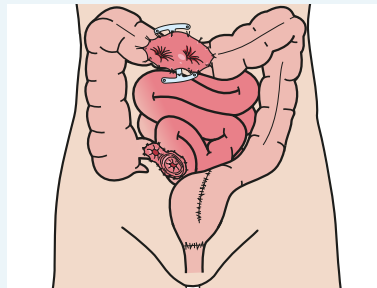
Ilustración 3 Colostomía terminal



Fuente Coloplast

- **Colostomía terminal:** Sección completa del colon abocando a la piel toda su pared circunferencial con una única boca.

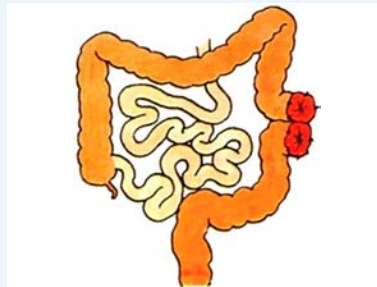
Ilustración 4 Colostomía lateral o en asa



Fuente Coloplast

- **Colostomía en asa:** Sección parcial, a nivel de la cara anterior del colon, creando al suturarla a la piel dos bocas: proximal, que es la funcionante y elimina material fecal, y distal o fistula mucosa, que elimina mucosidad. Se realizan como colostomías temporales de protección de asas.

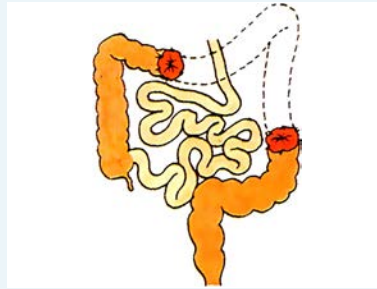
Ilustración 5 Colostomía doble "cañón de escopeta"



Fuente Extraído de Uribe (47)

- **Colostomía doble: "doble cañón de escopeta"** El colon es seccionado completamente y los dos extremos se fijan juntos a la piel o con un pequeño puente cutáneo. La boca proximal será la funcionante, es decir, la que elimina la materia fecal, y la distal será no funcionante (elimina mucosidad)

Ilustración 6 Colostomía Devine



Fuente Extraído de Uribe (47)

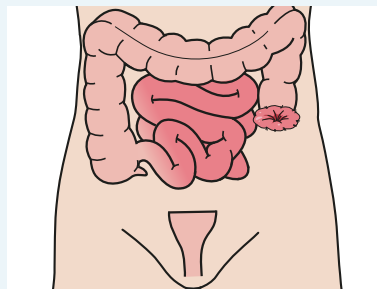
- **Colostomía tipo Devine.** Los dos extremos del colon se exteriorizan de forma separada y a distancia. Se crean dos estomas diferentes; por uno de ellos se eliminan las heces y por el otro se denomina fistula mucosa (estoma distal) los dos extremos serán abocados a la piel como colostomía terminal.

Según la permanencia de las ostomías digestivas de eliminación están pueden ser(42,46):

Las ostomías digestivas de eliminación temporales se refieren a excluir el paso de heces por una zona del intestino para su protección, mientras se resuelve la causa, como por ejemplo, la protección de una anastomosis. Posteriormente se cerrará la ostomía y se reconstruirá el tránsito intestinal normal. Son ostomías de protección y/o derivación.

Se denomina **Técnica de Hartmann**, el colon proximal se aboca al exterior, como una colostomía terminal y el extremo distal se cierra mediante una sutura. Es la más común en colon descendente o sigma.

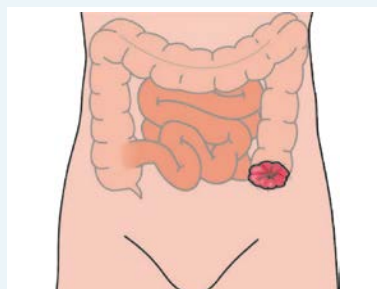
Ilustración 7 Técnica Hartmann



Fuente Coloplast

Las **ostomías digestivas de eliminación definitivas**, son aquellas en las que no es posible reconstruir el tránsito intestinal normal. Se realiza una extirpación del recto y del esfínter anal. En el colon descendente o sigmoideo es donde habitualmente suelen realizarse. Normalmente suelen ser ostomías terminales, pero en casos paliativos se denominan laterales. Se denomina amputación abdominoperineal de Miles.

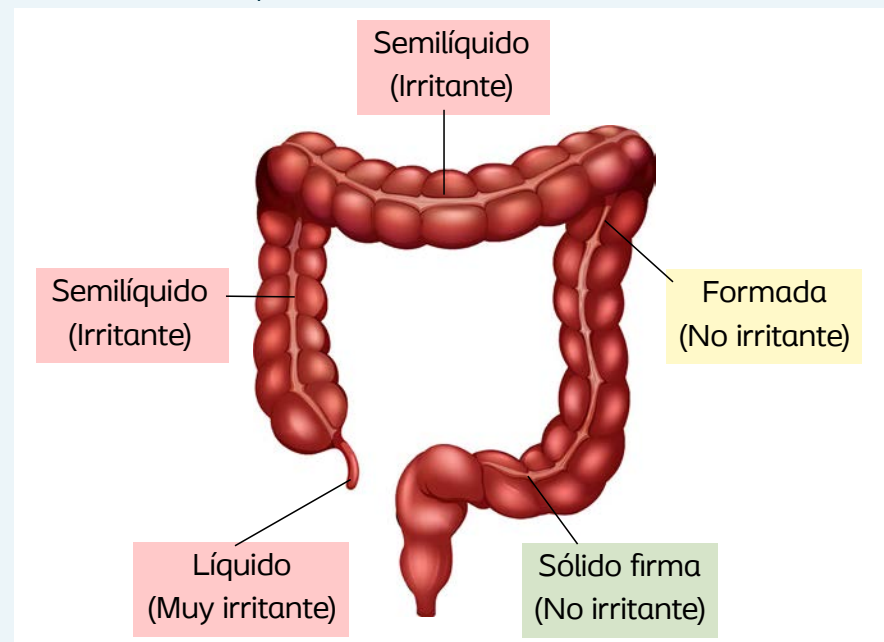
Ilustración 8 Amputación abdominal de Miles



Fuente Coloplast (48)

El colon es la parte del tubo digestivo en el que se absorbe el agua de los residuos alimenticios no digeribles, lo que influye en la consistencia de las heces dependiendo del nivel de colon que se exteriorice, así pues, en el colon ascendente las heces son líquidas/semilíquidas, en colon transverso semilíquidas y en colon descendente llegan a ser formadas y sólidas.

Ilustración 9 Colon: Tipos de heces



Fuente Extraído de Gómez (49)

6.1.2. Ostomías urinarias

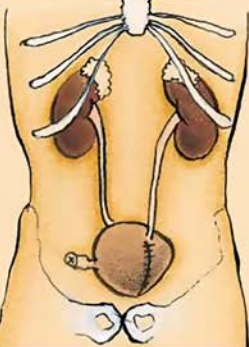
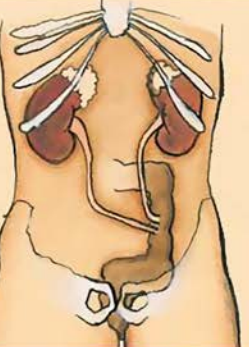
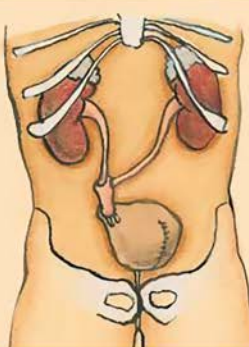
Las ostomías urinarias se denominan a la apertura de la vía urinaria al exterior(42,50,51)

Según su clasificación, podemos diferenciar entre dos tipos: derivaciones urinarias continentales y derivaciones urinarias incontinentes.

En las **derivaciones urinarias continentales** la orina, es almacenada en un reservorio construido mediante segmentos del aparato digestivo, consiguiendo que la orina sea evacuada de manera periódica. Diferenciamos dos tipos:

- **Heterotópicas:** la orina es eliminada por otras vías diferentes a la uretra
 - a. Derivaciones rectales.
 - b. Urostomías continentales.
- **Ortotópicas:** o denominadas neovejigas.

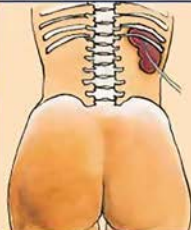
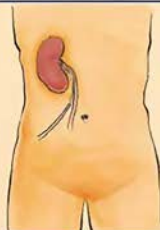
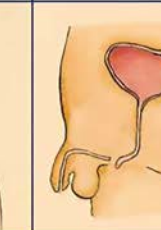
Tabla 1 Derivaciones urinarias continentes

DERIVACIONES URINARIAS CONTINENTES		
TRACTO URINARIO SUPERIOR		
HETEROTÓPICAS (MUCOCUTÁNEAS)	HETEROTÓPICAS (VÍA DIGESTIVA)	ORTOTÓPICAS (VÍA URINARIA)
UROSTOMÍA CONTINENTE	URETEROSIGMOIDOSTOMÍA	URETEROILEOURETOSTOMÍA
MITROFANOFF, INDIANA, BARCELONA POUCH, KOCK, etc.	COFFEYS, MAINZ II, etc.	PADOVANA, CAMEY, HAUTMANN, STUDER, etc.
Neovejiga (asa ileal) que se aboca a piel a través de un estoma continente	Uréteres a sigma (directamente o a través de un reservorio)	Neovejiga (asa ileal) que se deriva a uretra
		
La orina es evacuada por la piel cuando se extrae con una sonda	La orina es evacuada con las heces a través de ano	La orina es evacuada por la uretra

Fuente 1 Extraído de González (50)

En las derivaciones urinarias no continentales es necesario la realización de un estoma. Serán derivaciones heterotópicas ya que la orina no sale por la uretra (51).

Tabla 2 Derivaciones urinarias no continentales

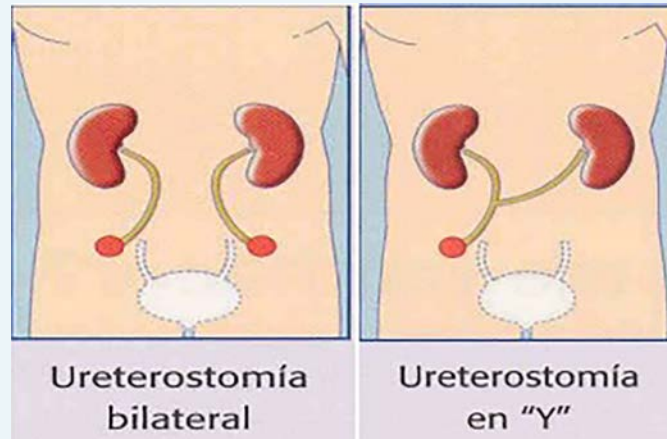
DERIVACIONES URINARIAS NO CONTINENTES					
HETEROTÓPICAS					
TRACTO URINARIO SUPERIOR				TRACTO URINARIO INFERIOR	
A nivel de RIÑÓN		A nivel de URÉTER		A nivel de VEJIGA	A nivel de URETRA
NEFROSTOMÍA	PIELOSTOMÍA	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA	URETEROILEOSTOMÍA TIPO BRICKER	CISTOSTOMÍA	URETOSTOMÍA
Riñón a piel - Simple - Percutánea - En raqueta	Pelvis renal a piel	Uréteres a piel - Unilateral - Bilateral - Cañón de escopeta - Transureterostomía	Uréteres a piel a través de un conducto ileal	Vejiga a piel	Uretra a piel
					
A través de sonda o catéter	A través de sonda o catéter	Directamente, a través de pequeño estoma	A través de un conducto ileal con estoma mucocutáneo	A través de sonda o catéter	A través de un pequeño estoma en periné

Fuente Extraído de González (50)

Así, en función del tramo que se exteriorice podemos distinguir (42):

- **Ureterostomías cutáneas:** Derivación de la orina desde los uréteres a piel, pudiendo ser unilateral, bilateral, en cañón de escopeta o transureterostomía- ureterostomía en Y.

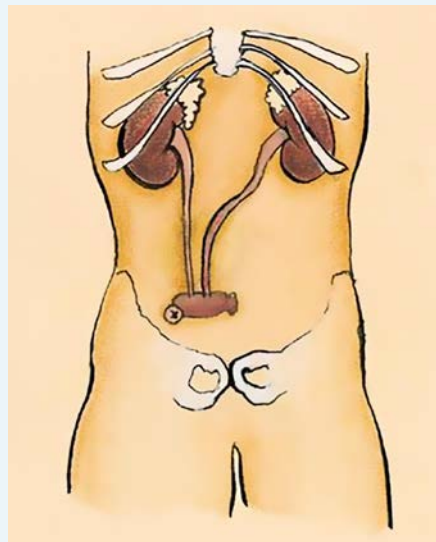
Ilustración 10 Ureterostomía



Fuente Extraído de Álvarez, M (52)

- **Ureteroileostomías tipo Bricker o conducto ileal:** derivación urinaria permanente, externa e incontinente. Los uréteres irán abocados a una porción de íleon aislado (normalmente oscila entre 16 y 21 cm), el extremo distal se cierra y el proximal se encuentra ubicado en la pared abdominal y servirá para la construcción del estoma. Es el tipo de ostomía urinaria más frecuente. Se ubica en el lado derecho del abdomen.

Ilustración 11 Ureteroileostomía Bricker



Fuente Extraído de Lopez-Rios, F (23)

- **Nefrostomías:** Se deriva la orina directamente desde el riñón a piel a través de un catéter que se inserta por la espalda o costado.

6.1.3. Ostomías respiratorias

La ostomía respiratoria consiste en una abertura en la pared anterior de la tráquea superior, normalmente entre los dos o tres primeros anillos traqueales que, mediante una cánula, ayuda a respirar. Las ostomías respiratorias son aquellas que permiten drenar secreciones al exterior (42)

Traqueostomía: orificio abierto en la tráquea cuya finalidad es comunicar la tráquea con el exterior y así mantener permeabilidad de la vía aérea.

Traqueotomía: se realiza un orificio en la tráquea (a nivel del cuarto/quinto cartílago), por debajo del cartílago cricoides.

Dependiendo de la función (42)

- **Estomas de alimentación y/o nutrición:** servirá para la administración de productos de alimentación y/o nutrición.
- **Estomas de eliminación:** servirá para la eliminación de los productos de desecho (heces u orina).
- **Estomas de ventilación:** la vía aérea se mantendrá permeable.
- **Estomas de drenaje:** son fístulas.

Dependiendo de la temporalidad (42)

- **Ostomías temporales:** una vez que el problema ha sido solucionado, el estoma se cerrará.
- **Ostomías permanentes:** va a sustituir la función de un órgano que ha sido extirpado o en aquellos que existe una disfuncionalidad que es irreversible.

6.2. Complicaciones

Aproximadamente un 50% de los pacientes ostomizados sufrirán algún tipo de complicación en relación a su estoma, aunque existen estudios en los que las cifras aumentan a un 70-80% o incluso al 96% en las tres semanas siguientes a la cirugía(53,54). En un 7% de los casos, pueden necesitar de una nueva intervención quirúrgica, y conllevar a la muerte del paciente en un rango que oscila entre 0,6% y un 8%(1)

Intervención NIC: **0480 Cuidados de la ostomía**

- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente si es necesario.
- Vigilar las posibles complicaciones postoperatorias, como la obstrucción intestinal, íleo paralítico, fístula de la anastomosis o separación mucocutánea.
- Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.

Las **complicaciones en el postoperatorio inmediato** suponen el 39-82% de las complicaciones relacionadas con el estoma(54). A continuación, enumeramos aquellas complicaciones que pueden derivarse del tratamiento oncológico:

- **NECROSIS:** debido a un aporte insuficiente de sangre al estoma. La mucosa del estoma presenta un aspecto "negro-parduzco" debido a una vascularización inadecuada. El color del estoma evoluciona, siendo en su inicio pálido, seguido de un violáceo y finalmente negrozco. Suele ocurrir en las primeras 24 horas del postoperatorio. Si evoluciona puede ocurrir una estenosis. Si no se trata puede derivar en una infección, desinserción o en peritonitis. Es más frecuente en cirugías de urgencia y en pacientes con un sobrepeso. Ocurre en un 20% de los pacientes ostomizados en el periodo postoperatorio inmediato(55).
- 】 **Causas:** el flujo sanguíneo se encuentra obstruido.
- 】 **Cuidados de enfermería:** observar la evolución del estoma para determinar la extensión y profundidad. Utilizaremos un dispositivo transparente.

Tipos de necrosis:

- **Necrosis superficial:** resecar la zona necrosada
- **Necrosis evolucionada a capas profundas:** será necesario una reintervención.

Imagen 2 Isquemia / necrosis



Fuente Coloplast (56)

- **HEMORRAGIA:** pérdida de sangre que proviene de la víscera o bien del estoma. Desconocemos la incidencia de la hemorragia ya que esta puede tener lugar de forma inmediata, temprana o tardía de la realización de la ostomía (55).
 - › **Causas:** lesión de un vaso sanguíneo o úlcera en la mucosa del estoma, si ocurre en las primeras horas del postoperatorio, otros factores pueden ser por problemas de coagulación.
 - › **Cuidados de enfermería:** Identificaremos si la hemorragia es de origen arterial o venoso, así como la cantidad de sangre perdida y anotaremos la intensidad, frecuencia, volumen y tiempo. Valoraremos la estabilidad hemodinámica del paciente. Utilizaremos un dispositivo transparente de 2 piezas, adecuado al tamaño del estoma, evitando lesionar la mucosa. Es importante hacer saber a los pacientes y/o grupo familiar que los estomas pueden sangrar con facilidad ya que el intestino está muy vascularizado.
 - **Hemorragia arterial:** en estos casos se realizará una sutura del vaso.
 - **Hemorragia de la mucosa:** utilizaremos nitrato de plata para suposible coagulación
 - **Hemorragia enterocutánea:** hemostasia parietal.

Imagen 3 Hemorragia



Fuente Coloplast (56)

- **DEHISCENCIA/DESINSERCIÓN:** más frecuente en ileostomías por urgencia en la Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. También debido a un déficit nutricional. Suele ocurrir en la primera semana del postoperatorio, puede afectar a una parte o la totalidad del contorno de la ostomía. Puede ser superficial o profunda. Si afecta a todo el contorno del estoma se suturará de nuevo evitando una estenosis o una invaginación. Puede ocurrir hasta en un 28% de los pacientes en el postoperatorio inmediato (55).

Encontraremos inflamación, rubor, calor, dolor y fiebre.

- › **Causas:** obesidad del paciente, complicaciones sépticas del estoma. Tensión y tracción excesiva del tramo del intestino. El tamaño del diámetro cutáneo sea superior en proporción al tamaño de la víscera.
- › **Cuidados de enfermería:** valorar la parte afectada, determinando la extensión y la profundidad. Relleno y sellado del dispositivo. Dispositivo convexo. Si el paciente presenta salida de heces sólidas a través del estoma plantearemos la utilización de irrigaciones.

Imagen 4 Deshiscencia



Fuente Coloplast

- **INFECCIÓN:** más frecuente en colostomías y en aquellas cirugías de urgencia. Presenta calor, dolor, rubor.
- › **Tratamiento:** Quirúrgico y conservador.
- › **Cuidados de enfermería:** curas y cuidados de la ostomía de manera aséptica. Observar, controlar y registrar aquella parte afectada según las agujas del reloj. Utilizaremos un dispositivo transparente para la vigilancia del aspecto del estoma y de la piel periestomal, los dispositivos de 2 piezas nos ayudarán a realizar aquellos cuidados sin la necesidad de retirar el dispositivo y dañar la piel periestomal. Protegeremos la piel periestomal con la utilización de los polvos hidrocoloides, facilitando la regeneración del tejido de granulación. Si la infección deriva en un absceso será necesario drenar la parte afectada y realizar los cuidados específicos.

Imagen 5 Infección



Fuente Extraído De León (57)

- **HUNDIMIENTO E INVAGINACIÓN:** deslizamiento de intestino hasta cavidad abdominal por excesiva tensión a nivel mucocutáneo, obesidad del paciente, complicaciones sépticas. Es más frecuente en colostomía temporal en asa.
- › **Tratamiento:** conservador, quirúrgico sólo en caso de hundimiento importante que llega a peritoneo.
- › **Cuidados de enfermería:** adaptación de los dispositivos evitando fugas del efluente y por consiguiente la irritación de la piel. Será necesario la utilización de dispositivos convexos, ayudándonos de cinturones, pasta, entre otros accesorios que aumenten la fijación.

Imagen 6 Invaginación



Fuente

- **ESTENOSIS:** Estrechamiento del estoma que dificulta la salida del efluente. la incidencia oscila entre el 2% y el 15% y es más frecuente en la colostomía terminal (58).
- › **Estenosis leve:** presenta un diámetro de 20 mm.
- › **Estenosis grave:** no se permite dilataciones con los dilatadores de Hegar del número 6 u 8.
- › **Causas:** pueden ser derivadas de la técnica quirúrgica, obesidad del paciente, enfermedad inflamatoria intestinal; enfermedad de Crohn.
- › **Cuidados de enfermería:** uso de los dilatadores de Hegar, utilización de obturadores. Realizar irrigaciones (colostomía descendente) con el fin de evitar que se formen fecalomas. Debemos evitar el estreñimiento por riesgo de obstrucción intestinal.

En ocasiones puede ser necesario rehacer la ostomía.

Imagen 7 Estenosis



Fuente Extraído De León (57)

- **RETRACCIÓN:** debido a una excesiva tracción o bien por un aumento de peso del paciente, el estoma se hunde por debajo de la piel (el estoma se encuentra >0,5 cm por debajo de la superficie cutánea en las 6 semanas posteriores a la realización de la misma y tiene una incidencia del 14%)(59). Las continuas fugas en el paciente ostomizado con un estoma retraído conlleva a una piel periestomal con importante irritación y en consecuencia una disminución en la calidad de vida. Más común en ileostomías.

】 **Causas:** la técnica quirúrgica, aumento de peso del paciente.

】 **Cuidados de enfermería:** utilización de un dispositivo convexo, ayudándonos de accesorios como cinturón o resina moldeable para una mejor adaptación y sellado. Evitaremos un sobrepeso del paciente, recomendaremos consejos dietéticos.

La retracción puede ser:

- **Intermitente** el estoma retraído en decúbito, se corrige en bipedestación.
- **Fija:** Por incorrecta medida del íleon al realizar el estoma o por exceso de peso en el paciente.

Imagen 8 Retracción



Fuente Coloplast (56)

- **GRANULOMAS** lesiones cuyo origen no es neoplásico. Se caracterizan por la presencia de carnosidades alrededor de la ostomía, el sangrado se produce de forma muy frecuente.

Si el granuloma es provocado por la existencia de los puntos de sutura: **granulomas inflamatorios por cuerpo extraño**. Si es producido por la irritación de manera continuada de la mucosa de la ostomía: **pseudopólipos inflamatorios**. Finalmente, **los granulomas fibroproductivos** son debidos al traumatismo provocado por un dispositivo rígido e irritación de las heces.

】 **Cuidados de enfermería:** retirada de los puntos del estoma según protocolo de la unidad, adaptación del dispositivo al diámetro del estoma, utilización de nitrato de plata para su cauterización.

Imagen 9 Granulomas



Fuente Extraído de López-Ríos, F (23)

- **FÍSTULAS:** no se trata de una complicación muy frecuente, se produce salida de contenido de igual manera que del estoma al exterior, produciendouna irritación de la piel y dificultad para la fijación de los dispositivos.
- › **Cuidados de enfermería:** recortar y adaptar el dispositivo a la medida de la fístula y protección de la piel, valoraremos el débito(cantidad y características) eliminado por la fístula.

Imagen 10 Fístula



Fuente Coloplast (56)

- **PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS:** reacción inflamatoria producida por la acción de agentes físicos, químicos. Localizados en el lugar de contacto de la piel con exudados, jabones, agua caliente, disolventes y adhesivos de los dispositivos.

La presencia de un estoma conlleva a una pérdida de continuidad de la superficie cutánea; y por lo tanto de la barrera de protección, con un elevado índice de producir alteraciones en la piel(60).

Tanto las heces como la orina son agentes irritantes para la superficie cutánea, y el contacto de manera continua con las mismas puede derivar desde un enrojecimiento dela piel a una dermatitis severa. El paciente refiere dolor, picor y escozor debajo del dispositivo adhesivo.

Es la complicación más frecuente, no solo en los estomas digestivos sino en los urinarios. La bibliografía consultada refleja alta cifras de complicaciones en la piel periestomal que oscilan entre el 35% y el 87%(61).

El 57% de los pacientes que portan una ileostomía, el 48% con una urostomía y el 35% con una colostomía presentarán alguna complicación en la piel periestomal(61).

- **DERMATITIS PERIESTOMAL.** Aunque se ha englobado dentro de las complicaciones inmediata y tardía, aunque también puede ocurrir en el postoperatorio inmediato. Las dermatitis periestomales pueden clasificarse en leves, moderadas o severas.
 - a) **Dermatitis Irritativa:** existe un contacto directo entre el efluente y la piel, también cuando se ha producido una pérdida de la eudermia debido a uso de desinfectantes y perfumes actuando como irritantes. Son muy frecuentes en ileostomías (heces irritativas y ricas en enzimas proteolíticas) y urostomías. Son denominadas "lesiones cutáneas periestomales asociadas a la humedad"(61). El contacto de manera continua tanto con las heces o con la orina puede dar lugar a : eritema, edema, vesiculación, erosión, fisuración y exudación de la piel(23).
 - › **Síntomas:** dolor, prurito, escozor.
 - › **Cuidados de enfermería:** ajustaremos el dispositivo al diámetro del estoma. Valoraremos la utilización de dispositivos convexos (estomas planos, presencia de pliegues o retracción), nos ayudaremos accesorios como crema barrera, pasta o resina para el sellado, películas protectoras, cinturón entre otros.

Imagen 11 Dermatitis irritativa



Fuente Coloplast (23)

- b) **Dermatitis Alérgica:** Hipersensibilidad al adhesivo del dispositivo. Era más frecuente en tiempos pasados que en la actualidad debido a la mejora y desarrollo de los dispositivos. El área de la superficie cutánea que se muestra irritada suele coincidir con la superficie de contacto del adhesivo o la bolsa(23).

› **Cuidados de enfermería:** modificar el uso de dispositivos.

Imagen 12 Dermatitis alérgica



Fuente Coloplast (23)

- c) **Mecánica:** cambio muy habitual del dispositivo o maniobra muy brusca en el cambio del dispositivo(23).

› **Signos:** abrasión de la piel.

› **Cuidados de enfermería:** se utilizará un dispositivo de 2 piezas con la finalidad de mantenerlo entre 2 y 3 días.

Imagen 13 Dermatitis mecánica



Fuente Coloplast (23)

d) **Micótica o microbiana:** existe una infección por hongos o bacterias.

» **Cuidados de enfermería:** aplicaremos el tratamiento indicado por el especialista.

Imagen 14 Dermatitis micótica



Fuente Coloplast (23)

Cuidados de enfermería en las dermatitis:

- No retirar de forma brusca el dispositivo, despegar el adhesivo con suavidad.
- No uso de desinfectantes, soluciones alcohólicas o productos con perfume para el lavado del estoma y de la piel.
- Buen ajuste del dispositivo al estoma.
- Utilización de productos de sellado (resinas, pastas), productos de barrera (polvos hidrocoloides, cremas, Spray), productos para aumentar la adherencia del dispositivo o para aumentar la fijación (arcos semicirculares, cinturones.)
- Uso de las escalas de valoración de la dermatitis. (ver Anexo Escala DET). Disponer de herramientas que nos ayuden a la evaluación de la piel periestomal, servirá de gran ayuda para el seguimiento y la detección de las complicaciones relacionadas con la piel periestomal(62).

La **Anexo Escala DET** es el instrumento que nos sirve para evaluar el estado de la piel periestomal en la zona que se encuentra recubierta por el dispositivo. En ella valoraremos tres dominios:

- Coloración
- Integridad de la piel
- Tejido de sobrecrecimiento.

Cada dominio será evaluado de manera independiente; en primer lugar, se evaluará el área afectada (puntuación que irá desde el 0 hasta el 3; siendo este el valor máximo). Seguidamente evaluaremos la severidad de los cambios (puntuación de 0 a 2).

Es importante recordar, que siempre que exista área afectada (independientemente del dominio que sea), la puntuación de la severidad al menos será 1.

Imagen 15 Escala DET

Escala DET

Discoloration (Decoloración)
Erosion (Integridad de la piel)
Tissue overgrowth (Tejido de sobrecrecimiento)

Cómo usar esta herramienta

- Examine la piel peristomal (no la mucosa) y evalúe la misma en base a las descripciones de los 3 dominios.
Puntos máximos en cada dominio:
• 3 puntos para el tamaño del área afectada
• 2 puntos para la severidad
- En cada dominio habrá que valorar en primer lugar el tamaño del área afectada y puntuarlo según la tabla de la derecha. En segundo lugar habrá que valorar la severidad, empleando las descripciones y las fotografías como guía.
• Si el tamaño del área afectada es 0, entonces automáticamente la severidad será también 0.
- En primer lugar estimar el tamaño del área (bajo el adhesivo) que presenta un color alterado. Si la piel peristomal tiene un color normal la puntuación será 0. Si por el contrario el color de la piel está alterado, habrá que valorar, en segundo lugar, la severidad de dicha alteración (puntuación 1 o 2).
- Estimar el tamaño del área afectada por erosión (puntuación 0-3). Si la puntuación del paciente es 0, pasar al Dominio 3. Si por el contrario el paciente presenta erosión, valorar la severidad de la misma (puntuación 1 o 2).
- Estimar el tamaño del área con tejido de sobrecrecimiento (puntuación 0-3). Si la puntuación es 0, pasar a calcular la puntuación total. Si el paciente presenta tejido de sobrecrecimiento, valorar la severidad del mismo (puntuación 1 o 2).
- Cálculo de la puntuación total.
• Calcular la puntuación total sumando los puntos de cada dominio.
• Por favor, revise las descripciones para cada dominio cada vez que valore a un paciente.

Área afectada	Puntuación
Sin afectar	0
Menos del 25%	1
Entre el 25% y el 50%	2
Más del 50%	3

Definición: Área de la piel que presenta un color alterado con respecto al color normal de la piel. Este color puede ser rojo, blanco, morado, etc. Si el área afectada es menor del 25% de la piel peristomal, la puntuación será 1. Si es mayor del 25% y menor del 50%, la puntuación será 2. Si es mayor del 50%, la puntuación será 3.

Definición: Pérdida de la integridad de la piel peristomal que se manifiesta como erosión, ulceración, etc. Si la erosión es menor del 25% de la piel peristomal, la puntuación será 1. Si es mayor del 25% y menor del 50%, la puntuación será 2. Si es mayor del 50%, la puntuación será 3.

Definición: Tejido de sobrecrecimiento que se manifiesta como hiperplasia, hiperqueratosis, etc. Si el sobrecrecimiento es menor del 25% de la piel peristomal, la puntuación será 1. Si es mayor del 25% y menor del 50%, la puntuación será 2. Si es mayor del 50%, la puntuación será 3.

Dominio 1: Coloración

Área (incluyendo áreas erosionadas)

Severidad

Piel normal (ausencia de cambios visibles o daños en la epidermis)

Si el área es 0, la puntuación de este dominio debe ser 0

Puntuación = 0

Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 1

Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

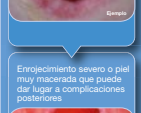
Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 2

Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 3



Dominio 2: Integridad de la piel

Área

Severidad

Sin erosión/excoriación

Si el área es 0, la puntuación de este dominio debe ser 0

Puntuación = 0

Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 1

Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

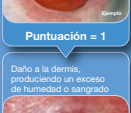
Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 2

Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 3



Dominio 3: Tejido de sobrecrecimiento

Área

Severidad

Sin tejido de sobrecrecimiento

Si el área es 0, la puntuación de este dominio debe ser 0

Puntuación = 0

Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 1

Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

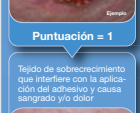
Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 2

Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 3



Coloplast
CONSEJO ASesorador DE ESPECIALISTAS
ANEDIDIC

Guía de identificación de alteraciones de la piel peristomal

Cómo usar esta guía

La piel peristomal debe estar saludable e íntegra tal y como está el resto de la piel (no la cubierta por el adhesivo).
Cuando aparezca un problema cutáneo sería recomendable identificar su causa. Así se podrá aplicar un tratamiento correcto.
Esta guía está diseñada para ayudar al profesional a identificar las posibles causas de las alteraciones cutáneas peristomales, permitiendo así mismo, su clasificación.

Observar la piel peristomal

¿Se aprecia algún cambio visible en la piel peristomal?

NO

Ningún cambio visible

La piel peristomal está igual que la piel abdominal no cubierta por el adhesivo

La epidermis está íntegra

La piel es normal

SI

Se observa alteración en la piel peristomal

Consultar la Guía de identificación de alteraciones de la piel peristomal

Comenzar de la primera fila (observaciones de la piel peristomal) y descripciones hasta encontrar la descripción que más se acerca a la que se está observando. A continuación desplazarse verticalmente en la columna seleccionada hasta encontrar la descripción que más se acerca a la que se está observando. Consultar las causas para determinar el diagnóstico correcto.

Coloplast
CONSEJO ASesorador DE ESPECIALISTAS
ANEDIDIC

Guía de identificación de alteraciones de la piel peristomal

	Cambios visuales: • Piel enrojecida y/o • Pérdida de la epidermis y/o • Piel húmeda y/o • Sangrado y/o • Hiperestasia (pápulas, granulomas o hiperestasia) y/o • Úlcera o herida y/o • Piel macerada (húmeda, reblandecida y blanquecina)	Cambios visuales: • Coloración y/o • Pérdida de epitelio o parte del tejido y/o • Piel húmeda y/o • Sangrado y/o • Dolor y/o • Lesiones con bordes irregulares	Cambios visuales: • Lesiones múltiples o aisladas • Lesiones eruducadas o ulceradas • Empequeñamiento o adelgazamiento • Necrosis • Escudado puntiforme o con sangre • Pápulas entubadas engrosadas • Fístulas • Fendimiento de Kibbars (consecuencia de psoriasis)	Cambios visuales: • Enrojecimiento, hiper-pigmentación • Pápulas rosas con cabecita blanca • Maceración (piel húmeda, blanquecina y reblandecida); puede incluir lesiones en la periferia • Pápulas, nódulos (foliulitas) • Inflamación o edema	Problemas de piel que no entran en otras categorías			
Manifestaciones clínicas								
Determinar si la reacción de la piel es:								
Preguntas para identificar posibles causas (etiología)	Irritativa ¿Se ajusta el tamaño del adhesivo exactamente al tamaño del estoma? ¿Se ha ensuciado el adhesivo? ¿Se pega bien el adhesivo a la piel? ¿Hay irregularidades en la zona periestomal que comprometan la adhesividad del disco? ¿Está el estoma mal construido? ¿Ha sido expuesta la piel periestomal al contacto con heces, orina u otros efluentes? ¿Emplea la persona jabones, desinfectantes u otros productos químicos en la zona periestomal? ¿Se queja la persona de dolor, picor y/o quemazón?	Alérgica ¿Sufre la persona alguna alergia conocida? ¿Está relacionado el problema con la aplicación de un nuevo producto para el cuidado de la piel periestomal? ¿Ha cambiado la persona su dieta o medicación recientemente? ¿Se queja la persona de picor?	¿Hay riesgo de presión (del disco convexo, cinturones, ropa o por obesidad o hernias)? ¿Se retrae el adhesivo de forma violenta? ¿Se cambia el adhesivo con mucha frecuencia? ¿Se ha técnica de limpieza demasiado brusca? ¿Con qué frecuencia se rasaura? El rasurado frecuente o agresivo puede irritar la piel	¿Existe alguna enfermedad como...?: • Enfermedad de Crohn • Colitis ulcerosa • Fiebre gangrenosa • Artritis reumatoide • Carcinoma • Prostatitis	Si todas las preguntas anteriores han sido formuladas y no se ha podido identificar ninguna de las alteraciones de la piel periestomal			
	Irritación de origen químico: Dermatitis por contacto Alteración de la piel periestomal causada por el contacto con heces, orina o productos químicos. Dermatitis de tipo alérgico Hipersensibilidad a elementos químicos, produciendo una inflamación de la piel periestomal					Irritación de origen mecánico: Definición: Reacción de la piel a una presión, fricción o rasurado excesivos	Relacionado con enfermedad Definición: Reacciones debidas a la existencia de enfermedades cutáneas previas o con la enfermedad primaria	Infección Definición: Crecimiento de microorganismos patógenos que pueden producir lesión en la piel
Tipo de alteración cutánea								

Fuente Escala DET (63)

7. Tipos de dispositivos

7.1. Elección de dispositivos

El estomaterapeuta es quien mejor puede evaluar y recomendar el dispositivo adecuado, pero siempre con la implicación del paciente en la elección ya que este es el que va a manejarlo en su casa y va a vivir con él (64).

Para la elección del dispositivo valoraremos tamaño, lugar de ubicación y forma del estoma; consistencia de las heces si es digestivo; frecuencia de los cambios, estructura abdominal y muy importante la habilidad y/o destreza de la persona que va a manejar los dispositivos. Si se produce un cambio en la consistencia de las heces por cualquier causa se modificará el dispositivo el tiempo necesario(65,66).

Los primeros días el estoma puede estar edematizado, pero irá disminuyendo de forma progresiva, por lo que debe ajustarse el tamaño del orificio de la lámina en función de éste hasta que adquiere su forma definitiva. La aparición de complicaciones posteriores, como prolapsos, fístulas y granulomas, requerirá cambios en el dispositivo colector para el tratamiento de las mismas(66). ((14)

Podemos recomendar dispositivo de una pieza abierta, si el paciente lo requiere pero esto dependerá de su habilidad para el cambio(24).

Los dispositivos deben adaptarse perfectamente al diámetro del estoma para que la piel periestomal quede protegida, evitando el contacto con el efluente. Las bolsas colectoras transparentes permiten ver las características del estoma y el débito sin retirarlas, con lo que la identificación precoz de las complicaciones es más fácil.

En ileostomías el efluente es líquido y de volumen variable, por lo que el cambio de los dispositivos debe ser frecuente, sobre todo al principio, ya que el débito es más líquido y elevado. No debe esperarse a que la bolsa esté llena para ser vaciada. Por este motivo, lo más aconsejable son los dispositivos colectores abiertos para su frecuente vaciado y aplicar dispositivos colectores de dos piezas para evitar irritar la piel con el cambio frecuente(67,68).

En las colostomías, inicialmente es recomendable el uso de dispositivos de 2 piezas, para evitar cambios frecuentes de la misma que puedan lesionar la piel. Se pasa a bolsa de una sola pieza cerrada lo más pronto posible, dependiendo de las características del efluente y del manejo del paciente(69).

En urostomía, en función de las características y habilidades de la persona recomendaremos dispositivos de una pieza o dos con grifo y válvula antirreflujo(70)

Un sistema de ostomía consiste en un disco adhesivo y una bolsa recolectora, y se comercializa teniendo en cuenta el sistema de sujeción, como un dispositivo de 1 o 2 piezas(66,71–73).

7.1.1. Una pieza

El disco adhesivo y la bolsa recolectora se fabrican juntos formando una sola pieza o unidad, no se pueden separar, se colocan directamente y de una sola vez sobre la piel periestomal.

La lámina adhesiva está compuesta por una sustancia a base de resinas hidrocoloides que actúan como barrera frente a la agresión de las heces u orina expulsada por el estoma.

La bolsa está formada generalmente, por distintas placas superpuestas, tratadas para que no produzcan ruido ni olores, para evitarlo llevan incorporado un filtro que mejora el confort en el paciente (salvo las bolsas de urostomía, que no llevan filtro).

En su mayoría todos los dispositivos incorporan en el dorso de la bolsa un tejido sin tejer suave ya agradable al tacto, que evita que el plástico de la bolsa esté en contacto directo con la piel y absorba el sudor.

El dispositivo de una pieza es el más discreto anatómicamente y más flexible.

Otra característica del dispositivo de una pieza a tener en cuenta para su elección, está determinado por el tipo de estoma que puede ser de una altura adecuada, pero también plano o hundido, por lo que elegiremos un disco plano para el primer caso y convexo para los otros. El dispositivo puede ser transparente y dejaría ver el contenido de heces u orina, o puede ser opaco, en este caso no se visualiza el aspecto y color del efluente.

Existen distintos tipos de bolsas según el tipo de efluente, pueden ser **cerradas**, **abierto** o **con válvula de drenaje**:

1. **Cerrado:** Todo el contenido de la bolsa aparece sellado, sin que exista abertura o válvula por la que se pueda vaciar.

Se utiliza para heces de consistencia sólida como las colostomías, y se realizará el cambio cada vez que esté llena (entre un tercio y su mitad). Una bolsa completamente llena puede despegarse de la piel por el exceso de peso. Se desechará el dispositivo cambiándolo por otro.

2. **Abierto:** El dispositivo está abierto en su parte inferior, en la que se encuentra un cierre que consiste en una pieza integrada y facilita el drenaje de las heces.

Se utiliza para heces de consistencia líquida, generalmente ileostomías, y su cambio se realizará cada 24 horas.

3. **Con válvula de drenaje o grifo:** diseñada para las urostomías, por lo que dispone de un grifo inferior que permite vaciar la orina que contiene la bolsa de manera sencilla, y además incorpora una válvula anti-reflujo en el interior de la bolsa que evita el retorno de la orina hacia el estoma. Su cambio se realizará cada 24 horas.

7.1.2. Dos piezas

El disco y la bolsa recolectora son dos elementos separados: una placa adhesiva que se adhiere a la piel por un lado y una bolsa de recogida que se acopla o encaja en esa base o bien se adhiere a ella. El disco permanece adherido a la piel 3 o 4 días aportando una gran protección cutánea y evitando las continuas maniobras de despegamiento o retirada. Son menos discretos que los sistemas de una pieza y son algo menos flexibles.

Pueden ser **cerrados**, **abiertos** o **con válvula de drenaje** y en todos los dispositivos drenables se tiene la opción de mantener el disco existente y reutilizar la bolsa drenada tras su vaciado o acoplar una nueva. Igualmente, que los de una pieza pueden tener la base plana o convexa y según su color pueden ser transparentes u opacos.

7.1.3. Tres piezas

Consiste en un dispositivo de dos piezas de acoplamiento o encaje con la particularidad de que, entre el disco y la bolsa, existe un cierre de seguridad o cliper.

7.1.4. Tipo de discos

Existen dos tipos de discos: planos o convexos.

- a) **Plano:** en dispositivos de una o dos piezas el disco base que se adhiere a la piel es completamente plano. Es recomendable para una ostomía que no presenta complicaciones y que sobresale respecto al plano del abdomen.
- b) **Convexo:** cuando el estoma se sitúa al ras de la piel (se denomina estoma plano) o incluso queda hundido hacia el interior (estoma retraído o hundido). La adaptación del dispositivo puede verse afectada negativamente siendo más fácil que se despegue y se filtren heces u orina que irriten la piel. Es recomendable utilizarlo para un estoma que sobresale bastante pero que tiene una depresión o hundimiento en la piel periestomal. El diseño del apósito convexo permite por su forma convexa que cuando se aplica ejerza una presión sobre la piel que rodea el estoma hacia abajo, haciendo que el estoma se adelante o sobresalga un poco y que así su contenido caiga dentro de la bolsa evitando fugas alrededor de este.

Tanto los discos planos como los convexos pueden ser:

- Recortables
- Precortados
- Moldeables

7.2. Tipo de accesorios

Adaptar los productos que se usan para que sean apropiados para las personas ostomizadas es clave para un cuidado óptimo de la ostomía. Hay muchas razones por las cuales se puede recomendar un accesorio para la piel periestomal. En primer lugar, se puede usar para ayudar a mejorar el rendimiento de un sistema de bolsa. Por ejemplo, puede ayudar a aumentar el tiempo de uso, evitar deteriorar la piel o facilitar retirar el adhesivo previo. Además, un accesorio puede ayudar a resolver problemas como fugas o la irritación de la piel(66,73,74).

7.2.1. Generales

Cinturón: proporciona seguridad adicional y se adapta a todos los discos que lleven presillas.

Imagen 16 Cinturón



Fuente Coloplast

Arcos de Sujeción Elástico: ayuda a fijar el disco y proporciona una seguridad extra.

Imagen 17 Brava® Elastic Tape



Fuente Coloplast

Pasta Niveladora: Crea un sellado efectivo alrededor del estoma y protege la piel frente al contacto del efluente. Absorbe el exceso de humedad de la piel periestomal y minimiza el riesgo de maceración.

Imagen 18 Brava® Paste



Fuente Coloplast

Al tener una composición a base de hidrocoloides tiene propiedades protectoras y regeneradoras de la piel.

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.

Imagen 19 Brava® Lubricante desodorante



Fuente Coloplast

Spray Elimina Adhesivos: Indicado para la retirada fácil de restos de adhesivos. Se seca enseguida y no deja restos. Lleva silicona.

Imagen 20 Brava® Spray para eliminar adhesivos



Fuente Coloplast

Toallitas Elimina Adhesivos: Misma función y composición que el Spray.

Imagen 21 Brava® Adhesive remover wipe



Fuente Coloplast

Toallas Limpiadoras: Limpian y cuidan la piel durante el cambio del dispositivo. Contiene pro vitamina B5 que ayuda a mantener una piel sana, reducir las rojeces y calmar la piel irritada.

Imagen 22 Brava® Toallitas limpiadoras



Fuente Coloplast

7.2.2. Accesorios de protección extra y barrera

Polvos: Para protección de la piel periestomal ligeramente irritada, excelente capacidad de absorción de la humedad.

Imagen 23 Brava® Polvos de ostomía



Fuente Coloplast

Placas autoadhesivas: Protege la piel periestomal al proporcionar una piel lisa para una mejor adherencia del dispositivo colector.

Imagen 24 Brava® Placa autoadhesiva



Fuente Coloplast

Crema Barrera: Indicada para la protección de la piel expuesta al efluente intestinal y urinario. Calma la piel irritada y la hidrata.

Imagen 25 Brava® Crema Barrera



Fuente Coloplast

Anillo Moldeable: Garantiza el sellado eficaz alrededor del estoma evitando fugas de efluente. Fácil de manejar, moldear y aplicar.

Imagen 26 Brava® Anillo moldeable



Fuente Coloplast

Toallita Barrera: protege la piel de efluentes y adhesivos. Se seca en segundos. Contiene silicona y no contiene alcohol.

Imagen 27 Brava® Toallita barrera cutánea



Fuente Coloplast

Spray barrera cutánea: El producto está destinado a proteger la piel intacta de los efectos dañinos de las secreciones del estoma (heces y orina), así como de los adhesivos.

Imagen 28 Brava® Skin Barrier Spray



Fuente Coloplast

Es un excepcional protector barrera cutánea extra para la piel, de larga duración gracias a su mezcla de alquilsiloxano y su base de silicona.

Crea una fina capa de película protectora sobre la piel periestomal que se seca en segundos, no escuece al no contener alcohol y no afecta a la adhesión de otros dispositivos.

Usos:

- Alivio sintomático de las irritaciones de la piel periestomal.
- Prevención y tratamiento de dermatitis por incontinencia.
- Protección de la piel contra el trauma adhesivo provocado por los cambios de dispositivo.
- Aumenta la adhesividad del disco disminuyendo las posibles fugas.

Modo de empleo:

1. Asegurarse de que la piel está limpia y seca.
2. Pulverizar el producto uniformemente sobre la piel desde unos 10 cm de distancia.
3. El dispositivo puede aplicarse de forma habitual una vez que la piel esté totalmente seca.
4. Con cada cambio de dispositivo, debe aplicarse nuevamente el producto.

Ilustración 12 Tipos de dispositivos

TIPOS DE DISPOSITIVOS

+ FLEXIBILIDAD + DISCRECCIÓN ● CAMBIO CADA 24 H

1 PIEZA

Apósito + bolsa = unidad

Cerrado



Para heces sólidas

Abierto



Para heces líquidas/semiblandas

Con Grifo



Para orina

- Cerrado, abierto, con grifo
- Planos o convexos
- Transparente u opaco

2 PIEZAS

Apósito y bolsa separados
Acoplamiento: Adhesivo

Mecánico

Adhesión



3 PIEZAS

Apósito y bolsa separados
Acoplamiento Mecánico:

Encaje + clipper de seguridad



- FLEXIBILIDAD - DISCRECCIÓN
● CAMBIO BASE CADA 3/4 DÍAS

- FLEXIBILIDAD - DISCRECCIÓN
● CAMBIO BASE CADA 3/4 DÍAS

8. Tratamiento oncológico. Papel del tratamiento adyuvante

El tratamiento oncológico va a depender del estadio, de cómo este extendido el cáncer en el paciente. Es fundamental para decidir el mejor tratamiento y poder valorar el pronóstico de la enfermedad. La estadificación es un proceso para definir cuánto cáncer hay en el cuerpo (tamaño del tumor) y si este se ha diseminado. La cirugía es el tratamiento curativo para aquellos que no tienen diseminación a otros órganos.

El cáncer colorrectal es la patología más frecuente que lleva a la realización de una ostomía en ambos sexos, seguido de las enfermedades inflamatorias (5% - 8%) (75)

8.1. Clasificación del cáncer por estadios

La más utilizada es el TMN, en función de estos se determinarán el estadio en que se encuentran ((74).

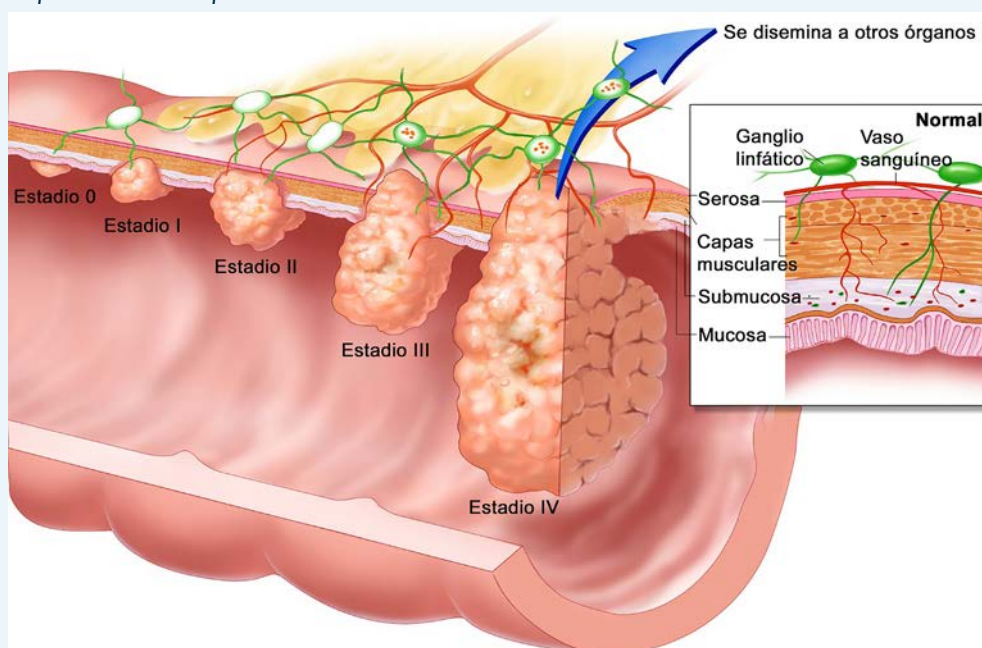
- Estadio 0 o carcinoma in situ: El tumor está localizado en la zona superficial de la mucosa.
- Estadio I: Carcinoma infiltrante. También es de los tumores más favorables, ha atravesado la mucosa hasta llegar a submucosa.
- Estadio II: Etapa intermedia. Ha atravesado la pared del colon o del recto. A su vez estas se subclasifican en IIA, IIB y IIC. No ha habido diseminación a ganglios ni a otro órgano.
- Estadio III: Hay afectación ganglionar. Se subclasifican en IIIA, IIIB y IIIC.
- Estadio IV: Etapa avanzada. Hay metástasis a otros órganos. Es de mal pronóstico. Se subclasifican en IVA, IVB y IVC.

T= Tumor. La letra T se refiere al tamaño del tumor en centímetros y a la invasión de estructuras contiguas

N = Ganglios. La N se refiere a la extensión del cáncer a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos.

M= Metástasis. La M se refiere a si el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo (metástasis)

Ilustración 13 Etapas del cáncer por estadios



Fuente Extraído de Cirugía de colon y recto MISS, cirugía laparoscópica (77)

8.2. Clasificación del cáncer por etapas y su tratamiento

También se pueden clasificar por etapas, y estas son:

- **Etapa O:** Etapa más temprana del cáncer (carcinoma in situ o intramucoso). La resección es el tratamiento curativo. Puede extraerse la zona tumoral mediante colonoscopia, y si es de tamaño grande se realizaría resección de una porción del colon (colectomía parcial)
- **Etapa I:** Ha avanzado a capas más profundas de la pared, pero no se ha extendido fuera de ella. Si al realizar la escisión local sus márgenes son limpios probablemente no necesite más tratamiento. Si el cáncer fuera de alto grado o los márgenes de la muestra tienen células malignas será necesario cirugía. Si el tumor no está en pólipo se realizará resección parcial del colon y escisión de los tejidos linfáticos cercanos. Lo más habitual es que estos sería el tratamiento.
- **Etapa II:** La masa tumoral ha crecido más, pero no se ha extendido a los ganglios linfáticos, el tratamiento es cirugía y escisión de los ganglios linfáticos. El oncólogo decidirá si recomienda tratamiento de quimioterapia (adyuvante) si hubiera riesgo de recidiva.

El riesgo puede ser: si el cáncer es de alto grado, ha crecido hacia vasos sanguíneos y/o linfáticos, no se pudieron resecar más de doce ganglios, si encuentran células malignas en los márgenes de la muestra, el tumor obstruye el colon o lo ha perforado.

Si se realiza tratamiento de quimioterapia Adyuvante, puede ser cualquiera de estas dos opciones:

- 】 Fluoropirimidinas en monoterapia (5 -FU, capecitabina)
- 】 Fluoropirimidinas + oxaliplatino (en tumores de muy alto riesgo)

- **Etapa III:** El cáncer se ha diseminado a ganglios linfáticos. El tratamiento es resección de colon, escisión de ganglios linfáticos cercanos y quimioterapia adyuvante.

El tratamiento más utilizado es: Fluoropirimidinas + oxaliplatino

- 】 FOLFOX (5-FU, leucovorin y oxaliplatino)
- 】 CAPEOX (capecitabina y oxaliplatino)
- 】 5-FU con leucovorin o capecitabina, dependiendo de la edad y comorbilidades del paciente.

Si no estuviera el paciente en condiciones de operarse, se puede poner radioterapia, quimioterapia o ambas, generalmente en cáncer de recto.

- **Etapa IV:** Etapa más avanzada, el tumor se ha extendido a otros órganos como hígado, pulmón, u otros órganos, también a ganglios linfáticos lejanos.

La cirugía sola no sería curativa, las lesiones metastásicas pequeñas se podrían extirpar junto con la cirugía de colon, aquí se administraría tratamiento antes (neoadyuvante) y posterior a la cirugía (adyuvante).

En esta etapa se administrará quimioterapia, anticuerpos monoclonales, inhibidores de la tirosinkinasa (ITKs) e inmunoterapia.

Los tratamientos más usados son:

1. FOLFOX: Leucovorin, 5-FU y oxaliplatino (Eloxatin®)
2. FOLFIRI: Leucovorin, 5-FU e irinotecán (Camptosar®)
3. CAPEOX o CAPOX: capecitabina (xeloda®) y oxaliplatino.
4. FOLFOXIRI: Leucovorin, 5-FU oxaliplatino e irinotecán.
5. Una de las combinaciones anteriores y se añadiría un medicamento que ataca el Factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) (bevacizumab [Avastin®], ziv- aflibercept [zaltrap®] o ramucirumab [Cyramza®] o uno que ataca el Recetor de factor de crecimiento epidérmico (EGFR) (cetuximab® [Erbix®] o panitumumab [Vectibix®])
6. 5-FU y leucovorin por si solos o se le añadiría un medicamento de terapia dirigida.

7. Capecitabina sola o se añadiría un medicamento de terapia dirigida.
8. Irinotecán sola o acompañada de un medicamento de terapia dirigida.
9. Regorafenib (stivarga®). Tratamiento oral.
10. Trifuridina y tipiracil (lonsurf®). Tratamiento oral.

La decisión de que tratamiento utilizar dependerá del estado general del paciente, su edad, comorbilidades y terapias previas que haya recibido.

8.3. Factores para elección del tratamiento oncológico

Deben tenerse en cuenta estos factores ((78):

- Factores dependientes del paciente:
 - 】 Edad, estado general, nivel nutricional, comorbilidades, la voluntad y la decisión del paciente.
- Factores dependientes del tumor:

Ubicación del tumor, estadio, perfil molecular y tipo de tumor (adenocarcinoma, linfoma u otro)

8.4. Tipos de tratamiento de cáncer

Los principales son:

8.4.1. Cirugía

Imagen 29 Equipo de cirugía Dr. Carlos Durán



Fuente Extraído de Equipo Cirugía Dr. Durán. Hospital Universitario La Luz. [fotografía]. Madrid, 2023.

Desde el punto de vista de resecabilidad en (78):

- Tumores locales
- Tumores extendidos a nivel loco-regional (extendido a órganos vecinos y a veces no se pueden extirpar)
- Metástasis a distancia (esta extendido al hígado o pulmón) a veces se puede extirpar y otras veces no, ello va a depender del número de metástasis, tamaño y localización.

Según la intención, la cirugía es:

- Curativa: para eliminar el tumor.
- Paliativa: para mejorar los síntomas, no se puede extirpar en su totalidad porque está muy extendida.

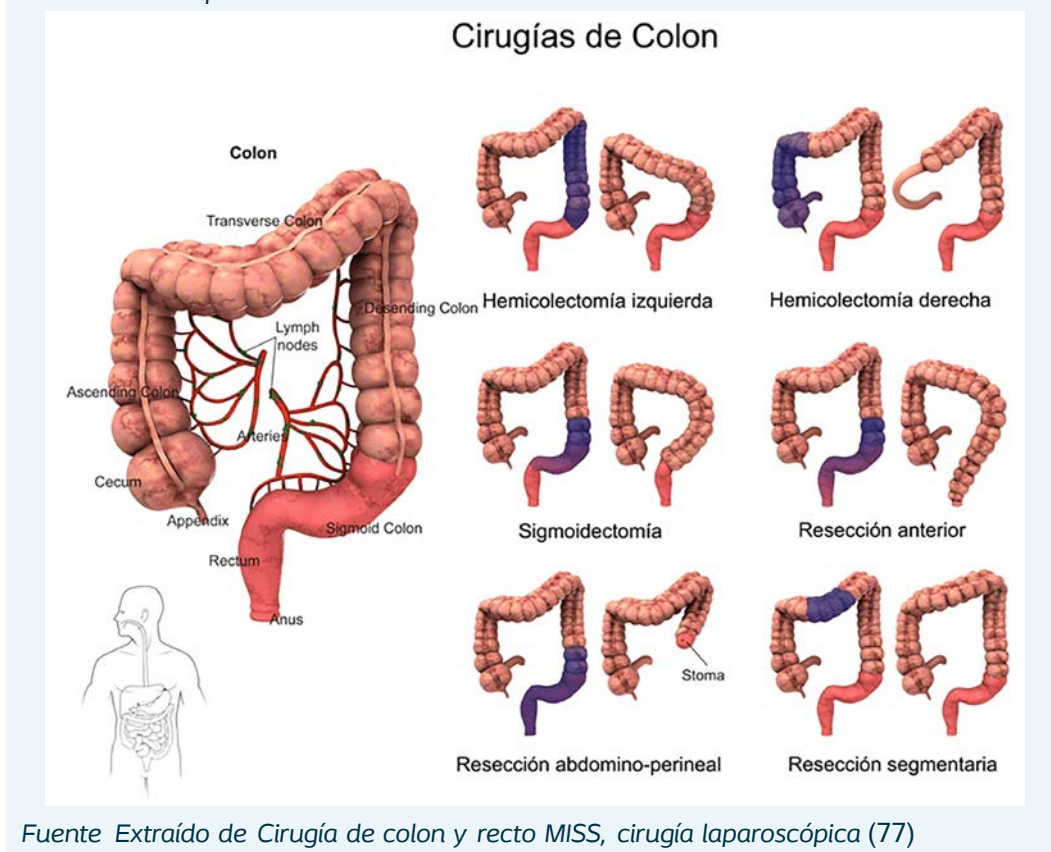
Las técnicas quirúrgicas dependerán de la localización del tumor:

- Colectomía: extirpación del colon o una parte de ella. Se extirpa siempre con amplios márgenes.

La colectomía puede ser:

- Hemicolectomía derecha: se reseca el colon derecho.
- Colectomía transversa: se reseca colon transverso.
- Hemicolectomía izquierda: se reseca el colon izquierdo.
- Sigmoidectomía: se reseca el sigma.
- Resección anterior baja: se reseca la parte superior del recto.
- Amputación abdominoperineal: se reseca la parte inferior del recto.
- Colectomía subtotal: se reseca todo el colon excepto el recto.
- Panproctocolectomía: Se reseca todo el colon y el recto.

Ilustración 14 Tipos de colectomías



8.4.2. Quimioterapia, fármacos biológicos y otras terapias

La quimioterapia según su vía de administración puede ser sistémica (si se administra vía oral o intravenosa); regional (si se administra en forma directa en la arteria que va hasta la zona donde está ubicado el cáncer). Hay menos efectos secundarios al ir directamente al órgano afectado.

Los tratamientos pueden ser aplicados en ciclos, teniendo descanso, y administrarse entre 2 y cuatro semanas. Son varias sesiones.

La quimioterapia en cáncer colorrectal se puede usar como adyuvante, después de la cirugía, si lo precisara para evitar recidivas. Y como neoadyuvante se administra antes de la cirugía para disminuir el tamaño de la tumoración, a veces asociado con radioterapia, es el más utilizado para casos de cáncer de recto.

Imagen 30 Enfermera de oncología



Fuente Elaboración propia. Poma AM. Enfermera de oncología [fotografía]. Madrid, 2018

Imagen 31 Tratamiento de quimioterapia



Fuente Elaboración propia Poma AM. Tratamiento de quimioterapia [fotografía]. Madrid, 2018

La quimioterapia, fármacos biológicos y otras terapias se clasifican de la siguiente forma(78):

a) Fármacos con actividad tumoral

- Oxaliplatino
- Irinotecán
- 5 fluoracilo
- Capecitabina
- UFT
- Utefos
- TAS-102
- Raltitrexed

b) Fármacos biológicos

- Anticuerpos monoclonales
- Los inhibidores de la tirosina kinasa (ITK) fármacos dirigidos contra dianas celulares. Es de vía de administración oral. El regorafrenib es el único ITK que actúa frente al cáncer colorrectal metastásico que no responde a terapias convencionales.

c) Inmunoterapia

Se utiliza al sistema inmunitario para actuar sobre el cáncer, reforzando la respuesta inmunitaria por las células t.

- Penbrolizumab. Es un tratamiento nuevo y eficaz. Esta indicado en pacientes que presentan cambios genéticos (inestabilidad de los microsatélites) que les hace sensible a estos tratamientos.

8.4.3. Radioterapia (78,79)

Es el tratamiento con radiaciones ionizantes, trata de una zona específica del cuerpo. Es tratamiento local. Previo al tratamiento se dibuja el campo y se realiza simulación para comprobar que llega a la zona exacta. El tratamiento se administra a diario, dura unos minutos, y no es doloroso. Cada vez que se administra, la piel sufre los efectos de las radiaciones.

Imagen 32 Tratamiento de radioterapia



Fuente Cedita por Hospital Universitario La Luz. [fotografía]. Madrid, 2023

Las indicaciones de la radioterapia son estas:

- En cáncer de recto:
 - a. En estadio II y III, se administra previo y post cirugía como tratamiento complementario.
 - b. Según la relación con la cirugía, se llama radioterapia adyuvante (post operatoria) o neoadyuvante (preoperatoria).
 - c. Muchas veces se administra también quimioterapia para aumentar la eficacia del tratamiento.
 - d. La decisión de administrarlo antes y después de cirugía dependerá de una serie de factores.
- Tratamiento paliativo: Eficaz para control del dolor y alivio de síntomas. Suele ponerse solo, sin quimioterapia.

Los efectos secundarios de la radioterapia son producidos por la toxicidad que provocan en los tejidos normales y dependerá de la zona a tratar.

8.5. Efectos secundarios de la terapia oncológica

La terapia oncológica actúa sobre las células activas, que continuamente están creciendo y dividiéndose en más células del mismo tipo (células activas tumorales), también sobre las células sanas, como las de la sangre, boca, sistema digestivo y el cabello.¹⁰

Los efectos secundarios se producen cuando esta terapia daña estas células sanas.

8.5.1. Efectos secundarios de la quimioterapia, fármacos biológicos y otras terapias

8.5.1.1. Efectos secundarios de la quimioterapia

Los medicamentos oncológicos atacan a las células cancerosas, pero también a las otras células del organismo como médula ósea, revestimiento de la boca, intestinos, folículos pilosos.

Los efectos secundarios van a depender de la dosis, el tipo de tratamiento administrado y del tiempo.

a) Efectos secundarios habituales Los más habituales son:

- a. Caída del cabello
- b. Úlceras en la boca
- c. Pérdida de apetito

- d. Náuseas y vómitos.
 - e. Diarrea
 - f. Aumento de riesgo de infección
 - g. Fragilidad capilar, moretones o sangrado (por plaquetopenia)
 - h. Cansancio (por anemia)
- b) Efectos secundarios específicos (66) Estos son:
- a. **Síndrome de pies y manos**
En tratamiento con 5-FU o capecitabina. Inicia con enrojecimiento de las manos y los pies, pasa a dolor e hipersensibilidad en las palmas de las manos y en las plantas de los pies puede posteriormente avanzar a ampollas, descamación de la piel y posteriormente puede ulcerarse.
 - b. **Neuropatía**
Es muy común cuando se utiliza el oxaliplatino. Hay hipersensibilidad al frío al calor en la garganta, esófago, palma de la mano. Puede tener dolor en la garganta al pasar los líquidos, o al coger un vaso de agua fría.
 - c. **Reacciones alérgicas**
A veces con el oxaliplatino. Los síntomas son: sarpullido, opresión en el pecho, disnea, dolor en la espalda, mareos, debilidad. Hay que avisar inmediatamente.
 - d. **Diarrea**
Es común, pero se acentúa con el irinotecán. Es necesario su tratamiento inmediato para evitar la deshidratación.

Casi todos estos efectos secundarios desaparecen al terminar el tratamiento, pero alguno como el entumecimiento de las manos y pies puede durar más tiempo (oxaliplatino)

8.5.1.2. Efectos secundarios de los agentes biológicos (ac. Monoclonales)

Los agentes biológicos actúan sobre los cambios de los genes y las proteínas que favorecen que el tumor avance. Su uso es cuando la terapia convencional no funciona. Se puede usar como monoterapia o combinada (quimioterapia). Sus efectos secundarios son diversos y estos no son tan graves (81).

● MEDICAMENTOS QUE ATACAN LA FORMACIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS (VEFG)

Factor de crecimiento de endotelio vascular que ayuda al tumor a formar nuevos vasos sanguíneos y de ello consigue nutrientes para su desarrollo.

Los medicamentos que actúan a ese nivel impidiéndolo son:

- Bevacizumab (avastin™)
- Ramucirumab (Cyramza®)
- Zolbetuximab (zalcitabine®).

Se administran en infusión por vía intravenosa cada dos o tres semanas

Los efectos secundarios más habituales son: hipertensión arterial, cansancio extremo, sangrado, leucopenia, úlceras en boca y disminución de apetito.

Los efectos secundarios menos frecuentes son: coágulos sanguíneos, sangrado, perforaciones en el colon (pudiendo llegar a cirugía urgente), problemas renales, cardiológicos y dificultad en la cicatrización de las heridas.

Los efectos secundarios graves son: reacciones alérgicas, pudiendo provocar hipotensión y dificultad de respiración.

● MEDICAMENTOS QUE ATACAN LAS CELULAS CON CAMBIOS EN EL RECEPTOR DEFACOR DE CRECIMIENTO EPIDERMICO (EGRF)

Se actúa sobre el receptor que favorece el crecimiento de las células tumorales, están ubicadas sobre la superficie de estas, en bastante cantidad. Usado en estadios avanzados.

Esta es el Cetuximab (Erbix®). Se administra en perfusión intravenosa cada una o dos semanas.

Los efectos secundarios más habituales son: cefalea, cansancio, fiebre y diarrea.

Los efectos poco habituales pero que tienen mucho riesgo es la reacción alérgica, pudiendo ocasionar hipotensión y problemas respiratorios.

● INHIDORES DE LA TIROSINA KINASA (82,83).

Las cinasas (proteínas) están en las superficies de la célula, se encargan de llevar la señal al centro del control de la célula. Utilizado en tumores con metástasis que no respondan a tratamientos convencionales. Se administran por vía oral.

Los efectos secundarios más comunes son: cansancio, inapetencia, pérdida de peso, dolor abdominal, diarrea, hipotensión, síndrome de pies y manos.

Los efectos secundarios menos comunes pero graves son: sangrado por perforación de estómago o intestinos.

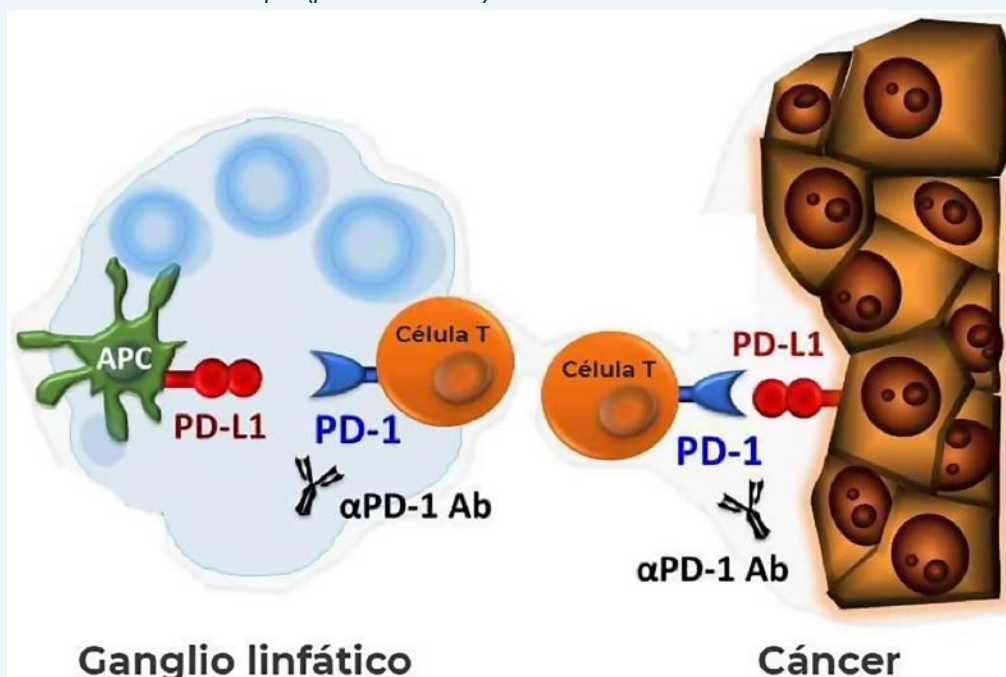
8.5.1.3. Efectos secundarios de la inmunoterapia (penbrolizumab) (82)

Indicado en pacientes con alteraciones genéticas (inestabilidad de los microsatélites). Es un tratamiento nuevo y eficaz, actúa reforzando la respuesta inmunológica contra las células cancerosas. Se administran cada dos a tres semanas por vía intravenosa.

Los efectos secundarios más habituales son: cansancio, tos, náuseas, picor, sarpullidos, inapetencia, estreñimiento, diarrea y dolor en las articulaciones.

Los efectos secundarios menos habituales pero graves son los efectos inmunomediados por la inmunoterapia, puede haber reacciones autoinmunitarias, actuando sobre los propios órganos produciendo inflamación, pudiendo ocasionar hepatitis, colitis, neumonitis, hipofisitis, tiroiditis, dermatitis y en otros órganos.

Ilustración 15 Inmunoterapia (penbrolizumab)



Fuente: Material adaptado de Marabelle, A (84)

8.5.2. Efectos secundarios de la radioterapia (71)

Cada vez que se administra la radioterapia, la piel absorbe pequeñas cantidades en el área tratada. Puede haber irritación de la piel, en el lugar donde recibió la radioterapia, y esta puede ser desde enrojecimiento, irritación, inflamación ampollas y descamación. Si recibió la radioterapia antes de la cirugía, la evolución de las heridas es más lenta. Pueden tener náuseas, también pueden presentar irritación en el recto, por lo cual puede tener diarreas, deposiciones con dolor y sangre, podría también haber incontinencia rectal.

Si es a nivel de la vejiga, pueden tener irritación lo cual les producirá sensación de tenesmo vesical, ardor, dolor y sangre al orinar. Pueden presentar cansancio. También problemas sexuales, irritación vaginal en las mujeres y en varones problemas en la erección.

Pueden producir en las zonas radiadas tejido cicatricial, fibrosis y adherencia de los tejidos.

8.6. Efectos del tratamiento oncológico en la piel

La terapia oncológica actúa sobre las células activas, que continuamente están creciendo y dividiéndose en más células del mismo tipo (células activas tumorales), también sobre las células sanas, como las de la sangre, boca, sistema digestivo y el cabello.

Los efectos secundarios se producen cuando esta terapia daña estas células sanas (72).

Los efectos secundarios del tratamiento oncológico (quimioterapia incluida la inmunoterapia, terapias dirigidas, anticuerpos monoclonales y radioterapia) pueden ocasionar problemas en la piel como: eritema, sarpullido, sequedad, ampollas o descamación, ardor, escozor, hormigueo, picor, piel fina y muy frágil, cambios en las uñas y en el color de la piel (oscura o más clara), fotosensibilidad, pérdida de pelo, llagas o grietas e incluso llegar a heridas, úlceras que pueden cicatrizar lentamente y con mucha dificultad. Estos efectos secundarios provocan malestar y riesgo de infección (83,87-89).

Especificando un poco más los efectos en la piel de los anticuerpos monoclonales EGFR 20 puede haber folliculitis (inflamación de los folículos de los pelos) en el 40 al 85% de los casos, en los primeros diez días de tratamiento, en la cara en zona T, se puede extender a pecho y espalda, con menos frecuencia en cabello y pubis. Es muy raro en todo el cuerpo. Si esta fuera grave se suspendería el tratamiento. La alopecia y tricomegalia, otro de los efectos cutáneos que ocurre con menor frecuencia y más tarde entre los 2 o 3 meses del tratamiento. El pelo se pone fino y frágil, puede o no mejorar si se suspende el tratamiento.

Puede haber alopecia también por el inhibidor de los TNK, pero también se puede presentar en contraposición crecimiento exagerado de vello facial (hipertrichosis) y pestañas (tricomegalia). El tratamiento también puede causar piel seca (xerosis/pulpetis) que se maneja con emolientes. Se producen pulpetis, los cuales duelen ocasionan mucho dolor por las fisuras que se dan en las puntas de los dedos de manos y pies, también pueden presentar queratodermas.

La paroniquia es otro de los efectos cutáneos, inflamación en los pliegues de las uñas, más en las manos que en los pies, estas desaparecen apenas se suspende el tratamiento. Es muy importante prevenir las lesiones utilizando un calzado adecuado, es muy útil el uso de los corticoides y los antisépticos, muy importante evitar las infecciones tanto bacterianas como micóticas.

Entre los efectos cutáneos asociados a radioterapia (76) específicamente, la piel se puede irritar, resecar, erosionar o humedecer y estos pueden ir en aumento si se infectan, se suelen presentar a los 15 días del tratamiento y se mantienen los efectos hasta un mes de terminar las sesiones.

Por todo lo que hemos mencionado es importante la prevención y los cuidados ya que de ello dependerá la integridad de la piel, en especial de la piel periestomal (la que rodea el estoma) que este bien cuidada, porque es el lugar donde se colocará el dispositivo que utilice la persona ostomizada. De ello dependerá su calidad de vida.

Imagen 33 Síndrome de pies y manos



Fuente Elaboración propia

Imagen 34 Caída del cabello



Fuente Freepik

Imagen 35 Erupción cutánea



Fuente Elaboración propia

Imagen 36 Ampollas



Fuente Elaboración propia

Imagen 37 Heridas



Fuente Elaboración propia

Imagen 38 Radio dermatitis



Fuente Elaboración propia

A continuación, se muestra en imágenes algunos de los efectos específicos de la terapia oncológica en la piel periestomal.

Imagen 39 Úlcera periestomal



Fuente Elaboración propia

Imagen 40 Dermatitis irritativa periestomal



Fuente Elaboración propia

Imagen 41 Lesiones cutáneas



Fuente Elaboración propia

Tabla 3 Efectos del tratamiento oncológico sobre la piel periestomal

TIPO DE TRATAMIENTO	EFFECTO SOBRE LA PIEL EN EL PACIENTE OSTOMIZADO
QUIMIOTERAPIA ORAL	Diarrea, heces sueltas → Dermatitis de contacto. Cambios en la piel. → Edema, vesícula, piel seca y sensible
QUIMIOTERAPIA INTRAVENOSA O TRADICIONAL	Sequedad, picazón, enrojecimiento. → Dermatitis de contacto. Oscurecimiento de la piel. Descamación, erupciones en la piel. Fotosensibilidad, piel que se quema al sol con facilidad. Combos en la pigmentación de la piel. Comezón y piel seca. Surcos oscuros tras rascado de la piel. Cambio en el hábito intestinal, diarreas, afectación de los flujos en la piel periestomal.
INMUNOTERAPIA O TERAPIA BIOLÓGICA	Enrojecimiento de la piel. Ampollas y sequedad cutánea. Fotosensibilidad, comezón y lesiones por rascado.
RADIOTERAPIA	Cambios en la piel en la zona radiada. Sequedad, picazón o descamación de la piel.

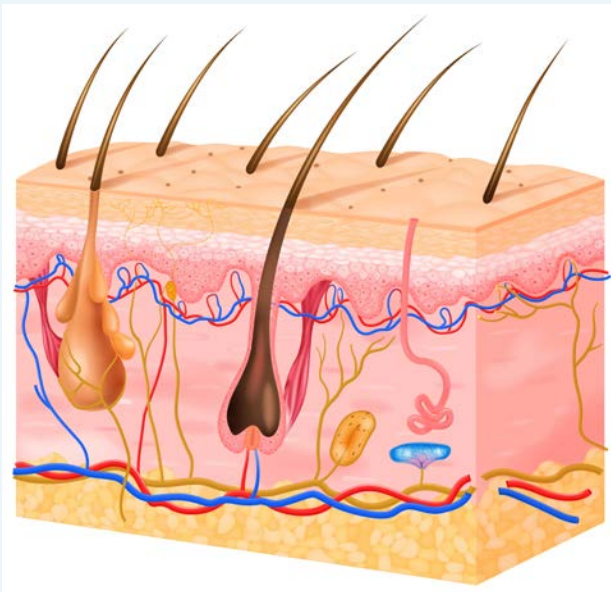
Fuente Elaboración propia

9. Tratamiento y medidas de prevención sobre la piel

9.1. La piel, estructura y funciones

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, ¹ es un órgano muy importante para la vida, recubre y protege todo el cuerpo, separa el organismo del medio externo, y es aún más que eso, es un sistema activo esencial para la vida y la salud.

Imagen 42 La piel



Fuente Freepik

Consta de tres capas:

1. Epidermis
2. Dermis
3. Hipodermis.

Entre las funciones de la piel tenemos:

- **Protección** frente agresiones externas.
- **Regulación térmica:** regula la temperatura corporal.
- **Discriminación sensorial:** permite tener sensaciones.
- **Inmunitaria:** es la primera defensa del organismo y actúa como una barrera natural. Si esta se rompe se producen las infecciones.
- **Permite la movilidad y el crecimiento,** gracias a las propiedades elásticas de la piel
- **Absorción.** La piel respira, oxígeno, nitrógeno y otras sustancias necesarias se absorben a través de la piel.
- **Excreción.** De residuos como la urea, el agua, ácido úrico y el amoníaco.
- **Síntesis.** De la vitamina D. La absorbe y la transforma de manera que el cuerpo pueda utilizarla.
- **Reparadora**

9.2. Importancia de la prevención

Tener una ostomía representa no tener una continuidad de la piel, y por lo tanto de la barrera cutánea (91).

La piel es importante en el manejo del estoma, proporciona el área donde se colocará el dispositivo.

La piel es importante en el manejo de la ostomía porque proporciona el área donde se colocará el dispositivo. Las ostomías de eliminación tienen un alto riesgo de producir alteraciones de la piel, debido al contacto de los fluidos que pueden lesionarla.

Esta pequeña área, que llamamos piel periestomal, puede tener un fuerte impacto en la salud y en el confort de la persona ostomizada.

Las ostomías de eliminación tienen un alto riesgo de producir alteraciones de la piel, debido al contacto de los fluidos que pueden lesionar la piel, produciendo filtraciones, dolor, irritación, picor y malestar en general, al tener fugas tienen mal olor, al cambiar los dispositivos con mayor frecuencia la piel se puede lesionar produciendo un desprendimiento cutáneo, todo ello conlleva aumento en los costes por necesidad de más productos para el cuidado de la piel y más tiempo en la resolución de estas complicaciones.

Para las personas que viven con un estoma, las fugas y las complicaciones de la piel periestomal conducen a un círculo de más fugas y empeoramiento de las complicaciones de la piel periestomal, lo que tiene un impacto negativo en su calidad de vida (78).

Así, el 77% de las personas ostomizadas experimenta fugas el último mes y el 88% de las personas que utilizan un dispositivo de ostomía tienen complicaciones de la piel periestomal. La importancia de la prevención radica en evitar que se produzca este círculo vicioso que lleva como consecuencia de las fugas a la lesión de la piel periestomal y de la lesión a la fuga por disminución en la adherencia, sobremanera cuando sabemos cómo afectan las fugas y las complicaciones de la piel periestomal a los pacientes: El 32% no pueden realizar actividades ligeras; el 28% no quieren relacionarse con otras personas; el 34% cambia de planes por su ostomía y el 33% se queda en casa (93).

Por todo ello es importante mantener el buen estado de salud de la piel periestomal y prevenir todos estos problemas.

Imagen 43 Piel periestomal



Fuente Elaboración propia. Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

9.3. Medidas de higiene (80)

- Antes de realizar la higiene del estoma es importante tener todo el material necesario. Proceder a realizar lavado de manos antes de empezar el procedimiento de cambio de dispositivo.
- La higiene del estoma y la piel periestomal debe realizarse con agua y jabón de pH neutro o con una toallita limpiadora sin aceites ni alcohol. El agua debe ser tibia, evite mucha presión del agua.

- Si sangra un poquito no debe alarmarse, el estoma tiene una mucosa muy vascularizada.
- Se puede duchar con o sin la bolsa. Si lo hace con la bolsa puesta debe tapar el filtro con las pegatinas adhesivas incluidas en las cajas de las bolsas de ostomía y quitarlas al terminar la ducha.
- No se recomienda utilizar aceites o cremas hidratantes porque dificultará la adhesividad de los dispositivos.
- Si tiene una colostomía puede dejar un momentito al aire su estoma cuando realice el cambio de su dispositivo.
- Retire sus dispositivos con cuidado sin tirar la piel.
- No se debe utilizar productos que irriten la piel como yodo o alcohol.
- Si tiene vello en el abdomen córtelo el pelo con tijeras, no debe utilizar maquinillas o cuchillas, puede correr riesgo de cortarse o lesionar el estoma.
- Se debe secar con papel absorbente de cocina o una toallita. Una vez que está limpia y seca se procederá a colocarse el dispositivo que utiliza.
- El momento más adecuado para realizar la limpieza del estoma habitualmente suele ser por la mañana o antes de los alimentos, ya que hay menos contenido de los efluentes.

Imagen 44 Limpieza de la piel periestomal



Fuente Freepik

9.4. Productos para la protección de la piel

9.4.1. Productos barrera

Spray barrera

La barrera cutánea proporciona una barrera protectora sobre la piel para protegerla de secreciones y adhesivos, no escuece y reduce los problemas cutáneos asociados a fugas y adhesivos. Deja una fina película transpirable y protectora sobre la piel. Se seca en unos segundos y no acumula residuos en la piel, lo que la deja lista para la aplicación del siguiente adhesivo. Está compuesto por Hexametildisiloxano y decametil ciclopentasiloxano.

En el capítulo Accesorios de protección extra y barrera, puede conocer más ampliamente el uso y modo del empleo del Spray barrera.

Imagen 45 Brava® Spray Barrera Cutánea



Fuente Coloplast

Toallita barrera

Tiene las mismas características del Spray barrera, pero se presenta en distinto formato, que, por su reducido tamaño, es más práctico cuando se está fuera de casa en viajes. Está compuesto por Hexametildisiloxano y decametil ciclopentasiloxano.

Imagen 46 Brava® Toallita barrera cutánea



Fuente Coloplast

9.4.2. Otros productos barrera

Crema protectora/ Brava® crema barrera

Ayuda a tratar la piel irritada, seca y dañada. Reduce un 87% la descamación de la piel. Tiene un efecto hidratante manteniendo la función barrera de la piel, y permite que el disco se adhiera a su a su piel, del mismo modo que facilita su retirada atraumática. Está compuesta de *aceite mineral, lanolin alcohol, hidroxibenzoato, glicerol oleato, propilenglicol*.

Imagen 47 Brava® Crema protectora



Fuente Coloplast

Conveen protect

Es una eficaz crema barrera e hidratante dos en uno que penetra en la piel y deja una barrera que la protege y evita que se reseque. Indicada en el tratamiento de las irritaciones cutáneas leves.

Está compuesta por *agua destilada, vaselina, óxido de zinc, lanolina, estearato PEG 40, propilenglicol, alcohol cetílico, estearato de glicerol, estearato PEG-8, tricontanil PVP, aceite de Hígado de Bacalao, dimeticona, acetato de tocoferol, EDTA, quaternium-15 y aroma*.

Imagen 48 Conveen protect



Fuente Coloplast

Conveen critic barrier

Es una crema barrera que protege la piel frente a la incontinencia urinaria y fecal. Su función es absorber la humedad y adherirse a la piel húmeda. Indicada para el tratamiento de las irritaciones cutáneas severas. Está compuesta por *petrolato, carboximetilcelulosa, óxido de zinc 20% y dimeticona*.

Imagen 49 Conveen critic barrier



Fuente Coloplast

Placa brava

Es una placa protectora de la piel periestomal, se coloca debajo del disco, está en contacto directo con la piel, absorbe la humedad y disminuye el riesgo de maceración. Se adapta al contorno de la piel y la nivela, para colocar un nuevo dispositivo

Imagen 50 Brava® Placa autoadhesiva



Fuente Coloplast

9.5. Medidas de Prevención: Cura CONNAN

Una de las principales preocupaciones de los pacientes recién ostomizados con una ostomía digestiva son las fugas, se estima por estudios previos, que suponen un 91%, causando ansiedad, desesperanza, depresión, miedo, angustia e insomnio (81).

Así mismo, un 76% de estos pacientes ha experimentado fugas en los últimos 6 meses (96).

El estudio CONAN es un estudio observacional, multicéntrico sobre la aplicación de la convexidad ligera con anillo moldeable desde el alta, como medida preventiva para evitar fugas.

Realizado a nivel nacional en 54 unidades de estomaterapia y evaluando 244 pacientes, demostró que el uso de este protocolo, junto con los cuidados de la enfermera estomaterapeuta, redujo las fugas un 56%, confirmándose así la seguridad de este abordaje, que pasó a denominarse CURA CONAN.



Disco extraflexible

Adhesivo muy adaptable

Convexidad ligera → sellado efectivo y suave

Borde biselado y flexible → mejor adaptación

Adhesivo en espiral → seguridad y protección

6 zonas flex → mejor adaptación

Mejora sellado del disco

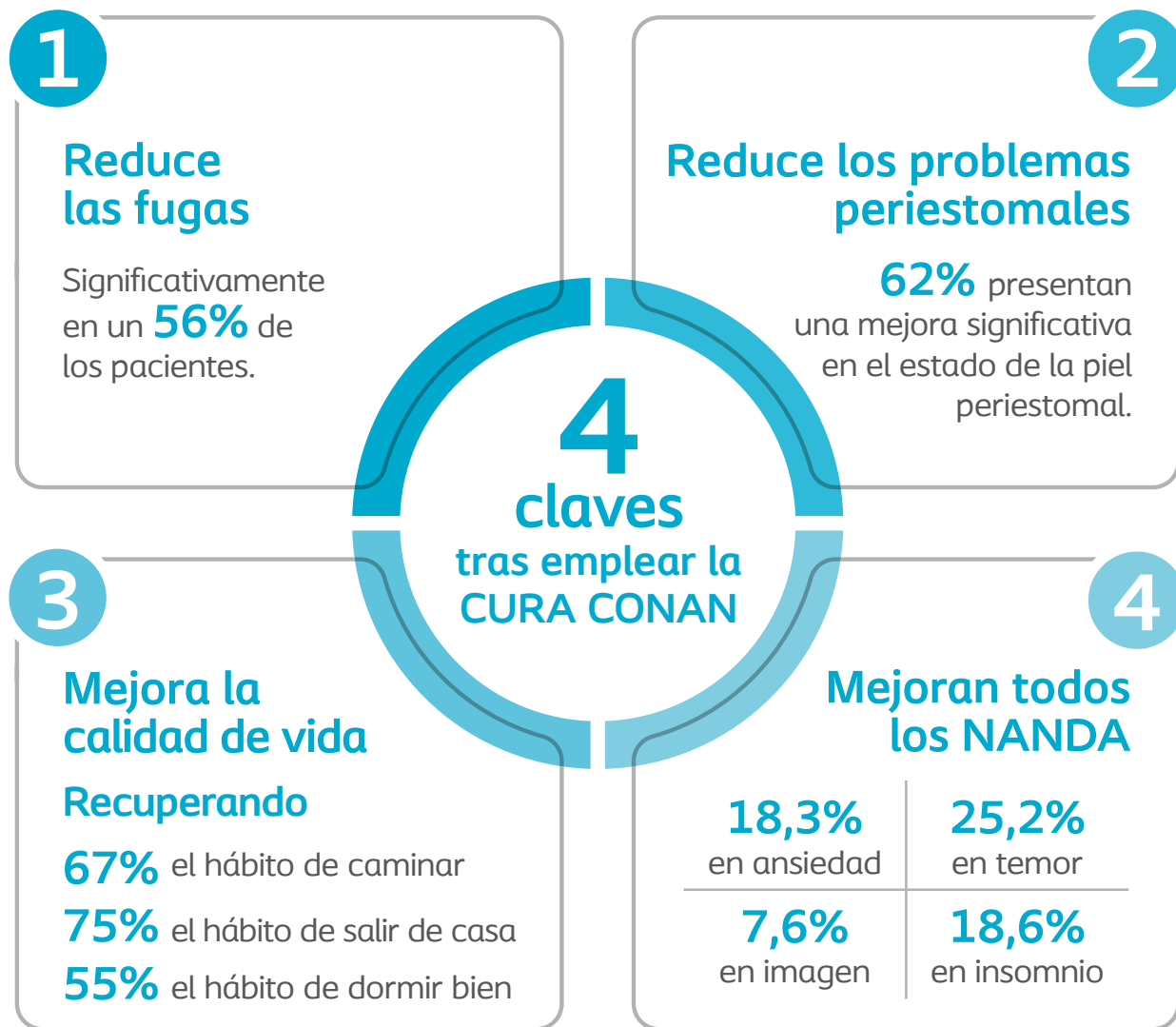
Retrasa las fugas

Protege la piel

La **CURA CONAN** es una técnica innovadora, que pretende ayudar a prevenir las fugas y aumentar el tiempo de uso del dispositivo, consiste en aplicar desde el primer momento de la instauración de una ostomía, una convexidad ligera y un anillo moldeable durante las tres primeras semanas de la realización de la ostomía, independientemente de las características del estoma.

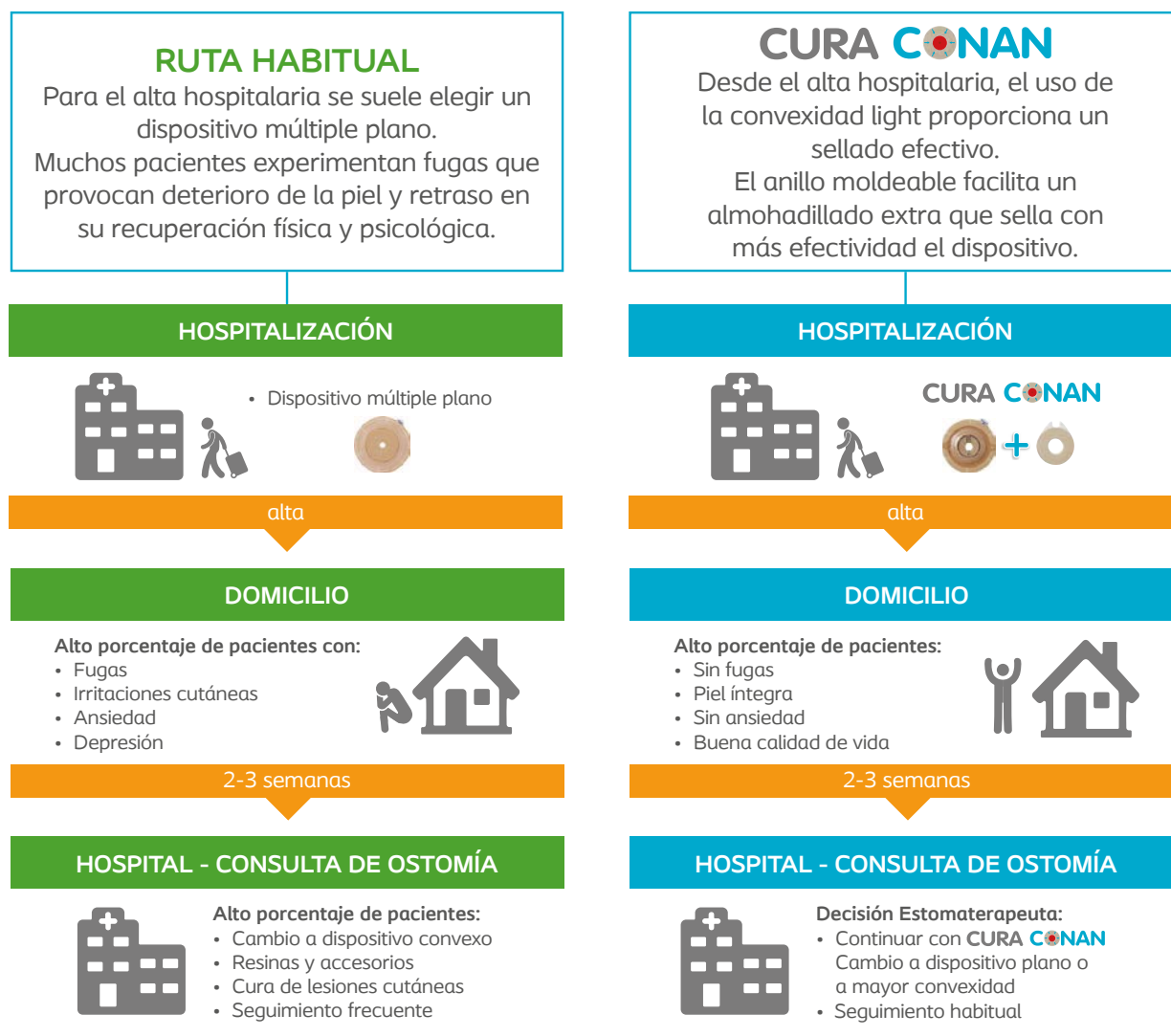
El uso del protocolo **CURA CONAN**, junto con los cuidados de la enfermera estomaterapeuta al alta demostró a las 2/3 semanas que reduce las fugas, reduce los problemas periestomales, mejora la calidad de vida, mejoran todos los NANDA.

Imagen 51 Las 4 claves tras CURA CONAN



Fuente Coloplast

Imagen 52 Ruta habitual vs Cura CONAN



Fuente Coloplast

9.6. Manejo y resolución de complicaciones

9.6.1. Dermatitis periestomal

La incidencia de complicaciones según el estudio realizado por Colwell et al (28) reconocen que la **DERMATIS PERIESTOMAL** es el motivo más frecuente en consultas externas de Estomaterapia.

Según Hellman y Lago las complicaciones en colostomías es un 37% y en ileostomías un 80% (97) y según Ratliff (98) en un estudio realizado el 50% de ellos desarrollaban complicaciones de la piel periestomal.

La **DERMATITIS PERIESTOMAL** tiene un fuerte impacto psicológico y social muy importante por las fugas, siendo una fuga el hecho de que el efluente (heces u orina) entre en contacto con la piel periestomal cubierta por el adhesivo. El 32% de los pacientes ostomizados experimentan fugas diarias /semanales (85).

Algunas estadísticas nos hablan de que el 93% de estos pacientes están preocupados constantemente por las fugas. De forma que: el 28% deja de trabajar, el 45% se levanta de noche, el 35% dejan de viajar, el 45% limita su forma de vestir, el 22% dejan de tener relaciones de pareja, el 32% dejan de hacer vida social y el 35% limitan el ejercicio, todo ello provoca un alto impacto en sus vidas (86).

9.6.1.1. Grado de complicación de la piel periestomal (87)

La dermatitis periestomal puede ser de varios grados, e ir desde maceración, eritema, erosión, abrasión o ulcera.

● Maceración

Se produce cuando hay exceso de humedad, la piel periestomal puede macerarse, al estar así es más sensible a irritación y lesiones en la piel.

Se utilizaría polvos de ostomía, que son cicatrizantes, secantes y tienen

hidrocoloides en su composición, posteriormente Spray barrera. Importante ajustar bien el recorte del disco según perímetro del estoma.

● Eritema

Piel periestomal enrojecida e intacta. Utilizaremos Spray barrera cutánea.

Imagen 53 Eritema periestomal



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

● Erosión

Piel periestomal con lesión abierta extendida al tejido subcutáneo, es decir pérdida parcial del espesor total de la piel.

Aquí se trataría con Conveen Critic Barrier o placa de ostomía

Imagen 54 Erosión periestomal



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

● Úlcera

Lesión con pérdida total de la piel en área periestomal, con tejido fibrinoso y/onecrótico.

Se realizaría cura en ambiente húmedo, alginato ag con placa brava.

Imagen 55 Úlcera periestomal



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

9.6.1.2. Causas de la dermatitis periestomal

Las causas de las dermatitis periestomal pueden ser por:

- Por contacto (Química)
- Mecánica o traumática
- Inmunológica o alérgica.
- Infecciosa.
- Enfermedades de base.

Imagen 56 Tipos de dermatitis periestomal



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

El tratamiento de la dermatitis periestomal está dirigido a tratar la causa que la produjo.

a. **Dermatitis por contacto (Química) (88)**

Se produce por el contacto con el efluente, es muy común en la ileostomía por lo corrosivo de las heces (si se producen filtraciones puede producir maceración, eritemas, erosiones, dolor, prurito e hipergranulación).

También en pacientes portadores de urostomía (puede haber incrustaciones, la orina alcalina asociada a fuga del efluente y la piel periestomal pueden producirlas)

También puede haber lesiones verrugosas, lesiones crónicas por exposición prolongada a heces y orina.

Imagen 57 Dermatitis por contacto



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid 2023

b. Dermatitis mecánica o traumática.

Se produce si se retira los dispositivos de forma brusca o si son cambiados con mucha frecuencia.

Imagen 58 Dermatitis mecánica o traumática (antes y después)



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

c. Dermatitis inmunológica

Es por sensibilidad a algún componente del adhesivo del dispositivo (lanolina, resinas naturales...) no es común (< 0,6%) y llega a producir eczema en la zona del área del dispositivo. Se produce una erupción en la zona expuesta al alergenoy esto produce eritema, picor, erosión. En estos casos se debe realizar pruebas de alergia cutánea (PAC) (89).

Imagen 59 Dermatitis inmunológica



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

d. Dermatitis infecciosa

Lesión de la piel periestomal debido a infección por hongos o bacterias. Es importante determinar el agente causal y administrar el tratamiento específico.

Imagen 60 Dermatitis infecciosa (por bacterias)



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

Puede haber foliculitis, erosiones puntiformes y pústulas. Pueden ser producidos por *estafilococos aureus*, *estreptococo* (90). El tratamiento es tópico u oral.

Imagen 61 Dermatitis infecciosa (foliculitis)



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid 2023

Candidiasis, producido por el ambiente húmedo, puede haber eritema brillante, erosiones y pápulo - pústulas satélite.

El tratamiento sería con antifúngicos tópicos en cada cambio de dispositivo, también fomentos con borato sódico 2%.

e. Por enfermedades de base

Lesiones producidas por enfermedades previas del paciente como psoriasis, enfermedad de Crohn, dermatitis atópica, neoplasia o pioderma gangrenoso.

En pacientes con psoriasis pueden presentar placas rojizas, descamativas blancas.

En personas con dermatitis atópica, presentan placas eritematosas descamativas. Si son agudas presentan vesículas con exudado y si son crónicas presentan placas gruesas liquenificadas.

Las personas con lesiones neoplásicas pueden presentar lesiones que no cicatrizan, pueden tener pólipos, nódulos y fáciles de sangrar.

En pacientes con pioderma gangrenoso, la inflamación está relacionada a enfermedad inflamatoria intestinal. Presentan lesiones ulceradas, dolorosas necróticas con borde eritematoso violáceo (91).

Imagen 62 Dermatitis por enfermedad de base (Pioderma gangrenoso)



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

Tener la piel lesionada hará muy difícil la adherencia de los dispositivos y habrá más riesgos de fugas, y si el paciente está con terapia oncológica los efluentes serán más corrosivos e irritantes, y suelen tener una cicatrización muy lenta (75). Por todo lo expuesto es muy importante la prevención y los cuidados, ya que de ello dependerá su calidad de vida (92,93).

9.6.1.3. Tratamiento de la dermatitis periestomal

El tratamiento estará indicado según la causa que lo provoca.

1. Dermatitis química (94)

Es muy común en la ileostomía por lo corrosivo de las heces y ricas en enzimas proteolíticas, también en las urostomías, porque la orina estancada se alcaliniza y puede cristalizar, lesionando la piel y en los pacientes con tratamiento oncológico porque en los efluentes se eliminan los restos de la terapia que son muy corrosivos.

Cuando hay filtraciones se puede producir maceración, eritema, erosiones, úlceras o incluso infección y se debe a la fuga del dispositivo de ostomía o mal ajuste del adhesivo que se recorta con un diámetro mayor que el del estoma.

La manifestación sería el picor, aunque parezca que el dispositivo está bien pegado. Si se ha recortado un poco más grande el dispositivo, quedando la piel periestomal expuesta al contacto con las heces. Es importante medir el tamaño del estoma para que se recorte a medida.

Imagen 63 Dermatitis química



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

Recomendaciones a seguir:

- Si tiene picor, escozor por debajo del disco retírelo, ya que sea probable porque haya filtración, a veces puede haber picor por excesiva transpiración en la piel que rodea al dispositivo sin que este sea por contacto con el efluente.
- Compruebe que el disco esté exactamente recortado a medida.

- Si está utilizando dispositivos de una pieza, hay que cambiarlo a dispositivos múltiples (de dos o tres piezas) que permitan el reposo de la piel periestomal y también hace mas más presión alrededor del estoma, teniendo así más resistencia a las fugas.
- Utilice anillo, resina moldeable o pasta para mejorar el sellado del disco.
- Aplique Spray barrera cutánea en piel periestomal.
- Si las fugas son porque el estoma se ha aplanado o este algo hundida, utilice dispositivos convexos, recuerde utilizar con anillo moldeable, resina o pasta selladora para mayor efectividad.
- Utilizar polvos de ostomía en casos de dermatitis periestomal leve - moderada, por su alta capacidad de absorción, y reduce la humedad que puede interferir en la adherencia del disco. Se utiliza después de la limpieza de la piel periestomal y habiéndola secado, se aplican los polvos en la piel irritada dejar que se absorba, después retirar el polvo sobrante con un pañuelo de papel, aplicar Spray barrera cutánea, dejar secar y posteriormente poner el disco adhesivo.
- En casos de piel irritada moderada a grave se utiliza crema barrera (conveen critic barrier). Una vez que este la piel periestomal limpia y seca, se aplica una pequeña cantidad de crema en la zona irritada, dejar que se absorba y luego retirar el exceso con un pañuelo de papel, aplicar Spray barrera, dejar secar unos segundos antes de colocar el disco.
- En casos de dermatitis severa se utiliza placa protectora brava, esta permite que la piel periestomal se regenere, son altamente protectores y muy absorbentes. Se colocará, bajo supervisión de su enfermera estomaterapeuta.

Imagen 64 Tratamiento de dermatitis química



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023 y Coloplast

2. Dermatitis traumática (95)

La dermatitis traumática se produce al retirar el dispositivo de forma brusca, recuerde que **la piel del paciente en tratamiento oncológico es más fina y frágil**, debemos evitar traccionar con fuerza.

- Retire los dispositivos con Spray elimina adhesivo. A medida que va despegando el adhesivo debe ir sujetando la piel con la otra mano.
- Si está utilizando dispositivos de una pieza pase a dispositivos múltiples.
- Se puede usar como medida preventiva el Spray barrera cutánea y los polvos de ostomía.
- Si tiene dermatitis periestomal utilice crema barrera conven protact, o conven critic si está muy irritado, se aplica una pequeña cantidad, se deja absorber y luego se retira el exceso.
- También se puede utilizar la placa de ostomía si fuera necesario.

Imagen 65 Tratamiento de dermatitis traumática



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023 y Coloplast

3. Dermatitis infecciosa o micótica

Los pacientes ostomizados en tratamiento oncológico tienen su sistema inmunológico disminuido, por lo cual son más sensibles a infecciones.

En las dermatitis infecciosas o micóticas, dependiendo del agente causal, se aplicará el tratamiento tópico necesario.

Se realizará la limpieza habitual y se curará la piel periestomal. Se aplicará tópicamente pomada antibiótica o antimicótica si fuera necesario, según prescripción, se dejará que absorba la piel unos minutos, posteriormente se retira, solo quedará lo absorbido por la piel.

Si la lesión es exudativa se realizará cura con alginato o alginato ag y placa de ostomía para que aisle la cura y se coloque el dispositivo que necesite.

Imagen 66 Tratamiento de dermatitis infecciosa



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023 y Coloplast

4. Por enfermedades de base

Lesiones neoplásicas o recidivas tumorales, la presencia de estas lesiones es poco frecuente. Si se presentan, el cuidado del estoma se complica por la dificultad de adaptación y adherencia del dispositivo.

Hay presencia de pólipos, nódulos, heridas de la piel periestomal que no curan con el tratamiento convencional. Las lesiones son de fácil sangrado, esto puede llevar a dificultar el sellado. También puede haber dolor, exudado aumentado de la herida (96). En lesiones neoplásicas, el tratamiento sería crioterapia en lesión superficial, escisión quirúrgica y ubicar el estoma en otra zona, radioterapia en tumores que no se pueden operar, control del dolor y gestión del exudado con: polvos de ostomía, pasta y arco de sujeción.

9.6.2. Dermatitis por déficit nutricional (111)

La malnutrición afecta a un porcentaje alto de pacientes oncológicos (entre un 30 y un 87% según qué estadísticas se consulten) y se define como un aporte nutricional insuficiente mantenido en el tiempo.

Las causas por las que se puede estar recibiendo aporte insuficiente de nutrientes son múltiples: por el tratamiento, por un déficit en la ingesta o absorción, por un aumento en los requerimientos energéticos asociados al tumor, así como por un aumento en la pérdida de nutrientes.

El problema de la malnutrición es que se asocia con un mayor porcentaje de complicaciones, entre ellas diversas manifestaciones cutáneas, si el déficit es múltiple las manifestaciones también serán variadas.

Así si se tiene déficit severo de Vitamina A: Aparecerá la piel seca, de Vitamina B3 puede padecerse dermatosis y diarrea, de Vitamina C producirá sangrado o equimosis en piel, o retraso en la cicatrización de las heridas, con déficit de B2 lesiones descamativas al igual que por la falta de ácido fólico.

En casos avanzados de enfermedad oncológica, el déficit extremo de aporte de nutriente se asocia a alteraciones cutáneas en "copos de pintura" consistentes en descamación en parches de piel hiperpigmentada más marcado en áreas de fricción y predisposición a la infección.

Como prevención el paciente:

- Acudirá a un especialista en nutrición ya desde el momento del diagnóstico de la enfermedad.
- Si existe pérdida del apetito consultar con oncólogo, pues existen sustancias estimulantes del mismo como ciproheptadina o pizotifeno.
- Utilizará bolsas de alto débito si presentase diarrea con volumen de pérdida importante de heces.
- Acudirá a la enfermera estomaterapeuta si tiene dificultades con la adhesión del dispositivo a causa de la dermatosis.

9.6.3. Úlceras (111)

Son lesiones de la piel o de la mucosa del estoma, pueden tener su origen en cuidados inadecuados de la ostomía por el uso de dispositivos que ejercen presión sobre la piel o la mucosa, infecciones de la piel periestomal o recidivas tumorales.

En el paciente oncológico se puede presentar la xerosis cutánea, o piel seca, consiste en el aumento de la sequedad de la piel y/o mucosas, que en ciertos casos puede ser muy intensa y adquirir aspecto eccematoso.

Este desequilibrio entre el contenido de agua cutáneo y aumento de pérdida puede ser producto de la enfermedad o por el tratamiento oncológico.

La deshidratación provoca pérdida del brillo cutáneo y de la elasticidad, así como descamación de las células superficiales de la piel, pudiendo originar heridas y fisuras ante mínimos roces.

También la piel puede ulcerarse porque la tumoración haga diseminación a distancia o porque la zona esté sometida a una presión mantenida por un dispositivo inadecuado, que ejerce demasiada presión sobre la piel, ya frágil por el tratamiento.

Como prevención, el paciente:

- Usará jabones de pH similar al cutáneo 5 a 5.5, evitando sustancias detergentes con pH básico.
- Frotará la piel cuidadosamente con esponja suave y secará a pequeños toques.
- Tras el baño con agua tibia, se aplicará sustancias oclusivas restauradoras que formen una barrera que disminuya la evaporación del agua y que mantenga la propia función barrera de la piel, como las que contienen silicona como Brava Spray Barrera Cutánea o Brava Toallitas Barrera Cutánea.
- También cremas hidratantes específicas para ostomizados como Brava Crema Barrera Cutánea, que hidrata la piel y si está irritada la calma, así como el picor cutáneo que muchas veces es consecuencia de la sequedad de la piel por los tratamientos.
- Utilizará dispositivo adecuado a las características del estoma, realizando un ajuste adecuado a su medida y sin exceso de presión.

Como tratamiento de enfermería (97):

- Se favorecerá la cicatrización por segunda intención desbridando previamente la úlcera.
- Aplicar Biatain, apósito hidropolimérico para cicatrizar y controlar el exudado o Biatain Plata, apósito antibacteriano para controlar la infección.
- Puede utilizar fulguraciones con nitrato de plata para regular el crecimiento del tejido de granulación.
- La cura se realizará cada 48h, vigilando su evolución.
- Se escogerá un dispositivo de 2 piezas y disco adhesivo preferiblemente plano para evitar el exceso de presión.

Imagen 67 Úlcera



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

9.6.4. Hiperplasia epitelial o hiperqueratosis (112)

Es una complicación que se presenta en las urostomías y que consiste en la incrustación de cristales de fosfato de calcio, fosfato de magnesio o ácido úrico que afecta de manera parcial o total al estoma y piel periestomal.

Se puede presentar como lesiones abultadas en la piel periestomal por la acumulación de cristales y dificulta la adherencia del disco, y puede provocar dolor por irritación, estenosis y sangrado.

Su causa es la infección urinaria de repetición, contacto persistente de la piel periestomal con la orina, y un pH de orina alcalino.

Como prevención, el paciente:

- Realizará una adecuada higiene del estoma y piel periestomal, con agua tibia a la que le haya añadido unas gotas de vinagre.
- Aplicará Brava® Spray Barrera Cutánea para proteger la piel del posible contacto con la orina.
- Tendrá un aporte adecuado de líquidos 1.5-2 litros /día.
- Dieta rica en vitamina C para acidificar la orina.
- Estará atento a la posible aparición de infección urinaria.
- Aplicará el dispositivo de ostomía adecuado para evitar las fugas de orina, de 2 piezas para evitar cambio frecuente y sellando el estoma con Coloplast Pasta o Brava Anillo Moldeable si fuera preciso, y cambiando la bolsa cada 24h.

9.6.5. Dehiscencia / desinserción

Entre las complicaciones precoces (antes del 1º mes postoperatorio) encontramos la dehiscencia mucocutánea, que suele producirse en la primera semana del postoperatorio con signos inflamatorios. Se define como la separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel periestomal, que puede afectar a una parte o a toda la circunferencia del estoma, lo que a su vez supone un factor de riesgo que predispone a la estenosis del estoma, causando, además, dificultad para adaptar el dispositivo, aumenta el dolor y el temor del paciente, que ve complicado el manejo del estoma y sus autocuidados.

Encontramos varias causas que motivan la dehiscencia, aquí mencionaremos las que pueden darse en el paciente oncológico como puede ser el déficit nutricional por la propia enfermedad del paciente y/o su tratamiento, lo que condiciona la buena cicatrización mucocutánea, lo mismo que con la complicación séptica del estoma.

La incidencia de la dehiscencia mucocutánea se encuentra entre el 7% y el 25% de los pacientes.

Como prevención, el paciente:

- Acudirá a un especialista en nutrición desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, para llegar en las mejores condiciones posibles a la cirugía.

Como tratamiento de enfermería:

- Cuando la dehiscencia es total, en la mayoría de los casos es necesario volver a suturar en el quirófano.
- Enfermería deberá centrarse en evitar las fugas y favorecer la cicatrización por 2º intención.
- Los materiales elegidos serán:
 - 】 Spray barrera cutánea Brava para la piel periestomal (crea una fina capa de silicona reduciendo problemas cutáneos asociados a fugas)
 - 】 Polvo hidrocoloide dentro de la separación mucocutánea (reduce la irritación de la piel asociada a la piel húmeda, absorbiendo la humedad para mantener la piel seca y permitiendo que la barrera se fije mejor)
 - 】 Pasta hidrocoloide (rellena las cavidades y pliegues creando un sellado entre el disco y la piel para minimizar las fugas.
 - 】 Para cura por 2ª intención también podría utilizarse Brava Anillo Moldeable de hidrocoloides y polímeros para realizar un sellado perfecto del disco a la piel favoreciendo la cicatrización.
 - 】 Dispositivo convex de 2 piezas y con cinturón elástico para mayor seguridad y adaptabilidad.
 - 】 La cura se renovará cada 48h.

En dehiscencias aparecidas de forma tardía o tras el alta hospitalaria de una colostomía con heces sólidas, se puede valorar la posibilidad de realizar la irrigación periódica del estoma para facilitar la cicatrización, enseñando al paciente para que la realice de forma autónoma.

Imagen 68 Dehiscencia



Fuente Elaboración propia Poma AM. [fotografía]. Madrid, 2023

9.7. Dispositivos específicos: bolsas de alto débito

"Las ostomías están sujetas a la aparición de multitud de complicaciones postquirúrgicas en aproximadamente la mitad de los pacientes. Una complicación que está poco identificada es el alto débito por la ostomía" (98).

Si bien durante los primeros días tras la realización de una ostomía, normalmente hay un aumento de efluente, éste disminuye rápidamente por la "adaptación intestinal".

Cuando esta adaptación falta o precisa de un largo tiempo, los pacientes se enfrentan al desafío de controlar las grandes pérdidas que pueden llevar a un estado de deshidratación crónica.

En estos pacientes ostomizados comienzan a aparecer grandes pérdidas de agua, sodio y magnesio, así como desnutrición y pérdida de peso a largo plazo.

Este evento se conoce como ostomía de alto débito y en algunos estudios ha sido identificado como precursor de deshidratación y disfunción renal (99).

Los estomas normales tienen un débito que varía entre 500-1000 ml diarios en las ileostomías y los casos en los que se exceden los 2000 ml durante más de 24h o débitos mayores de 1000-1200 ml mantenidos durante 3-5 días se definen como alto débito (113).

Según Velasco Jiménez, & Parajó (2014) observaron que un 16% de los pacientes ileostomizados, tienen en las 3 primeras semanas de hospitalización débitos altos (> 2.000cc/24h) con deshidratación, hipomagnesemia y desnutrición (99).

La ostomía de alto débito se identificó como la segunda complicación más prevalente asociada a los estomas. El alto débito está claramente asociado a una alta morbilidad: Insuficiencia Renal en el 50% de los pacientes y alteraciones electrolíticas en el 100% (98).

Existen pocos registros en lo relativo a las ostomías de alto débito y el conocimiento acerca de su impacto en la evolución de los pacientes es escaso. Por ello, la identificación y el abordaje farmacológico y nutricional adecuado de las mismas podría contribuir a evitar sus complicaciones, atenuar su gravedad, disminuir el impacto sobre el paciente y reducir el gasto sanitario (98).

9.7.1. Complicaciones nutricionales del alto débito

- Desnutrición calórica y pérdida de peso. La malabsorción de nutrientes y la diarrea provocan pérdidas de masa corporal paulatina, incluso aunque el paciente reciba una dieta hipercalórica.
- Déficit de la vitamina B12: su absorción se limita al íleon, una resección de íleon de más de 60 cm llevará a su déficit, pudiendo ocasionar en los pacientes anemia perniciosa o megaloblástica.
- Mala absorción de sales biliares: la resección de más de 100 cm lleva a una mala absorción grave de estas sales, aumentando la diarrea (100).

El manejo primario de las ostomías de alto débito consiste en la identificación de la causa y su tratamiento. La detección de la causa no es fácil, solo suele identificarse el 50 %.

En un estudio publicado que recoge los factores que afectan al desarrollo de las ostomías de alto débito, destacan la edad, la presencia de cáncer y la aplicación de quimioterapia o radioterapia neoadyuvante como variables estadísticamente significativas (100).

9.7.2. Recomendaciones en el manejo de ostomías de alto débito (100)

- Es importante que el paciente reconozca los síntomas de una deshidratación: mareo, sed, disminución de la micción, boca seca, debilidad y espasmos musculares.

- Que sea capaz de vigilar el volumen de débito del estoma.
- Se debe evitar la ingesta de líquidos durante las comidas, ya que acelera el tránsito intestinal.
- Puede ser recomendable un aumento del contenido de sal en las comidas para favorecer la reabsorción de los fluidos.
- En la fase aguda del alto débito:
 - 】 -El volumen total de fluidos debe limitarse a 500-1000 ml al día-
- Evitar la ingesta de bebidas hipotónicas, té, café, alcohol y zumos de fruta.
- Importante proporcionar a los pacientes ingesta de suero oral, como la ideal por la OMS (2,5 g ClNa, 1,5 g ClK, 2,5 HCO₃Na, 1.5 g azúcar y 1L de agua)
- Es frecuente el uso de antidiarreicos como la loperamida o codeína, está demostrado que reducen en un 50% los débitos estomiales, pero difícilmente alcanzan un equilibrio hidroelectrolítico en los pacientes.

9.7.3. Dispositivo recomendado

En cuanto al tipo de dispositivo recomendado para el alto débito, lo recomendable es la utilización de dispositivos de 2-3 piezas, con una mayor capacidad y con una apertura inferior para su vaciado.

Los hay pensados para utilizar durante el día y con una mayor capacidad para la noche.

Imagen 69 Bolsas de alto débito

Bolsa abierta de 3 piezas, de día y noche

Bolsa de 3 piezas de día (Magnum)

- Bolsa de 1080 ml
- Filtro de alta eficacia
- Amplio canal de vaciado
- Válvula anti-reflujo
- Aumenta el confort



Bolsa Abierta de noche 2000 ml

- Bolsa graduada de 2000 ml con cuello de gran longitud
- Filtro de alta eficacia
- Tela sin tejer en parte superior



Fuente Coloplast

10. Recomendaciones generales

La alimentación y nutrición es un aspecto importante en nuestras interacciones sociales y la forma en que celebramos las tradiciones familiares, las festividades y las identidades culturales y nacionales. Cualquier persona que tenga una ostomía se realiza preguntas sobre su alimentación y si la ostomía afectará a la capacidad de absorción y digestión de los alimentos que consume en su organismo.

Tener una ostomía no significa renunciar a disfrutar de una buena comida. Una alimentación sana y variada juega un papel importante en la recuperación postquirúrgica, así como en su salud al alta. A menudo, cuando las personas se someten a una cirugía, ya están desnutridas por años de enfermedad activa, por lo que es común el temor o la confusión acerca de una alimentación saludable. En este apartado abordaremos los aspectos más importantes en cuanto a este tema para los pacientes ostomizados.

10.1. Nutrición e hidratación

Una buena y eficaz digestión comienza por una buena masticación de los alimentos, si esto no se produce pueden aparecer restos sin digerir en la bolsa de ostomía (31).

Además de masticar bien si hacemos una correcta hidratación, también evitaremos que el estoma sufra un bloqueo estoma.

Podremos cambiar la textura de la alimentación y eliminar ciertos alimentos según los problemas que puedan causar.

Educaremos al paciente para que conozca las nuevas pautas de alimentación según sus necesidades, teniendo en cuenta que el objetivo final es que la persona ostomizada tenga cuanto antes a una alimentación saludable sana y variada, incluyendo todos los alimentos para garantizar al organismo una ingesta correcta de nutrientes, si bien es cierto que debemos enseñarle algunas restricciones que deberá tener presentes sólo al principio (116). Estas restricciones dietéticas variarán dependiendo del tipo de ostomía.

Es importante además, monitorizar las posibles deficiencias en hierro, magnesio, grasa, ácido fólico y vitamina 12, o las posibles pérdidas de sodio y agua en las ileostomías (67).

Como recomendaciones generales para las personas ostomizadas serán las siguientes (116,117):

- Evitar las comidas copiosas, ideal entre cuatro y seis comidas diarias con un horario regulado, masticando despacio y en un ambiente relajado.
- Cocinar de manera sencilla evitando fritos, guisos muy condimentados y rebozados, alimentos preparados preferiblemente a la plancha, hervidos o al vapor.
- Reposar sentado tras terminar de comer al menos media hora para facilitar la digestión.
- Consumir un mínimo de un litro y medio de agua, incluyendo infusiones, caldos.
- Introducir las verduras progresivamente, cocidas y en pequeñas cantidades. Las mejor toleradas son el calabacín, berenjena, acelgas y vainas.
- Cuidar el peso evitando las variaciones bruscas, ya que un aumento o disminución brusca puede alterar el estoma y la zona periestomal.
- Conocer alimentos que producen gases: col, legumbres, chocolate...
- Conocer los alimentos que no se digieren completamente: frutos secos, lechuga, apio...
- Identificar los alimentos que producen olor más intenso: cebolla, ajo, espárragos, cerveza...
- Conocer los alimentos que pueden diluir las heces: picante, bebidas con cafeína, bebidas alcohólicas.

- En caso de heces líquidas o diarrea: deberá tomar alimentos astringentes: arroz, zanahoria o patata cocida, plátano, pan blanco, manzana asada, yogurt natural, zumo de limón, carne y pescado a la plancha. También deberá beber abundantes líquidos con el fin de evitar la deshidratación (infusiones, bebidas isotónicas...) frecuentemente y en pequeñas tomas. En este caso sería recomendable usar dispositivos de dos piezas y con la bolsa abierta, con el fin de evitar realizar cambios excesivos de bolsa ocasionando irritación en la piel periestomal.
- En caso de estreñimiento: se aconsejarán alimentos ricos en fibra: verdura, fruta, salvado de trigo, cereales ricos en fibra, pan integral, pasas, kiwis, dátiles y ensaladas. Se deberá ingerir abundante agua y realizar ejercicio físico suave frecuentemente.
- En caso de malos olores o gases: es importante que el paciente aprenda a reconocer que alimentos los provocan. También sería conveniente conocer los alimentos que hacen que el olor disminuya: requesón, cuajada, yogurt, mantequilla y perejil.
- Evitar consumo alcohol y tabaco, puesto que puede causar déficits nutricionales ya que disminuyen el apetito e interfieren en la absorción de otros nutrientes tales como el ácido fólico, vitamina B12(118).
- Importante vigilar el consumo de cafeína, puesto que puede incrementar el contenido de ácido en el estómago y aumentar el tránsito intestinal(118)
- Aconsejaremos las 4- 6 semanas post-cirugía, una dieta pobre en residuos y fibra, ya que ayuda a restablecer el tránsito intestinal tras la intervención y dichos alimentos son más fáciles de digerir, producen menos grasas, ayudan con la diarrea, con los calambres abdominales y obstrucción intestinal(117)
- Es importante tener en cuenta que una vez pasado ese periodo de tiempo, las personas ostomizadas no han de seguir dieta distinta al resto de personas, como cualquier ser humano han de llevar a cabo una dieta sana y equilibrada(117)

10.2. Alimentación en ileostomías

Los pacientes portadores de una ileostomía son el desafío nutricional más importante.

La alimentación va a ser fundamental para conseguir una correcta nutrición, evitar aparición de complicaciones y prevenir la deshidratación.

Para evitar la deshidratación, disminuir la pérdida de agua y sales, reducir el volumen de heces y aumentaremos la consistencia(116,118) por eso, la ingesta hídrica debe ser de 1,5l a 2l, en pequeñas cantidades a lo largo del día, aconsejando no hacerlo durante las comidas, sobre todo en los casos de alto débito. Recomendaremos esperar 30 min antes o después de las comidas. Si deshidratación, importante recomendar preparados con suero oral(116).

Deberá realizar comidas frecuentes y poco copiosas(119).

Repartir las comidas en 6 tomas: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y post cena(67).

Las verduras de fibra larga (espinacas, borraja, acelga, cardo, espárragos...) no se digieren en el intestino y pueden formar bolas que obstruyan salida estoma causando obstrucción, por eso han de cortarse con un cuchillo a pequeños trozos, tanto si se consumen crudas como cocidas.

Evitar café, zumos de frutas o bebidas carbonatadas debido a su efecto laxante.

Si no hay contraindicación condimentar alimentos con sal, puesto que a través heces se pierden sales minerales. Puede cocinar con ajo y cebolla(67).

Al alta, se recomienda una dieta sin fibra, baja en grasas y azúcares, entre 6-8 semanas y cuando las heces sean más compactas podrá ir introduciendo alimentos y ver tolerancia(116)

En relación al consumo de fibra, si el paciente presenta diarrea desaconsejar la toma de alimentos ricos en **fibra insoluble** y recomendar alimentos ricos en **fibra soluble**, como la manzana sin piel, plátano, membrillo, cítricos sin piel, fresas, las legumbres sin piel, la harina, los copos de avena, la patata, la zanahoria, la batata, el boniato y el arroz blanco(119).

Tabla 4 Tipos de alimentos

Alimentos que espesan las heces	Alimentos que diluyen las heces
Compota de manzana Salvado y copos avena Patatas Mantequilla de cacahuete Galletitas saladas Arroz Tapioca Plátano Pasta Pan Queso fresco con membrillo	Alcohol (cerveza, vino licores) Zumo ciruela Legumbres Comidas picantes Caramelos regaliz negro Chocolate Bebidas con cafeína

Fuente Elaboración propia

Tabla 5 Tipos de alimentos

Alimentos que aumentan olor heces	Alimentos que disminuyen olor heces
Ajo Pescado azul Espárragos Huevos Repollo	Yogur Perejil Jugo de arándano Mantequilla Jugo naranja

Fuente Elaboración propia

10.3. Alimentación en colostomías

Las personas con una ostomía del colon descendente o sigmoidal las heces serán sólidas, si es transversa serán las heces semiblandas y si es ascendente, las heces serán líquidas. mientras que si la ostomía se ha efectuado en el colon ascendente o derecho. La más comunes son la sigmoidea en las que las heces serán sólidas (68).

Recomendamos una ingesta de comidas frecuentes y poco copiosas(119). Mantener un horario regular de comidas. Aconsejaremos comer despacio y en un ambiente tranquilo. Masticar bien. Preparar platos sencillos y evitar muy elaborados, fritos, rebozados para evitar digestiones pesadas. No tumbarse tras las comidas, es conveniente reposar sentado 30 min. Salvo contraindicación se recomienda tomar 1,5 litros de líquidos al día. La flatulencia, producción excesiva de gases o heces malolientes y pueden producirse.

Tabla 6 Tipos de alimentos

Alimentos que PRODUCEN GASES (a evitar inicialmente)	Bebidas carbonatadas, legumbres (judías blancas, garbanzos), espárragos, verduras tipo coliflor, brócoli, coles de Bruselas,
Alimentos que AUMENTAN el mal olor de las heces (a evitar inicialmente)	Ajo, cebolla, col, guisantes, legumbres (judías blancas, garbanzos), espárragos, huevos, pescado azul, y condimentar mucho las comidas
Alimentos que REDUCEN el mal olor de las heces	Yogur, cuajada, requesón, mantequilla (tomar solo ocasionalmente) y perejil.
Alimentos que PRODUCEN GASES (a evitar inicialmente)	Bebidas carbonatadas, legumbres (judías blancas, garbanzos), espárragos, verduras tipo coliflor, brócoli, coles de Bruselas, repollo.

Fuente Elaboración propia

Evitar estreñimiento(119):

- Bebiendo abundantes líquidos.
- Realización de ejercicio.
- Incorporar alimentos ricos en fibra.

10.4. Dieta en urostomías: derivación de bricker

La realización de una urostomía no varía la función renal y no comporta grandes cambios en la dieta del paciente, si bien es aconsejable que conozca los alimentos que acidifican o alcalinizan la orina.

Salvo contraindicación el PH orina ha de mantenerse ácido.

Los vegetales y las frutas alcalinizan la orina, las carnes y los cereales tienden a acidificarla(120).

Tabla 7 Tipos de alimentos II

Alimentos que alcalinizan la orina	Alimentos que acidifican la orina
Lácteos Albaricoque, naranja. Zanahoria, espinacas y lechuga. Todas las verduras en general, excepto el tomate. Algas.	Carne Cereales Queso curado Pescado Chocolate Huevo Azúcar Jugo de arándanos y suplementos de vit. C. Café, té, cacao, vino y miel.

Fuente Elaboración propia

Es aconsejable que:

El paciente portador de una urostomía debe beber unos 2.500 ml diarios para estimular la diuresis, preferiblemente bebidas no alcalinizantes: agua mineral, caldo, zumo de ciruela o arándano, té y cítricos.

Es importante el diagnóstico y tratamiento precoz de las infecciones vías urinarias(120). Sabrán identificar aquellos alimentos que aumentan o inhiben olor y los gases(24).

Tabla 8 Tipos de alimentos III

Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:	Alimentos que inhiben el olor:
Legumbres Cebollas y ajos Col y coliflor Frutos secos Espárragos y alcachofas Pescado azul Huevos Cerveza y bebidas con gas Especias	Mantequilla Yogurt Queso fresco Perejil
Alimentos que se digieren de forma incompleta:	Alimentos recomendados en caso de estreñimiento:
Aceitunas, apio, champiñón, espinacas, Lechuga, repollo, guisantes y pepino. Frutos secos (nueces, avellanas) Piña Palomitas de maíz Zanahorias	Verduras Ensaladas Frutas: kiwi, naranja. Zumos Pan y cereales integrales Fruta seca
Alimentos recomendados en caso de diarrea:	
Pasta, arroz, zanahoria cocida. Pescado o pollo a la plancha. Zumo de limón, plátano y manzana rallada. Leche sin lactosa Pan blanco.	

Fuente Elaboración propia

10.5. Estilo de vida

En este apartado abordaremos los distintos aspectos del estilo de vida, ya que los pacientes portadores de una ostomía deben asumir un cambio radical en su vida, debiendo aceptar y adaptarse a una nueva condición física y psíquica. La enfermera constituye un profesional fundamental para apoyar al paciente ostomizado para lo cuales fundamental entender sus hábitos, costumbres, forma de vida, percepciones y actitudes en relación a los demás, sentimientos y emociones, en definitiva, su estilo de vida y adaptarlo a esta nueva situación.

10.5.1. Vestuario

Es importante transmitirles que no han de cambiar su forma de vestir.

Como precaución, no han de llevar ropa demasiado ajustada, ni cinturones que pudieran oprimir el dispositivo y el estoma(71).

Se puede sustituir el cinturón si le oprime, por unos tirantes.

Es recomendable el uso de fajas, 4-6 semanas tras la cirugía para evitar hernias futuras(24).

No deben renunciar a ir a la playa o piscina, dado que los dispositivos son resistentes al agua salada y el cloro y además son discretos. Los hombres encontrarán con facilidad bañadores que les disimule el dispositivo y las mujeres podrán hacerlo con bañadores de una pieza o bikinis con bragueta alta(24) .

Actualmente hay distintas alternativas y opciones como las que ofrecen distintas páginas web sobre bañadores y ropa íntima para ostomizados, con un amplio abanico de productos.

Imagen 70 Prendas terapéuticas para ostomías



Fuente Coloplast

10.5.2. Actividad laboral

Volver a la vida laboral es parte de la recuperación de la vida normal. Un estoma no le impedirá reincorporarse, de hecho, será parte del proceso de volver a la normalidad. Un paciente independiente, con seguridad en sí mismo, con un buen manejo de su estoma, querrá retomar su vida diaria cuanto antes, por ello nuestros esfuerzos deben estar dirigidos a facilitar el regreso a lo cotidiano cuanto antes. Tendremos en cuenta que(24):

- Puede haber limitaciones a la incorporación al trabajo, porque tras la cirugía se encuentre más cansado y precise de algunos meses para recuperarse y quizás deba incorporarse de forma paulatina.
- No se deben realizar actividades que supongan esfuerzos sobre la musculatura abdominal, como por ejemplo levantar o mover pesos, si eso forma parte de su desempeño laboral quizás debería plantearse un cambio.
- Es recomendable tener en el trabajo un repuesto del dispositivo completo por si es preciso cambiarse.

10.5.3. Deportes y viajes

Ser portador de una ostomía no exime de la práctica de actividad física, al contrario, ya que la práctica de la misma aumenta el bienestar físico y fomenta las relaciones. Es necesario comenzar la práctica de forma progresiva. Importante saber que aquellos deportes que requieran un gran esfuerzo abdominal o que su práctica pueda causar una lesión directa sobre el estoma están desaconsejados (68).

Les daremos las siguientes pautas:

- Pasados tres meses de la cirugía pueden iniciar el deporte.
- Comprobar que el dispositivo está bien adherido y vaciar la bolsa antes de practicarlo.
- En aquellos deportes considerados de riesgo, se debe proteger el estoma con una faja.
- Si el paciente es portador de una ileostomía o urostomía ha de ingerir abundantes líquidos antes de la práctica deportiva.
- Si existieran hernias, estaría contraindicado (68).

10.5.4. Viajes y desplazamientos:

Los portadores de ostomías les preocupa el tema de viajar y hay que explicarles que es totalmente viable hacerlo. Se debe planificar el suministro de dispositivos y accesorios, llevando por duplicado lo que utilizaría en su domicilio. Localizar donde va y comprobar la existencia de posibles establecimientos para comprar recambios (68). En los viajes largos, los portadores de una urostomía pueden conectar una bolsa de pierna. En todos los viajes es recomendable llevar un maletín para realizar los recambios de dispositivos con las placas ya recortadas, sobre todo si el viaje es en avión ya que no podrá usar tijeras, y varias bolsas y toallitas específicas de ostomías y accesorios como moldeables y/o pastas, en definitiva, un pequeño neceser con los materiales de uso habitual (24).

a) Desplazamientos en coche:

Recordarle que está obligado a llevar puesto el cinturón de seguridad, que este hay que colocarlo de tal forma que no comprima el estoma y que el contenido pueda deslizarse hacia la bolsa (24).

Que existen en el mercado protectores de cinturón utilizados por las mujeres embarazadas o pinzas de regulación de la extensión (24).

b) Desplazamientos en avión o al extranjero:

Para desplazamientos de muy larga duración es mejor ponerse en contacto con la casa comercial de su dispositivo para saber la referencia del producto al país al que viaja por si tuviera que adquirirlo allí. No debe facturar todos los dispositivos con su equipaje, es mejor llevar algunos en su equipaje de mano. Solicitar documentación médica que indique la necesidad de llevar los dispositivos consigo (24). Para su confort y tranquilidad cambiar la bolsa justo antes de subir al avión. Es frecuente la diarrea del viajero, porque cuando uno está fuera de casa se altera la dieta, aunque también puede ser debido a los cambios en el agua o el clima, por eso se recomienda no comer frutas o verduras con piel sin lavar o hielo local. Se recomienda beber agua embotellada (68).

10.5.5. Impacto psicológico y apoyo emocional

Cuando hablamos de personas ostomizadas, generalmente lo hacemos desde el punto de vista quirúrgico, olvidándonos de aspecto bio-psicosociales que la intervención produce en la persona(65,68).

Ante la nueva situación la persona podrá experimentar nuevos estados emocionales que no son más que mecanismos psicológicos de defensa y casi siempre inconscientes: negación, protesta, tristeza, aceptación, ira .

Los estudios muestran que, desde hace ya muchos años, que existe una relación entre el estoma y un impacto negativo en la calidad de vida, generando situaciones de estrés, de ansiedad, depresión y pérdida de relaciones sociales. También se ha visto que el diagnóstico influye; la reacción será mejor en los pacientes oncológicos ya que ven el estoma como la cura de la enfermedad(68).

Es fundamental observar y tratar al paciente desde el punto de vista psicológico ya que tras la intervención y la modificación de su imagen corporal va a ser importante.

Existe una estrecha relación entre la aceptación del estoma y la actitud que muestra la familia, sobre todo la de la pareja(68).

Las intervenciones de enfermería se interesan básicamente por la mejora en la calidad de vida del ser humano, sus necesidades constituyen el eje sobre el que gira toda la dinámica de la atención(68,121).

La expectativa que se le presenta a una persona que va a ser ostomizada, es la de angustia ante:

- La intervención a realizar (anestesia, dolor, etc.).
- Diagnóstico y las perspectivas de vida que se le presentan, que contribuyen a disminuir el deseo de curarse.
- La presencia de un estoma de derivación de las heces u orina, que le implicará una serie de problemáticas físicas (localización, técnicas quirúrgicas...), psicológicas (depresión, angustia...) y sociales (aislamiento, rechazo...).

Estas personas necesitan en el seguimiento de sus cuidados, el apoyo de un profesional especializado que comprenda y sepa aportar soluciones a su problemática, junto con el apoyo de su familia y amigos(68,122).

Con el fin de asegurar la continuidad asistencial de los cuidados han surgido en diferentes comunidades autónomas las consultas de estomaterapia que realizan:

- Valoración de las necesidades del paciente.
- Valoración de las fases de duelo.
- Valoración de la nueva situación de salud.

Se debe establecer una relación de confianza con la persona ostomizada en la cual pueda comunicarse y expresar sus pensamientos y sentimientos(1).

La finalidad es la de ayudar al individuo a que tome su propia decisión entre las posibilidades existentes(121).

El estomaterapeuta que asesora se servirá(69,121) de:

- Método de observación de la actitud del individuo, tono de voz, discurso, expresión facial, forma de comportarse.
- Escuchará atentamente lo que dice y lo que omite.
- Mediante la reflexión el paciente puede sentirse mejor puede expresar todos sus sentimientos (cólera, tristeza, etc.) y a la vez puede empezar a visualizar sus posibles soluciones y prever la necesidad del apoyo familiar.
- Ayuda al paciente a “superar la crisis en la que se encuentra y efectuar el trabajo de duelo que es el que acompaña a la pérdida de algo valioso para él”.

Debemos estar atentos a cualquier dato que nos indique que el duelo puede ser patológico como, por ejemplo: ausencia de reacción, pérdida de la autoestima, culpabilidad extrema, sueños repetitivos, importantes cambios de humor, aislamiento, toxicomanías(69) .

Si la persona necesita ayuda ofreceremos todos los recursos a nuestro alcance para acompañar al paciente en su duelo. Entre las estrategias(121,123) estar:

- Demostrar interés ante lo que nos está contando.
- Aceptar el dolor, dejar hablar al paciente sin interrumpirle.
- Dar indicaciones claras y/o concisas.
- Escucha activa: exprese lo que siente, las dudas y preocupaciones.
- Evitar interferencias físicas y actitudinales.
- Relajación (ejercicios, respiraciones, yoga, reiki, taichi, etc.).
- Ser empático, sin emitir juicios de valor.
- Voluntariado de otras personas ostomizados: páginas webs de ostomizados, foros, asociaciones de pacientes.
- Grupos de soporte psicológicos.

La relación enfermera- paciente, como relación de ayuda, proporciona el cuidado con una identidad y nos distingue de otras profesiones. Es de suma importancia establecer una relación de ayuda con el paciente que, mejore además del bienestar físico el bienestar psicológico, y ayudarlo, en definitiva, en el proceso de salud/enfermedad(123).

10.6. Sexualidad

La dimensión sexual del paciente debe ser un objetivo más de nuestros cuidados enfermeros y nuestra labor consiste en asesorarle, tanto a él como a su pareja si la tiene, para afrontar las inquietudes y problemas sexuales derivados del impacto físico y psicológico que han podido ocasionar la ostomía, la cirugía, la enfermedad, los tratamientos recibidos o el deterioro de la imagen corporal(124).

La edad, estado civil, orientación sexual entre otros son datos que nos ayudaran a buscarla mejor solución para cada una de las personas.

Es probable que tras la intervención quirúrgica y la apertura de un estoma no se vea atractivo sexualmente. Es importante en este sentido dar confianza y establecer un clima propicio para que el paciente pueda expresar sus dudas y problemas.

Trataremos hablar individualmente y en pareja. Se debe implicar a la pareja en el proceso y en la toma de decisiones si entre los dos lo deciden(124).

Si el paciente tiene que pasar por tratamientos oncológicos estos pueden provocarle debilidad, miedo y estrés psicológico y distintos problemas físicos que deberemos abordar.

Generalmente, el hombre puede tener problemas para lograr y mantener la erección y la mujer dolor durante la penetración. Ante esta situación, es fácil sentirse fracasado e incluso llegar al convencimiento de que la cirugía o los tratamientos complementarios (radioterapia, quimioterapia, etc.) han terminado con su vida sexual(124).

Es importante saber las posibles complicaciones o problemas asociados a los tratamientos. La radioterapia prostática puede provocar disfunción eréctil y también dolor en la erección y al eyacular, problema que tiende a desaparecer de forma espontánea, no suponiendo ningún peligro. En el caso de la quimioterapia, la erección puede desaparecer temporalmente, recuperándose sin necesidad de tratamientos en unas semanas.

En la mujer la radioterapia puede provocar sequedad vaginal para lo cual se recomendará el uso de lubricantes al agua(124).

Hablar con él sobre diversas formas de practicar sexo que no necesariamente van acompañadas de penetración y si van a proporcionar placer a la pareja. Importante recuperar la intimidad y el contacto físico con la pareja(124). En ocasiones puede ser necesario derivar a otros profesionales sanitarios.

10.6.1. Problemas sexuales en el hombre

En el hombre los problemas más habituales son la ausencia de erección, problemas en la eyaculación y miedo a fracasar. El deseo sexual también puede verse disminuido, pero suele recuperarse con el tiempo(125).

Entre los problemas que puede presentar el hombre están:

- Disminución del deseo sexual por cansancio por la propia intervención o derivadas de los tratamientos oncológicos coadyuvantes. Además, puede padecer dolor, estrés o efectos secundarios del tratamiento: El deseo sexual suele recuperarse en un periodo de tiempo corto.
- Disfunción eréctil. Sobre todo, en las intervenciones de cáncer de recto, pudiendo afectar también de manera psicológica. Hay distintos factores que influyen en la recuperación como son las enfermedades crónicas, conflictos en la pareja, tabaco, alcohol, radioterapia, quimioterapia o estrés. Para enfrentarse al problema el hombre debe crear un ambiente de tranquilidad, en el que deje del todo el agobio, no se dejándose influenciar por los mitos sociales que rondan entorno a la eyaculación. Si tras un tiempo el problema sigue apareciendo deberá consultar con un especialista que indique un tratamiento específico (ayuda psicológica, tratamiento hormonal, fármacos, inyección intracavernosa en el pene, prótesis de pene)(124,125).
- Alteración en la sensibilidad del pene. Algunos medicamentos y el daño en los nervios de la pelvis tras la intervención pueden reducir la sensibilidad en el pene incluso producir dolor con el mínimo contacto(125).
- Eyaculación retrógrada/ausencia de eyaculación. En estos casos al orinar tras el orgasmo la orina adquiere un aspecto turbio no implicando mayor problema. Si en la cirugía se han extirpado la próstata y las vesículas seminales existe una ausencia de eyaculación ya que el semen no puede salir. No es perjudicial para el hombre, aunque de manera psicológica puede afectarle. El apoyo de la pareja es fundamental para afrontar este hecho. Ambas (eyaculación retrógrada y ausencia de eyaculación) anulan la fertilidad en el hombre(124,125).
- Dolor en la erección/eyaculación. Debido a la intervención quirúrgica o la radioterapia, suele solucionarse con el tiempo.

10.6.2. Problemas sexuales en las mujeres

Además del importante componente psicológico por el que la salud sexual se ve afectada hay que resaltar los posibles efectos físicos que la intervención ocasiona:

- Disminución del deseo sexual. Con influencia de diversos factores tanto físicos (efecto de la cirugía, del tratamiento médico etc.) como psicológicos (sentimiento de ansiedad o estrés.)
- Sequedad vaginal. Para solucionarlo existen lubricantes, supositorios vaginales. La crema lubricante se puede comprar sin necesidad de receta médica. Se aplica en el pene o alrededor de la entrada de la vagina. No se recomienda en uso de vaselina o aceites porque facilitan la proliferación de hongos y además pueden degradar el material del preservativo (124).
- Estrechamiento vaginal. Como consecuencia de la cirugía, pudiendo provocar dolor durante el coito o dispareunia. Pueden ser beneficiosos los ejercicios de Kegel, que mitigan la dispareunia al favorecer el control de los músculos pubocoxígeos (126).

10.7. Recomendaciones generales

Para concluir, comprender que la enfermedad y la cirugía pueden dejar al paciente débil con un deseo sexual disminuido, recordarle que el hecho de llevar una ostomía no significa que deba ignorar su sexualidad que permitirle un tiempo de para recuperarse y a que aprenda a ser autosuficiente con su estoma, y tener también en cuenta que los tratamientos oncológicos pueden aumentar esos signos/síntomas a la persona ostomizada.

Es fundamental la comunicación entre la pareja, exprese sus dudas, miedos y sensaciones. Búsqueda de nuevos estímulos y crear un entorno adecuado que le permita relajarse.

Existen en el mercado amplios catálogos de ropa y accesorios para personas ostomizadas. También existen fundas que se colocan sobre la bolsa para cubrirla o para darle un toque personalizado, divertido o erótico, que ayuda y puede crear un ambiente más relajado y puede ayudar a sentirte mejor.

- Vaciar la bolsa de ostomía previamente al encuentro sexual, así nos aseguraremos de que se encuentre limpia, sin olor y aseguraremos una correcta fijación (siempre que el encuentro no se produzca de manera espontánea).
- Se puede emplear una bolsa de ostomía más pequeña (preferiblemente opaca o cubierta con una funda) o incluso un dispositivo cubre-estomas.
- Es preferible evitar previamente ingerir alimentos que ocasionan gases.
- En personas con urostomías evitar alimentos que dan a la orina un olor fuerte o desagradable como los espárragos.
- En ostomías digestivas se pueden producir gases hasta una hora y media después de las ingestas por lo que es preferible evitar las relaciones sexuales durante ese margen de tiempo o comunicar a la pareja que puede que se produzcan gases.

Tabla 9 Disfunciones sexuales en el cáncer de recto

RESECCION DE RECTO	HOMBRES	MUJERES
DESEO SEXUAL DISMINUIDO	X	X
DISFUNCION ERECTIL/ IMPOTENCIA	XX	
RELACIONES SEXUALES DOLOROSAS		X
ORGASMO SECO	XX	
DISMINUCION ORGASMO	X	X
DISMINUCION LUBRICACION VAGINAL		X
INFERTILIDAD	X	X
X (OCASIONALMENTE) XX (FRECUENTEMENTE)		

Fuente Elaboración propia

11. Autocuidado

La información suministrada a las personas con ostomías y sus familiares sobre los cuidados del estoma ayudan a desarrollar habilidades para su autonomía y fomentan su autocuidado. La implicación de la familia desde el principio es primordial para conseguir una autonomía, ya que para la persona van a ser su gran apoyo(5,73,127).

Las medidas encaminadas a promover la autonomía personal y la implicación del paciente en sus autocuidados deben iniciarse desde el preoperatorio. Debemos evitar la sobreprotección que impide el desarrollo de la autonomía.

La promoción de la autonomía personal incluye elementos del autocuidado que van más allá del cuidado de la ostomía, como son:

- Prevención y detección precoz de complicaciones.
- Prevención y actuación en caso de fugas de la bolsa.
- Prevención e intervención en problemas de la piel periestomal (eritema, dolor, ulceraciones).
- Cómo adquirir el material necesario.
- Preparación de un kit de urgencia o de bolsillo.
- Adecuación de la alimentación e hidratación.
- Cambios en la ropa, si procede.
- Actividad sexual.
- Retorno a la vida cotidiana: actividad física, laboral, de ocio...

Como conclusión, el fin último es conseguir la adaptación de la persona ostomizada a una nueva situación, de forma que sea independiente en sus autocuidados y pueda desarrollar plenamente su autonomía personal(126).

Por tanto, la educación juega un papel primordial para las personas, familiares y cuidadores y, constituye una herramienta fundamental para que la enfermera y demás profesionales de la salud interactúen, conozcan las necesidades de cuidado de las personas con ostomías y de esta manera actúen en función de la priorización de las mismas, dejando de lado actitudes biologicistas y manteniendo una relación terapéutica basada en el holismo y la ayuda mutua(5,118).

11.1. Higiene

Es importante tener preparado el material antes del cambio, de esta forma estará tranquilo durante la higiene y cambio de dispositivo. Antes de comenzar se debe realizar correcto lavado de manos. Retirar bolsa de arriba hacia abajo suavemente sujetando la piel para evitar lesiones(68) a piel periestomal y el estoma suavemente con agua y jabón, realizando movimientos circulares de fuera a dentro. A continuación, debe secar la zona "a toquitos", sin frotar fuerte, con una toalla, paño o papel higiénico suave.

Seguidamente procederá a la colocación de la bolsa, desde abajo hacia arriba, colocando el dispositivo de una o dos piezas y aplicando calor con sus manos para mejorar la adhesión del dispositivo. Finalmente, lavado de manos de nuevo(128).

Se debe aprovechar el cambio de dispositivo para valorar si hay posibles complicaciones en el estoma y/o piel periestomal(65).

Si existiese vello alrededor del estoma, se recomienda cortarlo con tijeras, nunca con cuchillas(68).

Si el cambio de bolsa se realiza fuera de casa y no se dispone de jabón, realizar la limpieza con unas toallitas específicas para limpieza de ostomías y secar con un pañuelo de papel(68,71).

El contenido de la bolsa (heces u orina) se vacían en el inodoro. La bolsa utilizada y la placa se envuelve o desechan en una bolsa de plástico y se tiran en el contenedor de residuos especiales de la unidad. o en la basura si está el paciente ya en su domicilio.

11.2. Observación del estoma

El estoma cambiará de tamaño en las primeras semanas y por tanto habrá que adaptar el recorte del disco según las necesidades del estoma.

Debemos saber detectar signos de anormalidad, tales como la coloración del estoma (color rojo, pálido oscuro, púrpura) y su estado (nivelado, prolapsado, edematoso, hundido, estenosado, necrosado)(68,71).

Si tanto el paciente como su familia han estado implicados en la asistencia durante el periodo de hospitalización, siendo parte activa en los cuidados, al alta podrán utilizar esos conocimientos adquiridos y detectar complicaciones. Por ello es importante fomentar esa implicación desde el principio del proceso, fomentando así el autocuidado.

11.3. Observación de la piel periestomal

Mediante la observación de la piel periestomal detectamos posibles complicaciones como: zonas enrojecidas, escoriaciones o erosiones relacionadas con dermatitis de contacto con el efluente intestinal o dermatitis alérgica provocada por el hidrocoloide, lesiones producidas por cambio en la consistencia de las heces por tratamientos como la quimioterapia, radioterapia y/o tratamientos farmacológicos (64). En este caso, deberemos contemplar cambio de dispositivo si es necesario y el uso de métodos barrera para evitar fugas y proteger la piel periestomal(11).

Las zonas ulceradas pueden estar relacionadas con discos convexos duros, con los tratamientos complementarios de la persona u otro tipo de causas, en cuyo caso debemos modificar los dispositivos utilizados.

11.4. Complicaciones potenciales

La integridad de la piel periestomal es una de las cuestiones más importantes para que las personas ostomizadas puedan mantener una vida normal, cualquier alteración cutánea de la zona periestomal puede desencadenar un círculo vicioso, provocando un fallo a la adhesión de los dispositivos, lo que a su vez perpetúa o empeora el problema.

Contacte con su enfermera/o experto en Estomaterapia, o enfermera/o de Atención Primaria después del alta, aportando su informe de alta hospitalaria. Ellos le ayudarán y orientarán y aclararán sus dudas para que usted consiga una buena calidad de vida.

Después del alta, es importante contactar con su enfermera/o experto en Estomaterapia, o enfermera/o de Atención Primaria aportando un informe de alta hospitalaria. Los profesionales sanitarios ayudarán, orientarán y aclararán las dudas pertinentes para alcanzar una óptima calidad de vida.

Ante cualquier complicación en el estoma y/o piel periestomal como pueden ser:

- color azulado/negruzco del estoma
- hueco entre su estoma y su piel (dehiscencia de suturas: se han soltado los puntos de unión entre el estoma y la piel)
- sangrado abundante de estoma y/o piel
- enrojecimiento y picor alrededor de la ostomía (abscesos infecciosos periestomal, inflamación, con calor, y supuración alrededor del estoma)
- no funcionamiento de la ostomía en varios días y malestar abdominal
- cambios en la coloración y consistencia de las heces o de la orina...póngase en contacto con su estomaterapeuta de referencia.

12. Recomendaciones de buenas prácticas

Tabla 1

Título del enunciado de RBP	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Enseñar a detectar de forma precoz cualquier signo o riesgo de desnutrición o deshidratación.	Los pacientes con ostomía digestiva pueden ver alterada la absorción de nutrientes y agua. Los signos y síntomas de deshidratación son mareo, vértigo, orina concentrada, sed... <u>Se recomienda que se aumente la cantidad de comida que consume al día repartiéndola en pequeñas cantidades varias veces al día y 2-3 comidas más abundantes. Debe aumentar su consumo de agua al día (8-10 vasos por día).</u>	<u>Valoración nutricional</u> ● Escala MUST

Tabla 2

Título del enunciado de RBP	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Educar al paciente y familia sobre la actuación en caso de diarrea por tratamiento oncológico	Un paciente tiene diarrea si produce un litro de heces al día, lo que le obliga a vaciar la bolsa seis u ocho veces en lugar de las tres o cuatro habituales. Las causas más frecuentes de esta complicación son las transgresiones dietéticas, los problemas emocionales y los tratamientos oncológicos. Provoca alteraciones en la piel periestomal. Se debe asesorar sobre la dieta correcta. Escoger dispositivo abierto	Autoevaluación de la piel periestomal.

Tabla 3

Título del enunciado de RBP	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Revisar la piel periestomal en estados carenciales de hierro y anemia	La piel y mucosas son los componentes que se alteran con el diagnóstico de anemia carencial. Se sabe que en la anemia ferropenia se pueden presentar entre otras alteraciones dermatológicas como la fragilidad capilar . Así mismo, en la anemia megaloblástica es frecuente el hallazgo de sequedad de la piel y que con todo esto la piel periestomal del paciente oncológico ostomizado se verá alterada(129,130).	Autoevaluación de la piel periestomal.

Tabla 4		
Título del enunciado de RBP 1	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Conocer los diferentes tipos de ostomía	EducAR AL PACIENTE SOBRE el TIPO DE OSTOMÍA Y CIRUGÍA LA QUE SE SOMETERÁ Ayudar al paciente y/o grupo familiar para clarificar las creencias y/o conocimientos. Determinar los conocimientos sobre la materia. Enseñar el proceso de la enfermedad y disminuir la ansiedad en el paciente/grupo familiar	NOC 5510. Educación para la salud
Título del enunciado de RBP 2	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
EducAR el paciente y/o grupo familiar para que puedan reconocer todas aquellas complicaciones que pueden afectar al estoma y/o piel periestomal	1. Reconocer las complicaciones. 2. Formar al paciente y/o grupo familiar sobre los cuidados a realizar en las diferentes complicaciones de las ostomía y/o piel periestomal.	NOC 1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía NOC 1615 Autocuidados de la ostomía NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Tabla 5		
Título del enunciado de RBP	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
EducAR al paciente oncológico y familia en la elección del dispositivo adecuado a las necesidades del momento.	EducAR al paciente oncológico y familia en la elección del dispositivo adecuado a las necesidades del Si el paciente está o estuvo bajo los efectos secundarios del tratamiento oncológico, puede presentar: 1- EN LA PIEL PERIESTOMAL Eritema, Sarpullido, Sequedad, Ampollas o descamación, Ardor, Escorior, Hormigueo, Picor, Piel fina y muy frágil, Llagas o grietas, Heridas y Úlceras 2- DIARREA: Menoscaba la integridad de la piel por la acidez de las heces (2). 3- MALABSORCIÓN, DESNUTRICIÓN, DISMINUCIÓN DEL PESO CORPORAL: provoca fugas por mala adherencia del dispositivo y mal ajuste. (3) 4- ANEMIA: se alteran piel y mucosas, provoca fragilidad capilar y sequedad en piel periestomal. (4) 5- DERMATITIS: de origen enzimático por cambio en la composición del efluente, provoca irritación en la piel disminuyendo la adherencia del dispositivo y provocado fugas. (5), (6) • Escoger dispositivo de 2-3 piezas para evitar cambios frecuentes y preservar la piel. (7) • Escoger dispositivo abierto en situaciones de diarrea o alto débito. • Aportar barrera y protección extra a la piel con el Spray barrera.	Tiempo de permanencia sin fuga del dispositivo. Autoevaluación de la piel periestomal. NOC 1615 Autocuidados de la ostomía

Tabla 6

Título del enunciado RBP	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Implementar el uso de la Cura Conan entre el personal de enfermería hospitalaria.	La fuga es una de las principales preocupaciones de los pacientes recién ostomizados, supone el 91% y causa ansiedad, depresión, miedo... La Cura Conan redujo en un 56% las fugas de los pacientes del estudio y en 62% los problemas periestomales aplicando una convexidad ligera y un anillo moldeable durante las 3 primeras semanas en el recién ostomizado.	Tiempo de permanencia sin fuga del dispositivo. Evaluación de la piel periestomal: Escala DET

Tabla 7

Título del enunciado de RBP	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Enseñar al paciente a reconocer el alto débito	El alto débito en las ostomías es una complicación poco identificada a pesar de ser la 2ª complicación más prevalente y asociada a alta morbilidad: insuficiencia renal y alteraciones electrolíticas. Uno de los factores que afecta al alto débito es la presencia de cáncer y la aplicación de quimioterapia o radioterapia neoadyuvante. Educar al paciente para llevar registro diario del débito del estoma, de la ingesta, y de su peso, así como de la consistencia de las heces y el color de la orina. Se considera alto débito para ileostomía 2000 ml durante más de 24h.	Evaluar datos del registro del paciente. Control analítico del sodio urinario y perfil electrolítico que incluya magnesio y marcadores nutricionales.

Tabla 8

Título del enunciado de RBP	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Enseñar al paciente a tomar medidas ante el alto débito.	Evitar ingesta de líquidos en las comidas. Evitar la ingesta de bebidas hipotónicas como: té, café, alcohol. Aumentar temporalmente el contenido de sal. Realizar pequeñas ingestas c/3-4h. En la fase aguda ingerir suero oral y acudir a la consulta médica.	Comprobar el grado de comprensión/adhesión del paciente a las recomendaciones.

Tabla 9

Título del enunciado de RBP	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Indicar al paciente el uso del dispositivo más adecuado en la fase de alto débito.	Utilizar dispositivos de 2-3 piezas con una mayor capacidad y apertura inferior para su vaciado.	Presencia o ausencia de fugas o dermatitis.

Tabla 10

Título del enunciado de RBP nº1	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Enseñar al paciente y familia a reconocer los efectos secundarios del tratamiento oncológico en la piel	Los efectos secundarios del tratamiento oncológico pueden ocasionar problemas en la piel como: 1. eritema 2. sarpullido, 3. sequedad, 4. ampollas o descamación 5. ardor, 6. escozor 7. hormigueo 8. picor 9. piel fina y muy frágil 10. cambios en las uñas y en el color de la piel (oscura o más clara) 11. fotosensibilidad 12. pérdida de pelo 13. llagas o grietas 14. heridas 15. úlceras que pueden cicatrizar lentamente y con mucha dificultad. • Formar al paciente y familia sobre los efectos del tratamiento oncológico • Reconocer cuales son los efectos secundarios del tratamiento oncológico en la piel.	Autoevaluación de la piel.

Tabla 11

Título del enunciado de RBP nº2	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Enseñar al paciente y familia a reconocer los efectos secundarios del tratamiento oncológico en la piel periestomal	Los efectos secundarios del tratamiento oncológico pueden ocasionar problemas en la piel periestomal como: 1. eritema 2. sarpullido 3. sequedad 4. ampollas o descamación 5. ardor 6. escozor 7. hormigueo 8. picor 9. piel fina y muy frágil 10. llagas o grietas 11. heridas 12. úlceras que pueden cicatrizar lentamente y con mucha dificultad. Estos efectos secundarios provocan malestar y riesgo de infección. • Formar al paciente y familia sobre los efectos del tratamiento oncológico en la piel periestomal • Conocer cuáles son los efectos secundarios del tratamiento oncológico en la piel periestomal.	Autoevaluación de la piel periestomal

Tabla 12

Título del enunciado de RBP nº1	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Formar al paciente y familia en la utilización de medidas de prevención de la piel periestomal para evitar o disminuir los efectos secundarios del tratamiento oncológico	Limpieza del estoma y piel periestomal con agua y jabón de PH neutro o toallitas limpiadoras sin aceites ni alcohol. Aplicación de protectores cutáneos sobre la piel periestomal como medida preventiva. Hace impermeable a la piel de los agentes irritantes.⁴ Enseñar a paciente y familia la retirada de dispositivos con mucho cuidado, utilización de dispositivos elimina adhesivos para retirada indolora y sin lesionar la fina piel.⁴ Si ya está instaurada la dermatitis periestomal, utilización de polvos de ostomía (cicatrizantes) en irritaciones leves. En dermatitis severas debe acudir a su enfermera estomaterapeuta o enfermera de referencia para utilización de cremas barrera con alto contenido en zinc y otros dispositivos como placa de ostomía. Si tiene úlceras se procedería a curas en ambiente húmedo como con alginato o alginato ag y placa de ostomía.	Autocuidados de la ostomía. Cuidados de la ostomía Integridad de la piel periestomal. Utilización de escala DET para valoración de la piel periestomal 5

Tabla 13

Título del enunciado de RBP nº1	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Enseñar al paciente y pareja a reconocer el posible impacto de la cirugía y los tratamientos coadyuvantes en las relaciones íntimas y de pareja.	Los posibles efectos secundarios a la cirugía y los tratamientos coadyuvantes pueden ocasionar: En el hombre: 1. Disminución del deseo 2. Disfunción eréctil 3. Dolor con la eyaculación 4. Ausencia de eyaculación 5. Eyaculación retrograda 6. Alteración sensibilidad del pene 7. Infertilidad 8. Desinterés o alteración estado de animo En la mujer: 1. Disminución del deseo 2. Dispareunia 3. Temor al dolor 4. Sequedad de la vagina 5. Estrechamiento de la vagina 6. Anorgasmia 7. Alteración sensibilidad genitales Informar al paciente y pareja sobre los posibles efectos en función del tipo de cirugía Reconocer cuales pueden ser efectos secundarios de los tratamientos coadyuvantes.	Valoración del estado psicológico y problemas físicos . ESCALA STOMA QUOL

Tabla 14

Título del enunciado de RBP nº2	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Enseñar al paciente y pareja medidas de seguridad y confort previas a mantener relaciones íntimas.	Vaciar la bolsa previa a la relación sexual. Utilización bolsas pequeñas Utilización prendas especiales para personas ostomizadas Evitar ingerir previamente alimentos que produzcan gases y/u olores fuertes que puedan ser desagradables. Ofrecer asesoramiento psico-sexológico	Autoevaluación de la ostomía Cuidados de la ostomía Cuidados dietéticos ESCALA STOMA-QUOL

Tabla 15

Título del enunciado de RBP nº3	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Educar al paciente y familia para que conozca nuevas pautas alimentación para adquirir alimentación saludable	Evitar las comidas copiosas, ideal entre cuatro y seis comidas diarias con un horario regulado, masticando despacio y en un ambiente relajado. Cocinar de manera sencilla evitando fritos. Reposar sentado tras terminar de comer al menos media hora para facilitar la digestión. Reposar sentado tras terminar de comer al menos media hora. Consumir un mínimo de un litro y medio de agua. Introducir las verduras progresivamente. Cuidar el peso evitando las variaciones bruscas. Conocer alimentos que producen gases. Conocer los alimentos que no se digieren completamente. Identificar los alimentos que producen olor más intenso. Conocer los alimentos que pueden diluir las heces. Evitar consumo alcohol y tabaco. Importante vigilar el consumo de cafeína. Aconsejaremos las 4- 6 semanas post cirugía , una dieta pobre en residuos y fibra Dieta saludable según sus necesidades	Monitorizar pérdidas de ácido fólico, magnesio, hierro, vitamina B12. Monitorizar pérdidas de sodio y agua. Control de peso.

Tabla 16

Título del enunciado de RBP nº4	Desarrollo de la intervención	Criterio de evaluación
Fomentar al autocuidado	Utilizar ropa no demasiado apretada que comprima zona del estoma, evitar cinturón, mejor tirantes. Utilización faja abdominal para prevención de la hernia paraestomal hasta 4-6 semanas tras la cirugía. Ofrecer alternativas/dispositivos como ropa de baño, ropa interior específicas para ostomizados que hay en el mercado. Llevar siempre pequeño neceser con los dispositivos necesarios por si precisa cambio: recortada, toallitas, bolsa ...	Autoevaluación de la ostomía Cuidados de la ostomía y piel periestomal y sus posibles complicaciones

13. Conclusiones

La vivencia de sufrir una ostomía varía según el tipo de persona, pero en general provoca modificaciones importantes en la vida de los pacientes que suelen tener condicionantes negativos, ya que estos procedimientos generan cambios físicos y psicológicos que son visibles y significativos.

Los pacientes con cáncer atraviesan situaciones particulares y muy difíciles de abordar, las cuales pueden ser satisfechas mediante una intervención específica por parte del enfermeros. Las personas ostomizadas y con tratamiento oncológico son pacientes con necesidades complejas, ya que unido a los cuidados propios de la ostomía con sus complicaciones tanto a nivel físico como psicológico, se ven añadida la problemática de estar sometidos a tratamientos coadyuvantes de quimioterapia, radioterapia entre otros;

Por eso se hace necesaria la figura de una enfermera experta que pueda solucionar y/o ayudar y ser referente de este tipo de pacientes.

Las alteraciones de la piel periestomal del paciente oncológico a tratamiento de quimioterapia /radioterapia o ambas provocan problemas de dermatitis periestomal, fragilidad en la piel, lesiones cutáneas como pueden ser, ulceraciones, picor, escoriaciones, etc y como consecuencia fugas, dificultades para adherencia de los dispositivos, dolor , en resumen complicaciones que alteran la calidad de vida del paciente ostomizado con tratamiento oncológico.

Por otra parte, la existencia de lociones y cremas hidratantes ya existentes en el mercado para pacientes oncológicos, no son útiles en los pacientes ostomizados, ya que impedirían la adhesión correcta de sus dispositivos ya que vuelven la piel periestomal más frágil, lo que facilita las fugas de efluente por la dificultad en la adherencia del dispositivo colector, con todas las consecuencias físicas y psicológicas para el paciente ostomizado.

En la elaboración de esta guía hemos podido constatar la necesidad de información complementaria en el ámbito de los efectos secundarios y complicaciones en el paciente ostomizado con tratamientos oncológicos , ya que si no conocemos la magnitud del problema difícilmente podremos abordarlo.

Revisada la bibliografía existente, constatamos la falta de estudios sobre la eficacia del Spray Barrera en los pacientes ostomizados oncológicos. Por otro lado, encontramos algún estudio donde concluyen que la utilización tanto de protector barrera sobre la piel del paciente antes de la colocación del disco de ostomías como la aplicación para su retirada de un Spray quita-adhesivo, parece reducir el riesgo de complicaciones en la piel periestomal en el paciente ostomizado. Otro artículo estudio consultado estudia indica el uso de Spray barrera que, al aplicarse sobre la piel, sana o dañada, forma una película barrera impermeable de larga duración que actúa como protector frente a exudados y fluidos corporales irritantes, productos adhesivos y la fricción.

Ante tal resultado, desde nuestro equipo de trabajo, formulamos que el producto más adecuado para el tratamiento de la piel periestomal en pacientes oncológicos podría ser el Spray Barrera, que con su mezcla de alquilexolano, y su base de silicona, sería capaz de crear una película protectora de la piel frente a las adversidades derivadas de su propia patología y los efectos adversos de los tratamientos oncológicos, ya fuesen por separado o combinados. Teniendo en cuenta, además, que muchos pacientes ya han recibido neoadyuvancia y verificando que no existen guías específicas para este tipo de pacientes, y que tampoco existen estudios previos que hayan demostrado la eficacia del Spray Barrera como método clave en la protección de su piel periestomal , nos basamos en nuestro propio estudio observacional comenzado en el año 2018 que presentó resultados en un grupo de 56 pacientes oncológicos, en cuanto a protección de la piel periestomal y minimización de las fugas al utilizar el Spray barrera.

Esta guía constituye una hoja de ruta de recomendaciones para el uso del Spray barrera en el paciente oncológico ostomizado. Con el fin de mejorar las prestaciones asistenciales a los pacientes, que, por una u otra razón, son portadores de una ostomía, y, o bien están, estuvieron o estarán, sometidos a un tratamiento oncológico; contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

Las guías de buenas prácticas mejorar la consistencia y calidad de la atención de enfermería, ya que aumentan el acceso a servicios de enfermería de calidad, ayudan a difundir los recursos lo más ampliamente posible para que se obtengan los máximos beneficios para los pacientes, las enfermeras y el sistema de salud. Dentro de los beneficios se encuentran, la reducción de la variación en la atención, la transferencia de la evidencia desde la investigación a la práctica, la transmisión de la base de conocimiento de enfermería, la ayuda con la toma de decisiones clínicas, la identificación de brechas en investigación en enfermería, la detención de intervenciones que tienen poco efecto o causan daño, la reducción de costes en la atención.

Como consecuencia de lo expuesto, la guía está estructurada para aportar nueva evidencia de forma que cubra toda la información necesaria y que pueda ayudar a pacientes, profesionales y cuidadores en el cuidado de la piel periestomal en el paciente ostomizado con tratamiento oncológico.

14. Referencias bibliográficas

- García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 15];5(4):35–48. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224482&info=resumen&idoma=SPA>
- Armendáriz-Rubio P, de Miguel Velasco M, Ortiz Hurtado H. [Comparison of colostomies and ileostomies as diverting stomas after low anterior resection]. Cir Esp. 2007 Mar;81(3):115–20.
- SEOM. Las cifras del cáncer en España 2020 [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. 2020. p. 1. Available from: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf
- Sociedad española de oncología médica. Cifras del cancer en españa 2021 [Internet]. 2021. España: Sociedad Española de Oncología Médica; 2020. 36 p. Available from: https://seom.org/images/Cifras_del_cancer_en_Espana_2021.pdf
- Grupo Coloplast Ostomy. Libro blanco de la ostomía en España [Internet]. 2018th ed. Coloplast, editor. 2018 [cited 2020 Sep 30]. 199 p. Available from: <https://books.google.es/books?id=imShzQEACAAJ&dq=libro+blanco+de+la+ostomía+en+españa&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj-pLzdiZHsAhUqBGMBHWNCaVcQ6AEwAHoECAAQAQ>
- Álvarez P, Cobos Serrano JL, García Blázquez E, Leonor S. Estudio sobre el impacto de los cuidados expertos de enfermería en la calidad de vida del paciente ostomizado. 2010;
- Bodega Urruticoechea C, Marrero González C, Muñiz Toyos N, Pérez Pérez A, Rojas González A, Vongsavath Rosales S. Cuidados holísticos y atención domiciliar al paciente ostomizado. ene de Enfermería. 2013;7(2).
- Yélamos C, Fernández B. Necesidades emocionales en el paciente con cáncer. In: Manejo del cáncer en atención primaria [Internet]. 2009 [cited 2023 Apr 20]. p. 267–83. Available from: https://www.researchgate.net/publication/328738809_Necesidades_emocionales_en_el_paciente_con_cancer
- Henderson VA. La naturaleza de la enfermería. McGraw-Hill/Interamericana de España, editor. 1994. 1–115 p.
- WHO. Cancer pain relief and paliative care [Internet]. Geneva; 1990 [cited 2023 Jun 29]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García NM, Peña IN, Martín JMC, Moreno-Cid MDT, Ramos AN, Muñoz RP. Uso de productos barrera para prevenir complicaciones en la piel periestomal. Metas enferm [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2023 Feb 4];23(8):50–8. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81644/uso-de-productos-barrera-para-prevenir-complicaciones-en-la-piel-periestomal/>
- Segovia Gómez T, Morán JA, González S. Evaluación in vivo mediante microscopia confocal del efecto protector de la película barrera no irritante 3M Cavilon sobre la piel perilesional. Gerokomos [Internet]. 2008 [cited 2023 Mar 24];19(1):41–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- De F, De C, Salud LA, Gastelú V, Rudy C, Julio M, et al. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER. 2017.
- García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado Nursing care to the ostomized patient. Vol. 5. 2017.
- Vázquez Álvarez A. 78 Revista para profesionales de la salud 4. El paciente ostomizado: aspectos psicológicos y cuidados del estoma. Vol. 2022. 2022.
- D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A, Maida A, Ricciardi R, Calabrò GE. Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. Vol. 20, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2023.
- García Ruiz M. efectividad de películas barrea no irritantes y pomada de zinc.
- Colostomy_Care_A_Guide_for_Home_Care_Clinicians.2.
- Sonia HERRERA JUSTICIA 1 Vicente Antonio LÓPEZ MORENO,2 María Del Carmen MARTÍNEZ MUÑOZ,2 Antonio HERMOSO QUINTANA,2 Manuel AMEZCUA1. Intervenciones para normalizar las actividades de la vida cotidiana en pacientes a los que se ha practicado una reciente ostomía.
- Mudarra García N, Naranjo Peña I, Calvo Martín J, Torres Moreno-Cid M, Nieto Ramos A, Pérez Muñoz R. Uso de productos barrera para prevenir complicaciones. Metas Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 24];23(8):50–8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/es/ibc-196932>
- García NM, Peña IN, Martín JMC, Moreno-Cid MDT, Ramos AN, Muñoz RP, et al. Uso de productos barrera para prevenir complicaciones en la piel periestomal. Metas de enfermería. 2020 Oct 1;23(8):50–8.
- Tuchmann L, Engelking C. Cancer-related diarrhea. 2nd ed. Gates RA, Fink RM, editors. Hanley and Belfus. Oncology Nursing Secrets; 2001. 310–322 p.
- Lopez-Rios F et al. Curso De Experto: Cuidado Integral Del Paciente Ostomizado [Internet]. Coloplast Productos Médicos; 2021 [cited 2023 Apr 28]. Available from: https://www.todostuslibros.com/libros/curso-de-experto-cuidado-o-integral-del-paciente-ostomizado_978-84-608-1591-4
- Manual Práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familias [Internet]. Coloplast. 2010 [cited 2023 Apr 28]. Available from: <https://studylib.es/doc/8394298/manual-pr%C3%A1ctico-una-ayuda-para-personas>
- Martin L, Birdsell L, MacDonald N, Reiman T, Clandinin MT, McCargar LJ, et al. Cancer cachexia in the age of obesity: skeletal muscle depletion is a powerful prognostic factor, independent of body mass index. J Clin Oncol [Internet]. 2013 Apr 20 [cited 2023 Apr 28];31(12):1539–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23530101/>

26. Prado CMM, Baracos VE, McCargar LJ, Reiman T, Mourtzakis M, Tonkin K, et al. Sarcopenia as a determinant of chemotherapy toxicity and time to tumor progression in metastatic breast cancer patients receiving capecitabine treatment. *Clin Cancer Res* [Internet]. 2009 Apr 15 [cited 2023 Apr 28];15(8):2920–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19351764/>
27. Bozzetti F, Mariani L, Lo Vullo S, Amerio ML, Biffi R, Caccialanza R, et al. The nutritional risk in oncology: a study of 1,453 cancer outpatients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2012 [cited 2023 Apr 28];20(8):1919–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22314972/>
28. Hébuterne X, Lemarié E, Michallet M, De Montreuil CB, Schneider SM, Goldwasser F. Prevalence of malnutrition and current use of nutrition support in patients with cancer. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 2014 Feb [cited 2023 Apr 28];38(2):196–204. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24748626/>
29. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr* [Internet]. 2021 May 1 [cited 2023 Apr 28];40(5):2898–913. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33946039/>
30. White J V., Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr* [Internet]. 2012 [cited 2023 May 1];36(3):275–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22535923/>
31. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2012 Mar 7 [cited 2023 Apr 28];104(5):371–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22345712/>
32. McMahon K, Decker G, Ottery FD. Integración de la evaluación nutricional proactiva en las prácticas clínicas para prevenir complicaciones y costos. *Semin Oncol* 25 [Internet]. 1998 [cited 2023 Apr 28];2(6):20–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9625379/>
33. Aapro M, Arends J, Bozzetti F, Fearon K, Grunberg SM, Herrstedt J, et al. Early recognition of malnutrition and cachexia in the cancer patient: a position paper of a European School of Oncology Task Force. *Ann Oncol* [Internet]. 2014 [cited 2023 Apr 28];25(8):1492–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24569913/>
34. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Vidal PM, Camilo ME. Dietary counseling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy. *J Clin Oncol* [Internet]. 2005 [cited 2023 Apr 28];23(7):1431–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15684319/>
35. Angulo MM, Expósito FN, Villaverde RM, Soto MAM. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la anemia en el paciente oncológico. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2009 Mar 1;10(27):1850–3.
36. Knight K, Wade S, Balducci L. Prevalence and outcomes of anemia in cancer: A systematic review of the literature. *American Journal of Medicine* [Internet]. 2004 Apr 5 [cited 2023 Apr 15];116(7 SUPPL. 1):11–26. Available from: <http://www.amjmed.com/article/S0002934303007708/fulltext>
37. Díaz-Cambronero O, Matoses-Jaén S, García-Claudio N, García-Gregorio N, Molins-Espinosa J. Manejo preoperatorio de la anemia en cirugía oncológica. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2015 Jun 1;62(S1):45–51.
38. Cata JP. Perioperative Anemia and Blood Transfusions in Patients with Cancer When the Problem, the Solution, and Their Combination Are Each Associated with Poor Outcomes. *Anesthesiology* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2023 Apr 15];122(1):3–4. Available from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/122/1/3/12275/Perioperative-Anemia-and-Blood-Transfusions-in>
39. Colwell JC, Ratliff CR, Goldberg M, Baharestani MM, Bliss DZ, Gray M, et al. MASD part 3: peristomal moisture- associated dermatitis and periwound moisture- associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2011 Sep [cited 2023 May 1];38(5):541–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21873913/>
40. Pinto EE. CUIDADOS DE LA PIEL PERIOSTOMAL. Editor en Jefe: Dr. Cristian Salas del Campo Comité Editorial, editor. Vol. 56. Director: Dr. Rodrigo Julio Araya ;
41. Hoeflok J, Purnell P. Comprender el papel de las barreras cutáneas convexas en el tratamiento de estomas. *Nursing (Brux)* [Internet]. 2018 May 1 [cited 2023 May 1];35(3):25–30. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-comprender-el-papel-barreras-cutaneas-S0212538218300736>
42. Muñoz Ramírez E, Márquez Santiago MÁ, Rivilla Enciso MD. Patología coloproctológica. Tipos de ostomías 1. In: *Conceptos básicos en estomaterapia* [Internet]. [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.faeditorial.es/capitulos/estomaterapia.pdf>
43. Gustavo H, González M, Xavier Hernández Vera F, Esparza Iturbide R, Montes CB. Estomas intestinales: Construcción y complicaciones. *Trabajo de revisión* [Internet]. 2011 [cited 2023 Apr 15];56(4):205–9. Available from: www.medigraphic.org.mx
44. Corella Calatayud JM, et al. Estomas : manual de enfermería [Internet]. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), editor. 2005 [cited 2023 Jun 30]. Available from: https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2015/06/libro_471.pdf
45. Víctor Prado. Enfermería general [Internet]. 2010 [cited 2023 Jun 18]. CUIDADOS DE LA ILEOSTOMIA. ¿Qué es una ileostomía? Available from: <https://enfermeriageneral-vicpra.blogspot.com/2010/10/cuidados-de-la-ileostomia.html>
46. García García J et al. Guía de práctica clínica: La irrigación en colostomías [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 28]. 1–88 p. Available from: <https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/spain/local-pages/guia-de-irrigacion.pdf>
47. Uribe Henao RJ. [Internet]. [cited 2023 Jun 18]. Colostomia. Available from: <https://www.slideshare.net/robertouribehenao/colostom%C3%ADa-ruh>
48. García García JA, Bueno Cruz B, Cano Ruíz I, Costa Quintas MR, Ferrer Zamora P, Herrero Guardado V, et al. Guía de práctica clínica: La irrigación en colostomías [Internet]. Coloplast, editor. Coloplast; 2022 [cited 2023 Jun 18]. Available from: <https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/spain/local-pages/guia-de-irrigacion.pdf>
49. Gómez Ayala AE. El paciente ostomizado. *Farmacia Profesional* [Internet]. 2006;20(8):50–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-el-paciente-ostomizado-13092624>

50. González Cebrián M. Enfermería Clínica II. Universidad de Cantabria. [Internet]. [cited 2023 Apr 17]. p. 1–18 Tema 2.3. Alteraciones de la vejiga y la uretra. Available from: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/686/course/section/349/tema_2.3.pdf
51. Salcedo Ruiz P. Cuidados de enfermería en el paciente ostomizado urinario [Internet]. Albacete: Acréditi Editorial; [cited 2023 Jun 18]. Available from: <http://publicacionescientificas.es/wp-content/uploads/2019/05/2061-Pablo-salcedo-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-ostomizado-urinario-PUBLICADO.pdf>
52. Alvarez Sariago M. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTOMIAS: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA. NPunto. 2022;5(47):52–77.
53. Miguel Ángel Rivera Pérez, Bertha Karina Quezada González, Marlon Quiñónez Espinoza, Ramón René Almada Valenzuela. Manejo de estomas complicados y/o abdomen hostil con la técnica de condón de Rivera. Diez años de experiencia. Cirujano General [Internet]. 2017 Oct 12 [cited 2023 Apr 18];39(2):82–92. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2017/cg172d.pdf>
54. Miguel Velasco M De, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cir Esp [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2023 Apr 18];92(3):149–56. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estado-actual-prevencion-tratamiento-complicaciones-S0009739X13003667>
55. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-Related Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2019;32(3):176–82.
56. Coloplast. Complicaciones de ostomas [Internet]. [cited 2023 Jun 23]. Available from: https://www.coloplast.com.ar/ostoma/profesional/ostomia/#section=Primeras-complicaciones-despu%a9s-de-una-ostom%ada_213830
57. De León P, Lourdes S, Monzon J. ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE OSTOMIZADO [Internet]. [cited 2023 Jun 23]. Available from: http://www.scpd.info/documentos/XXVII_JORNADAS_SCPD/colostomias_ileostomias.pdf
58. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-Related Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2019 May;32(3):176–82.
59. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-Related Complications. Clin Colon Rectal Surg. 2019;32(3):176–82.
60. Álvarez González D, Crespo Fontán B, Fabeiro Mouriño M, García Sánchez R, Louzao Méndez S, Pardo Roda P, et al. Guía de enfermería para el cuidado del paciente ostomizado. Galicia: Grupo Gallego de Coloproctología;
61. Hoeflok J, Purnell P. Comprender el papel de las barreras cutáneas convexas en el tratamiento de estomas. Nursing (Brux) [Internet]. 2018 May 1 [cited 2023 Jun 23];35(3):25–30. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-comprender-el-papel-barreras-cutaneas-S0212538218300736>
62. Lado Teso A, Fabeiro Mouriño J, Bueno Cruz B, Vázquez García M, Jiménez López I, Mera Soto A. Usos y actitudes de los pacientes ostomizados en España (Estudio U&A en Ostomía). Metas Enferm [Internet]. 2019 Apr 20 [cited 2023 Jun 23];22(4):19–27. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metastoma/articulo/81409/>
63. Coloplast. Escala DET [Internet]. [cited 2023 Jun 23]. Available from: <https://www.coloplast.es/Global/Spain/Ostomia/Productos/imagenes/Escala%20DET.pdf>
64. Sainz ML, Redín R, San M, Baleztena J, Santos MA, Petri M, et al. Problemas de utilización de medicamentos en pacientes enterostomizados. An Sist Sanit Navar. 2003;26(3):383–403.
65. Herrera Justicia S, López Moreno VA, Martínez Muñoz MDC, Hermoso Quintana A, Amezcua M. Intervenciones para normalizar las actividades de la vida cotidiana en pacientes a los que se ha practicado una reciente ostomía. Index de Enfermería [Internet]. 2020 [cited 2023 Jun 23];29:176–82. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200018
66. Gómez Rodríguez I. Atención de enfermería al paciente ostomizado. Npunto [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Jun 24];5(47):4–32. Available from: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6218a703a3cbbart1.pdf>
67. Berti-Hearn L, Elliott B. Ileostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. Home Healthc Now [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 24];37(3):136–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31058731/>
68. Vázquez Álvarez A. El paciente ostomizado: aspectos psicológicos y cuidados del estoma. NPunto. 2022;47:78–101.
69. Berti-Hearn L, Elliott B. Colostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. Home Healthc Now. 2019;37(2):68–78.
70. American Cancer Society. [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 24]. Guía de urostomía . Available from: www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html
71. Gómez Rodríguez I. Atención de enfermería al paciente ostomizado. Npunto [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Jun 24];5(47):4–32. Available from: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6218a703a3cbbart1.pdf>
72. Fernández Guitierrez M, Gallo Estrada L, González Macho R, San Emeterio Izacelaya M, Uría Etxebarria E. GUÍA EDUCATIVA PARA PERSONAS OSTOMIZADAS [Internet]. 2015 [cited 2023 Jun 24]. Available from: https://www.ivap.euskadi.eus/contenidos/informacion/huc_informacionpacientes/es_hcru/adjuntos/Gu%C3%ADa%20educativa%20para%20personas%20ostomizadas.pdf
73. Coloplast. Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares. Coloplast, editor. [Internet]; 2010.
74. UOAA. Guía para Nuevos Pacientes con Ostomías [Internet]. 2020. Available from: www.ostomy.org
75. Brand MI, Dujovny N. Preoperative considerations and creation of normal ostomies. Vol. 21, Clinics in Colon and Rectal Surgery. 2008. p. 5–16.
76. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershengwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. CA Cancer J Clin. 2017 Mar;67(2):93–9.
77. (MISS) Cirugía Laparoscópica Sevilla. [Internet]. [cited 2023 Jun 24]. Cirugía de colon y recto. Available from: <https://www.cirugialaparoscopicasevilla.com/tratamiento/cirugia-de-colon-y-recto/>
78. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 24]. Cáncer de colon y recto. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/colon-recto?start=8>

79. García-Goñi M. Specializing nurses as an indirect education program for stoma patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jul 1;16(13).
80. Instituto Quirúrgico Lacy. [internet]. [cited 2023 Jun 25]. ¿Qué es la quimioterapia para el cáncer colorrectal? Available from: <https://www.iqlacy.com/que-operamos/cancer-de-colon/que-es-la-quimioterapia-para-el-cancer-colorrectal/>
81. American Cancer Society. [internet]. 2023 [cited 2023 Jun 25]. Medicamentos de terapia dirigida para el cáncer colorrectal. Available from: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html#escrito_por
82. Infantes S. Una De Las Mejores Terapias Contra El Cáncer: la inmunoterapia. REDS [Internet]. 2016 [cited 2023 Jun 25];9. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6140630>
83. WOCN Society Clinical Guideline. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2018 Jan;45(1):50–8.
84. Marabelle A, Le DT, Ascierto PA, Anna J, Giacomo M Di, De Jesus-Acosta A, et al. Efficacy of Pembrolizumab in Patients With Noncolorectal High Microsatellite Instability/ Mismatch Repair-Deficient Cancer: Results From the Phase II KEYNOTE-158 Study. 2019 [cited 2023 Jun 25]; Available from: <https://doi.org/10.1200/JCO.2019.01.0001>
85. American Cancer Society. [internet]. Radioterapia contra el cáncer colorrectal.
86. St. Jude Children Research Hospital. [internet]. 2019 [cited 2023 Jun 25]. Cambios en la piel durante el tratamiento del cáncer. Available from: <https://together.stjude.org/es-us/diagn%C3%B3stico-tratamiento/efectos-secundarios/cambios-en-la-piel.html>
87. Murken DR, Bleier JIS. Ostomy-Related Complications. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 May;32(3):176–82.
88. Cancer.net. [internet]. [cited 2023 Jun 26]. Efectos físicos, emocionales y sociales del cáncer. Available from: <https://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/efectos-f%C3%ADsicos-emocionales-y-sociales-del-cancer>
89. American Cancer Society. Efectos secundarios de la quimioterapia [Internet]. [cited 2023 Jun 25]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8459.96.pdf>
90. Jemec GB, Martins L, Claessens I, Ayello EA, Hansen AS, Poulsen LH, et al. Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. *Br J Dermatol*. 2011 Feb;164(2):330–5.
91. Guíjarro González MJ. Gastrostomía y nutrición. Cuidados de enfermería. *Rev Rol enferm*. 2003;618–20.
92. Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy Wound Manage*. 2004 Sep;50(9):68–77.
93. Down G, Vestergaard M, Ajslev TA, Boisen EB, Nielsen LF. Perception of leakage: data from the Ostomy Life Study 2019. *Br J Nurs*. 2021 Dec 9;30(22):S4–12.
94. Aula de pacientes. SACYL. [internet]. [cited 2023 Jun 26]. Recomendaciones generales. Los cuidados del estoma y de la piel periestomal. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-ostomia/cuidados-estoma-piel-periestomal/recomendaciones-generales>
95. Claessens I, Probert R, Tielemans C, Steen A, Nilsson C, Andersen BD, et al. The Ostomy Life Study: the everyday challenges faced by people living with a stoma in a snapshot. *Gastrointestinal Nursing*. 2015 Jun 1;13(5):18–25.
96. Voegeli D, Karlsmark T, Eddes EH, Hansen HD, Zeeberg R, Håkan-Bloch J, et al. Factors influencing the incidence of peristomal skin complications: evidence from a multinational survey on living with a stoma. <https://doi.org/10.12968/gasn.202018Sup4S31> [Internet]. 2020 May 23 [cited 2023 Jun 26];18:S31–8. Available from: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/gasn.2020.18.Sup4.S31>
97. Hellman J, Lago CP. Dermatologic complications in colostomy and ileostomy patients. *Int J Dermatol*. 1990 Mar;29(2):129–33.
98. Ratliff CR. Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(5):505–10.
99. Coloplast. The benefits of making a proactive decision on convexity [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://prod-professional.coloplast.com/globalassets/hcp/pdf-file/short-reads/the-benefits-of-making-a-proactive-decision-on-convexity.pdf>
100. Mason. Leakage experience and worries among convex users in the Ostomy Life Study. . 2015.
101. Bosio G, Pisani F, Fonti A, Scrocca A, Morandell C, Anselmi L, et al. Multicentre observational study on peristomal skin disorders. A proposal classification. *G Chir*. 2006;27(6–7):251–4.
102. Rothstein MSM. Dermatologic considerations of stoma care. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1986 Sep 1 [cited 2021 Jul 6];15(3):411–32. Available from: <http://search.proquest.com/docview/77055385?accountid=14555>.
103. Al-Niaimi F, Beck M, Almaani N, Samarasinghe V, Williams J, Lyon C. The relevance of patch testing in peristomal dermatitis. *Br J Dermatol*. 2012 Jul;167(1):103–9.
104. Smith AJ, Lyon CC, Hart CA. Multidisciplinary care of skin problems in stoma patients. *Br J Nurs*. 11(5):324–30.
105. Lyon CC, Smith AJ, Beck MH, Wong GA, Griffiths CE. Parastomal pyoderma gangrenosum: clinical features and management. *J Am Acad Dermatol*. 2000 Jun;42(6):992–1002.
106. GARCÍA MANZANARES M, MONTESINOS GÁLVEZ A, DE LA QUINTANA JIMÉNEZ P, VAQUER CASAS G. Afectación psicológica y calidad de vida del paciente ostomizado temporal y definitivo. *Estudio Stoma Feeling*. *Metas de Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2023 Jun 26];18(10):24–31. Available from: <https://medes.com/publication/106775>
107. Frutos Muñoz R de, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de enfermería*, ISSN 1138-7262, Vol 14, Nº 2, 2011, págs 24-31 [Internet]. 2011 [cited 2023 Jun 26];14(2):24–31. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3427776&info=resumen&idoma=SPA>
108. Hellman J, Lago CP. Dermatologic complications in colostomy and ileostomy patients. *Int J Dermatol*. 1990 Mar;29(2):129–33.

109. Coloplast. Manual práctico. Pautas para el cuidado de la piel. . Coloplast Productos Médicos; 2013.
110. Ratliff CR, Goldberg M, Jaszarowski K, McNichol L, Pittman J, Gray M. Peristomal Skin Health: A WOCN Society Consensus Conference. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 48(3):219–31.
111. El cáncer y la piel. In: Guía de cuidados dermatológicos del paciente oncológico. p. 17.
112. Lerín Cabrejas P, Lourdes Láinez P, Lozano Vicente M, Martínez Morales M. Complicaciones de los estomas. Manual de cuidados de enfermería. Coloplast Productos Médicos S.A.; 2012.
113. Arenas Villafranca JJ. El alto débito por la ostomía: implicaciones clínicas, detección y manejo [Internet] [[tesis]]. [Granada]: Universidad de Granada; 2015 [cited 2023 Jun 26]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=57750&info=resumen&idioma=SPA>
114. Cuadrado Suárez EA, Ulloa Vallejo LV, León Armijos JF, Luna Martillo ST. Tratamiento de pacientes con ileostomía que presentan alto gasto. *RECIMUNDO.* 2022 Sep 27;6(4):105–12.
115. Villafranca JJA, Abilés J, Moreno G, Goitia BT, Navarro PU, Adán NG. Ostomías de alto débito: Detección y abordaje. *Nutr Hosp.* 2014;30(6):1391–6.
116. GUÍA PARA EL OSTOMIZADO CASTILLA Y LEÓN.
117. Burgess-Stocks J. ALIMENTACIÓN CON UNA OSTOMÍA [Internet]. 2nd ed. EE. UU: UOAA; 2022 [cited 2023 Jun 26]. Available from: https://www.ostomy.org/w-p-content/uploads/2023/02/UOAA_Eating_with_an_Ostomy_Spanish_2023-01.pdf?direct
118. Yesenia D, Muñoz G, Diomyra X, Zárate C. NECESIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON OSTOMIAS. REVISION SISTEMATICA DE LITERATURA. *Revista Salud, Historia y Sanidad On-Line [Internet].* 2019;14(1):41–9. Available from: [www.http://agenf.org/ojs/index.php/shs](http://agenf.org/ojs/index.php/shs)
119. Cancer Minchot E, Cánovas Molina G, Delgado Olivencia M, Moreno Borreguero A. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA PACIENTES CON ILEOSTOMÍA [Internet]. 2018 Oct [cited 2023 Jun 26]. Available from: https://www.seen.es/modulgex/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/10_78/140420_011417_6136363486.pdf
120. American Cancer Society. [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 24]. Guía de urostomía. Available from: www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html
121. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería Global [Internet].* 2009 [cited 2023 Jun 26];(17):0–0. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es&nrm=iso&tlng=es
122. Alférez Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer = Communication in the aid relationship to the nursing patient: knowing what to say and to do. 2012; Available from: <http://www.aecs.es>.
123. Quemba Mesa MP, Díaz Fernández JK, Vargas Rodríguez LY, Bautista Plazas L, Pulido Barragán SP. Experiences and Perceptions in Dyads about Ostomy Care. Meta-synthesis of Qualitative Studies. *Invest Educ Enferm.* 2022 Jun;40(2).
124. Vallejo Sánchez V. Salud sexual en los pacientes ostomizados. *NPunto.* 2022;5:102–24.
125. González Gómez L. Ostomías y sexualidad. Un enfoque enfermero. *NPunto.* 2020;3(33):35–55.
126. Quintana Jimenez P. Cuidados ostomia pacientes.
127. Henao Trujillo OM, Aleman G, Daza D, Sánchez P, García J, Aristizabal González KD. Adaptación del paciente ostomizado: Proceso derivado de la atención del profesional de Enfermería. *Cultura del Cuidado Enfermería, ISSN-e 1794-5232, Vol 16, N° 1, 2019, págs 75-88 [Internet].* 2019 [cited 2023 Sep 1];16(1):75–88. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7200504>
128. Henao Trujillo OM, Aleman G, Daza D, Sánchez P, García J, Aristizabal González KD. Adaptación del paciente ostomizado: Proceso derivado de la atención del profesional de Enfermería. *Cultura del Cuidado Enfermería, ISSN-e 1794-5232, Vol 16, N° 1, 2019, págs 75-88 [Internet].* 2019 [cited 2023 Sep 1];16(1):75–88. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7200504>
129. Díaz-Cambronero O, Matoses-Jaén S, García-Claudio N, García-Gregorio N, Molins-Espinosa J. Manejo preoperatorio de la anemia en cirugía oncológica. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2015 Jun 1;62(S1):45–51.
130. Cata JP. Perioperative Anemia and Blood Transfusions in Patients with Cancer When the Problem, the Solution, and Their Combination Are Each Associated with Poor Outcomes. *Anesthesiology [Internet].* 2015 Jan 1 [cited 2023 May 1];122(1):3–4. Available from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/122/1/3/12275/Perioperative-Anemia-and-Blood-Transfusions-in>

15. Anexos

Anexo Escala DET

Escala DET

Discolouration (Decoloración)
Erosion (Integridad de la piel)
Tissue overgrowth (Tejido de sobrecrecimiento)

Cómo usar esta herramienta

- Examine la piel peristomal (no la mucosa) y evalúe la misma en base a las descripciones de los 3 dominios.
 - Puntos máximos en cada dominio:
 - 3 puntos para el área afectada
 - 3 puntos para la severidad
- En cada dominio habrá que valorar en primer lugar el tamaño del área afectada y puntuarlo según la tabla de la derecha. En segundo lugar habrá que valorar la severidad, empleando las definiciones y las fotografías como guía.
 - Si el tamaño del área afectada es 0, entonces automáticamente la severidad será también 0.
- En primer lugar estimar el tamaño del área (bajo el adhesivo) que presenta un color alterado. Si la piel peristomal tiene un color normal la puntuación será 0. Si por el contrario el color de la piel está alterado, habrá que valorar, en segundo lugar, la severidad de dicha alteración (puntuación 1 o 2).
- Estimar el tamaño del área afectada por erosión (puntuación 0-3). Si la puntuación del paciente es 0, pasar al Dominio 3. Si por el contrario el paciente presenta erosión, valorar la severidad de la misma (puntuación 1 o 2).
- Estimar el tamaño del área con tejido de sobrecrecimiento (puntuación 0-3). Si la puntuación es 0, pasar a calcular la puntuación total. Si el paciente presenta tejido de sobrecrecimiento, valorar la severidad del mismo (puntuación 1 o 2).
- Cálculo de la puntuación total
 - Calcular la puntuación total sumando los puntos de cada dominio.
 - Por favor, revise las descripciones para cada dominio cada vez que valore a un paciente.

Dominio 1: Coloración

Área (incluyendo áreas erosionadas)

Severidad

Piel normal (ausencia de cambios visibles o daños en la epidermis)

Si el área es 0 y la piel es normal, la puntuación de este dominio debe ser 0

Puntuación = 0

Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 1

Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 2

Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 3

Leve enrojecimiento o leve cambio de color en la piel peristomal

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Dominio 2: Integridad de la piel

Área

Severidad

Sin erosión/excoriación

Si el área es 0, la puntuación de este dominio debe ser 0

Puntuación = 0

Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 1

Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 2

Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 3

Daños en la capa superior de la piel (epidermis)

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Dominio 3: Tejido de sobrecrecimiento

Área

Severidad

Sin tejido de sobrecrecimiento

Si el área es 0, la puntuación de este dominio debe ser 0

Puntuación = 0

Menos del 25% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 1

Entre el 25% y el 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 2

Más del 50% de la piel cubierta por el adhesivo está afectada

Por favor, valorar la severidad

Puntuación = 3

Tejido de sobrecrecimiento que interfiere con la aplicación del adhesivo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Ejemplo

Coloplast

Compañía de Productos ANEDIDIC

Developed in cooperation with the Coloplast Global Advisory Board. Revisado por el Grupo G.O.B.

Guía de identificación de alteraciones de la piel peristomal

Cómo usar esta guía

La piel peristomal debe estar saludable e intacta tal y como está el resto de la piel (no cubierta por el adhesivo). Cuando aparece un problema cutáneo sería recomendable identificar su causa. Así se podrá aplicar un tratamiento correcto. Esta guía está diseñada para ayudar al profesional a identificar las posibles causas de las alteraciones cutáneas peristomales, permitiendo así mismo, su clasificación.

Observar la piel peristomal

¿Se aprecia algún cambio visible en la piel peristomal?

NO

Si se observa alguna alteración en la piel peristomal

La piel peristomal está igual que la piel abdominal no cubierta por el adhesivo

La epidermis está intacta

La piel es normal

Consultar la Guía de identificación de alteraciones de la piel peristomal

Comparar en la propia foto (observaciones de la piel peristomal) las alteraciones observadas con la información proporcionada en la guía de identificación de alteraciones de la piel peristomal.

Las fotografías ayudan a determinar el diagnóstico correcto.

Coloplast

Compañía de Productos ANEDIDIC

Developed in cooperation with the Coloplast Global Advisory Board. Revisado por el Grupo G.O.B.

Guía de identificación de alteraciones de la piel peristomal

Manifestaciones clínicas	Cambios visuales:	Cambios visuales:	Cambios visuales:	Cambios visuales:	Problemas de piel que no entran en otras categorías
	• Piel enrojecida y/o • Pérdida de la epidermis y/o • Piel húmeda y/o • Sangrado y/o • Hiperplasia (pápulas, granulomas o hipergranulosis) y/o • Úlcera o herida y/o • Piel macerada (húmeda, reblandecida y blanquecina)	• Coloración y/o • Pérdida de epidermis o parte del tejido y/o • Piel húmeda y/o • Sangrado y/o • Dolor y/o • Lesiones con bordes irregulares	• Lesiones múltiples o aisladas • Lesiones endurecidas o ulceradas • Enrojecimiento o amarillamiento • Neurosis • Exudado purulento o con sangre • Placas eritematosas engrosadas • Fístulas • Fenómeno de Kibbers (consecuencia de psoriasis)	• Enrojecimiento, hiper-pigmentación • Pápulas rojas con cubos blancos • Maceración (piel húmeda, blanquecina y reblandecida); • Pueden incluir lesiones en la periferia • Pápulas, pustulas (foliulitas) • Inflamación o edema	
Preguntas para identificar posibles causas (etiología)	Determinar si la reacción de la piel es:				
	Irritativa ¿Se ajusta el tamaño del adhesivo exactamente al tamaño del estoma? ¿Se ha enrojecido el adhesivo? ¿Se pega bien el adhesivo a la piel? ¿Hay irregularidades en la zona periestomal que comprometan la adhesividad del disco? ¿Está el estoma mal construido? ¿Ha sido expuesta la piel periestomal al contacto con heces, orina u otros efluentes? ¿Empuja la persona jabones, desinfectantes u otros productos químicos en la zona periestomal? ¿Se queja la persona de dolor, picor y/o quemazón?	Alérgica ¿Sufrir la persona alguna alergia conocida? ¿Está relacionado el problema con la aplicación de un nuevo producto para el cuidado de la piel periestomal? ¿Ha cambiado la persona su dieta o medicación recientemente? ¿Se queja la persona de picor?	¿Hay riesgo de presión (de discos convexos, cinturones, ropa, o por obesidad o hernias)? ¿Se retira el adhesivo de forma violenta? ¿Se cambia el adhesivo con mucha frecuencia? ¿Se la técnica de limpieza demasiado brusca? ¿Con qué frecuencia se rasaura? El rasurado frecuente o agresivo puede irritar la piel	¿Existe alguna enfermedad como...?: • Enfermedad de Crohn • Colitis ulcerosa • Pododermatitis gangrenosa • Artritis reumatoide • Cánceroma • Psoriasis	¿Se ha producido la epidermis o existe maceración? ¿Se seca bien la piel antes de aplicar el adhesivo? ¿Con qué frecuencia se cambia el adhesivo? El cambio poco frecuente hace que el adhesivo pierda su capacidad de absorción de líquidos, dejando a la piel desprotegida. Inspeccionar otras zonas del cuerpo para ver si existe infección por hongos. ¿Hay historia de diabetes mellitus, terapia con antibióticos, terapia con inmunosupresores, malnutrición o infecciones crónicas? Observar si el retirar el adhesivo se irritan los folículos pilosos. ¿Con qué frecuencia se rasaura? El rasurado puede ser problemático.
Tipo de alteración cutánea	Irritación de origen químico: Dermatitis por contacto Alteración de la piel periestomal causada por el contacto con heces, orina o productos químicos.	Irritación de origen mecánico: Definición: Reacción de la piel a una presión, fricción o rasurado excesivos	Relacionado con enfermedad Definición: Reacciones debidas a la existencia de enfermedades cutáneas previas o con la enfermedad primaria	Infección Definición: Crecimiento de microorganismos patógenos que pueden producir lesión en la piel	Otros

Fuente <https://www.coloplast.es/Global/Spain/Ostomia/Productos/imagenes/Escala%20DET.pdf>

Anexo Escala MUST



'Malnutrition Universal Screening Tool'

(Instrumento universal para el cribado de la malnutrición)

MAG
Malnutrition Advisory Group

www.bapen.org.uk

'MUST'

El 'MUST' es un instrumento de cribado de cinco pasos, diseñado para identificar a **adultos** malnutridos, con riesgo de malnutrición (desnutrición) u obesos. Incluye además unas directrices de tratamiento que pueden emplearse para desarrollar un plan de cuidados.

Está pensado para usarse en hospitales, ambulatorios y otros medios de atención sanitaria y puede ser utilizado por todos los profesionales sanitarios.

Esta guía contiene:

- Un diagrama con los 5 pasos que deben seguirse para el cribado y el tratamiento
- Una tabla para calcular el IMC
- Tablas para puntuar la pérdida de peso
- Medidas alternativas en caso de que no pueda obtenerse el IMC a partir del peso y la estatura.

Los 5 pasos del 'MUST'

Paso 1
Mida la estatura y el peso y calcule la puntuación del IMC utilizando la tabla adjunta. Si no puede obtener la estatura ni el peso, utilice los procedimientos alternativos que se muestran en esta guía.

Paso 2
Añote el porcentaje de pérdida de peso involuntaria y la puntuación con ayuda de las tablas adjuntas.

Paso 3
Determine el efecto y la puntuación de las enfermedades agudas.

Paso 4
Sume las puntuaciones de los pasos 1, 2 y 3 para obtener el riesgo global de malnutrición.

Paso 5
Utilice las directrices de tratamiento y/o las normas locales para desarrollar un plan de cuidados.

Consulte el Manual explicativo 'MUST' si desea más información acerca de cuando no se puede determinar el peso ni la estatura o cuando se realicen cribados de grupos de pacientes en los que se precise atención especial para la interpretación de los resultados (p. ej., aquellos con trastornos hídricos, escayolas, amputaciones o enfermedades crónicas, así como en las mujeres embarazadas o lactantes). El manual también puede utilizarse con fines de formación. Consulte el Informe 'MUST' para obtener datos de apoyo. Tenga en cuenta que el 'MUST' no se ha diseñado para detectar insuficiencias ni aportes excesivos de vitaminas y minerales, y que solo debe usarse en adultos.

© BAPEN



Paso 1

Puntuación del IMC

IMC kg/m²	Puntuación
>20 (>30 Obesidad)	= 0
18.5-20	= 1
<18.5	= 2

Si no puede obtener la estatura ni el peso, consulte al dorso las medidas alternativas y el uso de criterios subjetivos

Paso 2

Puntuación de la pérdida de peso

Pérdida de peso involuntaria en los últimos 3-6 meses	Puntuación
%	
<5	= 0
5-10	= 1
>10	= 2

Paso 3

Puntuación del efecto de las enfermedades agudas

El paciente está muy enfermo y no ha habido, o es probable que no vaya a haber, aporte nutricional durante >5 días
2 puntos

Es improbable que el efecto de las enfermedades agudas tenga aplicación fuera del hospital. Véase más información en el Manual explicativo 'MUST'

Paso 4

Riesgo global de malnutrición

Sume las puntuaciones para calcular el riesgo global de malnutrición
0 puntos: Riesgo bajo 1 punto: Riesgo intermedio 2 o más puntos: Riesgo alto

Paso 5

Directrices de tratamiento

0 Riesgo bajo
Asistencia clínica habitual

- Repetir el cribado
- Hospital: todas las semanas
- Residencias: todos los meses
- Comunidad: todos los años en grupos especiales, p. ej., mayores de 75 años

1 Riesgo intermedio
Observación

- Documentar el aporte dietético durante 3 días
- Si el aporte es suficiente: escaso interés clínico; repetir el cribado
- Hospital: todas las semanas
- Residencias: como mínimo todos los meses
- Comunidad: como mínimo cada 2-3 meses
- Si el aporte es insuficiente: Interés clínico; seguir las normas locales, fijar objetivos, mejorar y aumentar el aporte nutricional total, controlar y revisar periódicamente el plan de cuidados

2 o más Riesgo alto
Tratamiento*

- Derivar a un dietista o a un equipo de apoyo nutricional, o aplicar las normas locales
- Fijar objetivos, mejorar y aumentar el aporte nutricional total
- Controlar y revisar el plan de cuidados
- Hospital: todas las semanas
- Residencias: todos los meses
- Comunidad: todos los meses
- * Solo que sea perjudicial o no se espere ningún beneficio del apoyo nutricional, p. ej., en caso de muerte inminente.

Todas las categorías de riesgo:

- Tratar la enfermedad subyacente y proporcionar asesoramiento sobre la elección de los alimentos y ayuda para comer y beber cuando sea necesario.
- Registrar la categoría de riesgo de malnutrición.
- Registrar la necesidad de dietas especiales y seguir las normas locales.

Obesidad:

- Registrar la presencia de obesidad. En los pacientes con enfermedades subyacentes, normalmente es necesario controlarla antes de tratar la obesidad.

Cuando se identifique a una persona de riesgo, deberá repetirse la evaluación en los distintos ámbitos de atención sanitaria

En el Manual explicativo 'MUST' se recogen más detalles y el Informe 'MUST' contiene datos de apoyo.

© BAPEN



Medidas alternativas y consideraciones

Paso 1: IMC (índice de masa corporal)

Cuando no sea posible medir la estatura

- Utilice un valor documentado recientemente o la estatura indicada por el propio paciente (si es fiable y razonable).
- Si el paciente no conoce su estatura o no es capaz de indicarla, utilice una de las medidas alternativas para calcularla (cúbito, altura de la rodilla o semienvergadura).

Paso 2: Pérdida de peso involuntaria reciente

Cuando no sea posible calcular la pérdida de peso reciente, utilice el valor indicado por el propio paciente (si es fiable y razonable).

Criterios subjetivos

Cuando no sea posible obtener la estatura, el peso ni el IMC, los siguientes criterios relacionados con ellos le ayudarán a calcular, basándose en su criterio profesional, la categoría de riesgo nutricional del paciente. Tenga en cuenta que estos criterios deben utilizarse juntos y no por separado como alternativas a los pasos 1 y 2 del 'MUST' y que no están pensados para asignar una puntuación. Puede emplear el perímetro braquial (medido a la altura media del brazo) para calcular la categoría del IMC y confirmar su impresión general del riesgo nutricional del paciente.

1. IMC

- Impresión clínica: delgado, peso aceptable, sobrepeso. También puede indicarse emaciación evidente (muy delgado) y obesidad (gran sobrepeso).

2. Pérdida de peso involuntaria

- La ropa o las joyas se han quedado grandes (adelgazamiento).
- Antecedentes de disminución del consumo de alimentos, pérdida del apetito o problemas de deglución durante 3-6 meses y enfermedad subyacente o discapacidades psicosociales o físicas que tienden a provocar adelgazamiento.

3. Efecto de las enfermedades agudas

- Enfermedad grave y no ha habido, o es probable que no vaya a haber, aporte nutricional durante más de 5 días.

Puede encontrar más detalles sobre el uso de las medidas alternativas, circunstancias especiales y criterios subjetivos en el Manual explicativo 'MUST'. Puede descargar un ejemplar en www.bapen.org.uk o adquirirlo en las oficinas de la BAPEN. Los datos científicos que respaldan el 'MUST' se recogen en el Informe 'MUST' y también pueden adquirirse en las oficinas de la BAPEN.

BAPEN Office, Secure Hold Business Centre, Studley Road, Redditch, Worcs, B98 7LG. Tel: +44 (0)1527 45 78 50.
Fax: +44 (0)1527 458 718. bapen@sovereignconference.co.uk
BAPEN es una sociedad benéfica registrada con el número 1023927. www.bapen.org.uk

© BAPEN 2003 ISBN 978-1-899467-22-X Reservados todos los derechos. Este documento puede fotocopiar con fines de divulgación y formación siempre que se cite la fuente.

Esta copia puede reproducirse con fines de publicidad y promoción. Deberá solicitarse la autorización por escrito de la BAPEN si se necesita reproducción o adaptación. Podrá exigirse el pago de una cuota si se usa para obtener beneficios comerciales.





© BAPEN



Medidas alternativas: instrucciones y tablas

Cuando no pueda obtener la estatura, utilice la longitud del antebrazo (cúbito) para calcularla con ayuda de las tablas que aparecen más abajo.
(Consulte en el Manual explicativo 'MUST' los detalles de otras medidas alternativas (altura de la rodilla y semienvergadura) que también pueden emplearse para calcular la estatura).

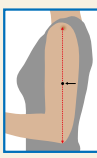
Cálculo de la estatura a partir de la longitud del cúbito



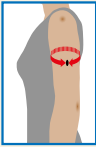
Mida la distancia entre el codo (olecranon) y el punto medio del hueso prominente de la muñeca (apófisis estiloides) (si es posible, del brazo izquierdo).

Estatura (m)	Varones (<65 años)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
Varones (≥65 años)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67	1.65
Longitud del cúbito (cm)	32.0	31.5	31.0	30.5	30.0	29.5	29.0	28.5	28.0	27.5	27.0	26.5	26.0	25.5	25.0
Estatura (m)	Mujeres (<65 años)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
Mujeres (≥65 años)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63	
Estatura (m)	Varones (<65 años)	1.69	1.67	1.66	1.64	1.62	1.60	1.58	1.57	1.55	1.53	1.51	1.49	1.48	1.46
Varones (≥65 años)	1.65	1.63	1.62	1.60	1.59	1.57	1.56	1.54	1.52	1.51	1.49	1.48	1.46	1.45	
Longitud del antebrazo (cm)	25.0	24.5	24.0	23.5	23.0	22.5	22.0	21.5	21.0	20.5	20.0	19.5	19.0	18.5	
Estatura (m)	Mujeres (<65 años)	1.65	1.63	1.62	1.61	1.59	1.58	1.56	1.55	1.54	1.52	1.51	1.50	1.48	1.47
Mujeres (≥65 años)	1.61	1.60	1.58	1.56	1.55	1.53	1.52	1.50	1.48	1.47	1.45	1.44	1.42	1.40	

Cálculo de la categoría del IMC a partir del perímetro braquial



El paciente debe doblar el brazo izquierdo por el codo, formando un ángulo de 90 grados y mantener el brazo paralelo al costado. Mida la distancia entre la protuberancia ósea del hombro (acromion) y el extremo del codo (olecranon). Marque el punto intermedio.



Pida al paciente que baje el brazo y mida el perímetro alrededor de la marca, asegurándose de que la cinta métrica esté ajustada, pero sin apretar.

Si el perímetro braquial es < 23.5 cm, es probable que el IMC sea <20 kg/m².
Si el perímetro braquial es > 32.0 cm, es probable que el IMC sea >30 kg/m².

El uso del perímetro braquial proporciona una indicación general del IMC y no se ha diseñado para generar una puntuación real para usarse con el 'MUST'. Si desea más información acerca del uso del perímetro braquial, consulte el Manual explicativo 'MUST'.

© BAPEN

Anexo Póster Recomendaciones para el cuidado de la piel periestomal en el paciente con tratamiento oncológico

110

AUTORES

Carreira Cona, Araceli (1); Cerejo Martínez, Sandra (2); Luján Rodríguez, Sonia (3); Fernández González, María del Mar (4); Salazar Arias, Raquel (5)

- Hospital Universitario San Agustín (Avilés, Asturias, España)
- Hospital Universitario del Bierzo (León, España)
- Fundación Hospital de Jove (Gijón, Asturias, España)
- Hospital Álvarez Buylla (Mieres, Asturias, España)
- Hospital de Cabrerles (Gijón, Asturias, España)

RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA PIEL PERIESTOMAL EN EL PACIENTE CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

INTRODUCCIÓN

PROBLEMA DETECTADO

Los pacientes ostomizados sufren frecuentemente alteraciones en la piel periestomal asociadas al tratamiento oncológico, que dificultan la adhesión del dispositivo, provocando lesiones que requieren cuidados generales y específicos, como la utilización de película barrera para conservar la integridad de la piel periestomal.

IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Afectación de la calidad de vida del paciente oncológico ostomizado.

¿QUÉ HEMOS OBSERVADO?

Aumento de casos de dermatitis periestomal tras tratamiento oncológico.

VALORACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS SOCIALES

- Mejora del bienestar físico, mental y emocional de la persona ostomizada oncológica.
- Promoción del autocuidado en el paciente.
- Refuerzo del conocimiento del paciente.
- Disminución de los costes sanitarios.

NECESIDAD DE PONER EN MARCHA UNA ESTRATEGIA DE EPS

Elaborar recomendaciones sobre las mejores intervenciones enfermeras en cuidados de la piel periestomal en pacientes oncológicos en:

*Comisión Interdepartamental Atención Primaria
Servicio de Enfermería / Asesoramiento de enfermería*

OBJETIVOS

Diffundir recomendaciones para prevenir el deterioro de la piel periestomal en pacientes con tratamiento oncológico.

POBLACIÓN DIANA

Enfermeras estomatoterapeutas y generalistas, pacientes, asociaciones de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

ACTIVIDADES PROPUESTAS

- Creación de un grupo de trabajo integrado por enfermeras estomatoterapeutas para formulación de recomendaciones.
- Creación de una infografía de la guía de recomendaciones para el cuidado de la piel periestomal en pacientes con tratamiento oncológico basada en evidencia científica.
- Difusión a través de técnicas educativas individuales y grupales para aprendizaje y aplicación de las recomendaciones.

RECURSOS DISPONIBLES Y NECESARIOS

- Recursos humanos: grupo de trabajo.
- Recursos informáticos: para creación y divulgación de infografía.

RESULTADOS

Creación de una guía y de una infografía basada en los beneficios del spray barrera en la piel de estos pacientes.

SCAN ME

CONCLUSIONES

Se deduce del trabajo realizado previamente que el spray barrera aplicado en la piel periestomal de pacientes oncológicos ostomizados estudiados ha aportado numerosos beneficios. La divulgación de esta guía hará que la información llegue a la población ostomizada y personal sanitario que trabaja con estos pacientes, haciendo que el manejo de la piel periestomal en estos casos sea más fácil y asequible para ellos.

Anexo Ruta al alta de paciente ostomizado con y sin cura Conan

RUTA HABITUAL

Para el alta hospitalaria se suele elegir un dispositivo múltiple plano. Muchos pacientes experimentan fugas que provocan deterioro de la piel y retraso en su recuperación física y psicológica.

HOSPITALIZACIÓN



- Dispositivo múltiple plano



alta

DOMICILIO

Alto porcentaje de pacientes con:

- Fugas
- Irritaciones cutáneas
- Ansiedad
- Depresión



2-3 semanas

HOSPITAL - CONSULTA DE OSTOMÍA



Alto porcentaje de pacientes:

- Cambio a dispositivo convexo
- Resinas y accesorios
- Cura de lesiones cutáneas
- Seguimiento frecuente

CURA CONAN

Desde el alta hospitalaria, el uso de la convexidad light proporciona un sellado efectivo.

El anillo moldeable facilita un almohadillado extra que sella con más efectividad el dispositivo.

HOSPITALIZACIÓN



CURA CONAN



alta

DOMICILIO

Alto porcentaje de pacientes:

- Sin fugas
- Piel íntegra
- Sin ansiedad
- Buena calidad de vida



2-3 semanas

HOSPITAL - CONSULTA DE OSTOMÍA



Decisión Estomaterapeuta:

- Continuar con CURA CONAN
- Cambio a dispositivo plano o a mayor convexidad
- Seguimiento habitual

