

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO DIGESTIVO

Montserrat Tegido Valentí

Enfermera Clínica Estomaterapeuta.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.

Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Ana Blanco Álvarez

Enfermera de la Unidad Funcional de Cáncer Colorrectal.

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo

Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

Antonio Soriano-Izquierdo

Gastroenterólogo de la Unidad Funcional de Cáncer Colorrectal.

Servicio de Aparato Digestivo.

Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona

1. Introducción

La asistencia de las personas ostomizadas en España es asumida, básicamente, por profesionales de enfermería expertos en estomaterapia, los estomaterapeutas (ET). De manera ideal, estos profesionales trabajan integrados en unidades multidisciplinares junto a cirujanos, oncólogos, digestólogos, equipos de enfermería, psicólogos y expertos en nutrición, entre otros especialistas. Su cometido fundamental es la detección y la priorización de las necesidades de estos enfermos, así como proporcionarles la información y la formación necesarias, lo que favorecerá su adaptación al entorno.

Se considera que en la actualidad hay en nuestro país unas 30.000 personas ostomizadas. Estos pacientes padecen cambios en diferentes aspectos de su vida como son la pérdida de la continencia, el cambio en la imagen corporal, el proceso de duelo, etc, por lo que precisan del aprendizaje de nuevos hábitos en diferentes áreas, como la higiene o la alimentación.

Las enfermedades más comunes del tracto gastrointestinal que pueden requerir una ostomía son la enfermedad inflamatoria intestinal, que comprende la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, y que suele afectar a pacientes jóvenes, y el cáncer colorrectal, que constituye la segunda causa de mortalidad por cáncer en los países desarrollados.

Ambas entidades suelen manejarse en el contexto de unidades funcionales multidisciplinares, en las que se integra la figura de la ET.

En este capítulo se exponen los cuidados básicos y fundamentales del paciente ostomizado, así como se describen los diferentes tipos de estomas y de dispositivos y accesorios que se pueden utilizar.

2. Tipos de estomas

Estoma es una palabra que deriva del griego y que significa “boca”. Según el asa abocada, los estomas digestivos de eliminación más frecuentes son:

- La ileostomía: consiste en abocar un asa del intestino delgado (normalmente del íleon distal) a la pared abdominal. Su ubicación más frecuente es en el hemiabdomen derecho.
- La colostomía: es la exteriorización de un segmento del colon a través de la pared abdominal (**Figura 1**). Habitualmente se localiza en el hemiabdomen izquierdo, aunque también se puede ubicar en el derecho.
- Es importante resaltar que las ileostomías, cecostomías y colostomías del colon ascendente producen más de 500 ml al día de efluente rico en enzimas digestivos, mientras que las colostomías del colon descendente/sigma producen heces formadas que no contienen enzimas, por lo que estas últimas suelen dar menos complicaciones.

FIGURA 1. Paciente portador de colostomía terminal



Según la técnica de construcción quirúrgica, los estomas se pueden clasificar en:

- **Terminales:** se caracterizan por tener una sola boca ostomótica. En el caso de la ileostomía, el íleon evertido debería tener una altura de 3 a 4 cm y su diámetro ser 2,5 a 3 cm, con objeto de evitar complicaciones cutáneas, mientras que en las colostomías el colon evertido suele tener de 1 a 2 cm de altura y de 3 a 4 cm de diámetro.
- **Laterales o asas de protección:** Estos estomas tienen dos bocas. En las ileostomías es importante que la boca proximal sea un poco más protruyente que la distal y que ambas sean bien visibles, es decir, excluyentes, para evitar el paso del contenido intestinal. Este tipo de estoma suele ser mayor y algo más difícil de manejar que los estomas terminales.

Los estomas también se pueden clasificar, dependiendo del tiempo de permanencia, como:

- **Temporales:** se realizan para prevenir complicaciones en la cirugía y favorecer la cicatrización, evitando el paso del contenido intestinal por las anastomosis. En la actualidad, el procedimiento ideal para proteger una anastomosis distal colónica es la ileostomía de protección, más que la colostomía.
- **Definitivos:** cuando no existe la posibilidad de reconstrucción del tránsito intestinal en el futuro.

3. Información preoperatoria y marcaje del estoma

Un principio básico es que nunca debería ir un paciente a quirófano sin saber qué es lo que se le va a hacer. El cirujano ha de informar al paciente de la técnica quirúrgica prevista, así como de la posibilidad de que se necesite realizar un estoma. Siempre que se pueda, la información al paciente por parte del cirujano o del ET debe de iniciarse antes del ingreso hospitalario. De esta forma, el paciente y sus familiares pueden aclarar y resolver las dudas y miedos relativos a la pérdida del control del esfínter, a la anestesia, al dolor, al cambio de la imagen corporal,... y asumir el alcance de la intervención, lo que facilitará su adaptación y su colaboración en el proceso. Por ello es necesario, ya desde esta etapa, unos cuidados de enfermería especializados, llevando a cabo una información individual y progresiva de lo que le va a suceder para facilitar la adaptación psicológica, fomentando la comunicación y la interrelación.

La experiencia nos muestra que los pacientes informados presentan un mejor postoperatorio y una mejor adaptación a la nueva situación. La percepción de angustia, de miedo y de ansiedad producida por el temor al hecho de ser portador de una ostomía puede minimizarse con el *bio-feedback* de la información.

En esta primera etapa es de gran importancia el marcaje de la ubicación exacta del estoma antes de la cirugía, teniendo en cuenta tanto el tipo de intervención programada como las características propias del paciente en el terreno laboral o social.

Este marcaje lo debería realizar, preferentemente, el ET. Es vital que el paciente se lo pueda ver para que se lo pueda cuidar de manera adecuada, con lo que conseguirá mayor seguridad y autonomía en su cuidado, mejor aceptación y se evitarán complicaciones. La zona debe de estar libre de pliegues, cicatrices o prominencias óseas. Con el paciente vestido con su ropa habitual, se marcará su ubicación tanto de pie como sentado, agachado y tumbado.

4. Dispositivos, métodos continentes y accesorios

Dispositivos digestivos o bolsas colectoras

Se utilizan para lograr una recogida eficaz de las excreciones intestinales. Es importante que se adapten al tamaño del estoma, que protejan la piel periestomal, que sean de fácil manejo, que la filtración de gases sea sin olor y que no abulten (que sean discretas). Estas bolsas colectoras pueden ser de una pieza o de dos piezas, cerradas o abiertas, transparentes u opacas, de diferente capacidad en función del débito de la ostomía y la base puede ser plana o convexa para los estomas complicados. La mayoría de los sistemas colectores están reembolsados por el Sistema Nacional de Salud.

Aparte de seleccionar el dispositivo que mejor se adapte a las características del paciente, según la construcción y la ubicación de la ostomía, hay varios criterios a considerar a la hora de elegir un dispositivo:

- Tipo de piel periestomal: si la piel periestomal es muy sensible y se irrita con facilidad, lo más recomendable es elegir un dispositivo de dos piezas, ya que al permanecer el disco pegado a la piel periestomal durante varios días se asegura el reposo de la misma. Si, por el contrario, los cambios del adhesivo no son frecuentes y no le causan problemas a la piel periestomal, quizás lo más cómodo y discreto sea un sistema de una pieza.
- Tipo de efluente: si las heces son sólidas se recomienda una bolsa cerrada y si son líquidas o semipastosas, como por ejemplo en las ileostomías, una bolsa abierta.

Métodos continentes

Son todos aquellos cuya finalidad es conseguir la continencia del paciente ostomizado. Estos pacientes pueden perder o disminuir su autoestima por su incapacidad para controlar la evacuación. Distintos estudios demuestran que los métodos continentes ayudan a mejorar la calidad de vida de estas personas al aumentar la confianza en sí mismas y facilitar la vida social. Los métodos o dispositivos continentes son:

- La irrigación: sólo se puede utilizar en colostomías en colon descendente. Está contraindicada en las ileostomías.
- El obturador: sólo se puede utilizar en colostomías con heces formadas. Consigue una continencia de unas 8 a 12 horas. Se puede combinar con la irrigación.

Accesorios

El uso de accesorios puede ser conveniente en determinadas situaciones clínicas para solucionar problemas de fijación, adherencia, heridas, úlceras o irritaciones. En cualquier caso, si al paciente le va bien con un dispositivo determinado, no será necesario recurrir a ellos.

Hay diferentes tipos de accesorios, siendo los más utilizados el cinturón, las pastas, los polvos, los aros y las tiras moldeables:

- **Cinturón:** se emplea para reforzar la sujeción de los dispositivos y dar mayor seguridad. Se coloca en los enganches adaptados de los dispositivos (bolsa o placa/disco).
- **Pastas:** se usan como relleno para mejorar el sellado, obteniéndose una mayor protección de la piel periestomal y una mejor fijación de los dispositivos.
- **Polvos:** se emplean para absorber la humedad producida por heridas húmedas o irritaciones.
- **Aros y tiras moldeables** (de resina natural, sintética o mezcla de ambas): se utilizan con la misma finalidad que las pastas o cremas, y a veces simultáneamente para obtener mejores resultados. Su presentación suele ser en forma de barritas o de anillos maleables.

Hay otros accesorios como los desodorantes, las lociones, los lubricantes y los gelificadores, que no son reembolsados por el Sistema Nacional de Salud:

- **Desodorantes:** se introducen en el interior de la bolsa antes de su colocación para disminuir o neutralizar el olor. Se pueden encontrar en forma de polvo, cápsulas,...
- **Lociones o toallitas:** sirven para limpiar la zona periestomal y para aumentar la fijación.
- **Lubricantes:** se incorporan dentro de la bolsa para facilitar el deslizamiento de las deposiciones.
- **Gelificadores:** sirven para aumentar la consistencia de las deposiciones en pacientes con ileostomía y heces muy líquidas. Se suelen presentar en forma de comprimidos que se introducen en la bolsa.

5. Higiene y cuidados del estoma

La higiene y los cuidados del estoma deben realizarse cada día, con el objetivo de detectar y prevenir posibles complicaciones tanto del estoma como de la zona periestomal.

Antes de comenzar a realizar la higiene del estoma, comprobaremos que tenemos todo el material necesario: bolsa para recoger el material de desecho, dispositivo digestivo, papel higiénico, esponja suave, agua y jabón neutro (sin perfumes), toalla de algodón, tijeras y plantilla adaptada al tamaño y a la forma del estoma.

En primer lugar, retiramos el dispositivo y realizamos la higiene con suavidad. Comprobaremos que el nuevo dispositivo se adapta a las características del estoma y se adhiere sin que se formen pliegues. Si el dispositivo es de una pieza se cambia cada día y si es de dos, la base se cambia dos veces a la semana, aunque la higiene se realiza cada día. Seguiremos las instrucciones para el manejo de los dispositivos según las recomendaciones de la marca comercial.

Durante la higiene el estoma puede sangrar un poco ya que es un tejido muy vascularizado, pero este hecho no tiene mayor importancia y lo normal es que cese enseguida. No se debe utilizar gasas para limpiar el estoma y la zona periestomal, ya que pueden dañarlo. Evitar también la utilización de alcohol, cremas o sprays, ya que pueden dificultar la fijación de la placa y lesionar la zona periestomal. Se debe recortar el adhesivo adecuándolo al tamaño del estoma, sin estrangularlo, evitando que roce con la mucosa, pero sin dejar zonas desprotegidas. Cuando se aprecia que la bolsa tiene pérdidas o está mal pegada, es necesario cambiarla para evitar lesiones en la piel. Si existiera vello alrededor del estoma, recortar con las tijeras o rasurar en la dirección del crecimiento del vello, sin apurar, y sin utilizar depilatorios. Para disminuir el olor en el baño, una vez se haya cambiado la bolsa, se puede encender una cerilla de madera, lo que evitará los malos olores. No se recomienda el secado de la piel periestomal con secador (utilizar una pequeña toalla o servilletas de papel). Cuando el paciente salga de paseo es aconsejable que lleve el material necesario para poder realizar un cambio de la bolsa (incluirá un dispositivo recortado al tamaño del estoma, pañuelos de papel y una bolsa de plástico para tirar después todo a la basura).

5. Recomendaciones dietéticas

La dieta es una parte muy importante en todo el proceso, especialmente en el postoperatorio. Una alimentación equilibrada, saludable y adaptada a los requerimientos energéticos del paciente es fundamental para la recuperación del estado general y la normalización del tránsito digestivo.

Como recomendaciones generales, se aconsejan comidas poco abundantes pero frecuentes. Así, se recomienda hacer un mínimo de 6 comidas al día de poca cantidad, según la tolerancia de cada paciente (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y comida ligera antes de acostarse). Además se aconseja tomar un mínimo de 1,5 litros de líquido al día. Entre las bebidas aconsejadas están las isotónicas, el agua sin gas, las infusiones, el zumo de manzana, la horchata y la fruta licuada. Se desaconseja el café y las bebidas con gas. Los líquidos deben tomarse entre las comidas, de 30 a 60 minutos antes o después de las comidas y no más de medio vaso. En caso de diarrea se ha de tomar un mínimo de 5 vasos de agua diarios para compensar la pérdida de agua, pero repartidos en pequeñas tomas. Se recomienda no consumir los alimentos ni muy fríos ni muy calientes. Las cocciones recomendadas son los alimentos a la plancha, al horno, salteados, hervidos o al vapor. Se debe evitar los alimentos crudos y eliminar las salsas, sobre todo las industriales, los guisos, los rebozados y los fritos.

La ampliación de la dieta y la reintroducción de los alimentos y otras formas de cocción se harán de manera progresiva. Se aconseja introducir sólo un alimento nuevo cada vez (por comida o día) para poder valorar la tolerancia. Dicha tolerancia se comprueba mediante la consistencia y cantidad de las heces y por las flatulencias o la distensión abdominal. Los pacientes portadores de una ileostomía deben ser siempre controlados por la Unidad de Dietética y Nutrición Clínica del hospital.

En el caso de pacientes portadores de colostomía, tanto el enfermo como sus familiares deben conocer los alimentos que producen malos olores y que son flatulentos, como las legumbres, la coliflor, las coles de Bruselas, el brócoli, los espárragos, la cebolla, el ajo, los quesos fuertes o el calabacín. Por el contrario, el yogur, la mantequilla y el perejil ayudan a disminuir los olores y los gases. Estos pacientes deben de ingerir suficiente fibra y líquidos para evitar el estreñimiento.

En los pacientes portadores de ileostomía la dieta tiene por objetivo disminuir el volumen diario de las heces, evitando que estas sean excesivamente líquidas. Por ello se suele aconsejar una dieta sin residuos y sin lactosa (aunque sin ser demasiado estricta por el riesgo de conducir al paciente a una dieta deficitaria), recordando la importancia de un buen aporte de líquidos para prevenir el riesgo de deshidratación y de alteraciones electrolíticas como la hipopotasemia, la hipocalcemia o la hipomagnesemia. La boca seca, la disminución de orina o la orina oscura al estar muy concentrada, la sensación de mareo al ponerse de pie, la fatiga marcada o los retortijones abdominales son signos y síntomas que pueden estar indicando un problema de deshidratación.

El tiempo de tránsito intestinal varía entre individuos. Si el alimento no se digiere, el paciente debe de saber que los nutrientes no se están absorbiendo adecuadamente, lo que puede acarrear deficiencias nutricionales. Por ello, el paciente debe asegurarse que sus médicos y enfermeras conozcan el tipo de ostomía que tiene y la localización de la misma.

6. Toma de medicamentos

Debido a la ausencia del colon y la alteración en el tiempo de tránsito intestinal, debe de considerarse cuidadosamente el tipo de medicamentos que se receta a la persona portadora de una ileostomía. En estos pacientes los medicamentos ideales son los que se presentan en forma de tabletas sin capa entérica o en forma líquida. Por el contrario, los medicamentos con capa entérica o cápsulas de liberación prolongada pueden no ser absorbidos y no aportar beneficio alguno (como por ejemplo, el hierro).

Si el medicamento requerido se encuentra disponible únicamente en esta forma y no puede ser destruido por los jugos estomacales, entonces la tableta puede romperse y tomarse con agua (el sabor será peor pero aseguraremos la absorción del medicamento).

Es importante resaltar que un paciente con una ileostomía nunca debe tomar laxantes, ya que le pueden causar una deshidratación aguda.

TABLA 1. Complicaciones precoces de los estomas

Complicación	Manifestación	Tratamiento y seguimiento*
Edema	Inflamación de la mucosa debida a la movilización del intestino en el acto quirúrgico	Aplicar compresas con agua o suero fisiológico frío (no helado) Seguimiento: control cada 12 horas (reducción y funcionamiento del estoma)
Hemorragia	El sangrado puede observarse en la mucosa del estoma, en la unión mucocutánea o en la zona cutánea de la boca ostomática Es normal cuando se observa al realizar la higiene (si es escaso) Puede ser debido a: <ul style="list-style-type: none"> • Vaso subcutáneo o submucoso • Úlcera en la mucosa 	Hemostasia local con compresión del vaso, coagulación con nitrato de plata o bisturí eléctrico, o con apósito con adrenalina Puede ser necesario reoperar si existe hematoma parietal o sangrado cuantioso. Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y registrar la zona (en el sentido de las agujas del reloj) • Control cada 8 horas (o menos, si el sangrado es importante)
Isquemia o necrosis	Cambio en la coloración de mucosa de rojo a negruzco. Si progresa y afecta a capas profundas o a la boca ostomática puede requerir cirugía de urgencia Las causas más frecuentes son: <ul style="list-style-type: none"> • Devascularización del intestino en la disección • Tracción del intestino 	Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y registrar la zona (en el sentido de las agujas del reloj) • Control cada 6-8 horas. Si compromete la luz de la ostomía, valorad cirugía
Infección	Calor, rubor, dolor y supuración en la zona que rodea el estoma Se produce por sepsis	Drenar y lavar con suero fisiológico y antisépticos. Retirar esfacelos Aplicar primero gel hidrocoloide Una vez limpio, aplicar polvo y/o pasta hidrocoloide Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y registrar la zona (en el sentido de las agujas del reloj) • Control de la evolución cada 6 horas • Revisar el tratamiento

Nota: En todas las complicaciones postoperatorias descritas se acoplará, preferentemente, el dispositivo de 2 piezas, transparente, y se ajustará al estoma sin oprimirlo

7. Complicaciones de los estomas

Los factores que se asocian a complicaciones de los estomas son la cirugía de urgencia, la edad avanzada del paciente, la malnutrición, los tratamientos inmunosupresores, las dificultades de manejo por parte del paciente (por artrosis, pérdida de agudeza visual,...), los derivados de la propia ubicación o construcción del estoma y, por último, la utilización de dispositivos inadecuados.

Las complicaciones (Figura 2-página 286) pueden aparecer tanto en el estoma (mucosa) como en el periestoma (zona que rodea el estoma). Atendiendo al tiempo en el que surgen pueden ser precoces, las que se manifiestan en el postoperatorio (Tabla 1) o tardías, las que surgen tras el alta hospitalaria (Tabla 2). Por último, la Tabla 3-página 286 está dedicada a los problemas de la piel periestomal. La persistencia o el agravamiento de cualquiera de las complicaciones descritas precisa de la derivación del paciente al ET o a su cirujano de referencia para su valoración.

TABLA 2. Complicaciones tardías de los estomas

Complicación	Manifestación	Tratamiento y seguimiento
Hernia	<p>Abultamiento alrededor de la ostomía. Se observa con el cambio de posición del paciente, de decúbito supino a prono</p> <p>Puede cursar con malestar, dolor, distensión abdominal y problemas estéticos</p> <p>Las causas pueden ser técnicas, personales, o deberse a obesidad, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial...</p>	<p>Mantener o disminuir el peso</p> <p>La dieta debe ser de fácil masticación, la fibra fraccionada y el aporte de líquidos abundante, con el objetivo de prevenir el estreñimiento</p> <p>Se recomienda faja elástica con velcro sin agujero que debe colocarse, siempre que sea posible, en decúbito supino para reducir y mantener la hernia y poder acoplar mejor el dispositivo</p> <p>Evitar esfuerzos con los músculos abdominales (reeducación postural). Se aconseja vacunar contra la gripe</p> <p>Seguimiento (cada 3 ó 6 meses):</p> <ul style="list-style-type: none">• Controlar y registro del tamaño, signos de suboclusión o problemas estéticos...• Si provoca suboclusión, remitir al cirujano para valoración quirúrgica

TABLA 2 (Continuación). Complicaciones tardías de los estomas

Complicación	Manifestación	Tratamiento y seguimiento
Estenosis	<p>Consiste en el estrechamiento del calibre de la boca ostomática (de la luz intestinal), lo que provoca dificultad de la emisión intestinal</p> <p>Puede localizarse en la aponeurosis o en la piel</p> <p>Está relacionada con factores técnicos o complicaciones en el estoma durante el postoperatorio</p>	<p>Enseñar a realizar dilataciones en cuanto se detecte: digitales, con sondas tipo “Foley”, conos,... 2 ó 3 veces por semana</p> <p>Revisar normas higiénico-alimentarias.</p> <p>Mantener o disminuir el peso.</p> <p>Se recomienda la dieta de fácil digestión, la fibra fraccionada y el aporte de líquidos abundante, con el objetivo de prevenir el estreñimiento</p> <p>Seguimiento (cada 3 ó 6 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control y registro del tamaño y de la viabilidad de la boca ostomática • Si provoca suboclusión, remitir al cirujano para valoración quirúrgica
Prolapso	<p>Se caracteriza por la protrusión y exteriorización de la mucosa a través del anillo rígido de la sutura de la unión mucocutánea</p> <p>Es más frecuente en estomas laterales o en asa y su aparición puede ser de forma súbita o lenta</p> <p>Se produce por factores técnicos, personales o dispositivos muy ajustados que provocan un efecto de succión</p>	<p>Reducción manual del estoma. Para ello se pone al paciente en decúbito supino y se realizan masajes con vaselina y con suavidad, evitando torsionar la mucosa y en dirección a la pared abdominal.</p> <p>Adaptar el dispositivo al tamaño y diámetro del estoma evitando roces.</p> <p>Faja elástica sin agujero: colocarla con el paciente en la cama.</p> <p>Evitar hacer esfuerzos con los músculos abdominales.</p> <p>Seguimiento (cada 3 ó 6 meses):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control y registro del crecimiento/ tamaño y del color de la mucosa. • Si ocasiona problemas, remitir al cirujano para valoración quirúrgica.

TABLA 3. Problemas de la piel periestomal

Complicación	Manifestación	Tratamiento y seguimiento
<p>Irritación cutánea</p>	<p>Es una reacción inflamatoria que puede verse como un ligero enrojecimiento periestomal, aunque puede llegar a ulcerarse</p> <p>Puede cursar con escozor, picor, dolor, así como exudación de la piel que dificulta la adaptación de los dispositivos</p> <p>Los motivos de aparición son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado incorrecto del estoma y la zona periestomal: • Por el contacto del efluente con la piel • Por el uso de productos químicos • Por el manejo inadecuado de los dispositivos • Por la ubicación o construcción del estoma 	<p>Verificar que el dispositivo se ajusta al estoma y se acopla correctamente</p> <p>Reforzar y explicar los procedimientos para mejorar la fijación, como aplicar polvo hidrocoloide, aros, tiras, pasta de barrera, fibra hidrocoloide,...</p> <p>Si es preciso, cambiar a otro tipo de dispositivo o, incluso, utilizar un cinturón</p> <p>Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control y registro de la zona afectada (en el sentido de las agujas del reloj), junto con la utilización de una escala de alteración cutánea periestomal (coloración, integridad de la piel, tejido de sobrecrecimiento) • Anotar el tratamiento indicado • Si el paciente está ingresado, anotar cada cambio de la base del dispositivo. Si no lo está, control al mes
<p>Hiper-sensibilidad o alergia</p>	<p>Se observa inflamación, con escozor, dolor, enrojecimiento e incluso pueden aparecer vesículas en la zona</p> <p>Está relacionada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sensibilidad a algún componente de los dispositivos o accesorios (la base, la funda,...) • Materiales utilizados para realizar la higiene: jabones, lociones, líquidos, fijadores... 	<p>Revisar las pautas de higiene del estoma y de la zona periestomal</p> <p>Identificar el elemento causante y sustituirlo</p> <p>Seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control y registrar la zona afectada (en el sentido de las agujas del reloj), junto con la utilización de una escala de alteración cutánea periestomal (coloración, integridad de la piel, tejido de sobrecrecimiento) • Anotar el tratamiento indicado • Si el paciente está ingresado, anotar cada cambio de la base del dispositivo. Si no lo está, control al mes

TABLA 3 (Continuación). Problemas de la piel periestomal

Complicación	Manifestación
Otras complicaciones	Fístulas
	Pioderma gangrenoso
	Varices periestomales
	Granulomas

FIGURA 2. Complicaciones de los estomas: precoces, tardías y problemas de la piel periestomal



Bibliografía

1. Martí J, Tegido M. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Ediciones Doyma. Barcelona 1999.
2. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diversion. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2001; 28:6.
3. McCann E. Routine assessment of the patient with an ostomy. In: *Wound, Ostomy, and Continence Nursing Secrets*, Milne C, Corbett I, Dubuc D (Eds), Hanley and Belfus, Philadelphia 2003. p.299.
4. Colwell J. Principles of stoma management. In: *Colwell, J, Goldberg, M, Carmel, J, Fecal and Urinary Diversions: Management Principles (Ed)*, Mosby, St. Louis 2004. p.240.
5. Doughty DB, Landmann RG. Management of patients with a colostomy or ileostomy. Up to date 2011. Revisión del 26 de enero.