

## Trabajo Fin de Grado

### **Actuación de enfermería ante las complicaciones del paciente colostomizado.**

Elena Badía Romano

Ana Carmen Lucha López

Facultad Ciencias de la Salud  
2012-2013

## **ÍNDICE**

• Resumen.....	2
• Introducción.....	3
• Objetivos.....	6
• Metodología.....	7
• Desarrollo.....	8
• Conclusiones.....	17
• Bibliografía.....	18
• Anexos.....	21

## **RESUMEN**

Todo paciente portador de una colostomía se ve inevitablemente inmerso en una serie de dificultades, tanto físicas como psicológicas. La clave reside en cómo enfrentarse a ellas. Es aquí donde la labor de enfermería se hace imprescindible. Desde las tareas humanas de informar y asesorar al paciente, resolviendo sus dudas, miedos e inseguridades, ofreciéndole todo su apoyo y comprensión; hasta las labores técnicas de evaluar al paciente de un modo integral y realizar todos los cuidados que sean necesarios.

A lo largo de este trabajo se ha analizado cada una de las posibles complicaciones que pueden derivarse de una colostomía y cuáles son los cuidados de enfermería necesarios para resolverlas. Además, se han descrito las distintas fases que vive la persona colostomizada, para poder valorar y cuidar al paciente en el ámbito bio-psico-social.

El conocimiento de dichas complicaciones y fases por parte del personal de enfermería, y la información aportada al paciente y familiares hacen posible evitar que surjan algunas de las complicaciones, o en el caso de que aparezcan ayudan a que la rehabilitación sea lo antes posible y de la forma más eficaz para el paciente.

## **INTRODUCCIÓN**

Una de las principales causas de muerte del ser humano es el cáncer. En el año 2008 causó 7,6 millones de defunciones, de éstas, 608.000 fueron debidas al cáncer de colon (1). Este tipo de cáncer es uno de los que más muertes causan anualmente y ocupa el tercer lugar detrás del cáncer de pulmón y el de mama (2). Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2011 el cáncer de colon supuso en España un total de 11.687 defunciones, 6.687 hombres y 5.000 mujeres (3).

Se denomina cáncer colorrectal (CCR) a todos aquellos tumores ubicados en el intestino grueso, pudiendo estos tumores localizarse desde la válvula ileocecal hasta el recto (4) y puede afectar a los distintos segmentos del colon, (ascendente, transverso, descendente y sigmoide) (Ver Anexo I).

En los pacientes con cáncer colorrectal puede ser necesaria la cirugía para llevar a cabo la derivación o extirpación del segmento lesionado o afectado del intestino; esto conduce a una ostomía (5, 6, 7), que consiste en una abertura al exterior de origen quirúrgico que permite desviar el tránsito normal de alimentos y/o productos de desecho, de forma temporal o permanente (6, 8, 9).

Dentro de las posibles ostomías, la más frecuente es la colostomía, en la que un segmento del colon se conecta a una incisión realizada en la pared abdominal con el objetivo de la excreción fecal. El paciente colostomizado lleva una bolsa colectora de heces adherida al abdomen (6, 7).

El cáncer de colon es una de las principales causas que conducen al paciente a ser portador de una colostomía, pero existen otras, como son: infección abdominal (como en el caso de diverticulitis perforada o un absceso), lesión del colon o del recto provocada por un accidente o un arma, bloqueo parcial o completo del intestino grueso, fístulas o heridas en el perineo, etc (10).

En términos generales, el 1'5 por mil de la población española convive con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de 60.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía

correspondería a más de un 3 por mil de la población adulta española. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil de los adultos (11). El impacto social de esta práctica terapéutica es muy alto dado el gran volumen de población que se ve afectada.

La persona portadora de una colostomía puede ver multiplicadas las dificultades para desarrollar una vida cotidiana normal. Estas dificultades aparecen en las distintas fases que el paciente va experimentando:

- Ya desde el momento en el que el paciente recibe la noticia de que le van a tener que practicar una colostomía, debe hacerse a la idea de que tiene que enfrentarse a una nueva situación de vida, que desconoce y que concibe como algo especialmente traumático.
- Tras haber sido sometido a la intervención quirúrgica el paciente percibe un cambio físico y significativo en su cuerpo, conocido como sentimiento de “quiebra de la propia imagen corporal”.
- Cuando sale del hospital, el paciente tiene que aprender a realizar ciertos cuidados de su estoma y adaptarse a su nueva situación (6, 11). El estoma es una abertura creada quirúrgicamente en el cuerpo para reemplazar una abertura natural.

La persona colostomizada puede sufrir diversas complicaciones, algunas de importancia y otras muy comunes y sin mayor peligro. Dichas complicaciones pueden agruparse en dos tipos: las físicas, que se dividen en locales y sistémicas, y las psicosociales.

Las complicaciones locales, son las que aparecen en el estoma y se dan en alrededor del 25% de los casos y se clasifican según el momento de aparición: las precoces, que aparecen en los 30 primeros días del postoperatorio (edema, retracción, oclusión, necrosis, etc) y las tardías, posteriormente a los 30 días de confeccionado el estoma (prolapso, estenosis, perforación, etc) (12).

El impacto de una colostomía puede ser devastador incluso en un periodo postoperatorio sin complicaciones locales, ya que como se ha mencionado

anteriormente, el paciente colostomizado se encuentra ante una nueva situación, en la que su imagen se quiebra con la presencia de un dispositivo en la pared abdominal, por el que heces y gases son expulsados sin control, generándole inseguridad, miedo, vergüenza o aislamiento social; es así como surgen las complicaciones psicosociales (13, 14).

Por todo lo expuesto, la labor de enfermería en este campo es muy importante. Algunas de estas funciones consisten en: informar al paciente sobre su intervención despejando sus dudas y temores, evaluarlo de un modo integral, realizar los cuidados del estoma, educar al paciente para que él aprenda a cuidar su estoma y sepa detectar las posibles complicaciones que aparezcan, pudiendo así comunicarlas al personal médico y de enfermería (15).

A continuación se presenta cómo valorar y cuidar al paciente colostomizado que presenta complicaciones de una forma bio-pisco-social.

## **OBJETIVOS**

1. Identificar las distintas complicaciones que pueden surgir en un paciente con una colostomía.
2. Proponer los cuidados de enfermería necesarios para tratar dichas complicaciones en los ámbitos biológico, psicológico y social.
3. Analizar el tipo de apoyo y las diferentes estrategias de cuidado, en las distintas etapas que vive el paciente colostomizado.

## **METODOLOGÍA**

### Tipo de estudio

Análisis descriptivo de las complicaciones que pueden surgir en un paciente colostomizado, mediante una revisión bibliográfica.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se han utilizado las siguientes bases de datos:

<b>Base de datos</b>	<b>Palabras clave</b>	<b>Artículos consultados</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
Scielo	Ostomía	10	6
Dialnet	estomaterapia	3	1
Medline	Nursing care colostomy	5	1
ScienceDirect	colostomy	8	2
Cuiden Plus	ostomía	11	5

Se han seleccionado artículos en Español, Inglés y Portugués.

La búsqueda se ha limitado a artículos publicados hasta el 2001 y posteriores.

Los artículos se han podido consultar a texto completo.

Además de la búsqueda en bases de datos, se han utilizado otras fuentes como libros, guías, páginas web, y se ha consultado información con profesionales de consultas de estomaterapia y de la Asociación de Ostomizados de Aragón (ADO).

El trabajo se ha desarrollado en el periodo entre Febrero y Mayo de 2013.

Este trabajo puede ser de interés para los profesionales de enfermería que trabajan en centros de salud, unidades de cirugía general y consultas de estomaterapia.

La población diana de estudio la constituyen pacientes colostomizados.



## **DESARROLLO**

A continuación se enuncian los cuidados de enfermería de las diferentes complicaciones que pueden surgir en el paciente colostomizado.

Para conocer la definición y algunos aspectos relevantes de las complicaciones locales, ver anexo 2.

### **1. Complicaciones físicas**

#### **1. 1. Complicaciones locales**

Es conveniente la detección precoz de las complicaciones locales, para ello es necesario, un seguimiento de la evolución del paciente ostomizado y educarlo para que él mismo sepa identificar cualquier tipo de problema en su colostomía y poder comunicarlo cuanto antes al personal de enfermería. Para determinadas complicaciones no existe ninguna medida preventiva, sin embargo para algunas, si que las hay.

Cuando aparece alguna complicación, se precisa conocer el tratamiento y los cuidados necesarios para darle solución, con el menor impacto sobre el paciente.

Como ya se dijo anteriormente, las complicaciones locales, se dividen en dos grupos, las precoces o inmediatas las que aparecen en los 30 primeros días de la intervención y las tardías, que surgen transcurrido más de un mes de la operación.

#### **- Complicaciones precoces**

##### **Isquemia o necrosis**

El personal de enfermería en las primeras horas de la intervención debe vigilar la coloración del estoma, que se mantenga rosácea o roja.

Es conveniente colocar una bolsa transparente para facilitar la visión de la mucosa (16, 17).

### Infección periostomal

Aparece en la primera semana del postoperatorio, y se da una inflamación, por lo que hay que vigilar los signos de infección como son: dolor, calor, rubor de la piel... Observar también si aparece edema o cambios en la coloración como: palidez, oscurecimiento o cianosis. Puede existir supuración

- Se realizan curas locales.

- Es conveniente utilizar sistemas colectores de dos piezas, para no cambiar la bolsa entera todos los días así como aplicar cremas protectoras de la piel (12, 16, 17).

### Retracción

Una forma de prevenir la retracción es vigilar la buena evolución de las suturas en el postoperatorio inmediato y prevenir la obesidad en el tardío.

- Utilizar dispositivos adecuados, ya que la retracción produce un hundimiento; existen bolsas especiales de dos piezas, que evitan escapes de heces.

- Dar recomendaciones dietéticas para evitar aumento de peso y estreñimiento.

- Prevenir irritaciones de la piel (12, 16, 17).

### Dehiscencia

- Se realizan curas, que deben renovarse cada 24 h.

- Vigilar su evolución (16, 17).

### Evisceración paraostomal

La labor de enfermería es realizar los cuidados prequirúrgicos y dar apoyo emocional al paciente, para la intervención (12).

### Edema

- Vigilar el posible engrosamiento de la mucosa en el postoperatorio inmediato para advertir la posible aparición de edema.

- Tratar el edema de la mucosa aplicando compresas con agua o suero salino hipertónico frío.

- Comprobar la reducción del edema con medición repetida del diámetro y registrar los cambios observados en la coloración de la mucosa, tamaño del estoma y funcionamiento de la ostomía.
- Evitar la manipulación traumática o brusca de la mucosa durante la higiene y cambio de dispositivo.
- Aplicar un dispositivo de colostomía adecuado (16, 17).

#### Hemorragia

- Registrar la intensidad, volumen y origen del sangrado.
- Si la hemorragia es enterocutánea, se puede resolver con hemostasia local aplicando sobre el estoma compresas de suero frío durante 10 o 15 minutos.
- Vigilar evolución (16, 17).

#### **- Complicaciones tardías**

#### Prolapso

- Si el prolapso permite la reducción manual del segmento prolapsado, se reintroduce el intestino suavemente, con el paciente colocado en decúbito supino, se utiliza guantes y lubricante. En este aspecto conviene educar al paciente para que realice él la reducción manual.
- Educar al paciente para que no haya una excesiva ganancia de peso, ni realice esfuerzos físicos que provoquen un aumento de la presión intraabdominal.
- Evitar el estreñimiento, mediante asesoramiento dietético.
- Aplicar el dispositivo correcto de colostomía y valorar la permeabilidad del estoma y la coloración de la mucosa (12, 16, 17).

#### Estenosis

- Educar al paciente sobre la importancia de medir el estoma, durante los primeros meses, para detectar un posible estrechamiento. Conviene enseñar al paciente la técnica de dilatación manual del estoma que consiste en utilizar guante y lubricante, introducir un dedo en el estoma, primero el meñique y luego el índice y realizar movimientos circulares suaves.

- Dieta rica en fibra para evitar estreñimiento.
- Irrigación con suero fisiológico para evitar fecalomas (12, 16, 17, 18).

### Hernia

- Educar al paciente sobre la importancia de evitar los esfuerzos físicos, de ponerse la mano para toser, para evitar hacer esfuerzos excesivos con el abdomen.
- Evitar la ganancia excesiva de peso.
- Las molestias que causan la hernia, suelen aliviarse en posición de decúbito supino o al reducir la hernia con un suave masaje sobre el abdomen.
- Si la hernia es pequeña y no compromete la evacuación intestinal, utilizar prendas de compresión para contenerla, para evitar su progresión y mejorar la comodidad del paciente.
- Vigilar la evolución del tamaño de la hernia.
- Observar el funcionamiento del estoma para comprobar que no se interrumpe la descarga de heces.
- Asesoramiento dietético para evitar el estreñimiento y obesidad.
- Utilizar dispositivos de ostomía con cinturón.

Es frecuente la recidiva de la hernia tras la intervención, por lo que en ocasiones no se acude a la solución quirúrgica y simplemente se aprende a convivir con la hernia prestándole los cuidados necesarios (16, 17, 19).

### Fístula

- Seguir y valorar la cantidad y características del exudado de la fístula.
- Evitar la introducción de objetos rígidos en el estoma.
- Cuidar la piel periestomal utilizando un dispositivo adecuado que evite las fugas de efluente (16, 17).

### Úlcera

- Cuidar la herida aplicando los cuidados para su cicatrización por segunda intención utilizando los productos necesarios. La cura realizada debe renovarse cada 24h y realizar una buena vigilancia de la evolución (16, 17).

### Granulomas

- Curas con nitrato de plata para evitar su crecimiento.
- Evitar fugas mediante el uso de dispositivos adecuados.
- Controlar los puntos de sutura (16, 17).

### Irritación cutánea

Es necesario proteger la piel utilizando cremas barrera, soluciones cicatrizantes y esperar a que se sequen para que el dispositivo pegue adecuadamente, evitar la humedad, ajustar el tamaño del dispositivo al del estoma, así como realizar una higiene correcta (16).

### Dermatitis

Es importante identificar la etiología (irritativa, mecánica, alérgica, microbiana, micótica), y tomar las medidas adecuadas para tratarla.

- Uso correcto de dispositivos, evitando el contacto del efluente con la piel periestomal.
- Utilizar dispositivos de dos piezas.
- Aplicar cremas protectoras.
- Higiene adecuada del estoma (16, 17).

## **1.2. Complicaciones sistémicas**

Las principales complicaciones sistemáticas que se dan en el paciente colostomizado son la diarrea y el estreñimiento.

### La diarrea

Se caracteriza por la evacuación frecuente de heces acuosas y es un síntoma de otros trastornos, como procesos infecciosos, tratamientos de quimioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal, estrés, etc. También puede ser producida por la ingesta de algún alimento determinado.

Los cuidados de enfermería son:

- Instruir sobre los alimentos pobres en fibra, ricos en proteínas y alto valor calórico, entre ellos están la patata, la pasta, el arroz, el pan, las zanahorias cocidas, el plátano el zumo de limón, la carne y los pescados a la plancha.

El yogur es un buen alimento para la diarrea, ya que por un lado ayuda a prevenirla si se toma regularmente y por otro ayuda a recuperarse de ella.

- Asegurar una ingesta de líquidos adecuada, para mantener una buena hidratación.

- Cuidar el tejido circundante del estoma (20).

### El estreñimiento

Se caracteriza por una disminución en la frecuencia normal de defecación, que se acompaña de una eliminación difícil o incompleta de las heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

El que las heces sean más firmes de lo normal, puede hacer que el paciente sienta molestias.

Enfermería se encarga de:

- Identificar los factores (medicamentos, dieta...) que pueden causar el estreñimiento.

- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, como agua, zumo de frutas, caldos e infusiones, ya que a veces el estreñimiento puede estar causado por una deshidratación.

- Instruir al paciente a cerca de los alimentos que actúan como laxantes naturales, como las frutas, las verduras y los cereales ricos en fibra, el salvado de trigo, el pan integral, las ciruelas pasas, los higos y los dátiles.

- Aconsejar ejercicios suaves como el caminar, ya que pueden estimular el funcionamiento del intestino (20).

## **2. Complicaciones psicosociales**

### Temor

El paciente puede sentir temor (respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce como un peligro), cuando recibe información de lo que le ocurre, sobre en qué consiste su intervención, cuando no sabe que pasará después de la intervención...

Enfermería en este caso se ocupa de:

- Valorar la comprensión del paciente de su enfermedad.

- Dar al paciente la información necesaria para resolver sus dudas.

- Permitir al paciente que exprese sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Mostrar al paciente conciencia y sensibilidad a las emociones y establecer contacto físico (20).

#### Trastorno por cambio de la imagen corporal

El paciente ve alterada su imagen, y eso le causa pensamientos negativos, tristeza y temor a la reacción de la sociedad.

Enfermería se encarga de:

- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
- Explicar la presencia de grupos de apoyo, como las asociaciones de ostomizados, en las que el paciente puede ver que hay más personas en su situación y comunicarse con ellas (20).

#### Baja autoestima por su situación

El paciente colostomizado puede tener en determinados momentos baja autoestima, debido a su nueva situación de vida, la alteración de su imagen corporal, al verse incapaz de afrontar las situaciones sociales (viajes, trabajo, deporte...) y la autonomía de sus cuidados.

La labor de enfermería consiste en:

- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios
- Ayudar al paciente a identificar sus virtudes.
- Resolver dudas del paciente sobre que pasará en sus viajes, en la alimentación, en el trabajo, en el deporte, sobre las ropas, aportándole la información necesaria.
- Proporcionar información sobre los cuidados de su estoma, para que aumente la autonomía del paciente.
- Alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Informar de la existencia de asociaciones de ostomizados (20).

Las complicaciones nombradas anteriormente, tanto las físicas como las psicosociales, pueden aparecer en las distintas etapas que vive el paciente colostomizado: antes de someterse a la intervención quirúrgica, durante el postoperatorio inmediato (hospitalización) y después de salir del hospital y enfrentarse a la vida diaria, por lo que es importante conocer dichas etapas y saber cuales son los cuidados más destacados de cada una de ellas, ya que dichos conocimientos, pueden servir para entender los sentimientos y vivencias que está teniendo el paciente en cada una de esas fases y así poder valorarlo, acompañarlo y cuidarlo durante el proceso que vive y en ocasiones evitar que aparezcan muchas de las complicaciones mencionadas. En la primera y segunda etapa (el preoperatorio y durante el tiempo que esté en el hospital) el paciente se enfrenta a un diagnóstico severo en un breve espacio de tiempo, en esta etapa debe afrontar, un proceso quirúrgico y la estancia en el hospital, a veces de no corta duración, que le condicionará durante un tiempo a la dependencia física del personal sanitario y de los cuidadores principales. También se enfrenta a la presencia de una ostomía, situación física no deseada y desconocida, que le origina sensación de pérdida y sentimiento de daño irreversible de su imagen y temor a la invalidez y al cambio en sus relaciones sociales (21, 22).

En esta etapa será conveniente que la enfermera estomaterapeuta y las enfermeras de la planta le den información al paciente del tipo de intervención, del estoma y consecuencias, hacer una valoración física, psíquica, social y laboral del paciente, hacer una elección y marcaje de la localización idónea del estoma, educar sobre el cuidado del estoma y el tipo de material durante el postoperatorio, antes de abandonar el hospital, ofrecer al paciente seguimiento y apoyo por parte del equipo de Psicología hospitalario cuando sea preciso (11, 15, 16, 23, 24).

En la tercera etapa, (el alta hospitalaria) el paciente colostomizado se enfrenta a múltiples cuestiones, sobre su autocuidado (cuidados higiénicos, el uso de accesorios), sobre la prevención de complicaciones, y sobre cómo hacer frente para integrarse en la vida cotidiana. En este caso enfermería se debe de encargar de indicarle la existencia de una consulta de estomaterapia en el hospital, a la que puede acudir cuando considere necesario, y la existencia de asociaciones de ostomizados, en las que el



paciente puede constatar que no es el único a quien le sucede algo parecido, sino que se trata de una situación nueva que debe afrontar de forma positiva y en las que le aportarán toda la información y apoyo extrahospitalario que requiera (8, 11, 15).

## **CONCLUSIONES**

- Todo paciente colostomizado puede sufrir complicaciones físicas y/o psicológicas a lo largo de su vida.
- Recibir una correcta información preoperatorio y postoperatoria, como qué es una colostomía, cuáles son sus cuidados, cómo convivir con ella y como adaptarse a las distintas situaciones sociales es fundamental para una rehabilitación más rápida y para la prevención de complicaciones, tanto físicas como psicosociales.
- La creación de consultas de estomaterapia y asociaciones de ostomizados han conseguido que estas personas cuenten con el apoyo, ayuda y cuidados que necesitan.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) WHO.int [sede web]. España: Organización mundial de la salud; 2013 [actualizado febrero de 2013; acceso 26 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- (2) Béjar L, Gili M, Ramírez G, López J, Cabanillas J. L. Cambios en la dieta y tendencia del cáncer colorrectal en España durante 1951-2007. Rev. esp. enferm. Dig. 2010 ; 102(3): 159-168.
- (3) Instituto nacional de estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. España: INE; 2011. [ actualizado 27 febrero de 2013; acceso 26 de marzo de 2013] Disponible en: [http://www.ine.es/en/prensa/np767\\_en.doc](http://www.ine.es/en/prensa/np767_en.doc)
- (4) Bellolio E, Manterola C, Roa JC, Tapia E. Cancer de colon y recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 casos. Int. J. Morphol. 2010; 28(2): 393- 398.
- (5) Gordon B, Colwell JC. Ayudar al paciente a combatir el cáncer de colon. Nursing 2009; 27(10): 12-16.
- (6) Calcagno G, Oliveira V, Pereira A, Peres P, Pizarro A, Silva de Castro E. Ser mujer con ostomía: la percepción de la sexualidad. Enferm. Glob. [en línea] 2012 [Consultado 3 abril 2013]; Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300002&script=sci_arttext)
- (7) Deitz D, Gates J. Tratamiento de enfermería básico de los estomas. Nursing. 2010; 28(6):1-2
- (8) Cebollero MA. Ostomías digestivas. Ado 2011; 2: 2-3.
- (9) Arrais FA, De Souza P, Gimenez MT, Leite T. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. Acta paul.enferm. [en línea] 2008 [consultado 3 abril 2013]; 21(1). Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000100015>

(10) A.D.A.M. Colostomy [sede web]. Pubmed; 6 mayo 2011 [actualizado 5 junio 2011; acceso 4 abril 2013]. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0003438/>

(11) ARGIA. Los problemas de la atención integral del paciente ostomizado en el entorno de una asociación. Luz en la palabra. 2006; (6): 3-10.

(12) Abed G, Galindo F, Hierro J. Complicaciones de las colostomias. Cirugía Digestiva. 2009 ; 3(311): 1-12.

(13) Alfonso LE, Fonte M, Noda CL, Reyes ML, Valentín FL. Problemática actual del paciente con ostomía. Rev Cub Med Mil. [en línea] 2001 [consultado 3 abril 2013]; 30(4). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572001000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572001000400008)

(14) Barros MH, Bezerra GL, De María C, Fortes R. Vivência do paciente estomizado: uma contribuição para a assistência de enfermagem. Texto contexto-enferm. [en línea] 2011 [consultado el 3 de abril 2013]; 20(3). Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421157018>

(15) Capitán JM, Fernández MA. La estomaterapia: Una necesidad sanitaria y social. Seminario médico. 2001; 53(1): 25-32.

(16) Enciso MD, Conceptos básicos en estomaterapia. Jaén: Formación Alcalá; 2008.

(17) Lerín P, Lourdes P, Lozano MD, Martínez M. Complicación de los estomas, manual de cuidados de enfermería. Coloplast Productos Médicos. Madrid, España; 2010.

(18) Ruiz J, Morales V, Lobo E. Complicaciones postoperatorias de la cirugía colónica. Cir Cir. 2010; 78: 283-291.

(19) Lerín P, Lourdes P, Lozano MD, Martínez M. La Hernia del paciente ostomizado. Ado 2011; 2: 5-6.

(20) Cots I, Villalba E. Guía de cuidados de enfermería a la persona portadora de un estoma, según patrones funcionales. Biblioteca Lascasas. [en línea] 2001 [consultado 26 marzo 2013]; 7(2). Disponible en:

<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

(21) Hsu YY , Tseng HC, Wang HH, Weng WC. Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies. Kaohsiung J. Med. Sci. 2004; 20(2): 70-72.

(22) Toht PE. Ostomy care and rehabilitation in colorectal cancer. Seminars in Oncology Nursing. 2006; 22(3) 174–175.

(23) Crespillo AY, Martín B. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado. Estudio cualitativo de un caso. Index Enferm. [en línea] 2012 [consultado 5 abril 2013]; 21(1-2). Disponible en:

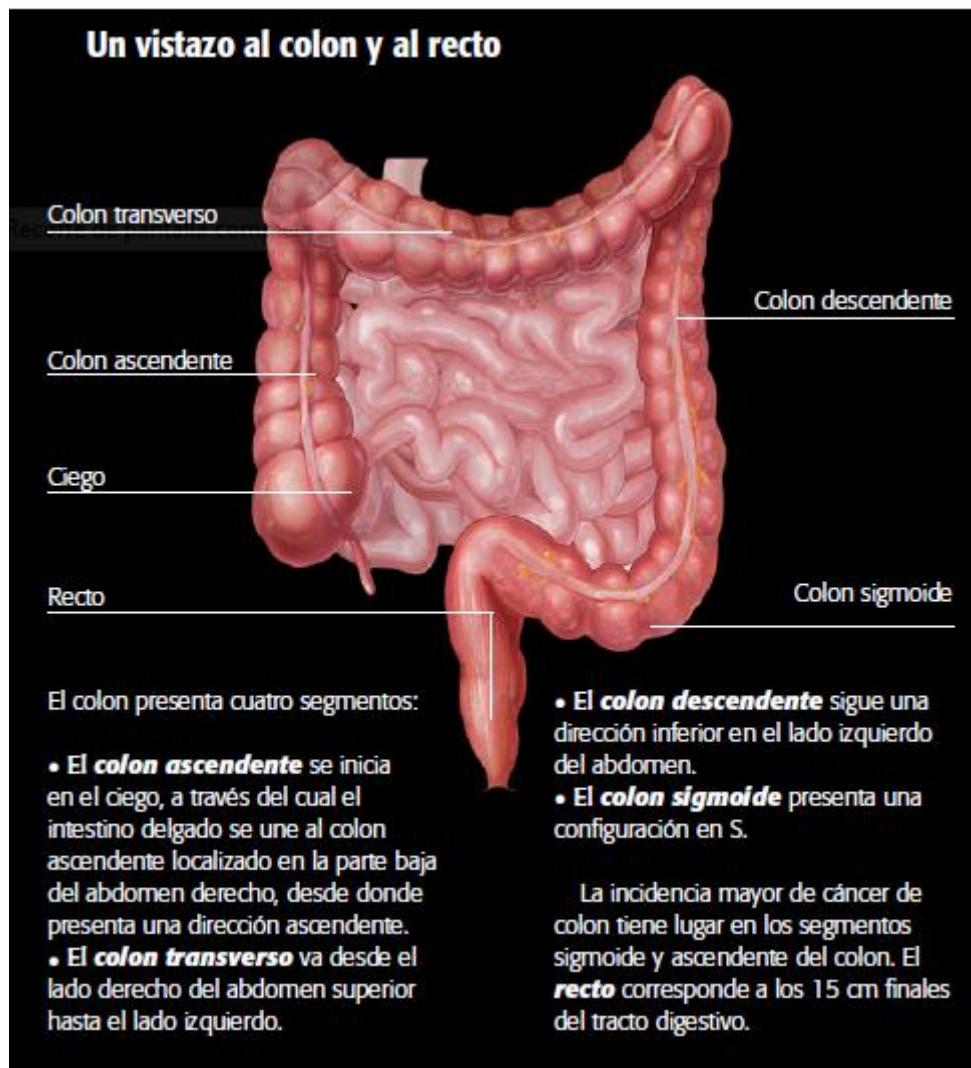
<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000100010>

(24) Crespillo Y, González s, Martín B, Panduro RM, Rojas L. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Index Enferm. [En línea] 2010 [consultado 5 abril 2013; 19(2-3). Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962010000200009&script=sci_arttext)

## ANEXOS

### Anexo1. Segmentos del colon (5).



### Anexo2. Definición y aspectos relevantes de las complicaciones locales.

#### Complicaciones locales

##### - **Complicaciones precoces:**

##### Isquemia o necrosis.

Tiene una incidencia del 1 al 10% de las complicaciones y es una de causas más importante de causa de muerte por complicación colostómica.

Aparece entre las 24 y 32 horas del postoperatorio.

La mucosa adquiere un color negro o parduzco y los bordes del estoma no sangran (Ver figura 1).

La necrosis es más frecuente en pacientes obesos y en cirugías de urgencias.

Las causas de esta complicación se deben a una excesiva esqueletización del asa colostómica o compresión de los vasos, a una lesión vascular inadvertida, a una torsión del asa intestinal, en el caso de estas tres se requiere desmontar la colostomía, reseccionar la zona isquémica y volver a realizar la colostomía. En el caso de que la isquemia se dé por estrechez de la apertura de la pared deberá ser ampliada y observar si mejora la irrigación del asa (12, 16, 17).



**Fig. 1.** Necrosis en colostomía (17).

#### Infección periostomal.

Ocurren en el 10 al 25% de los casos con complicaciones, y se relacionan con la inoculación parietal o a la contaminación de un hematoma periostomal. Es más frecuente en cirugía de urgencia puesto que está relacionada con una mala preparación del colon.

Puede existir supuración (Ver figura 2).

Se debe valorar el tratamiento, si no hay colección consiste en antibiótico oral y en caso de colección debe ser drenada (12, 16 ,17).



**Fig. 2.** Colostomía con supuración (12).

### Retracción.

La retracción del estoma es un incidente grave y representa el 5% de las complicaciones.

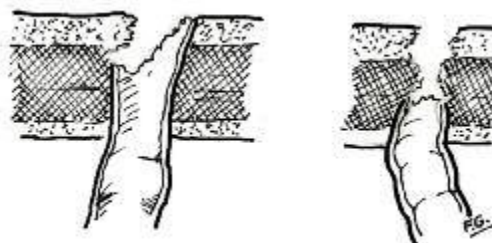
La retracción se caracteriza por el deslizamiento del intestino hacia la cavidad abdominal en forma de hundimiento, provocado por un desprendimiento de la sutura antes de haberse adherido correctamente el intestino a la pared abdominal, causado por una tensión excesiva de la unión mucocutánea (Ver figura 3).

Tiene mayor incidencia en colostomías en asa, en personas obesas, en supuraciones periestomales y en intervenciones de urgencia.

-Si el hundimiento del intestino llega al peritoneo, requiere reintervención urgente.

- En el caso de que el hundimiento sea parcial, requiere sólo vigilancia de enfermería.

-Si el grado de retracción es tan importante que llega a comprometer la viabilidad del estoma, la solución es quirúrgica (12, 16, 17).



**Fig. 3.** Colostomía plana con retracción. A) parcial B) Total (12).



### Dehiscencia.

Es el desprendimiento de la mucosa a nivel de las suturas entre la piel y el estoma, causado muchas veces por la infección de los bordes enfrentados en la sutura.

Se presenta en la primera semana del postoperatorio con signos inflamatorios (dolor, calor o rubor), supuración o fiebre, manifestándose con una inflamación periestomal o en forma de un absceso (Ver figura 4).

Otras causas de dehiscencia son: obesidad del paciente, tensión y tracción del colon excesiva, un diámetro del orificio cutáneo muy superior al tamaño del intestino exteriorizado.

- Si la separación afecta a toda la circunferencia del estoma hay que intentar resuturar la ostomía a la piel, para evitar el hundimiento del estoma.
- En el caso de que hubiera una herida en el estoma, dejar cicatrizar por segunda intención (12, 16, 17).



**Fig. 4.** Dehiscencia (17).

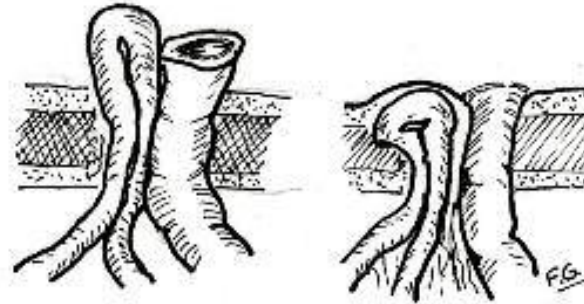
### Evisceración paraostomal.

Esta complicación se observa alrededor del 3% de las colostomías.

Se caracteriza por la salida de las asas intestinales a través del orificio del estoma (Ver figura 5). Favorecen su producción un orificio grande en la pared y el aumento de la presión intrabdominal en el postoperatorio antes de que se logre la unión del intestino con la pared.

Es frecuente en pacientes obesos y cirugía de urgencia.

Esta complicación suele acompañarse de obstrucción intestinal y requiere un tratamiento quirúrgico de urgencia (12, 16).



**Fig. 5.** A) Evisceración paraostomal al exterior B) Cubierta (12).

#### Edema.

Engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa y submucosa del intestino a nivel del estoma por aumento del componente hídrico intersticial (17) (Ver figura 6).

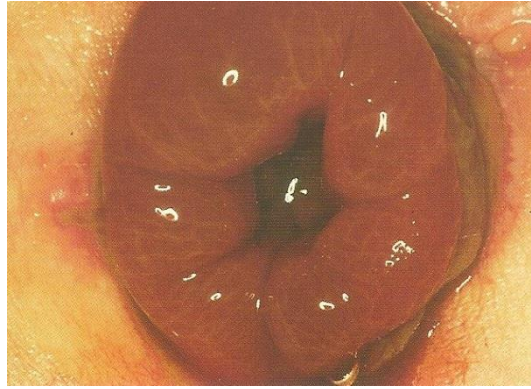


**Fig. 6.** Colostomía con edema (12).

#### Hemorragia.

Representan el 2% de las complicaciones. Si la hemorragia es de la mucosa no presenta gravedad pudiéndose resolver con compresión o puntos hemostáticos (Ver figura 7 y 8). Pero si se debe a una lesión de un vaso de la pared del abdomen o del mesocolon, pueden causar importantes hematomas o sangrados que llegan a descompensar al paciente (Ver figura 9).

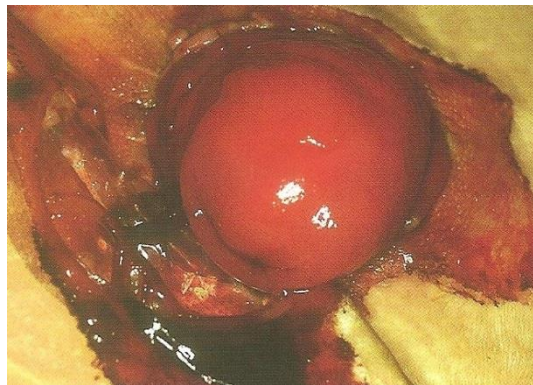
Si la hemorragia es externa se ve a simple vista, pero si se localiza en la pared abdominal se debe confirmar con un estudio ecográfico (12 ,17).



**Fig. 7.** Hemorragia leve en colostomía (17).



**Fig. 8.** Hemorragia leve en mucosa con edema asociado a hernia de gran tamaño (17).



**Fig. 9.** Hemorragia grave que requiere sutura del vaso sangrante (17).

### **-Complicaciones tardías.**

#### **Prolapso.**

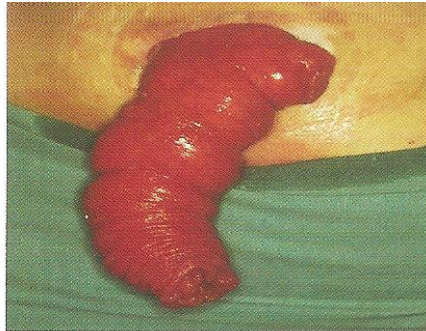
El prolapso se da entre el 2 y el 10% de las colostomías.

Es la excesiva profusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma (Ver figura 10).

En la mayor parte de los casos es solo de la mucosa, pero a veces puede ser total, abarcando todas las paredes del colon.

Es más frecuente en colostomías en asa y de urgencia.

En el caso de que exista dificultad para adaptar el dispositivo colector en condiciones herméticas y cómodas para el paciente, o hay complicación por estrangulación, la solución es quirúrgica, independientemente del tamaño del estoma (12, 16, 17).



**Fig. 10.** Prolapso en Colostomia (17).

#### Estenosis.

Estrechamiento del orificio del estoma, debido a una infección, hundimiento del estoma, técnica quirúrgica defectuosa, necrosis. Cursa con dolor y crisis suboclusivas (Ver figura 11).

Si la estenosis es leve la dilatación manual puede ser suficiente, pero si es severa, requiere cirugía para rehacer el estoma (12,16, 17).



**Fig. 11.** Estenosis del estoma en colostomía (17).

### Hernia.

Es la complicación más frecuente, con un 37% de casos y suele aparecer en los dos primeros años.

Consiste en un fallo o debilitamiento de la pared abdominal, que produce una protusión del asa intestinal, que empuja al exterior tanto a la ostomía, como a la piel de alrededor y da lugar a un abultamiento que suele desaparecer en la posición de decúbito supino y aparece de nuevo cuando el paciente se incorpora (Ver figura 12).

Existen una serie de factores, que facilitan la aparición de una hernia por aumento de la presión intraabdominal:

- Esfuerzos físicos del paciente.
- Tos, estreñimiento, ascitis, deterioro del estado nutricional y obesidad.
- Problemas de dificultad de evacuación, prolongados en el tiempo.

La aparición de una hernia debe comunicarse al médico, para controlar su evolución y ver si es necesaria la cirugía o es suficiente con aplicar cuidados de enfermería.

Si la hernia es muy grande, si hay signos de oclusión intestinal o estrangulación de asas, si hay dificultad para aplicar el dispositivo de ostomía o si hay impacto psicológico importante en el paciente, la solución es el tratamiento quirúrgico.

La hernia es una complicación bastante frecuente y en ocasiones no se acude a la solución quirúrgica y simplemente se aprende a convivir con la hernia prestándole los cuidados necesarios (16, 17, 18).



**Fig. 12.** Gran hernia en colostomía con desplazamiento del estoma (17).

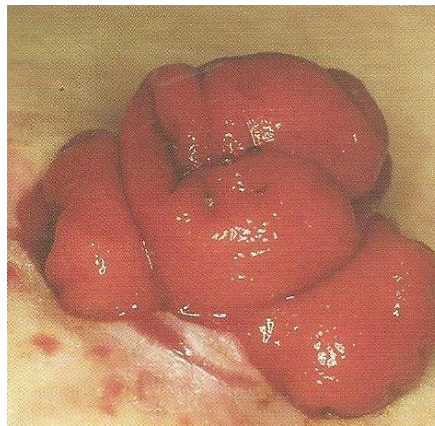


### Fístula.

Comunicación entre la luz intestinal y la piel a nivel periestomal, que da lugar a la salida del efluente a su través (Ver figura 13). La presencia de una fístula dificulta la adaptación del dispositivo, lo que puede generar fugas e irritación de la piel.

Existen una serie de factores que la pueden causar:

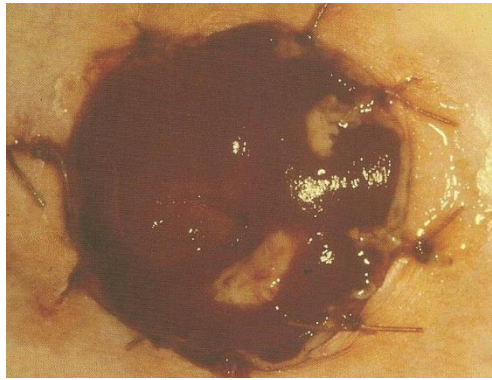
- Técnica quirúrgica inadecuada.
- Cuidados inadecuados del estoma.
- Recidiva de enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn) (16, 17).



**Fig. 13.** Fístula en colostomía (17).

### Úlcera.

Lesión de la piel o de la mucosa del estoma (Ver figura 14) que puede estar provocada por: cuidados inadecuados de la colostomía por uso de dispositivos que presionan la piel o la mucosa, por infecciones de la piel periestomal (bacterias o hongos) o recidivas tumorales (16, 17).



**Fig. 14.** Úlcera en la mucosa de un estoma con edema (17).

Granulomas.

Son protuberancias alrededor del estoma (Ver figura 15), que aparecen debido a una irritación cutánea persistente a recidiva de la enfermedad inicial por no retirar los puntos de sutura (16, 17).



**Fig. 15.** Colostomía con granulomas (17).

Irritación cutánea.

Aparece con frecuencia, y se da en la piel periestomal por contacto continuo de las heces debido a la incorrecta colocación de los dispositivos, debido a una retirada brusca de la bolsa, o a que no coincida el tamaño del estoma con el dispositivo. Se producen molestias y signos de enrojecimiento en la piel periestomal, la ulceración de la piel puede dar lugar a necrosis (16).

### Dermatitis

Irritación de la piel periestomal, debido a contacto con efluente contaminado, mala adherencia de los dispositivos, cambios frecuentes, pliegues, o higiene inadecuada (16).

Pueden ser de etiología irritativa, mecánica, alérgica, microbiana o micótica (16, 17) (Ver figuras 18, 19, 20 y 21).



**Fig. 18.** Dermatitis irritativa (17).



**Fig. 19.** Dermatitis mecánica (17).





**Fig. 20.** Dermatitis alérgica (17).



**Fig. 21.** Dermatitis micótica o microbiana (17).