

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia

División de Enfermería y Fisioterapia



GRADO EN ENFERMERIA

4º Curso Académico

Trabajo Fin de Grado

CUIDADOS DE LA PIEL CIRCUNDANTE AL ESTOMA

Mario Sánchez González

Tutora: Isabel Latorre Fernández

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2. 1. CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL.....	4
2. 2. EL PACIENTE OSTOMIZADO.....	6
2. 3. JUSTIFICACIÓN.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
4. METODOLOGÍA.....	12
5. DESARROLLO.....	13
6. DISCUSIÓN.....	18
7. CONCLUSIONES.....	19
8. BIBLIOGRAFÍA.....	20

1. RESUMEN

La piel es una cubierta protectora que nos defiende ante la acción de agentes agresores. La piel periestomal es crucial en el manejo del estoma, ya que proporciona la superficie sobre la que se adherirá el sistema de la bolsa y un adecuado cuidado de ésta previene las lesiones periestomales.

Objetivos: realizar un seguimiento de un paciente ostomizado desde el día de la intervención hasta la primera visita de revisión y valorar la piel circundante al estoma.

Metodología: se realizó una revisión de la bibliografía en bases de datos como Cuiden y el buscador Encuentra, fuentes primarias proporcionadas por la propia enfermera estomaterapeuta; así como un estudio de caso en una paciente intervenida de colostomía.

Desarrollo: se realiza un seguimiento en una paciente intervenida de colostomía durante los 13 días de estancia hospitalaria y la primera visita de revisión. Nos encontramos con que la paciente desarrolló una dermatitis mecánica.

Conclusiones: el cuidado adecuado de la piel periestomal, sin productos irritantes ni que contengan alcohol como son las toallitas húmedas, garantiza una disminución de la aparición de alteraciones en la piel circundante al estoma.

2. INTRODUCCIÓN

El trabajo fin de grado que a continuación presento, se centra en el cuidado de la piel circundante al estoma de un paciente intervenido de colostomía.

A continuación expongo las características de la piel, generalidades del paciente ostomizado y la justificación de este trabajo.

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA PIEL.

La piel es una cubierta protectora que se extiende sobre toda la superficie corporal, pesa entre tres y 5 kilos, y totalmente extendida puede llegar a medir hasta 18 m² ¹. Está constituida por tres capas:

- La epidermis o capa superficial.
- La dermis o capa media: es más gruesa que la anterior e interviene en el proceso de curación de las heridas.
- La hipodermis: es la capa más profunda.

La piel no es una simple cubierta exterior; es un verdadero órgano, que cumple diferentes funciones, de las cuales la más importante es la función protectora. Estas funciones son las siguientes:

- Función protectora: ante la agresión de diferentes mecanismos como los traumatismos mecánicos, las radiaciones ultravioletas solares, microorganismos, etc.
- Función informadora o sensibilidad: es un importante medio de comunicación entre el individuo y el mundo que lo rodea.
- Función termorreguladora.
- Función metabólica.
- Función excretora.
- Función de absorción.
- Función de respuesta inmune².

La piel es esencialmente la cubierta o envoltura exterior del organismo que funciona de manera permanente y que cumple dos importantes misiones, la de relacionarnos con el mundo exterior y la de protegernos de las agresiones de ese propio mundo. Nos envuelve y nos protege; nos separa y nos pone en contacto con el entorno.

En cuanto a la función de relación, en ella se encuentra uno de los sentidos que tenemos más desarrollados, el tacto. La piel es la encargada de recibir los estímulos del exterior a través de las terminaciones nerviosas que se sitúan en ella y de ahí se dirigen al cerebelo que nos dice cómo debemos reaccionar. Cada centímetro cuadrado de la piel contiene unos cinco mil receptores sensitivos. La piel es la primera responsable de que sintamos una caricia o de que notemos el calor producido por el fuego o el frío de la nieve. Pero también la piel es el espejo de los sentimientos y emociones interiores (rubor cuando tenemos vergüenza de algo, “la piel de gallina”, etc.). Por este motivo, no es de extrañar que este órgano constituya una pieza clave en la imagen exterior de una persona. Más aun, la piel cumple otras funciones sociales. Es necesario que la piel, y muy especialmente la descubierta ofrezca un aspecto sano y cuidado.

Una piel sana y cuidada es reflejo de unos óptimos hábitos de salud, higiene y nutrición, y de posicionamiento social.

Al ser el órgano de mayor tamaño del organismo humano y constituir la barrera que separa nuestro medio interno del mundo exterior, conservar la integridad de la piel es fundamental para asegurar esta capacidad protectora y sus cualidades.

A continuación se describe de manera general las pautas para una conservación óptima de la integridad de la piel:

- Lavado con jabones de pH neutro.
- La temperatura del agua no debe ser demasiado caliente.
- Evitar baños de inmersión prolongados.
- Secar bien toda la superficie y en especial las zonas en las que la ventilación sea escasa, así como los espacios interdigitales.
- Usar una crema hidratante tras la ducha y el baño, para recuperar el equilibrio perdido con el agua.
- Elegir los productos corporales (colonias, desodorantes, etc.) con menos concentración de alcohol o cualquier otro producto irritante para la piel¹.

2.2. EL PACIENTE OSTOMIZADO.

Los pacientes a los que se les realiza una ostomía o bien sufren durante mucho tiempo antes molestias muy serias y se enfrentan al tratamiento quirúrgico como última salida o bien se someten a la cirugía de forma urgente y diagnosticarse la enfermedad de manera súbita. Hay que tener en cuenta que:

- Están sometidos a una intervención quirúrgica calificada de cirugía mayor.
- Un gran porcentaje de pacientes ostomizados están diagnosticados de cáncer.
- Después de la intervención quirúrgica puede producirse una agresión a su imagen corporal y disminución de la autoestima, lo que implica cambios importantes en sus hábitos de vida^{3, 4}.

Las ostomías son aberturas quirúrgicas (estomas), permanentes o temporales, desde el tracto intestinal o urinario al exterior del cuerpo. Las ostomías de eliminación son: colostomías, ileostomías y urostomías⁵.

La colostomía se define como la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, suturándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal. Atendiendo a su temporalidad se pueden clasificar en:

- Colostomía definitiva o permanente: se realiza como tratamiento final de un proceso patológico y supone la exéresis del recto y del aparato esfinteriano. Generalmente se practican por cáncer del tercio inferior del recto.
- Colostomía temporal: son aquellas que una vez que se haya resuelto el problema que conllevó a su realización, se procede a cerrarlas realizando una anastomosis para restablecer el tránsito⁶.

Los pacientes con colostomía utilizan una bolsa de una pieza, cerrada, que se cambia cuando el intestino se moviliza cada cierto tiempo (horas).

La indicación más frecuente de colostomía es el carcinoma colorrectal⁵.

Marcaje del estoma.

Estudiar la localización del estoma en un paciente es de gran importancia para la calidad de vida de éste. Un estoma mal ubicado dará lugar a una mala adaptación del dispositivo colector y en consecuencia a fugas e irritaciones de la piel periestomal, que influirán de manera decisiva en la futura calidad de vida del paciente.

El estoma debe situarse en una zona plana del abdomen para facilitar la adaptación de los dispositivos. El paciente ha de poder ver su estoma puesto que es él quien se debe realizar la higiene y cambio de bolsa y de esta forma favorecer un autocuidado adecuado.

En las colostomías, dependiendo del segmento intestinal que se vaya a abocar al exterior, la ubicación será:

- Colostomía ascendente o derecha: cuadrante abdominal inferior derecho.
- Colostomía descendente o izquierda: cuadrante abdominal inferior izquierdo.

Para el marcaje del estoma no sólo hay que tener en cuenta las necesidades físicas del paciente, sino también las sociales y religiosas (asegurarse de que el lugar elegido no interferirá con sus costumbres, creencias, etc.)^{7, 8}.

Manejo del estoma.

Colocación de la bolsa. Al principio se aconseja una bolsa transparente para visualizar el contenido y saber cuándo hay que cambiarla. Después, los pacientes prefieren una bolsa opaca. El dispositivo de aplicación puede dejarse 5-7 días, incluso con el baño.

Cambio de la bolsa. Se realizará cuando el estoma esté menos activo. La bolsa se retira empujando la piel suavemente y de forma constante, hacia abajo y tirando en la dirección del crecimiento del pelo. Si queda residuo del adhesivo, se aconseja retirarlo con disolventes específicos, o raspando con suavidad con el dedo o una gasa seca, sin necesidad de usar disolvente.

Limpieza de la piel. La piel alrededor del estoma se lavará con un jabón suave, se aclarará con abundante agua templada y se secará con minuciosidad. Se intentará evitar el uso de productos de limpieza con agentes químicos. Si el abdomen es hirsuto, se recomienda cortar el vello o afeitarlo en la dirección del pelo, sin apurar demasiado. Hay que retirar con cuidado los pelos sueltos para que no contacten con la mucosa y originen una reacción granulomatosa o infección^{5,9}.

Barreras cutáneas. La piel expuesta al contacto con el contenido de la bolsa se debe proteger con barreras cutáneas, diseñadas para crear superficies secas, rellenar los contornos irregulares, evitar infecciones y mantener un sello adhesivo. Pueden ser de 3 tipos: plásticas, karaya y gelatina-pectina.

Adhesivos. Son acrílicos, de silicona o de látex. Se aplican en capa fina sobre la piel limpia o en el dispositivo de la bolsa de colostomía. Se aconseja esperar a que se evaporen antes de colocar la bolsa, para evitar el riesgo de irritación.

Tipos de bolsas. Pueden ser de una pieza (el dispositivo y/o la barrera sólida forman parte de la bolsa y se adhieren a la piel simultáneamente) o de 2 piezas (el dispositivo y la barrera se adhieren primero a la piel, y la bolsa se coloca encima; esto permite que la bolsa gire 360° alrededor del dispositivo adaptándose mejor a los cambios de postura del paciente). Las bolsas se fabrican sin aberturas, con diferentes aberturas estándar o hechas a medida para el estoma. Hay dispositivos ovales, de convexidad variable y de distinta firmeza. En las colostomías se pueden usar bolsas cerradas si los hábitos intestinales están regulados. En la elección de la bolsa las enfermeras expertas en estomas aconsejarán a los pacientes e informarán de todos los accesorios disponibles.

Cinturones. Son opcionales, aseguran el sistema de bolsa en su sitio. Muchos pacientes se sienten más seguros con ellos⁵.

Lesiones cutáneas periestomales.

Se ha descrito una alta prevalencia de lesiones cutáneas alrededor de estomas; los profesionales sanitarios debemos identificar estos procesos y sus factores de riesgo, conocer y manejar los recursos disponibles para prevenirlos e instaurar el tratamiento⁵.

Incidencia y factores de riesgo.

La incidencia de complicaciones es difícil de determinar. En una revisión de la literatura médica, Colwell et al publicaron una tasa global del 18 al 55%. La United Ostomy Association reconoce que las dermatosis periestomía son el motivo de consulta más frecuente en una consulta externa de enfermería especializada en estomas. Según Hellman y Lago¹⁰, oscilan entre el 37% en colostomías.

Los factores de riesgo que predisponen a estas dermatosis incluyen: mala localización del estoma, estoma mal construido, obesidad, complicaciones de la herida quirúrgica adyacente al estoma, recidiva de la enfermedad y otras dermatosis. La existencia de retracción, prolapso o herniación del estoma aumenta el riesgo de lesiones cutáneas, ya que cambia el abdomen y el sistema de bolsa puede necesitar alteración. Cuando se afecta la integridad de la piel se producen fugas de la bolsa, y se origina un círculo vicioso (fugas-erosiones cutáneas-fugas) que hay que romper para conseguir la reepitelización y restauración de la piel y un ajuste perfecto de la bolsa. Hemos de crear una superficie seca, rellenar los contornos irregulares y tratar las infecciones, mientras procuramos mantener un sello adhesivo intacto⁵. Park et al¹¹ revisaron, de forma retrospectiva, las historias de 1.616 pacientes con ostomías intestinales; presentaron complicaciones 553 pacientes (34%): el 28% precoces, en el primer mes del postoperatorio, y el 6% tardías. Las complicaciones precoces más frecuentes fueron: dermatitis irritativa (12%), dolor debido a mala localización del estoma (7%) y necrosis parcial (5%). Las complicaciones tardías fueron: dermatitis irritativa (6%), prolapso (2%) y estenosis (2%).

Prevención.

La piel periestomal es crucial en el manejo del estoma, ya que proporciona la superficie sobre la que se adherirá el sistema de la bolsa. Mantener una piel intacta, seca, con un sistema de bolsa bien ajustado, necesita su tiempo. Gran parte de las lesiones periestomales puede prevenirse si el paciente recibe una cuidadosa información y seguimiento pre y postoperatorio^{5,7}.

Hay que tener en cuenta los siguientes factores:

- Cuidado postoperatorio: el cuidado diario de la piel debe enseñarse metódicamente, observarse y reforzarse por el personal sanitario para que los pacientes adquieran destreza en sus tareas. Es importante colocar el sistema de bolsa adecuado, con el tamaño y los contornos idóneos.
- Cambio de bolsa: los síntomas precoces de fugas son picor y escozor, y más tarde se ve el efluente a través de la barrera cutánea y aparece el mal olor.
- Adhesivos y limpieza: la protección de la piel incluye el uso de adhesivos no traumáticos y limpieza. En los pacientes con piel sensible, utilizar un sellante cutáneo durante la retirada del adhesivo. Durante la limpieza evitar productos químicos irritantes.
- Secado de la piel: mantener la piel seca reduce el riesgo de desarrollar candidiasis y es crítico para obtener un buen sello adhesivo.
- Vigilancia: se realizará un seguimiento periódico, inspeccionando la piel, el estoma y el sistema de bolsa; se evaluará el manejo del sistema de bolsa por el paciente y se actualizará la educación. Los controles serán, al alta, a las 2-4 semanas, después a los 3 y 6 meses, y 1 vez al año⁵.

Detección precoz y manejo de las lesiones periostomales.

El paciente debe ser el primero en reconocer que la piel ha cambiado y se ha irritado. Si la piel está erosionada y húmeda: usar una barrera cutánea en polvo en esas zonas, el exceso de polvo se ha de retirar para evitar interferencia con el adhesivo de la bolsa. La bolsa se cambiará más a menudo para inspeccionar la zona. Si el sistema de bolsa tiene fugas: usar una barrera cutánea en pasta, u otras barreras para rellenar superficies cutáneas irregulares. Se debe consultar al personal sanitario siempre que sea necesario⁵.

La dermatitis periostomal se define como la alteración de la integridad de la piel periostomal. Las irritaciones cutáneas constituyen la complicación más frecuente de todo tipo de estomas digestivos. Normalmente el corregir la causa que originó la irritación suele ser suficiente para la dermatitis remita.

- Dermatitis irritativa: producida por el contacto entre el efluente y la piel de alrededor. Bastará con ajustar bien el adhesivo al diámetro del estoma y/o utilizar un disco que ejerza una presión mayor y que se ajuste mejor, evitando así las fugas.
- Dermatitis mecánica: se origina por la acción lesiva de los dispositivos colectores cuando el adhesivo se retira con demasiada frecuencia o de manera muy brusca. En este caso podemos cambiar a un sistema de 2 piezas, para que el cambio de adhesivo no se realice de manera tan frecuente hasta que la piel haya recuperado su integridad.
- Dermatitis alérgica: cuando existe sensibilización a alguno de los componentes de la bolsa (menos común en la actualidad debido a la mejora y perfeccionamiento de los dispositivos). No habrá más remedio que cambiar a otro sistema que no lleve el componente al que el paciente es sensible.
- Dermatitis micótica o microbiana: se produce cuando hay infección por hongos o bacterias. Se aplicara el tratamiento establecido por el dermatólogo⁷.

2.3. JUSTIFICACIÓN.

Tras la realización de búsquedas bibliográficas, encontramos que la mayoría de los resultados relacionados con las ostomías, son de complicaciones o temas del estoma en sí, pero muy pocos artículos se basan en la importancia de la piel circundante al estoma. Por ello, se ha realizado un seguimiento de un paciente colostomizado, para valorar la integridad de la piel con los cuidados que se prestan actualmente, así como con la educación sanitaria ofertada

3. OBJETIVOS

- Revisar la bibliografía relacionada con la piel en ostomías siendo la piel el principal objetivo de estudio.
- Valorar la piel circundante al estoma en un paciente ostomizado.
- Realizar un seguimiento de un paciente ostomizado desde el día de la intervención hasta la primera visita de revisión.
- Contrastar los resultados de nuestro trabajo con la evidencia encontrada.

4. METODOLOGIA

La metodología empleada en este trabajo fin de grado consta de dos partes.

La primera consiste en una revisión bibliográfica por diferentes medios como, son la base de datos Cuiden y el buscador Encuentra.

Se recuperaron artículos, libros y guías mediante búsquedas con las siguientes palabras clave: *estoma, ostomía, higiene, cuidado y piel*.

También se consiguió bibliografía proporcionada por la enfermera especialista en ostomías de su propia colección.

La segunda parte consiste en un estudio de caso, trabajando con la colaboración de la enfermera especialista en ostomías del Hospital Torrecardenas, de una paciente intervenida de colostomía, donde se realiza una valoración y seguimiento de la piel circundante al estoma durante el tiempo que permanece ingresada y la primera revisión después del alta hospitalaria.

5. DESARROLLO

La paciente sobre el que hemos realizado el seguimiento es una mujer de 74 años a la que se le diagnosticó una neoplasia maligna de recto tras haberle detectado un pólipo rectal en febrero de 2013. En el momento previo a la intervención la paciente es independiente para las actividades de la vida diaria, no tiene ningún problema para realizar las actividades de aseo/higiene (integridad de piel y mucosas conservada) ni en cuanto al ámbito alimentario, que mantiene una dieta completa y variada. En relación al patrón de eliminación, suele realizar una deposición formada al día. Su patrón de sueño es de 4-5 horas aunque refiere levantarse descansada. Vive con su marido en un cortijo en Nijar, aunque éste ya no está en plenas facultades físicas o mentales para ser el cuidador principal. Su hermana, que vive en la capital, es su cuidador principal.

DÍA 11 DE ABRIL (preoperatorio)

La paciente ingresa para ser intervenida quirúrgicamente de neoformación de recto. Se realiza una primera valoración de la piel y no se observan alteraciones.

Junto con la estomaterapeuta se informa de la intervención que se le va a realizar y se marca el lugar del estoma (éste ha de ser un lugar visible para el paciente y que de esta forma se pueda realizar los autocuidados y cambio de bolsa con total autonomía)⁸.

Se realiza una intervención de Miles (amputación abdomino-perineal) por laparoscopia.

Tras la operación, que se realiza por la tarde, la paciente permanece en la unidad de Reanimación. Durante su estancia, se vigila si la colostomía es funcional a heces y gases. Se realiza una limpieza tanto del estoma como de la piel periestomal con suero fisiológico y se seca bien la piel con gasas estériles. La piel continúa siendo íntegra salvo por las lesiones propias de la intervención.

DÍA 12 DE ABRIL

A medio día sube a planta. La colostomía aun no es funcional ni a gases ni a heces. Se realiza una revisión de la herida quirúrgica y del estoma, que se encuentra edematoso y limpio al igual que la piel periestomal.

DÍA 13 DE ABRIL

Se decide poner un sistema de 2 piezas, con una bolsa transparente para ver la presencia de heces. No se colocaron ni adhesivos ni barreras cutáneas, ya que era suficiente con la placa del sistema. El estoma comienza a ser funcional a gases y heces aunque de manera escasa. La limpieza del estoma y de la piel se realizó con toallitas húmedas sin alcohol ni productos irritantes con movimientos circulares de dentro hacia fuera¹². Debido a sus largos años de experiencia profesional, la estomaterapeuta ha podido comprobar que la limpieza del estoma y de la piel circundante a ésta con toallitas húmedas mantiene el estado de la piel en perfectas condiciones. De esta manera el paciente ve que no es necesario una gran formación para el autocuidado del estoma, y que los productos necesarios para la limpieza de este son de fácil adquisición.

No se realiza cura de la herida quirúrgica al estar afebril y el apósito estar limpio.

DÍA 14 DE ABRIL

La colostomía continua funcional a gases y se mantiene el sistema de 2 piezas. La paciente mantiene el dolor controlado y comienza la tolerancia a líquidos. Se realiza cambio de bolsa por cúmulo de heces, por tanto, se limpia la colostomía y la piel circundante de la misma manera que la vez anterior, que sigue sin presentar alteraciones a excepción del enrojecimiento propio de la herida quirúrgica.

DÍA 15 DE ABRIL

Se realiza cura de abdomen y perine. Buen aspecto. Colostomía funcional a heces. Es necesario volver a cambiar la bolsa por contener heces. Se vuelve a realizar una limpieza del estoma y de la piel circundante con toallitas húmedas.

DÍA 16 DE ABRIL

Se cambia todo el sistema. Colostomía funcional a gases. La piel peristomal permanece íntegra. Se realiza cura de periné. Comienza la tolerancia a la dieta.

DÍA 17 DE ABRIL

Primer día de educación sanitaria a la paciente y a su hermana, que se encuentra presente y es la cuidadora principal. Buena disposición a la enseñanza de los autocuidados. Se le realiza cura de la herida quirúrgica y periné.

Para mayor comprensión de la paciente, se decidió educar en dos días tanto por su edad, como por la experiencia de la estomaterapeuta, que nos explica que al ser una situación estresante para el paciente, retienen la información con más dificultad y existe riesgo de haber escapado algo a su comprensión.

Aquí expondré todos los conocimientos básicos que un paciente recién colostomizado recibe:

- ¿Cómo colocarse el sistema?: primero ha de recortar el diámetro de la placa a la medida de su estoma (a de ajustarse a la silueta de éste). Ha de mantener el sistema presionando con la piel para que quede bien fijado. Para retirarlo, tirar suavemente de la piel sujetando la base del sistema con la otra mano.
- ¿Cómo y cuándo limpiarlo?: hay que cambiar la bolsa cada vez que esté llena, y retirar el sistema cuando esté sucio o cada 2 días aproximadamente. El paciente puede ducharse o bañarse con o sin el sistema puesto. Es recomendable llevar una bolsa o mochila con el material necesario para limpiar el sistema cuando se sale de casa: bolsas de basura, toallitas húmedas, papel absorbente o gasas y un sistema de repuesto. Primero retiramos la bolsa colectora y la deseamos, después con las toallitas húmedas realizamos la limpieza suavemente y con movimientos circulares de dentro hacia fuera. En caso de que fuese necesario retirar la base del sistema, se retira con normalidad, se limpia la piel circundante de la misma manera y se coloca otra placa nueva.
- Material disponible: tipos de sistema (una, dos o tres piezas) y bolsas, adhesivos, cinturones^{5, 8, 12}.

DÍA 18 DE ABRIL

El 2º día de educación sanitaria también se encuentra presente la hermana, de esta manera, no sólo cubrimos la educación sanitaria a la propia paciente, sino también al cuidador principal. Procuramos que la paciente recuerde lo que se le explicó el día anterior y que comience a desarrollar habilidad en su propio autocuidado. Se cambia bolsa y placa de colostomía por despegarse. El nuevo sistema es moldeable convexo.

DÍA 19 DE ABRIL

La paciente se realiza el cambio de bolsa, que contiene heces líquidas, por sí misma de forma correcta y en presencia de su hermana.

DÍA 20 DE ABRIL

Se realiza ella misma el cambio de la bolsa de colostomía. Por la tarde se le despegas el sistema de la placa y, tras los frecuentes cambios de sistema que tuvo la paciente, apreciamos una dermatitis mecánica en la piel periestomal. Se decide colocar un sistema de 2 piezas para disminuir las lesiones de la piel hasta que esta vuelva a recuperar su integridad. El nuevo sistema se lo coloca ella misma.

DÍA 21 DE ABRIL

En este día se decide no cambiar el sistema para facilitar la recuperación de la piel. Únicamente comprobamos que la paciente realiza el cambio de bolsa.

DÍA 22 DE ABRIL

Se retiran puntos de sutura de la colostomía. Se observa una dehiscencia de los 3 puntos inferiores. El estoma no se encuentra hundido.

Vigilancia de potencial estenosis. Procedemos a realizar la dilatación digital, que nos encontramos un buen paso y ningún problema.

Continuamos sin despegar la placa del sistema para garantizar una óptima recuperación de la piel.

DÍA 23 DE ABRIL

Se le cambia la bolsa de colostomía a una bolsa de un sistema. Realizamos una última valoración de la piel, en la que observamos que la paciente vuelve a recuperar la integridad cutánea en el área periestomal. Hacemos las recomendaciones correspondientes al alta:

- Recordatorio de la educación sanitaria.
- Teléfono de contacto en caso de problema/duda.

Se cita para revisión del estoma, habilidad en el cambio de bolsa y la piel para 2 semanas después.

DÍA 8 DE MAYO

Se realiza una revisión del estoma y de la piel, en la cual observamos un aspecto mucho más íntegro y limpio, pero por otro lado, nos encontramos con un estoma algo estenosado.

Realizamos una dilatación digital con algo de dificultad, pero al final conseguimos un buen paso. Educamos a la paciente en la dilatación digital y recomendamos que se lo realice a ella misma a diario.

6. DISCUSIÓN

En el presente estudio la población con la que hemos trabajado pertenece al sector del adulto anciano que, debido al proceso de envejecimiento, sufren alteraciones en la piel por la pérdida de agua que suele darse en esta edad. Realizando un análisis de la bibliografía científica, no encontramos que los cuidados sean específicos de un grupo de edad, por lo que debemos intuir que son generales o que no han tenido en cuenta a este sector de la población. Bien es cierto que siguiendo las pautas de estos artículos logramos un estado de la piel óptimo.

Todas las referencias bibliográficas mencionan y concuerdan en la importancia del marcaje del estoma y la educación recibida en el manejo de la ostomía, ya que el manejo del estoma y el autocuidado dependerá de los conocimientos, visibilidad y accesibilidad de éste, y de esta forma, prevenir posibles complicaciones futuras^{3, 5, 7, 8}.

Volviendo a hacer referencia a la bibliografía encontrada, los artículos encontrados hablan de los cuidados de la piel en ostomías, sin especificar si son realizados en urostomías, ileostomías, gastrostomías, etc., sin embargo nosotros hemos realizado estos mismos cuidados en una paciente colostomizada.

La mayoría de la literatura científica describe los cuidados de la piel circundante con agua tibia y jabón neutro, sin productos irritantes, en cambio nosotros, al igual que Gomez Ayala¹², utilizamos toallitas húmedas para la limpieza de la piel.

Tras la intervención quirúrgica, los cuidados inmediatos al estoma se realizaron con suero fisiológico en la unidad de Reanimación, pero después la limpieza se realizaba con las toallitas húmedas. Sin embargo, en el estudio realizado por Marta Lizarbe¹³ nos explica que el estoma se curará con suero fisiológico y antiséptico (gluconato de clorhexidina al 0,5-1% o povidona yodada al 10%) durante los 8-15 primeros días tras la realización de la ostomía.

Mucha de la bibliografía encontrada describe el uso de barreras cutáneas, adhesivos y otros tipos de accesorios para el sistema de la ostomía, pero nuestra paciente no requirió el uso de ninguno de estos dispositivos.

En nuestra paciente se produjo una dermatitis mecánica debido a los frecuentes cambios de la base del sistema, que se resolvió manteniendo un sistema de 2 piezas durante varios días para que la piel periestomal recuperase su integridad tal y como cita Lourdes Iborra et al. en el curso de Plan de cuidados del paciente colostomizado⁷.

Al centrarse el estudio en el seguimiento de un solo paciente, se hace difícil contrastar todos los datos recogidos y poder compararlos con los resultados de otros estudios, que analizaban una muestra mayor, y se podía destacar una mayor variedad de complicaciones, tratamientos, etc.

7. CONCLUSIONES

Tras finalizar el seguimiento de la paciente y la revisión de la literatura científica podemos extraer las siguientes conclusiones:

- El cuidado adecuado de una ostomía garantiza una disminución de la aparición de alteraciones en la piel circundante a un estoma, como son las dermatosis periestomales.
- El cuidado de la piel con toallitas húmedas ha demostrado tener una buena eficacia para el mantenimiento de la integridad de la piel periestomal.
- En caso de que se presente una dermatitis mecánica bastará con no realizar cambios de placa durante 2 días colocando un sistema doble, permitiendo así que la piel vuelva a su estado normal.
- La educación sanitaria prestada a la paciente y su cuidador principal (hermana) ha permitido que el manejo de la ostomía se realice correctamente, y de esta manera un autocuidado óptimo.
- La realización de este trabajo permite conocer con mayor profundidad y rigor el cuidado de la piel.

8. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Suárez Fernandez R, Rojo Sánchez S, Llambrich Mañes A, Vigaray Conde J, Carrizosa Mesa S, Curá de Rosa MJ. 2005; Available at: <http://www.lapiel.com/>.
2. Revuelta Zamorano M, Esquinas Serrano S. Enfermería medicoquirúrgica 4: Piel. Manual CTO de Enfermería. 5ª Edición ed.: CTO Editorial. p. 885-887.
3. Ortiz H, Martin Rague J, Foulkes B. Indicaciones y cuidados de los estomas: Jims; 1995.
4. Breckman B. Enfermera del estoma: ConvaTec; 1987.
5. Vives Nadal R, Valcayo Peñalba AM, Iglesias Zamora ME. Dermatitis alrededor de ostomías. Piel 2007;22(3):119-31.
6. Lopez Rios F. Curso sobre Ostomías Digestivas. : Coloplast; 2007.
7. Iborra Domínguez L, et al. Curso sobre Plan de Cuidados del paciente colostomizado. : Coloplast; 2008.
8. Gladys EC, Herrera AM, Londoño ME. Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma.: ACOFAN; 2005. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>
9. Gago Fornells M, García González F. Cuidados de la piel perilesional. ; 2006.
10. Hellman J, Lago CP. Dermatologic complications in colostomy and ileostomy patients. Int J Dermatol. 1990; 29: 129-33.
11. Park JJ, Del Pino A, Orsay CP, elson RL, Pearl RK, Cintron JR, et al. Stoma complications: The Cook County Hospital experience. Dis Colon Rectum. 1999;42:1575-8.
12. Gómez Ayala AE. El paciente ostomizado. Farmacia profesional 2006;20(8).
13. Lizarbe Chocarro M. Cuidados al paciente con gastrostomía radiológica percutánea. Metas de Enfermería. 2013; 16 (2).