
Guía de colostomía

La cirugía de colostomía se realiza a raíz de diferentes enfermedades y problemas. Algunas colostomías se realizan debido a cáncer mientras que otras no. Por ejemplo, un niño puede necesitar una colostomía debido a un defecto de nacimiento. Se puede necesitar una colostomía durante poco tiempo (temporal), o por el resto de la vida de una persona (permanente), dependiendo de la razón o el tipo de problema.

Para las miles de personas que padecen enfermedades digestivas graves, una colostomía puede ser el inicio de una vida nueva y más sana. Si padece un problema crónico o una enfermedad que puede representar una amenaza para la vida, como cáncer colorrectal, usted puede esperar sentirse mejor después de recuperarse de la cirugía de colostomía. También se espera que pueda reanudar la mayoría, si no es que todas, las actividades que solía disfrutar.

Esta guía le ayudará a tener un mejor entendimiento de la colostomía: qué es, por qué se necesita, cómo afecta el sistema digestivo normal y cuáles cambios puede conllevar en su vida.

- [¿Qué es una colostomía?](#)
- [Tipos de colostomías y sistemas de bolsa recolectora](#)
- [Cuidados de una colostomía](#)

¿Qué es una colostomía?

- [¿Cuál es la función de una colostomía?](#)

Una colostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía porque un problema está causando que el colon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. Para una colostomía, se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura en la piel para formar un *estoma*. Solamente se necesita una colostomía por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses. Se puede hacer una colostomía temporal cuando una parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad. Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una colostomía durante el resto de la vida de una persona (permanente).

La ubicación del estoma de la colostomía en el abdomen depende de la parte del colon afectada. Algunas colostomías son grandes, otras son pequeñas; algunas se colocan del lado izquierdo del abdomen, otras del derecho y otras pueden estar en el centro. El cirujano o un(a) enfermero(a) especialista en el cuidado de heridas, ostomías e incontinencia (*Wound Ostomy Continence Nurse* o WOCN) determinará el mejor lugar para el estoma. (Los enfermeros especialistas en el cuidado de heridas, las ostomías y la incontinencia han recibido un entrenamiento especial para atender e instruir a los pacientes acerca del cuidado de las ostomías. También se les conoce como enfermeros de ostomía).

Cuando uno observa un estoma, lo que realmente está viendo es el revestimiento (la mucosa) del intestino, el cual luce muy parecido al revestimiento en el lado interior de su mejilla. El estoma se verá de color rosa o rojo. Este revestimiento es tibio y húmedo, y segrega pequeñas cantidades de mucosidad.

La apariencia del estoma depende del tipo de colostomía que el cirujano haya hecho y de las características corporales de cada paciente. Puede que luzca bastante grande en un principio, pero se encogerá a su tamaño final en alrededor de 6 a 8 semanas tras la cirugía. El estoma tendrá una forma entre redonda y ovalada. Puede que algunos estomas sobresalgan un poco, mientras que otros pueden quedar emparejados o al ras con la piel.

A diferencia del ano, el estoma no tiene válvula o músculo de cierre. Esto significa que usted no podrá controlar el paso de la materia fecal a través del estoma, pero algunas veces las evacuaciones se pueden controlar de otras formas. No hay terminaciones nerviosas en el estoma; por lo que el estoma en sí no duele ni incomoda.

¿Cuál es la función de una colostomía?

Una colostomía cambia la forma en que funciona el cuerpo para permitir que pueda eliminar las heces fecales. Después de hacer una colostomía, los intestinos funcionarán tal y como lo hacían antes, con la excepción de:

- La porción del colon y del recto que se encuentran más allá de la colostomía. Esta porción habrá sido desconectada o extirpada.
- El ano deja de ser el punto de salida de las heces fecales, aunque aún seguirá siendo un punto de salida de mucosidad de vez en cuando. Esto es normal.

Puesto que los nutrientes se absorben en el intestino delgado, una colostomía no afectará cómo el cuerpo procesa el alimento. Las funciones principales del colon son las de absorber agua, transportar la materia fecal hacia el ano y luego almacenarla en el recto hasta que salga del cuerpo. Cuando una colostomía cambia la ruta de la materia fecal, el área de almacenamiento deja de estar disponible.

Entre más arriba se haga la colostomía, más corto quedará el colon, y un colon más corto significa que tiene menos tiempo para absorber el agua, haciendo las heces más suaves o más líquidas. Una colostomía más abajo en el colon, cerca del recto, eliminará materia fecal que ha estado en el intestino por una mayor cantidad de tiempo. Dependiendo de las circunstancias de la enfermedad, los medicamentos u otras formas de tratamiento, entre más extenso quede el colon, más sólida y formada será la materia fecal. Algunas personas con colostomía descubren que pueden evacuar la materia fecal en ciertos intervalos durante el día con o sin la ayuda de una irrigación. (La información sobre irrigación de la colostomía se detalla en otra sección).

Después de la operación, algunas personas pueden aún sentir la necesidad de ir al baño y hasta tener un poco de descarga por el ano. Esta descarga consiste en mucosidad, sangre y a veces algo de materia fecal que quedó como residuo del periodo de la operación. Si permanece el recto tras la cirugía, éste continuará segregando mucosidad que se puede expulsar sin peligro cada vez que sienta necesidad de ir al baño.

Actualización más reciente: octubre 2, 2019

Tipos de colostomías y sistemas de bolsa recolectora

- [Colostomías temporales](#)
- [Colostomías permanentes](#)
- [Colostomías transversas](#)
- [Evacuaciones con una colostomía transversa](#)
- [Colostomía ascendente](#)
- [Colostomías descendentes y sigmoideas](#)
- [Evacuaciones con una colostomía descendente o sigmoidea](#)
- [Estreñimiento o deposiciones blandas](#)
- [Cerrar o revertir una colostomía](#)
- [Selección de un sistema de bolsa recolectora](#)
- [Tipos de sistemas de bolsa recolectora](#)

Una colostomía puede ser de corta duración (temporal) o de por vida (permanente) y se puede hacer en cualquier parte del colon. Los diferentes tipos de colostomías son en función del lugar del colon en el que se hacen.

Colostomías temporales

El tratamiento de ciertos problemas de la parte inferior del intestino grueso requiere que esa porción esté en reposo. Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí. Para ello se crea una colostomía temporal (de corto plazo) que permitirá que sane el intestino. Por lo general, el proceso de sanación toma varias semanas o meses, aunque puede tomar años. Con el tiempo, la colostomía se revierte (retira) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes (la materia fecal vuelve a salir a través del ano).

Colostomías permanentes

Cuando parte del colon o del recto enferma, se tiene que hacer una colostomía de largo plazo (permanente). La parte enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin función permanentemente. En este caso, la colostomía se considera permanente y no se espera cerrar en el futuro.

Colostomías transversas

Una colostomía transversal es uno de los tipos más comunes. Hay dos tipos de colostomías transversas: la colostomía transversa en asa y la colostomía transversa de doble boca. La colostomía transversa se realiza en la parte superior del abdomen, ya

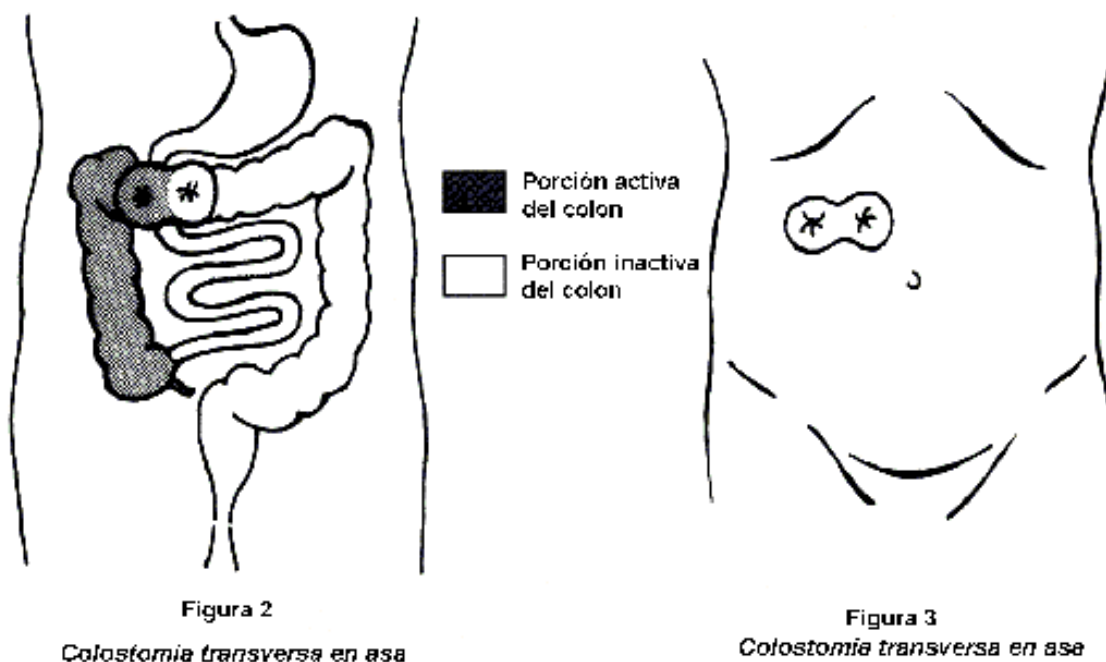
sea en medio o hacia el costado derecho del cuerpo. Este tipo de colostomía permite que la materia fecal salga del cuerpo antes de que alcance el colon descendente. Algunos de los problemas que pueden surgir en el colon debido a una colostomía transversa incluyen:

- Diverticulitis (una inflamación de los divertículos que son pequeños sacos a lo largo del colon). Puede causar abscesos, cicatrización con constricciones (estrechamiento anormal) o ruptura del colon e infecciones en casos graves.
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Cáncer
- Obstrucción (bloqueo)
- Lesiones
- Defectos congénitos (de nacimiento)

Si hay problemas en la parte inferior del intestino grueso, ésta puede requerir reposo para su sanación. Puede realizarse una colostomía transversa para mantener la materia fecal fuera del área inflamada, infectada, enferma o recién operada del colon, permitiendo así su sanación. Este tipo de colostomía generalmente es temporal. Dependiendo del proceso de sanación, la colostomía se requerirá por un lapso de varias semanas o meses, aunque tal vez hasta varios años. Si el colon sana con el pasar del tiempo, es probable que la colostomía se revierta quirúrgicamente (se cierra). Después de que la colostomía se revierte, usted tendrá una función intestinal normal.

La colostomía transversa permanente se hace cuando la parte inferior del colon tiene que ser extirpada o puesta en reposo permanente; o si otros problemas de salud impiden que el paciente se someta a una cirugía mayor. Entonces la colostomía será la salida permanente de la materia fecal y no se cerrará en el futuro.

Colostomía transversa en asa (figuras 2 y 3): esta colostomía puede parecer un estoma muy grande, pero cuenta con dos aberturas. Una abertura expulsa la materia fecal, mientras que la otra expulsa mucosidad solamente. El colon normalmente produce pequeñas cantidades de mucosidad para protegerse del contenido de los intestinos. Esta mucosidad pasa con las evacuaciones y generalmente no se nota. A pesar de la colostomía, la parte del colon que está en reposo seguirá produciendo mucosidad que continuará saliendo ya sea a través del estoma o del recto y el ano, lo cual es normal y esperado.



Colostomía transversa de doble boca (figuras 4 y 5): al crear una colostomía de doble boca, el cirujano divide el intestino completamente. Cada abertura es llevada a la superficie hacia un estoma separado. Puede o no que haya piel entre los dos estomas. También en este caso, una abertura expulsa la materia fecal y la otra solamente la mucosidad (a este estoma más pequeño se le conoce como fístula mucosa). Algunas veces, el extremo de la parte inactiva del intestino se clausura mediante una costura y se deja dentro del abdomen. Entonces, queda solo un estoma. La mucosidad producida en la porción inactiva pasa a través del ano.

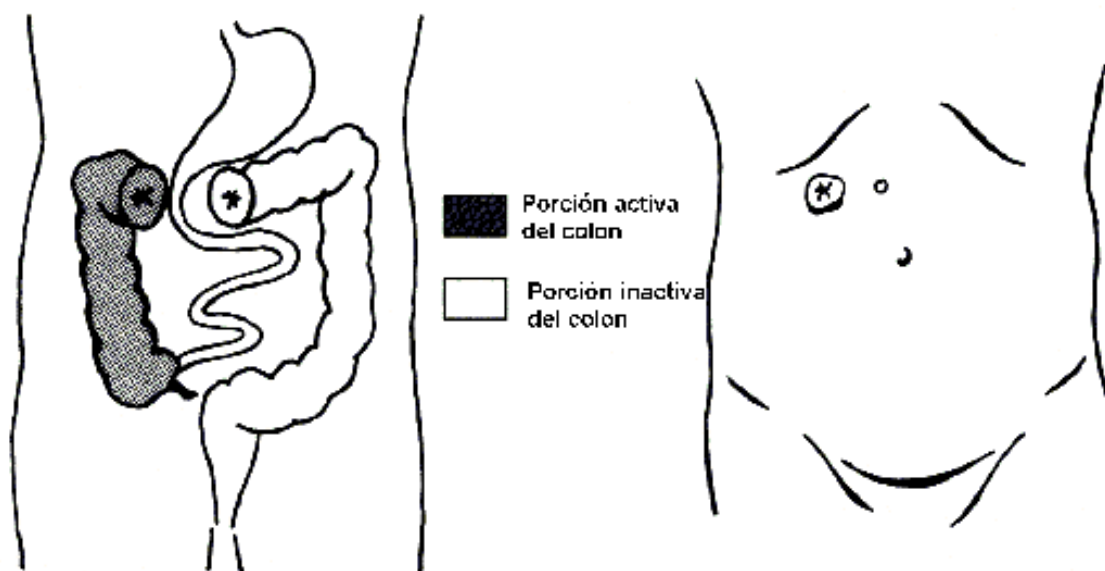


Figura 4

Colostomía transversa de doble boca

Figura 5

Colostomía transversa de doble boca

Cambios en la colostomía transversa recién creada

Después de la cirugía, puede que su colostomía quede cubierta por vendas o puede que se coloque una bolsa encima. El tipo de bolsa que se utiliza inmediatamente después de la cirugía es diferente al que usted usará en la casa. Antes de ver su colostomía por primera vez, recuerde que ésta estará muy hinchada tras la cirugía, y puede que también tenga moretones y puntadas. Si bien un estoma normalmente es húmedo y de color rosado o rojo, es posible que al principio tenga un color más oscuro. Su estoma cambiará notablemente conforme sane: se achicará y cualquier coloración se volverá más uniforme, quedando un estoma húmedo de color rojo o rosa. Esto puede tomar varias semanas.

En poco tiempo notará que aunque pueda sentir en qué momento va a expulsar materia fecal o gases por su colostomía, sin embargo, no podrá controlarlo. Su colostomía no tiene un músculo de esfínter que haga la función de válvula, como lo tiene el ano; por esta razón tendrá que usar una bolsa encima de su colostomía para recolectar la descarga. Ya sea la enfermera especialista en ostomías o su médico le ayudará a seleccionar el tipo de bolsa recolectora adecuado para usted. Esto también se aborda con más detalles en "Selección de un sistema de bolsa de colostomía".

Control de la colostomía transversa

Cuando la colostomía se realiza en la mitad derecha del colon (la parte que está cerca al colon ascendente), solamente permanecerá activa la parte corta del colon que desemboca en la colostomía. La materia fecal que proviene de una colostomía transversa varía de persona a persona, e incluso de vez en vez. Algunas colostomías transversas descargan materia fecal con consistencia firme o pastosa a intervalos infrecuentes, pero la mayoría de estas se mueven frecuentemente expulsando materia fecal de consistencia suave o suelta (líquida).

Es importante saber que la materia fecal contiene enzimas digestivas (químicos que el cuerpo produce para desbaratar el alimento). Estas enzimas son muy irritantes para la piel, por lo que la piel adyacente debe estar protegida con una barrera cutánea. (Consulte “Protección de la piel alrededor del estoma” en [El mantenimiento de una colostomía](#) para más información).

Por lo general, no se recomienda intentar controlar la colostomía transversa con dietas especiales, medicinas, enemas o irrigaciones ya que generalmente no surten efecto. Con más frecuencia, se usa un sistema de bolsa recolectora encima de la colostomía transversa a todas horas. Éste consiste en una bolsa liviana con drenaje que colecta las evacuaciones y protege a la piel del contacto con la materia fecal. Esta bolsa por lo general no hace bulto, por lo que se puede ocultar debajo de la ropa.

Evacuaciones con una colostomía transversa

Una colostomía transversa expulsará materia fecal independientemente de lo que usted haga. Tenga en cuenta estos puntos:

- Un sistema de bolsa recolectora (también referido como dispositivo) para colostomía que sea adecuado para usted evitará que manche su ropa al ocurrir una evacuación.
- La consistencia de la materia fecal se ve afectada por lo que usted coma y beba.
- Los gases y el olor forman parte del proceso digestivo natural y no pueden prevenirse, aunque pueden ser controlados. Su bolsa le ayudará a controlar los olores.
- Vacíe la bolsa cuando alcance alrededor de 1/3 a 1/2 de su capacidad para evitar que se llene mucho o que tenga fugas que mancharán la ropa. Lo ideal es organizar un espacio en el baño de su casa, y encontrar un baño cuando no esté en su casa, donde pueda vaciar su bolsa.
- Cambie el sistema de bolsa antes de que pueda haber una fuga. Lo ideal es no cambiar más de una vez al día y no menos de una vez cada tres o cuatro días.
- Los desechos que salen de la ostomía pueden irritar su piel. Usted puede ayudar a

prevenir los problemas de la piel usando un sistema de bolsa que le quede bien y los suministros especiales para el cuidado de la ostomía.

Colostomía ascendente

La colostomía ascendente se coloca en el lado derecho del abdomen. En este caso, sólo una sección corta del colon permanece activa, lo cual implica que el producto será de una consistencia líquida y tendrá muchas enzimas digestivas. Será necesario usar una bolsa con drenaje a todas horas, y se tendrá que proteger la piel de los desechos. Este tipo de colostomía es poco común puesto que, si la evacuación es líquida, con frecuencia resulta mejor realizar una ileostomía. (Para obtener más información sobre este tema, consulte [Guía de ileostomía¹](#)).

El cuidado de una colostomía ascendente es similar al cuidado de una colostomía transversa (explicada anteriormente).

Colostomías descendentes y sigmoideas

Localizada en el colon descendente, la colostomía descendente se realiza en la parte inferior del lado izquierdo del abdomen (figura 6). La mayoría de las veces la materia fecal es de consistencia firme y se puede tener control voluntario de su evacuación.

La colostomía sigmoidea (Figura 7) es el tipo más común de colostomía. La colostomía sigmoidea se realiza en el colon sigmoide solo algunas pulgadas (centímetros) más abajo que la colostomía descendente. Debido a que la mayor parte del colon queda activa, éste puede expulsar materia fecal sólida con más regularidad.

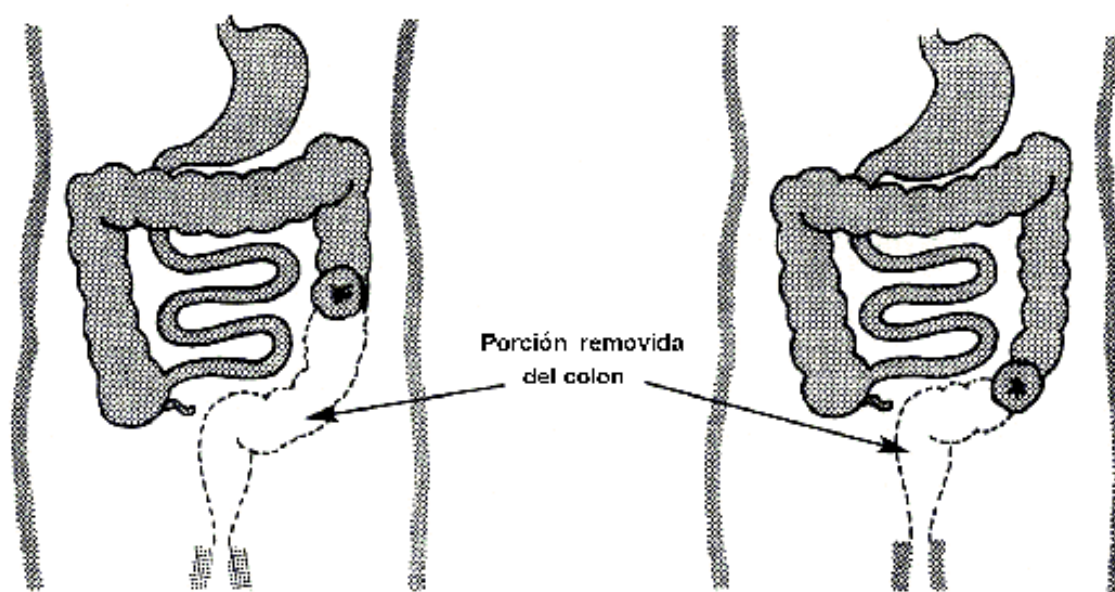


Figura 6
Colostomía descendente

Figura 7
Colostomía sigmoide

Ambos tipos de colostomía, descendente y sigmoidea, pueden tener una o dos aberturas (de boca única o de doble boca). La colostomía de boca única, o colostomía terminal, es la más común. En el caso de la colostomía terminal, el estoma puede ser cosido al ras de la piel o bien puede hacerse un doblez invirtiendo la piel de adentro hacia afuera (similar a la parte superior de un calcetín).

Usted notará lo siguiente con una colostomía descendente o sigmoidea:

- Las heces fecales son más firmes o pastosas. No contiene tantas enzimas digestivas irritantes.
- Puede que la materia fecal se genere por reflejo en intervalos periódicos a horas esperadas. La evacuación ocurrirá después de que cierta cantidad de materia fecal se haya acumulado en el intestino, más arriba del punto de la colostomía. Puede que transcurran dos o tres días entre evacuaciones.
- Puede ocurrir derramamiento de materia fecal entre evacuaciones debido a que no hay un músculo que retenga la materia fecal. Muchas personas usan una bolsa ligera y desechable para prevenir accidentes.
- Sentir la necesidad de evacuar (reflejo) ocurrirá de forma muy natural en algunas personas, mientras que otras pueden requerir un leve estímulo como un jugo, un

café, una comida, un laxante suave o una irrigación.

Evacuaciones con una colostomía descendente o sigmoidea

Un movimiento intestinal a través de una colostomía ocurre naturalmente como un movimiento normal a través del ano. Pero a diferencia de la abertura anal, la colostomía no tiene nervios o un músculo de esfínter que pueda ayudar a detener el paso de la materia fecal.

- Es necesario que usted use una bolsa para recolectar cualquier evacuación, ya sea que se trate de algo esperado o inesperado. Hay muchas bolsas de peso ligero que no se notan al usarse bajo la ropa que se adhieren a la piel alrededor de la colostomía y pueden usarse a todas horas, o solo conforme se necesite.
- Para algunas personas, comer ciertos alimentos en horas específicas puede generar la evacuación en un momento que les resulta conveniente. Algunas personas solo emplean este método para mantener sus evacuaciones bajo un horario programado, mientras que otras optan por combinarlo con la irrigación.

Estreñimiento o deposiciones blandas

Mucha gente cree que usted debe evacuar todos los días. En realidad, esto varía de persona a persona. Algunas personas evacuan de dos a tres veces por día, mientras que otras lo hacen solamente una vez cada dos o tres días, o incluso con menor frecuencia. Puede que tome algún tiempo tras la cirugía para determinar lo que sea normal para usted.

Aunque muchas colostomías descendentes y sigmoideas pueden entrenarse para tener evacuaciones en intervalos regulares, hay otras en las cuales esto no es posible. El entrenamiento, con o sin estímulo, probablemente ocurra solamente en aquellas personas que ya tenían evacuaciones de forma habitual antes de enfermarse. Si las evacuaciones eran en intervalos irregulares en años anteriores, será muy difícil, o imposible, obtener una función colostómica predecible a intervalos de forma habitual. Algunas enfermedades como el colon espástico, colon irritable y algunos tipos de indigestión pueden ocasionar episodios de deposiciones blandas (o aguadas) o de estreñimiento.

Cerrar o revertir una colostomía

En el caso de que se planee cerrar su colostomía, el cirujano puede mencionarle que se va a “quitar” o “revertir” la colostomía en unas cuantas semanas o meses. Sin embargo, a veces el médico no trasmite estos planes. Lo ideal es hablar sobre estos asuntos con su cirujano antes de dejar el hospital para que usted sepa cuál es el plan y cuándo debe volver a su consultorio. Si usted ya está en casa y no recibió instrucciones, llame al consultorio del médico o a la clínica para informarse sobre las indicaciones del médico. Es su responsabilidad mantener la comunicación con el médico.

Hay muchas cosas que deben de tomarse en cuenta para decidir si se debe clausurar una colostomía, como:

- La razón por la que necesita la colostomía
- Si usted puede tolerar cirugía adicional
- Su salud desde la operación
- Otros problemas que pudieran haber surgido durante o tras la operación

Selección de un sistema de bolsa recolectora

Decidir cuál sistema de bolsa recolectora o dispositivo es el más adecuado para usted es un asunto muy personal. Para probar los sistemas por primera vez es mejor consultar con una enfermera especialista en ostomías o con alguien que tenga experiencia en esta área. Debe haber alguien en el hospital que le dé una introducción del equipo y le proporcione instrucciones de uso después de la cirugía.

A medida que se vaya preparando para abandonar el hospital, asegúrese de que se le refiera a una enfermera especialista en ostomías (enfermera especializada en el cuidado de heridas, ostomías e incontinencia), a una clínica, al fabricante de ostomías o a la oficina de la *United Ostomy Associations of America* de su región. Aun cuando tenga que viajar largas distancias para conseguir esta ayuda, bien vale la pena, ya que es ideal tener un buen comienzo y así evitar percances. Incluso con ayuda, puede que tenga que probar diferentes tipos o marcas hasta encontrar el sistema de bolsa recolectora más adecuado para usted.

Para encontrar el sistema de bolsas que sea mejor para usted deberá tener en cuenta muchos factores, como: la longitud del estoma, la firmeza y forma del abdomen, la ubicación del estoma, las cicatrices y pliegues cerca del estoma, su estatura y su peso. Es posible que sea necesario hacer cambios especiales a los estomas ubicados cerca del hueso de la cadera, la línea de la cintura, la ingle o cicatrices. Algunas compañías ofrecen productos a la medida para situaciones poco comunes.

Un buen sistema de bolsa deberá:

- Permanecer seguro, tener un sellado bueno contra fugas que dure hasta 3 días
- Ser a prueba de olores
- Proteger la piel alrededor del estoma
- Ser casi imperceptible bajo la ropa
- Ser fácil de poner y quitar
- Permitir ducharse o bañarse con la bolsa puesta, si desea hacerlo

Tipos de sistemas de bolsa recolectora

Las bolsas recolectoras están disponibles en una variedad de estilos y tamaños, y una enfermera especializada en ostomía puede ayudarle a elegir la mejor para su situación y estilo de vida. Todas las bolsas cuentan con un sistema de recolección y drenado de los desechos que sale del estoma y con una barrera adhesiva (el dobladillo, barrera para la piel u oblea) que protege la piel alrededor. Existen dos tipos principales de sistemas:

- Los sistemas de una pieza tienen una bolsa y una barrera cutánea unidas en la misma unidad. Cuando se retira la bolsa, la barrera también se desprende.
- Los sistemas de dos piezas se componen de una barrera cutánea separada de una bolsa. Cuando se quita la bolsa, la barrera permanece en su lugar.

Algunos sistemas de bolsa recolectora pueden ser de fondo abierto para su fácil vaciado, mientras que otras son cerradas y se quitan al llenarse. Otras permiten que la barrera cutánea adhesiva permanezca en el cuerpo mientras la bolsa es desprendida y lavada, para usarse de nuevo. Las bolsas son hechas de materiales resistentes a los olores y varían en costo, y pueden ser transparentes u opacas, así como de distintas longitudes.

Las figuras 8 a 15 muestran algunos de los distintos tipos de bolsas, más otros suministros que puede que se requieran, como rebordes, pinzas y cintas para fijar la bolsa en su lugar.

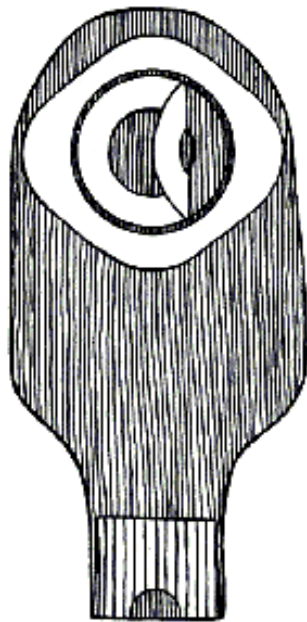


Figura 8
Bolsa drenable de una pieza con protección para la piel

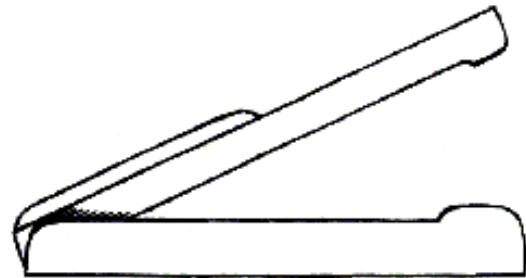


Figura 9
Cierre de extremo

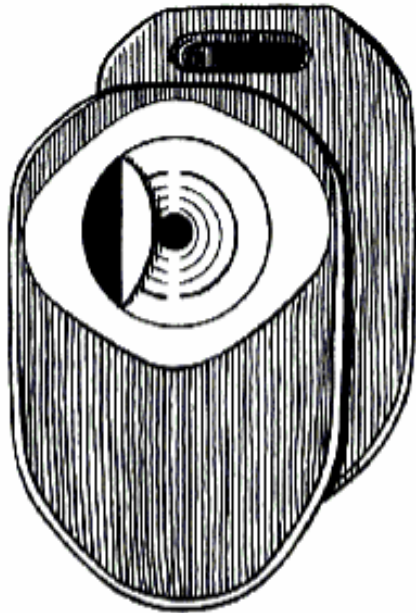


Figura 10
*Bolsa sellada de una pieza con
protección para la piel*

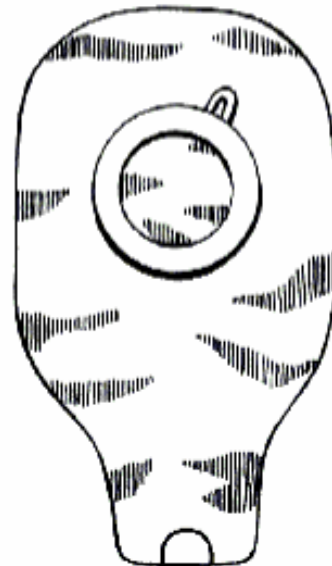


Figura 11
Bolsa drenable de dos piezas

Figura 12
Reborde para las bolsas drenables de dos piezas
y para las bolsas selladas de dos piezas

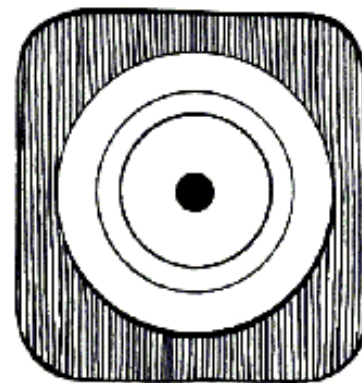


Figura 13
Sello para bolsas drenables

Figura 14
Cinturón para estoma

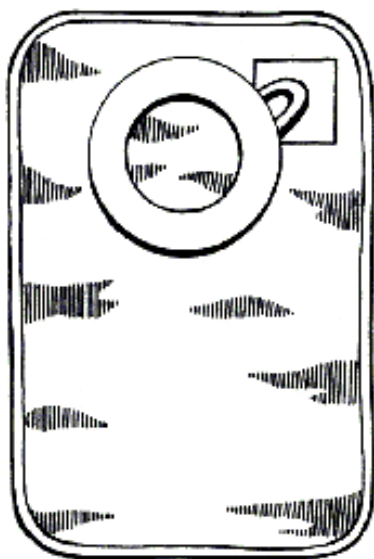
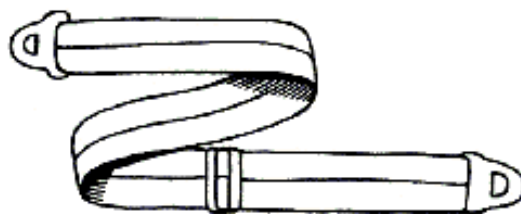


Figura 15
Bolsa sellada de dos piezas

La abertura de la barrera cutánea u oblea de la bolsa debe encajar alrededor del estoma. La abertura no deberá ser más de 1/3 de centímetro (1/8 de pulgada) más grande que el estoma. Dependiendo del diseño de la bolsa, puede que se requiera hacer un orificio en ésta para el estoma, o puede que la oblea ya venga precortada y entallada. El tamaño del orificio es importante pues, la oblea está diseñada para proteger la piel contra la materia fecal que sale del estoma y para ser tan suave en la piel como sea posible.

Tenga en cuenta que el tamaño de un estoma puede cambiar si se hincha o por otras razones. Por ejemplo, después de la cirugía es posible que el estoma esté hinchado durante 6 a 8 semanas. Durante este tiempo, se debe medir el estoma aproximadamente una vez a la semana. En los paquetes de las bolsas puede estar incluida una tarjeta de medición, o puede hacer su propia plantilla que se ajuste a la forma de su estoma para conseguir la medida óptima.

Si su colostomía excreta (evacuación de materia fecal) a intervalos periódicos que usted pueda predecir con precisión, puede que usted tenga la oportunidad de usar una cubierta para estoma en lugar de siempre tener que portar una bolsa. Podrá colocar

una gasa o un pañuelo facial desechable cuidadosamente doblado y remojado con una pequeña cantidad de lubricante soluble en agua, para luego colocarlo sobre el estoma y después cubrirlo con un trozo de tela plástica. Esto podrá mantenerse fijo con esparadrapo o mediante el uso de alguna prenda de ropa interior elástica o similar. También se dispone de tapas para estoma hechas de plástico (figura 16).

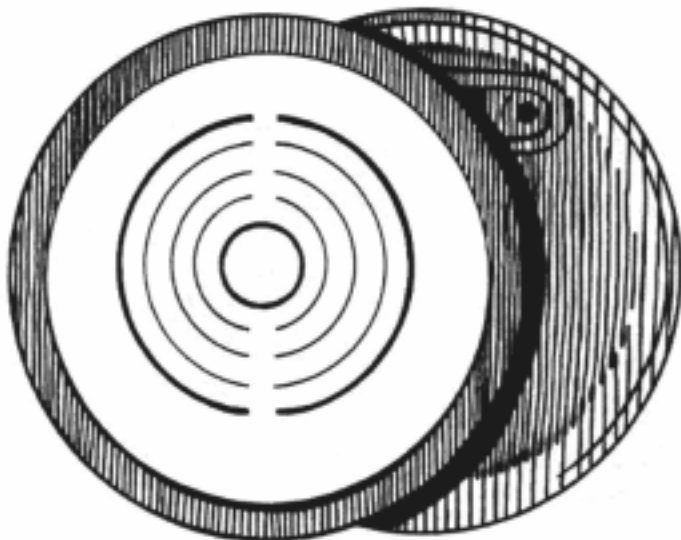


Figura 16
Cubierta para estoma de una pieza

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia.html

Actualización más reciente: octubre 2, 2019

Cuidados de una colostomía

- [Protección de la piel alrededor del estoma](#)
- [Irrigación de la colostomía \(solamente para colostomías descendentes y sigmoideas\)](#)
- [Si opta por la irrigación](#)
- [Vaciado y cambio del sistema de bolsa recolectora](#)
- [Bañarse / Ducharse](#)
- [Manchas de sangre en el estoma](#)
- [Afeitado debajo de la bolsa](#)
- [Qué ropa usar con una colostomía](#)
- [Cómo manejar los problemas de la colostomía](#)
- [Cuándo hay que llamar al médico](#)
- [Pedido y almacenamiento de suministros de ostomía](#)

Protección de la piel alrededor del estoma

La piel que circunda su estoma siempre debe verse como la piel del resto de su abdomen. Sin embargo, el desecho que sale de la ostomía puede causar hipersensibilidad o dolor en esta área. A continuación se indican algunas maneras de ayudar a mantener su piel saludable:

Use el tamaño adecuado de bolsa y de la abertura de la barrera para la piel. Una abertura demasiado pequeña puede cortar o lesionar el estoma y puede que esto lo inflame. Si la abertura es demasiado grande, la materia fecal podría entrar en contacto con la piel e irritarla. En ambos casos, reemplace la bolsa o barrera cutánea por una que le quede bien.

Cambie el sistema de bolsa recolectora de manera periódica para evitar fugas e irritación de la piel. Es importante tener un horario establecido para cambiar su bolsa. No espere a que se presenten fugas u otros signos de problemas, como picazón y ardor.

Tenga cuidado al retirar el sistema de bolsa recolectora de la piel y no se lo quite más de una vez por día, salvo que se haya presentado algún problema. Quítese la barrera cutánea separando suavemente su piel de la barrera adhesiva en lugar de jalar la barrera de su piel.

Limpie con agua la piel que circunda al estoma. Antes de colocar la cubierta, la

barrera cutánea o la bolsa, seque la piel por completo.

Esté alerta a las sensibilidades y alergias al material del adhesivo de la barrera cutánea, de la cinta o la bolsa. Éstas pueden surgir semanas, meses o incluso años después del uso de un producto, ya que el cuerpo se puede sensibilizar gradualmente. Si su piel se irrita solamente en el punto donde la bolsa de plástico tiene contacto con su piel, puede cubrir la bolsa o probar otra marca de bolsa. Una enfermera especializada en estoma puede ofrecer sugerencias si es necesario. Los fabricantes de suministros de ostomías tienen cubiertas para bolsas, o usted puede hacer su propia cubierta. Es posible que necesite probar diferentes productos para ver cómo reacciona su piel ante ellos.

Irrigación de la colostomía (solamente para colostomías descendentes y sigmoideas)

La irrigación de la colostomía se puede hacer con ciertos tipos de colostomías para ayudar a mover las heces a través del colon. Si tiene una colostomía descendente o sigmoidea, puede optar por la irrigación de la colostomía. En la irrigación, simplemente se introduce agua en el colon a través del estoma para ayudar a regular los movimientos intestinales (evacuaciones).

La irrigación de la colostomía se ha utilizado durante muchos años, pero en la actualidad no se utiliza tanto como en el pasado. Esto se debe probablemente a que los sistemas de bolsas han mejorado.

La aplicación de irrigaciones dependerá de cada persona, pero deberá hablar de esto con su médico o enfermera enterostomista (enfermera especializada en colostomías) antes de que se tome cualquier decisión. Esta persona será quien le enseñará cómo irrigar su colostomía. Puede que el procedimiento sea un poco diferente a lo que describimos en este artículo, dependiendo de la experiencia que tenga la persona que le enseñe.

Consulte con su doctor o enfermera especializada en ostomía sobre la irrigación. El que sea usted quien irrigue su colostomía y cómo lo haga dependerá de muchos factores, tales como:

- Hábitos de evacuación cotidianos
- Nivel de actividad
- Destreza y nivel de comodidad con la irrigación
- Opiniones personales sobre la colostomía

Si decide aplicar una irrigación, procure encontrar un método o combinación de los mismos que mejor se adapte a su patrón o hábito de evacuación. Es posible que al principio tenga que intentar distintas alternativas bajo la asesoría del médico o enfermera enterostomista. Solo recuerde que tomará tiempo habituarse a la nueva rutina y que los hábitos diarios serán útiles. Si usted nota que hay ciertos alimentos o procedimientos de irrigación que le ayudan a tener control y regularidad en las evacuaciones, continúe estos hábitos a la misma hora todos los días. Los hábitos que se llevan a cabo cotidianamente ayudarán a las funciones intestinales, pero los cambios ocasionales a la rutina no le harán daño.

El equipo que estará usando (figuras 17 a 20) incluirá:

- **Un recipiente de irrigación, hecho de plástico, con un tubo largo y un cono o punta.** El cono de plástico al final del tubo encaja cómodamente en el estoma al ras de la piel para introducir agua en la colostomía.
- Una **funda de irrigación** que recibirá las descargas de ésta para luego desecharlas por el inodoro
- Un **cierre o broche** con una correa que ofrezca soporte adicional a la funda de irrigación (opcional)

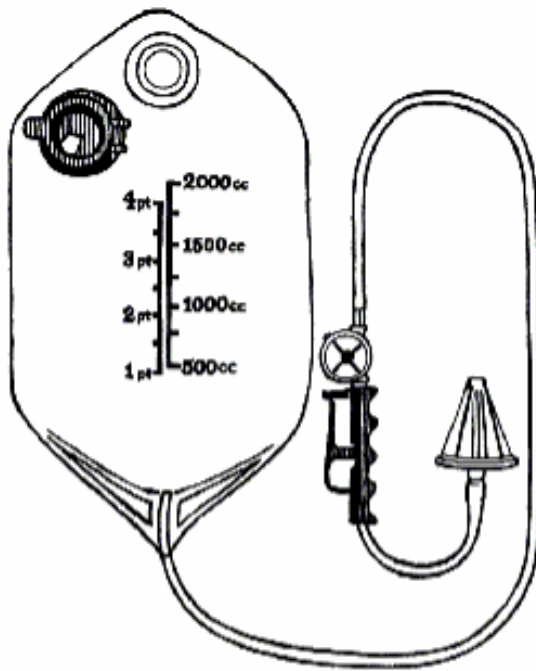
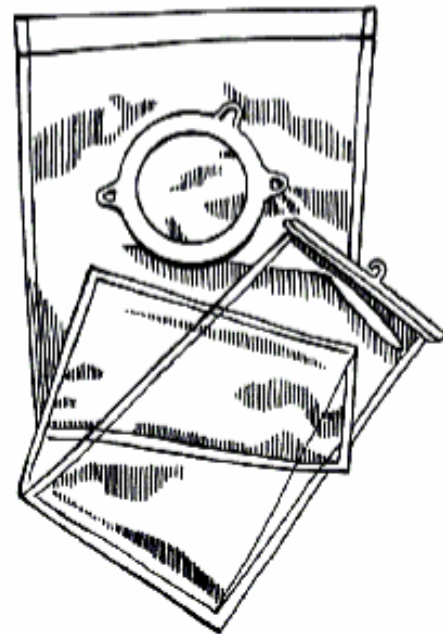


Figura 17
Sistema de irrigación

Figura 18
Manga de irrigación



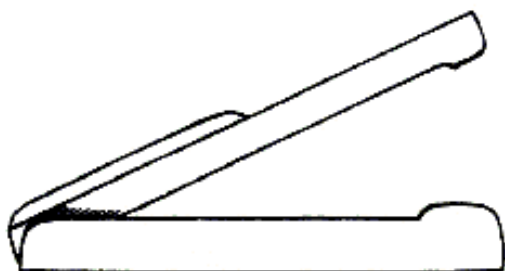
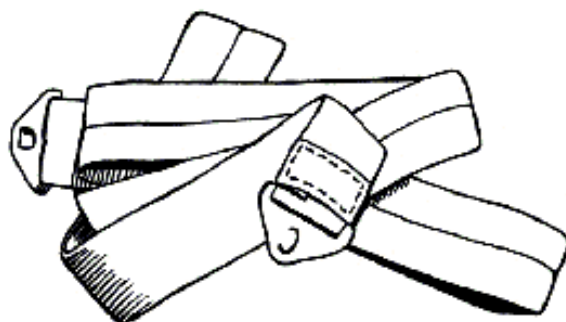


Figura 19
Sello de extremo

Figura 20
Cinturón ajustable



Si opta por la irrigación

Cuándo hacer la irrigación

- Elija una hora del día cuando se sepa que solamente usted podrá disponer del baño.
- Puede que la irrigación funcione mejor si se realiza después de comer o tras haber tomado una bebida caliente. También considere hacer la irrigación alrededor de la misma hora del día en que solía tener sus evacuaciones antes de la colostomía.

Cómo hacer la irrigación

- Reúna los suministros necesarios para hacer la irrigación.
- Preñe el tubo y ponga un litro (1000 cc) de agua tibia (no caliente) en el recipiente de irrigación. Puede que se necesite un poco menos. NUNCA conecte el tubo directamente a la llave o toma de agua (grifo).
- Cuelgue el recipiente a una altura en la que el fondo quede al nivel de su hombro al momento de sentarse.

- Siéntese sobre el inodoro o en una silla junto a él, y mantenga una postura recta, erguida.
- Selle la funda plástica para la irrigación sobre su barrera cutánea y coloque el extremo inferior de la funda dentro de la taza del inodoro.
- Moje el extremo del cono o aplique un lubricante con base de agua.
- Para eliminar las burbujas, abra la prensa del tubo y deje que una pequeña cantidad de agua salga a la funda.
- Vuelva a afianzar la prensa, coloque el cono dentro del estoma hasta donde llegue, pero no más allá de su punto más ancho.
- Abra lentamente la prensa del tubo y deje pasar con cuidado el agua hacia su intestino. El agua debe fluir lentamente. Puede cerrar la prensa o apretar el tubo para frenar o desacelerar el flujo del agua. Toma aproximadamente 5 minutos hacer el goteo del litro de agua.
- Mantenga el cono en su lugar por otros 10 segundos después de que haya pasado toda el agua.
- La cantidad de agua que usted necesite dependerá de su propio cuerpo. Puede que necesite menos agua, pero no use más de un litro (1000 cc). El propósito de irrigar es desalojar la materia fecal, y no el uso de una cantidad estricta de agua.
- No debe experimentar calambres o náuseas durante el paso del agua. Estos síntomas serían signos de que el agua está fluyendo demasiado rápido, que está usando demasiada agua, o que el agua está muy fría. Después de haber introducido el agua, puede que experimente un movimiento como torzón intestinal a medida que la materia fecal sale.
- Retire el cono después de que haya pasado el agua. Las descargas o “retornos” vendrán en chorros durante aproximadamente los siguientes 45 minutos.
- En cuanto la mayor parte de la materia fecal haya sido excretada, usted puede doblar hacia arriba el fondo de la funda de irrigación y prensarlo con un broche. Esto le permitirá moverse, ducharse o hacer lo que quiera para pasar el tiempo.
- Al finalizar, vuelva a revisar el sello de la oblea o dobladillo, colocando su bolsa habitual de nuevo. Enjuague el cono, la funda y la otra bolsa de la irrigación, y déjelos secar.

Con tiempo y experiencia, usted podrá saber el momento en que toda el agua y la materia fecal ha salido completamente. Puede que pase un pequeño borbotón de gas lo cual sería una señal de que el proceso ha concluido, o puede que el estoma luzca en reposo o inactivo. Si el proceso completo de la irrigación siempre le toma más de una hora, consulte con su médico o enfermera enterostomista.

Vaciado y cambio del sistema de bolsa recolectora

Usted recibirá instrucciones sobre cómo cambiar y vaciar su sistema de bolsa recolectora antes de su partida del hospital. No es necesario el uso de suministros que hayan sido esterilizados. Por ejemplo, es posible el uso de pañuelos desechables, toallas de papel o papel de baño para limpiar alrededor del área del estoma en lugar de usar almohadillas de gaza desechables esterilizadas.

Cómo vaciar la bolsa

Vacíe la bolsa de la ostomía cuando alcance alrededor de 1/3 a 1/2 de su capacidad para evitar que se llene mucho y tenga fugas. Siga estos pasos:

- Siéntese en el inodoro tan atrás como pueda o en una silla frente al escusado
- Coloque una pequeña tira de papel sanitario en el inodoro para disminuir las salpicaduras
- Sujete la parte inferior de la bolsa hacia arriba y abra el sujetador en el extremo
- Lentamente desenrolle el extremo sobre el inodoro.
- Vacíe suavemente el contenido. Puede poner un poco de papel higiénico en el inodoro primero para ayudar a evitar salpicaduras si es necesario.
- Limpie tanto el lado externo e interno del extremo de la bolsa con papel sanitario
- Enrolle el extremo de la bolsa y el clip

Cuándo hacer el cambio del sistema de bolsa recolectora

Es mejor tener un horario de cambio establecido para que no se presenten complicaciones. Hay distintos sistemas de bolsa recolectora según el plazo de utilización. Algunas se cambian cada día, otras alrededor de cada tres días y algunas una vez por semana dependiendo del tipo de bolsa elegida.

A ciertas horas del día puede haber una menor actividad intestinal. Es más fácil cambiar la bolsa del sistema recolector a esas horas. Puede que le parezca mejor cambiarlo al levantarse, antes de comer o beber. Si lo hace después de comer, es aconsejable que permita que transcurra al menos una hora después de la comida, cuando el movimiento digestivo se reduce. Inmediatamente después de la cirugía, la materia fecal que sale de la ostomía puede tener una consistencia muy blanda y diluida (acuosa). Cuando se vuelva más densa, podrá determinar mejor la hora ideal para cambiar su sistema.

Factores que afectan el sello del sistema de bolsa recolectora

El sistema de bolsa recolectora deberá adherirse a la piel y es importante cambiar la bolsa antes de que se afloje o de que surjan fugas. La cantidad de tiempo que una bolsa permanecerá sellada dependerá de muchos factores, como el clima, la condición de la piel, cicatrices, cambios en el peso, alimentación, actividad, cuerpo de la persona y naturaleza de la materia que se excreta a través de la ostomía. A continuación se presentan algunas otras cosas que pueden afectar el tiempo que la bolsa se adhiere:

- La sudoración reducirá el número de días que podrá portar una misma bolsa del sistema recolector. El calor del cuerpo, aunado con la temperatura ambiente, ocasionará que las barreras para la piel se aflojen más rápido de lo habitual.
- La piel grasosa y húmeda reduce el tiempo de uso
- Los cambios en el peso también afectarán por cuánto tiempo podrá usar una bolsa. El peso que aumente o pierda después de la cirugía para la ostomía puede cambiar la forma de su abdomen, lo cual puede hacer que necesite un sistema totalmente distinto.
- Puede que la alimentación afecte el sellado. Ciertos alimentos que causan una descarga acuosa son más propensos a desprender el sellado que las evacuaciones de consistencia más sólida.
- Puede que las actividades físicas afecten el tiempo de uso de una aplicación. Nadar, practicar deportes intensos o cualquier cosa que le haga sudar puede reducir el tiempo de uso de una misma aplicación.

Bañarse / Ducharse

El agua no dañará su ostomía. La exposición normal al aire o el contacto con jabón y agua no dañará al estoma. El agua no se introducirá al estoma y el jabón no lo irritará, pero puede que el jabón interfiera con la adhesividad de la barrera cutánea. Lo mejor es usar solamente agua al lavar la piel alrededor de su estoma. En caso de usar jabón, asegúrese de enjuagar bien la piel con agua.

Si se ducha, puedes quitarse la bolsa, pero no es necesario y no suele recomendarse. Si toma un baño en la tina (bañera), se recomienda dejar la bolsa en su lugar. Una razón importante para no quitarse la bolsa cuando se ducha o se baña es evitar que salga materia fecal, lo que por supuesto usted no puede controlar.

Manchas de sangre en el estoma

Las manchas de sangre no deben alarmarle. Puede que se genere un sangrado leve al limpiar alrededor del estoma cuando esté cambiando la bolsa o la barrera para la piel. Los vasos sanguíneos en los tejidos del estoma son muy delicados en la superficie y pueden sangrar fácilmente. Usualmente el sangrado desaparece rápidamente. De no ser así, llame a su enfermera de ostomías o a su médico.

Afeitado debajo de la bolsa

La presencia de mucho vello alrededor del estoma puede ocasionar que la barrera dérmica no se adhiera bien y causarle dolor cuando se la quite. Afeitar con una rasuradora, o recortar el vello con tijera resulta útil en estos casos. Al hacer esto, siempre se debe tener mucho cuidado. Se recomienda que afeite en seco la piel alrededor de su estoma con un talco para estomas, debido a que el jabón y las cremas de afeitar contienen humectantes y aceites que podrían ocasionar que la barrera cutánea no se adhiera. Tras afeitar, enjuague y seque bien la piel antes de colocar la bolsa.

Qué ropa usar con una colostomía

Para el uso diario, no se requiere de ropa especial, ya que las bolsas de ostomía (especialmente ciertos tipos) son bastantes planas y es difícil notarlas a través de la mayoría de las prendas de vestir. La presión de las prendas interiores elásticas no dañará al estoma, ni detendrá la función del intestino.

Si antes de la cirugía padecía de problemas intestinales, puede que ahora se vea en la posibilidad de comer con normalidad por primera vez en mucho tiempo. Conforme su apetito regrese a la normalidad, es posible que suba de peso. Esto puede influir más en el tipo de ropa que elija que la bolsa en sí.

Algunas prendas interiores de algodón como las trusas (calzones o calzoncillos), camisetas o camiones que sean elásticos pueden ofrecer más soporte y seguridad para fijar y ocultar la bolsa. Una simple cubierta para la bolsa aumenta la comodidad al absorber el sudor del cuerpo, y además evitar que la bolsa de plástico haga contacto con su piel. Los hombres pueden utilizar calzoncillos largos ya sea tipo bóxer (holgados) o tipo jockey (ajustados).

Cómo manejar los problemas de la colostomía

Gas (flatulencia)

Inmediatamente tras la cirugía puede que experimente la emisión de muchos gases todo el tiempo. Tras la mayoría de las cirugías del abdomen ocurre este incómodo y bochornoso, pero inofensivo síntoma. Los ruidos de los gases o los sonidos estomacales pueden ser una preocupación. Si le preocupan estos sonidos cuando hay personas cerca de usted, puede decirles, “Disculpe, me está gruñendo el estómago”. Si llega a sentir que está por pasar gas al estar entre otras personas, cruce los brazos de manera casual sobre su abdomen para que sus antebrazos reposen sobre su estoma. Esto atenuará la mayoría de los ruidos. Consulte con su enfermera especialista en ostomías sobre productos que pueden aminorar los gases. Ciertas comidas pueden causar gas, como huevos, repollo, brócoli, cebollas, pescado, frijoles, leche, queso, bebidas carbonatadas y alcohol.

- El comer bajo un horario establecido puede ayudar a evitar los gases
- Coma pequeñas cantidades de alimentos de 4 a 5 veces al día
- **No omita** comidas para evitar los gases o las descargas

Olor

Muchos factores, como la comida, las bacterias que normalmente hay en su intestino, las enfermedades, ciertas medicinas y las vitaminas pueden causar olor.

- Algunos alimentos pueden producir olores: los huevos, el repollo, el queso, los pepinos, la cebolla, el ajo, el pescado, los productos lácteos y el café. Si nota que ciertos alimentos le ocasionan molestias, evítelos.
- Use una bolsa a prueba de olores
- Verifique que la barrera cutánea se encuentre fijamente adherida en su piel
- Vacíe la bolsa con frecuencia
- Ponga líquidos y/o tabletas desodorantes especiales en la bolsa
- Hay algunas medicinas que le pueden ayudar. Hable con su médico o enfermera de ostomías sobre estos productos y la manera de usarlos. Muchas personas han notado que algunas cosas que ayudan con el olor son las tabletas de clorofila, subgalato de bismuto y subcarbonato de bismuto. Mantener desodorantes ambientales en la habitación también puede controlar el olor muy bien cuando se vacía la bolsa.

Cuando encuentra las cápsulas de medicina en su bolsa

Tenga en cuenta que las tabletas recubiertas o las cápsulas de liberación controlada

pueden salir completas en la bolsa. En la mayoría de los casos, esto significa que no aprovechó la medicina. Si nota esto, hable con su médico o farmacéutico. Es posible que se puedan usar otras medicinas para asegurarse de que usted esté recibiendo las que necesita. Las medicinas líquidas o en forma de gel suelen absorberse más rápidamente y pueden ser más eficaces para usted.

Problemas graves de la piel

Las áreas de la piel que están enrojecidas, adoloridas y siempre mojadas impedirán que usted logre un buen cierre alrededor del estoma. Es importante tratar inmediatamente las irritaciones menores. Si presenta una región grande con irritación, o alguna irritación que esté empeorando a pesar de estarla atendiendo minuciosamente, comuníquese con su doctor o enfermera de ostomías. Es posible que le receten medicina que se toma por vía oral o se aplica alrededor de su ostomía para ayudar a secar y sanar su piel.

En el caso de las úlceras por presión profundas causadas por un cinturón de ostomía muy apretado, afloje o quítese el cinturón y llame inmediatamente a su médico o enfermera especialista en ostomía. Necesitará que se le dé tratamiento.

Bloqueo (obstrucción)

Habrán veces que no saldrá materia fecal de su ostomía por breves periodos de tiempo. Esto es normal. Pero si su estoma no ha tenido actividad por 4 a 6 horas y le dan cólicos, dolores o náuseas, es posible que haya una *obstrucción* (bloqueo) en el intestino. Si esto sucede, llame inmediatamente a su médico o a su enfermera de ostomías.

Estas son algunas medidas para ayudar a que el flujo por su ostomía sea adecuado:

- Manténgase alerta a la hinchazón del estoma y regule la abertura en la oblea o dobladillo según sea necesario hasta que desaparezca la hinchazón
- Tome un baño caliente para relajar sus músculos abdominales
- Se pueden tomar líquidos si hay un poco de eliminación de materia fecal: deben evitarse los alimentos sólidos
- Algunas veces el cambio de posición, como subir las rodillas hasta su pecho, puede ayudar a que la comida avance por los intestinos
- **No** tome laxantes

Los alimentos con alto contenido de fibra, como vegetales verdes, col, apio, piña,

nueces, coco y maíz pueden causar obstrucción. La obstrucción también puede ser causada por cambios internos como adherencias (tejido de cicatrización que se forma en el interior de su abdomen después de la cirugía).

Si persisten los dolores y cólicos sin que el estoma expulse deposiciones por más de dos horas y no tiene posibilidad de acudir a su médico o enfermera especialista en ostomía, acuda a la sala de urgencias de algún centro de atención médica. Lleve consigo todos sus suministros ostómicos.

Diarrea

Por lo general, la diarrea es una advertencia de que algo anda mal. La diarrea se define como evacuaciones frecuentes, sueltas o líquidas en mayor cantidad de lo usual. Esto sucede cuando la comida pasa a través del intestino delgado muy rápidamente y no hay tiempo para que los líquidos y los electrolitos se absorban. Puede aparecer repentinamente y causar cólicos, y puede ocasionar que su cuerpo pierda muchos líquidos y electrolitos. Debe reponer rápidamente estos electrolitos para no enfermarse de deshidratación y tener pérdida de minerales. (Vea Desequilibrio de electrolitos más adelante para más información sobre este tema).

Las heces blandas también pueden ser el resultado de la ingestión de ciertos alimentos, pero generalmente esto solo dura poco tiempo. Las frutas y los vegetales crudos, la leche, el jugo de fruta, el jugo de ciruelas pasa o el agua potable sucia son ejemplos de cosas que pueden cambiar la materia fecal que sale por su estoma. El estrés emocional también puede causar heces sueltas. Puede que algunas personas con ileostomías tengan siempre una descarga muy líquida, lo cual es normal para ellas.

Hay varias cosas que pueden causar diarrea:

- La infección intestinal o la intoxicación alimentaria , que con frecuencia también causan fiebre y vómitos
- Los antibióticos y otros medicamentos de venta con receta
- Las obstrucciones parciales (también pueden causar evacuaciones con mal olor, cólicos, salida forzada de materia fecal líquida y la emisión de muchos ruidos por el estoma). Pueden ser causadas por la comida u otros factores. Acuda por ayuda médica si esto le sucede.

Consulte con su médico o enfermera(o) de ostomía si padece de diarrea constante. Hable sobre los alimentos y líquidos que ingiere, su horario de comidas y las cantidades de éstas, así como cualquier medicamento que pueda estar tomando. Es

posible que se le dé medicina que ayude a desacelerar el proceso digestivo. Recuerde que sin importar cuáles sean las circunstancias, requerirá de una dieta bien balanceada y de un buen consumo de líquidos para evitar problemas con las evacuaciones.

Desequilibrio de electrolitos

Los electrolitos son sales y minerales de la sangre, como potasio, magnesio y sodio. Su equilibrio es muy importante. Cuando se extirpa el colon (intestino grueso), se corre un mayor riesgo de tener un desequilibrio de electrolitos. La diarrea, los vómitos y mucha sudoración pueden aumentar este riesgo.

La deshidratación también es un problema grave. Los síntomas incluyen sed, sequedad de la boca, menor volumen de orina, vértigos y sensación de cansancio. Si se deshidrata, necesitará beber más líquidos. Para evitar la deshidratación necesita beber de ocho a diez vasos de 8 oz de líquidos al día. Si tiene diarrea, es posible que necesite beber más. Las bebidas como Gatorade®, PowerAde® o Pedialyte® contienen potasio y sodio. Pero cualquier líquido que contenga agua (soda, leche, jugo, té, etc.) le ayudará a satisfacer sus necesidades diarias de líquidos.

La pérdida del apetito, mareos y calambres en las piernas pueden ser síntomas de pérdida de sodio. Por otro lado, el cansancio, la debilidad muscular y la dificultad para respirar pueden ser síntomas de pérdida de potasio. La deshidratación y los bajos niveles de sodio y de potasio pueden ser peligrosos y se deben tratar inmediatamente. Recuerde que algunos de estos síntomas pueden deberse a otros problemas que podrían ser una emergencia. Llame inmediatamente a su médico o al 911 si se siente mareado, débil o tiene otros problemas graves.

Recto fantasma

El recto fantasma es muy similar a la “extremidad fantasma” de las personas a quienes se les han amputado un miembro y sienten que aún lo tienen. Es normal que sienta la urgencia de tener movimientos intestinales como antes de la cirugía. Esto puede ocurrir en cualquier momento y puede que persista por años tras la cirugía. Si no se le extirpó el recto, puede tener esta sensación y hasta pasar mucosidad cuando se sienta en el inodoro. Algunas personas a quienes se les extirpa el recto dicen que la sensación se alivia cuando se sientan en el inodoro y actúan como si tuvieran una evacuación real.

Síndrome del intestino corto

Esta afección ocurre cuando se realiza una cirugía para extirpar una parte grande del intestino delgado. El síndrome del intestino corto necesita atención especial, ya que no

queda intestino suficiente para absorber los nutrientes que el cuerpo necesita.

Las personas con síndrome del intestino corto deben estar bajo la atención de un médico. Necesitan estar en observación minuciosa para asegurar que reciban suficientes calorías, carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Pueden llevar una vida normal, pero deben tener cuidado de evitar la diarrea y tener atención médica a su alcance inmediato. Cuanto más corto sea el intestino delgado, más líquida será la descarga. Esto puede reducir el tiempo que se puede usar una bolsa debido a que la barrera dérmica se desgasta más rápidamente.

Cuándo hay que llamar al médico

Se deberá llamar al médico o enfermera de ostomías si presenta:

- Cólicos que duran más de 2 o 3 horas
- Náuseas y vómitos continuos
- Ausencia de materia fecal de la ostomía durante 4 a 6 horas con cólicos y náusea
- Descargas muy líquidas en gran magnitud que dura más de 5 o 6 horas
- Mal olor que dura más de una semana (esto puede ser un signo de infección)
- Una cortadura en el estoma
- Lesiones en el estoma
- Irritación de la piel grave o úlceras (llagas) profundas
- Mucho sangrado de la abertura del estoma (o si encuentra varias veces sangrado moderado en la bolsa cuando la vacía). (NOTA: el consumo de betabel o remolachas causará un manchado rojizo).
- Sangrado continuo en donde el estoma hace contacto con la piel
- Un cambio inusual en el tamaño o color de su estoma
- Cualquier cosa inusitada relacionada con su ostomía

Pedido y almacenamiento de suministros de ostomía

Los suministros pueden ser pedidos vía correo postal, adquirirse en un local de suministros médicos, una farmacia local o por Internet. Si desea ayuda adicional para hacer sus pedidos, procure ponerse en contacto con el fabricante de los productos, o consulte las páginas comerciales del directorio telefónico o en Internet (busque las palabras “suministros de ostomía” - “*ostomy supplies*”).

- Para pedir bolsas, barreras dérmicas y otros productos de ostomía, **necesitará el**

nombre del fabricante y el código de los productos

- Solicite a su enfermera de ostomías el nombre de distribuidores confiables que le puedan suministrar lo que necesita
- Antes de hacer el pedido de los suministros, verifique que su seguro médico cubra el costo de los productos de tal compañía
- Compare los precios cuando haga sus pedidos por correo y por Internet (recuerde los gastos de envío)
- Conserve todos sus suministros en un mismo estante, cajón o similar en un lugar seco libre de humedad y temperaturas extremas
- Haga el pedido de sus siguientes suministros algunas semanas antes de que sus actuales suministros se le terminen, para tener suficiente tiempo para la entrega. No acumule suministros en grandes cantidades, ya que éstos podrían arruinarse por la humedad y los cambios en la temperatura.

Actualización más reciente: octubre 2, 2019

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society (<https://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html>)

Nuestro equipo está compuesto de médicos y enfermeras con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenidos médicos.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido (www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html) (información disponible en inglés).

cancer.org | 1.800.227.2345