

**Realizado por Licenciadas en Nutrición:**

- Zeballos, Maria Florencia
- Vanoli, Maria Celeste
- Merino, Cecilia
- Ermeninto, Maria Florencia

---

## Protocolo: OSTOMIAS

---

### 1. FUNCIÓN DEL INTESTINO

El intestino delgado es el segmento donde se absorben la mayor parte de los nutrientes; los macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas, minerales y agua). En el proceso de absorción las sustancias asimiladas se incorporan desplazándose desde la luz intestinal hasta la sangre.

Zonas de absorción del intestino delgado

Duodeno	Hierro
Yeyuno	azúcares, proteínas, calcio, agua, electrolitos, vitaminas hidrosolubles y liposolubles
Ileon	Grasa, Sales biliares, vitamina B <sub>12</sub> , agua, electrolitos
Colon	Agua, electrolitos

Sin embargo, en el curso de las lesiones o extirpaciones quirúrgicas de segmentos intestinales pueden, unas zonas compensar, funcionalmente, la ausencia de función de otras. Los cambios adaptativos son más pronunciados en el ileon que en el yeyuno. Mientras que el yeyuno se hiperplasia en un 20-30%, el ileon lo hace en un 70-80%. Esta adaptación conlleva aumento del diámetro y la longitud con vellosidades más altas y criptas más profundas. En el ser humano estos cambios alcanzan máximo desarrollo en el término de 1 a 2 años.

### 2. CONCEPTOS GENERALES

**-Ostomía:** Es el término con que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la piel

abdominal, para abocar al exterior los productos de desecho del organismo. La nueva abertura que se crea en la ostomía recibe el nombre de estoma.

**-Paciente ostomizado:** Entendemos por paciente ostomizado a la persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) como consecuencia de las anteriores modificaciones.

### **3 LAS ENFERMEDADES QUE CON FRECUENCIA PUEDEN FINALIZAR EN UNA OSTOMÍA SON:**

#### Adultos:

- Colitis Ulcerosa
- Enfermedad de Crohn
- Infarto mesentérico
- Enteritis por radiación
- Vólvulos intestinales
- Accidentes Traumatismos
- By- pass intestinal

#### Niños:

- Anormalidades congénitas: atresia-vólvulo-aganglionosis
- Anormalidades adquiridas: enterocolitis necrotizantes

### **4. CLASIFICACIÓN DE LAS OSTOMÍAS;**

#### ▪ Según su función:

- Estomas de nutrición
- Estomas de drenaje
- Estomas de eliminación

#### ▪ Según el tiempo de permanencia:

- Temporales
- Definitivas

#### ▪ Según el órgano implicado:

- Colostomía
- Ileostomía

· Urostomía

## **5 VALORACIÓN DE LA RESECCIÓN.**

La valoración de la resección depende de la cantidad y de la porción del intestino remanente después de la cirugía.

Varios factores determinan la evolución de los enfermos que son sometidos a esta intervención:

### -Extensión y localización del intestino resecado.

La longitud del intestino delgado remanente es de suma importancia pues determina la superficie de la mucosa que permite la absorción.

Del sitio de la resección depende cuales son los nutrientes que van a malabsorberse y en que grado.

La resección del ileon implica cambios metabólicos profundos debido a que el yeyuno no puede compensar las funciones de aquel, pudiéndose producir anemia megaloblastica, diarrea y esteatorrea. El tiempo de transito intestinal esta generalmente acelerado en las resecciones distales porque las enzimas pancreáticas e intestinales no tienen tiempo de contacto suficiente para degradar los nutrientes y por la pérdida de las hormonas intestinales (colecistoquinina y secretina) que regulan la motilidad.

El intestino delgado posee una capacidad importante de reserva, lo que permite que resecciones del 40-50% no ocasionen trastornos severos.

### -Presencia o ausencia de válvula ileocecal.

La resección de la válvula ileocecal puede crear complicaciones ya que esta demostrado que la misma ejerce un mecanismo frenador de la motilidad intestinal. Además la falta de la válvula permite el sobrecrecimiento bacteriano del colon al intestino delgado.

La desconjugación de las sales biliares produce esteatorrea, pérdida de calcio, magnesio y vitaminas liposolubles.

-Estado de los segmentos digestivos: intestino delgado remanente, colon, estomago, páncreas, hígado.

El intestino remanente debe ser capaz de suplir al segmento resecado. Si existe alguna enfermedad que disminuya su capacidad, el estado nutricional se vera muy comprometido.

La actividad de las disacaridasas disminuye generalmente después de una resección, especialmente las lactasas. Como consecuencia de la malabsorción de lactosa, se produce diarrea con flatulencias.

El colon juega un papel muy importante en la reabsorción de agua y electrolitos y en casos de sobrecarga, puede aumentar enormemente su capacidad absortiva.

En el colon derecho se absorben los oxalatos libres, que se pueden difundir en cantidades importantes en la mucosa colonica y producir litiasis renal oxálica, por aumento de la excreción urinaria.

En cuanto al estomago, se desencadena generalmente, en este tipo de pacientes, una hipersecreción gástrica transitoria como consecuencia del aumento de gástrica y además con la reducción de la masa intestinal se pierde la capacidad inhibitoria sobre la secreción gástrica.

#### -Cambios adaptativos en el aparato digestivo.

La adaptación intestinal es el resultado de la hiperplasia de las células epiteliales. Distintos estudios de perfusión han permitido comprobar el aumento de la capacidad absortiva de los diferentes nutrientes.

## **6. TIPOS DE CIRUGIAS Colonica:**

- ◆ Colotomia:
- ◆ Colostomias :
  - Cecostomia: (ciego)
  - Transversa ( izquierda – derecha)
  - Sigmoidea
- ◆ Colectomia

#### Las colostomias pueden ser a su vez:

- ◆ Transitoria
- ◆ Definitivas
- ◆ Simples
- ◆ Doble (dos asas en la pared)
- ◆ De protección (en espolón)

Cirugías:

- HARTMANN: (recto y sigmoideo) cirugía + colostomía, se extrae segmento afectado y le realizan colostomía. Puede ser definitiva de acuerdo a si queda lugar en el recto para unir.
- MILES: (amputación ano rectal) + colostomía definitiva
- DIXON: (recto +sigmoideo) resección + anastomosis en la misma operación. Suelen tener tránsito y controlar esfínter
- LAHEY: (colon descendente) colostomía Terminal. Quedan dos cabos al abdomen uno es la fístula con las secreciones y el otro es la colostomía. SE reconstruye el tránsito.
- POUCH ILEAL
  - 1) en un tiempo le hacen Colectomía total + lahey
  - 2) en un segundo tiempo Bolsa Ileal, se dobla en U, se cose y se comunica con el ano, hay que sacar el recto, para aislar las costuras se hace una ileostomía en asa transitoria.
  - 3) En el tercer tiempo cierre de la ileostomía.

## **7. SÍNDROME DE INTESTINO CORTO.**

La remoción de las 2/3 partes del Intestino delgado conduce a serios problemas metabólicos y a desnutrición.

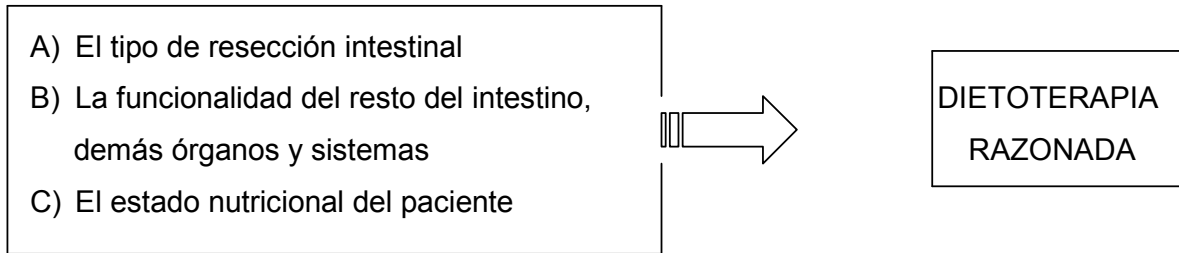
La consecuencia más común de la resección intestinal es conocida con el nombre de Síndrome de Intestino Corto (SIC). El que se caracteriza por pérdida de peso, deterioro muscular, diarrea, tránsito gastrointestinal acelerado y malabsorción, deshidratación, pérdida de electrolitos e hipocalcemia. Los síntomas y consecuencias del SIC dependen de su localización y de la longitud de intestino extirpado, del tiempo transcurrido desde la resección, de la presencia de válvula ileocecal, del estado del intestino remanente y de que exista o no continuidad con el colon.

## **8. PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE LA DIETA:**

La prescripción dietética debe señalar los trastornos subyacentes: plan de alimentación para colostomía, ileostomía o síndrome de intestino corto e indicando la porción de intestino removido. El nutricionista planifica el programa nutricional según las directrices precedentes. Y modifica el plan de alimentación según necesidades y tolerancia del paciente.

## 9. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL

Dependerá fundamentalmente de:



Las metas nutricionales son:

Inmediatas:

- Restituir el equilibrio hidroelectrolítico
- Reponer vitaminas, minerales y oligoelementos.

Corto plazo:

- Valorar el estado nutricional
- Brindar apoyo nutricional temprano y oportuno

Largo Plazo:

- Mantener un adecuado estado nutricional.
- Prevenir cuadros de deshidratación
- Alcanzar un peso corporal aceptable.

## 10. REALIMENTACIÓN EN OSTOMIAS.

La tolerancia oral se inicia con cantidades libres de líquidos restringidos y si la evolución del paciente lo permite, tempranamente se puede comenzar a ingerir otros alimentos hasta progresar a un plan de alimentación adecuado intestinal.

La tendencia actual es liberar el plan de alimentación lo antes posible y si el paciente permanece con una bolsa colectora de materia fecal enseñarle a que el mismo regule la selección de alimentos de acuerdo a la consistencia del contenido.

## 11. REALIMENTACIÓN EN SIC.

Las grandes resecciones del intestino delgado plantean arduos problemas que ponen a prueba la pericia del nutricionista, así como también la constancia del paciente a quien no le resulta sencillo sostener un buen estado nutricional.

La alimentación en la resección intestinal progresa habitualmente en tres fases bien definidas: inicial, con la alimentación parenteral exclusiva; de transición a la alimentación

oral, con una alimentación lo mas elemental posible por vía enteral u oral; de rehabilitación- restauración a la alimentación normal.

*-Primera fase:* Alimentación parenteral total.

Esta cubre todos los requerimientos de nutrientes y debe compensar las perdidas de agua y electrolitos, que son excesivas durante las primeras semanas. No debe administrarse nada por vía oral, mientras el paciente presente diarrea cuyo volumen exceda los 2 litros o las 7 deposiciones diarias.

Aunque la alimentación oral se comienza en general, a las 3 o 4 semanas de la resección, la alimentación parenteral se mantiene durante 6 u 8 semanas y, a veces, hasta 6 a 12 meses.

*-Segunda fase:* Transición a la alimentación oral.

Se inicia cuando el volumen fecal es menor a 2 litros diarios. Se prueba tolerancia oral con pequeñas tomas frecuentes de líquidos restringidos a temperatura templada. Es ideal combinar mezclas saladas con mezclas dulces para mejorar la absorción glucosa-sodio.

Pueden incorporarse luego, un plan de alimentación elemental o semielemental cuidando que su osmolaridad no supere los 400-500 mOsm/kg.

*-Tercera fase:* Rehabilitación a la alimentación normal.

Una vez que el individuo sale de la alimentación líquida, la nueva etapa deberá planearse cuidadosamente e ir progresando paulatinamente hasta llegar a un plan de alimentación adecuado intestinal, con cuotas de proteínas elevadas, con un aporte determinado de grasas y fraccionada en porciones regulares.

De acuerdo con la porción resecada es necesaria la suplementación con hierro, calcio, magnesio, zinc, vitaminas liposolubles y vitamina B12.

## **12 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA PACIENTES OSTOMIZADOS**

- Consumir abundantes líquidos: mayor a 2 litros / día
- Comer a intervalos regulares
- Comer tranquilo y Masticar despacio.
- Probar alimentos nuevos en pocas cantidades
- Evitar el aumento excesivo de peso
- Según la presencia de intolerancias se sugiere evitar:
  - Alimentos que puedan producir gas: legumbres, coles, repollo, rabanitos, cebolla, pepino, espárragos, bebidas con gas, papa, choclo, leche, azúcares y dulces concentrados

- Alimentos que se digieren en forma incompleta: aceitunas, apio, espinaca, frutas secas, arvejas, lechuga, maíz, pochoclo, pepino, ananá, repollo, piel y semillas de frutas y hortalizas.
  - Alimentos que producen heces líquidas: caldos de ciruelas, jugos de uva, alimentos muy concentrados
  - Alimentos que producen olor: ajo, cebolla, habas, espárragos, huevo, pescado, cerveza, suplementos de vitaminas y minerales, antibióticos.
- Para mejorar la tolerancia se aconseja:
    - Alimentos que producen consistencia sólida: almidones, panes, pastas, compotas de manzana, banana, quesos.
    - Alimentos que reducen el olor: yogurt, leche cultivada, jugo de naranja
  - Reducir el volumen de la cena para evitar excreciones nocturnas
  - Incorporar alimentos nuevos de a uno por vez
  - No comer más de un alimento no recomendado por vez.

### **13. FORMULA SINTETICA:**

Hidratos de carbono: Simples: disminuidos porque son formadores de gas y en altas concentraciones estimulan el peristaltismo.

Complejos: aumentados, con predominio de solubles, favorecen la formación de las heces.

Proteínas: normales, acordes a edad y sexo

Grasas: Se debe adecuar según el nivel de la cirugía, pueden estar disminuidas o normales.

#### **Características físicas:**

- Consistencia: de fácil disgregación gástrica, para disminuir el trabajo digestivo.
- Volumen: normal, disminuido por comida, sobre todo la cena
- Fraccionamiento: cuatro comidas diarias y alguna colación, para no sobrecargar la función intestinal.
- Residuos: disminuidos con predominio de hemicelulosa. Sin celulosa. Tejido conectivo normal, modificado por cocción



- Temperaturas: Evitar las temperaturas extremas (frías y calientes) en ayunas

**Características químicas:**

- Purinas: Normales, porque el mayor estímulo de éstas es a nivel gástrico
- Sabor y aroma: suaves, agradables

**14. CUIDADOS DEL ESTOMA:**

Higiene del estoma y piel periestomal:

- Lavado con agua tibia, jabón neutro y esponja suave.
- Secado suave con toalla o pañuelos de papel.
- Cortar el vello con tijera, no rasurar.
- Medir el diámetro del estoma para adaptar el dispositivo (prevenir irritaciones cutáneas).
- Mantener la piel periestomal limpia y seca.
- Rellenar con pasta barrera los huecos y pliegues cutáneos para evitar fugas.
- Despegar el dispositivo de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar irritaciones físicas.
- Si se utiliza sistema doble, retirar la placa siempre que exista presencia de fugas.
- Utilización de dispositivos adecuados a cada tipo de piel.

Complicaciones de los estomas

Irritación cutánea: Aparece con frecuencia en la piel periestomal, observando signos de enrojecimiento y escoriaciones de la piel. Está provocada por la humedad, irritaciones químicas, físicas, higiene inadecuada y reacciones alérgicas. Para su cuidado realizaremos protección de la integridad cutánea.

Estenosis: Se produce por estrechamiento en el orificio del estoma.

- . Detección y valoración.
- . Control de estenosis mediante dilataciones manuales.
- . Orientaciones dietéticas: Evitar estreñimiento.
- . Valorar tratamiento quirúrgico.

Hernia: Fallo de la pared abdominal, protuyendo tanto la ostomía como la piel de su alrededor.

- . Valorar signos de oclusión intestinal.

- . Adecuación de las bolsas colectoras.
- . Aconsejar el uso del cinturón.
- . Usar fajas para controlar la presión abdominal.
- . Evitar esfuerzos físicos y aumento de peso.
- . Valoración quirúrgica.

Retracción: Hundimiento del estoma hacia la cavidad abdominal.

- . Prevenir irritaciones cutáneas utilizando dispositivos adecuados.
- . Evitar el aumento de peso.
- . Recomendaciones para evitar estreñimiento.
- . Reconstrucción quirúrgica del estoma.

Prolapso: Es la protusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma.

- . Detección y valoración de la permeabilidad del estoma y del color de la mucosa prolapsada.
- . Reducción manual por parte del profesional experto.
- . Correcta adaptación de la bolsa colectora.
- . Necesidad de control por el cirujano cuando aparece bruscamente y es de gran tamaño.

Granulomas: Aparición o crecimiento de pequeñas masas carnosas en la mucosa del estoma.

- . Fulguración con nitrato de plata.
- . Evitar traumatismos con el cambio de dispositivo.

Mala ubicación del estoma: Provoca dificultad en la adaptación de los dispositivos.

- . Buscar un dispositivo adecuado.
- . Utilizar pastas de relleno.
- . Usar cinturón si es necesario.

## **15. OTROS CONSEJOS**

-Hábitos higiénicos: El estoma no es obstáculo para que pueda realizar los hábitos higiénicos de costumbre, sobre todo la ducha o el baño.

- Vestido: Puede utilizar ropa cómoda, evitando comprimir la bolsa y estoma.
- Trabajo: Si el paciente ostomizado es una persona activa y desea incorporarse a sus tareas puede hacerlo siempre que no tenga que realizar gran esfuerzo físico.
- Actividades recreativas: Normalmente el paciente ostomizado puede participar en la mayoría de los deportes. Ha de evitar aquellos que la musculatura abdominal se someta a gran tensión.
- Viajes: Si planifica viajar ha de tener la precaución de incluir en su equipaje todo el material necesario para el cuidado del estoma.
- Informar al paciente de la existencia de las asociaciones para pacientes ostomizados.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ◆ ENFERMERIA ONCOLÓGICA: cuidados del paciente ostomizado. D<sup>a</sup>. María Martínez Morales. Internet. 2005.
- ◆ Medicina Interna, M Díaz Rubio – A. Ruiz de León. 2000.
- ◆ Dietética y nutrición, Manual de la Clínica Mayo, séptima edición. Jennifer K. Nelson, Karen E. Moxness, Michael D. Jensen, Clifford F. Gasteineau.
- ◆ Técnica Dietoterápica, E.N. Longo- E.T. Navarro. 1998.
- ◆ Nutrición y Dietoterapia. Krause. 8va edición. Editorial Interamericana. 1995
- ◆ Fisiopatología Médica. Stephen McPhee et al. Editorial Manual Moderno. 1997
- ◆ Lineamientos para el cuidado nutricional. M.E. Torresani. Editorial EUDEBA. 1997
- ◆ Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Sleisenger & Fordtran. 6º edición. Tomo 2. Editorial Panamericana.
- ◆ Soporte Nutricional Especial. Mora. 2º Edición. Editorial Panamericana.