

Resolución de problemas

Irritación y enrojecimiento de la piel



La piel alrededor del estoma de su hijo(a) se puede irritar o enrojecer. Éste es el problema más frecuente para los niños con una nueva ostomía. Por lo general, se debe a la presencia de heces en la piel o a la tela adhesiva y las barreras que rasgan la capa superior de la piel.



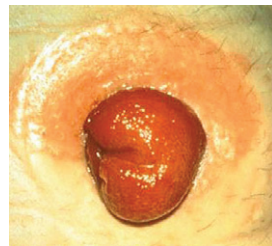
VER EL VIDEO

Colostomía / Ileostomía : Su Resolución des Problemas

QUÉ PUEDE HACER

- ▶ Revise la piel de su hijo(a) en cada cambio de bolsa.
- ▶ Mida el estoma y corte la barrera de manera que se ajuste al estoma.
- ▶ No deje que su hijo(a) use la barrera de la piel por mucho tiempo. El tiempo de uso sugerido es de 3 a 5 días. El tiempo de uso puede depender de la frecuencia con que vacíe la bolsa de su hijo(a) y el nivel de actividad.
- ▶ Si la piel está irritada o húmeda, aplique polvo para la barrera de la piel. Aplique el polvo ligeramente y quite el exceso. Es posible que tenga que utilizar preparador/sellador para la piel después de aplicar el polvo. Luego aplique el sistema de bolsa. En el caso de los bebés, controle siempre que el producto esté aprobado para el uso correspondiente.
- ▶ Si hay filtración de las heces en la piel de su hijo(a) o debido a un pliegue de la piel, es posible que necesite pasta para la barrera de la piel o un anillo moldeable para rellenar los huecos.
- ▶ Mida el estoma de su hijo(a) en cada cambio de bolsa durante los primeros 3 meses después de la operación. El estoma de su hijo(a) cambiará de tamaño y forma a medida que su cuerpo sana. Es mejor no comprar las barreras ya cortadas hasta al menos 3 meses después de la operación de ostomía de su hijo(a).
- ▶ No se demore en solicitar ayuda. Una visita a la enfermera especializada en heridas, ostomías y continencia puede evitarle pasar por varias instancias de prueba y error.

Esta imagen muestra el enrojecimiento de la piel justo arriba del sitio del estoma. Esto posiblemente se debe a que no se cortó la barrera del tamaño correcto. Si la piel de su hijo(a) está húmeda, aplique polvo para estomas, corte la barrera según el tamaño adecuado y aplíquela al estoma. La zona debería mejorar para el cambio de bolsa siguiente, en 3 a 5 días.



Esta imagen muestra la piel irritada y enrojecida alrededor del sitio del estoma. Esto posiblemente se debe a la sensibilidad de la piel o por rasgar la capa superior de la piel al retirar la barrera. Es posible que tenga que tener más cuidado al quitar la tela adhesiva, utilizar un removedor de adhesivo o probar con una barrera diferente.

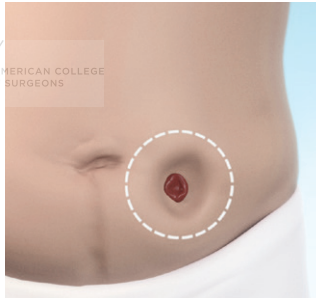


La barrera no se adhiere

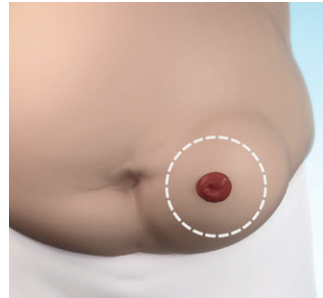
El tipo de estoma determina qué barrera para la bolsa necesita su hijo(a). Algunos estomas quedan al mismo nivel del cuerpo, otros se hunden (retraídos) y otros sobresalen (salientes). Necesitará una barrera para la bolsa que se adapte al tipo de estoma de su hijo(a). Su enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia puede ayudarlo con el calce correcto.



Estoma plano

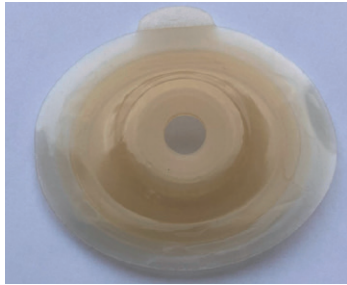


Estoma retraído

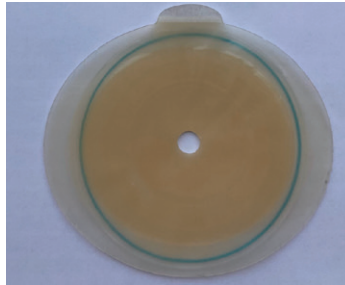


Estoma prolapsado

Images © Coloplast Corp.



Barrera Convexa



Barrera Plana

QUÉ PUEDE HACER

Si la barrera no se adhiere, puede intentar lo siguiente:

- ▶ Limpie la piel con agua. Si usa jabón o toallitas de eliminación de adhesivo, enjuague bien la zona con agua para asegurarse de que no quede ningún residuo en la piel de su hijo(a).
- ▶ Asegúrese de que la piel de su hijo(a) esté totalmente seca.
- ▶ Caliente la barrera antes de colocarla. Puede ser útil usar un secador de pelo en baja potencia durante unos segundos.
- ▶ Si su hijo(a) utiliza de 2 a 3 barreras por día debido a filtraciones o porque la barrera no se adhiere, comuníquese con la enfermera especializada en heridas, ostomías y continencia para obtener ayuda adicional.

SIGNOS DE INFECCIÓN:

Es normal que haya enrojecimiento alrededor de los bordes del estoma durante la curación. Comuníquese con su médico o enfermera si nota signos de infección alrededor del estoma o del sitio de la herida. Los signos incluyen:

- ▶ Enrojecimiento, sensibilidad y dolor que se extiende 1/2 pulgada alrededor de la incisión o del estoma, o líquido de color blanco/beige que drena de la zona
- ▶ Enrojecimiento, picazón y pequeños puntos debajo de la barrera de la piel de su hijo(a) sin signos de secreción (esto puede indicar que su hijo(a) tiene una infección micótica)



Deshidratación

La deshidratación ocurre cuando se pierde más líquido del que se recibe. Si su hijo(a) tiene grandes volúmenes de deposiciones (diarrea) o vómitos, podría comenzar a deshidratarse. Esto es muy común en los pacientes con ileostomía.

QUÉ PUEDE HACER

Prevenir la deshidratación

- ▶ Mantenga un registro de cuántas veces tiene que vaciar la bolsa de su hijo(a). Si nota que las heces son más líquidas o si tiene que vaciar la bolsa con más frecuencia de lo normal, su hijo(a) tiene más riesgo de deshidratarse.
- ▶ Esté atento a las señales de deshidratación. Estos incluyen sequedad en la boca y la lengua, sensación de sed, poco desecho de orina (por ejemplo, un pañal seco durante la mayor parte del día, orinar poca cantidad u orinar menos de dos veces al día), mareos o perder más de 2 a 3 libras de peso en pocos días.
- ▶ Comuníquese con su médico o enfermera. Lo orientarán en cuanto a qué soluciones orales debería beber su hijo(a) y podrán modificar su dieta. Es posible que le receten medicamentos para disminuir la cantidad de heces desechadas.
- ▶ En el caso de niños, anime a su hijo (a) a que beba de 8 a 10 vasos de cuatro onzas de agua por día, como parte de su rutina regular.

Prevenir la deshidratación

Su médico o enfermera puede brindarle orientación sobre las mejores bebidas para reponer líquidos. Las más comunes incluyen Gatorade® diluido y jugos. Si su hijo(a) consume Gatorade con regularidad, dilúyala con agua en partes iguales y añádale una cucharadita de sal.

- ▶ También puede beber jugo de manzana o arándano diluido con 3 vasos de agua y una cucharadita de sal.
- ▶ Alimentos que ayuden a espesar las heces: pastas integrales, arroz, papa, compota de manzana, bananas, tapioca, mantequilla de maní cremosa, pan y yogur.
- ▶ Podrán recetarle medicamentos, como Imodium® (loperamida), para disminuir la diarrea. El Imodium no es recomendado para su uso en niños menores de 2 años de edad.

Sangrado

Es posible que note manchas de sangre en el estoma de su hijo(a), especialmente al limpiar o cambiar la bolsa. El estoma tiene una buena irrigación sanguínea y ya no cuenta con la protección de la piel de su hijo(a), de modo que un poco de sangre es normal.

QUÉ PUEDE HACER

- ▶ Asegúrese de que el sangrado se haya detenido después del cambio de bolsa. El sangrado debería parar pocos minutos después.
- ▶ Puede utilizar una toalla húmeda y aplicar una leve presión durante un minuto.

Prolapso del estoma

El prolapso del estoma significa que el estoma se alarga y sobresale por encima de la piel que lo rodea.

QUÉ PUEDE HACER

- ▶ Mientras que el estoma se mantenga rojizo y húmedo, esto no es una emergencia médica.
- ▶ Comuníquese con su cirujano o enfermera e infórmeles que ocurrió esto. Hágalos saber si necesita ayuda para colocar la bolsa.



Retracción del estoma

La retracción del estoma significa que el estoma está al mismo nivel o por debajo del nivel de la piel. Parece como si se estuviera encogiendo.

QUÉ PUEDE HACER

- ▶ Mientras que el estoma siga produciendo materia fecal, esto no es una emergencia médica.
- ▶ Comuníquese con su cirujano o enfermera especializada en heridas, ostomía y continencia para hacerles saber que ocurrió esto. La retracción del estoma puede hacer que resulte más difícil que el sistema de bolsa quede bien sellado. Su equipo médico le ayudará a ajustar el sistema de bolsa de su hijo(a) para que quede bien sellado.



No salen desechos de la ostomía

La ostomía de su hijo(a) normalmente está activa. Si su hijo(a) pasa de 4 a 6 horas sin producir desechos de una ileostomía, y tiene calambres o náuseas, puede tener una obstrucción. Puede haber una obstrucción por alimentos o adhesiones (tejido cicatrizal interno).

QUÉ PUEDE HACER

- ▶ Dígale a su hijo(a) que mastique bien la comida, especialmente los alimentos ricos en fibra, tales como maíz entero, vegetales chinos, apio, repollo, cáscaras y semillas. Es posible que aparezcan en la bolsa sin haberse digerido.
- ▶ Si considera que la obstrucción puede ser por alimentos, masajee suavemente el abdomen de su hijo(a) alrededor de la zona del estoma. Esto podría ayudar a aumentar la presión y ayudar a liberar el alimento que esté causando la obstrucción.
- ▶ Comuníquese con su cirujano o enfermera especializada en heridas, ostomías y continencia o acuda al departamento local de emergencias si su hijo(a) continúa teniendo la obstrucción o si comienza a vomitar.

Emergencias médicas

Comuníquese con su cirujano o enfermera especializada en heridas, ostomías y continencia o acuda al departamento local de emergencias si se presenta:

- ▶ Un corte profundo en el estoma
- ▶ Un cambio severo en el color del estoma de un color rojo vivo a un color rojo morado oscuro. Un cambio de color podría indicar que el estoma no está recibiendo suficiente irrigación sanguínea. No es probable que esto ocurra después de que su hijo(a) haya recibido el alta del hospital.
- ▶ Una gran cantidad de sangrado continuo (más de cuatro cucharadas) en la bolsa.
- ▶ Náuseas y vómitos en forma continua.
- ▶ Encontrar sangre en la bolsa reiteradamente o sangrado entre el borde del estoma y la piel.
- ▶ Diarrea continua con signos de deshidratación.
- ▶ Calambres severos y falta de deposiciones del estoma por un período de 4 a 6 horas.



Recursos de ostomía adicionales

Recursos

American College of Surgeons

Programa de Educación del Paciente Quirúrgico

facs.org/ostomy | 1-800-621-4111

Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, WOCN® (Sociedad de Enfermería de Heridas, Ostomía y Continencia)

wocn.org | 1-888-224-9626

United Ostomy Associations of America, UOAA (Asociaciones de Ostomía Unidas de América)

ostomy.org | 1-800-826-0826

American Society of Colon and Rectal Surgeons, ASCRS (Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto)

fascrs.org

American Pediatric Surgical Association, APSA (Asociación Americana de Cirugía Pediátrica)

apsaped surg.org

American Pediatric Surgical Nurses Association, APSNA (Sociedad Americana de Enfermeras de Cirugía Pediátrica)

apsna.org

Referencias

1. Bischoff, A, Pena A. Stomas for Large and Small Bowel in P Puri & ME Hollwarth Pediatric Surgery. Eds. 2nd ed. Springer, Berlín Alemania, 2019
2. Schaffner, A. Pediatric ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2010.37(5):546-8. doi:10.1097/WON.0b013e3181eded6f.
3. Steinhagen E, Colwell J, Cannon L. Intestinal Stomas—Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017 Jul; 30(3): 184–192. doi: 10.1055/s-0037-1598159. Epub 2017 Mayo 22.
4. Freedman S, Wilan A, Boutis K, et al. Effect of Dilute Apple Juice and Preferred Fluids vs Electrolyte Maintenance Solution on Treatment Failure Among Children With Mild Gastroenteritis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016 Mayo 10;315(18):1966-1974. doi: 10.1001/jama.2016.5352.
5. Baker ML, Williams RN, Nightingale JM. Causes and Management of a High Output Stoma. *Enfermedad colorrectal.* 2011 Feb;13(2):191-197. doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.02107.x.
6. FDA, Imodium Drug Label. RX https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2005/017694s050lbl.pdf
7. WOCN, Pediatric Ostomy Care. Best Practice for Clinicians. https://cdn.ymaws.com/member.wocn.org/resource/resmgr/document_library/PEDIATRIC_OSTOMY_CARE-_BEST_.pdf

PROGRAMA DE EDUCACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO DE ACS

Director:

Ajit K. Sachdeva, MD, FACS, FRCSC, FSACME

Directora Asistente:

Kathleen Heneghan, PhD, MSN, RN, FAACE

Administradora:

Katie Maruyama, MSN, RN

Senior Administradora:

Mandy Bruggeman

COMITÉ DE EDUCACIÓN AL PACIENTE

Ajit K. Sachdeva, MD, FACS, FRCSC,
FSACME Lenworth Jacobs, MD, FACS

Jessica R. Burgess, MD, FACS

David Tom Cooke, MD, FACS

Jeffrey Farma, MD, FACS

Nancy L. Gantt, MD, FACS

Lisa J. Gould, MD, PhD, FACS

Alden M. Maier, MD, FACS, FACCP

Karthik Rajasekaran, MD, FACS

Richard J. Shemin, MD, FACS

John H. Stewart IV, MD, MBA, FACS

Cynthia L. Talley, MD, FACS

Steven D. Wexner, MD, PhD(Hon),
FACS, FRCSEng, FRCSEd, FRCSI
(Hon), FRCSEd(Hon)

GRUPO DE TRABAJO DE OSTOMÍA

H. Randolph Bailey, MD, FACS

Cirugía colorrectal
The Methodist Hospital
Houston, TX

Teri Coha, APN, CWOCN

Cirugía pediátrica
Ann y Robert H. Lurie Children's
Hospital of Chicago
Chicago, IL

Janice C. Colwell, RN, MS, CWOCN, FAAN

Servicios de cuidado de ostomías
University of Chicago Medicine
Chicago, IL

Martin L. Dresner, MD, FACS

Jefe, Departamento de Urología
Southern Arizona VA Healthcare System
Tucson, AZ

John Easley

Defensor del paciente
Grupo de apoyo de ostomías
de DuPage County
Clarendon Hills, IL

Kathleen G. Lawrence, MSN, RN, CWOCN

Wound, Ostomy and Continence Nurses
Society, WOCN® (Sociedad de Enfermería
de Heridas, Ostomía y Continencia)
Mt. Laurel, NJ

Ann Lowry, MD, FACS

Cirugía colorrectal
Fairview Southdale Hospital
Minneapolis, MN

Jack McAninch, MD, FACS, FRCGS

Departamento de Urología
San Francisco General Hospital
San Francisco, CA

Mike McGee, MD, FACS

Cirugía colorrectal
University of Michigan
Ann Arbor, MI

Marletta Reynolds, MD, FACS

Cirugía pediátrica
Ann y Robert H. Lurie Children's
Hospital of Chicago
Chicago, IL

David Rudzin

United Ostomy Associations of America, Inc.
Northfield, MN

Nicolette Zuecca, MPA, CAE

Wound, Ostomy and Continence Nurses
Society, WOCN® (Sociedad de Enfermería
de Heridas, Ostomía y Continencia)
Mt. Laurel, NJ

© American College of Surgeons 2025