

De la diverticulitis complicada a la ostomía

Cuidados de Enfermería en el paciente quirúrgico

Objetivos de la sesión:



Reconocer la clínica y gravedad (Hinchey) de la diverticulitis.



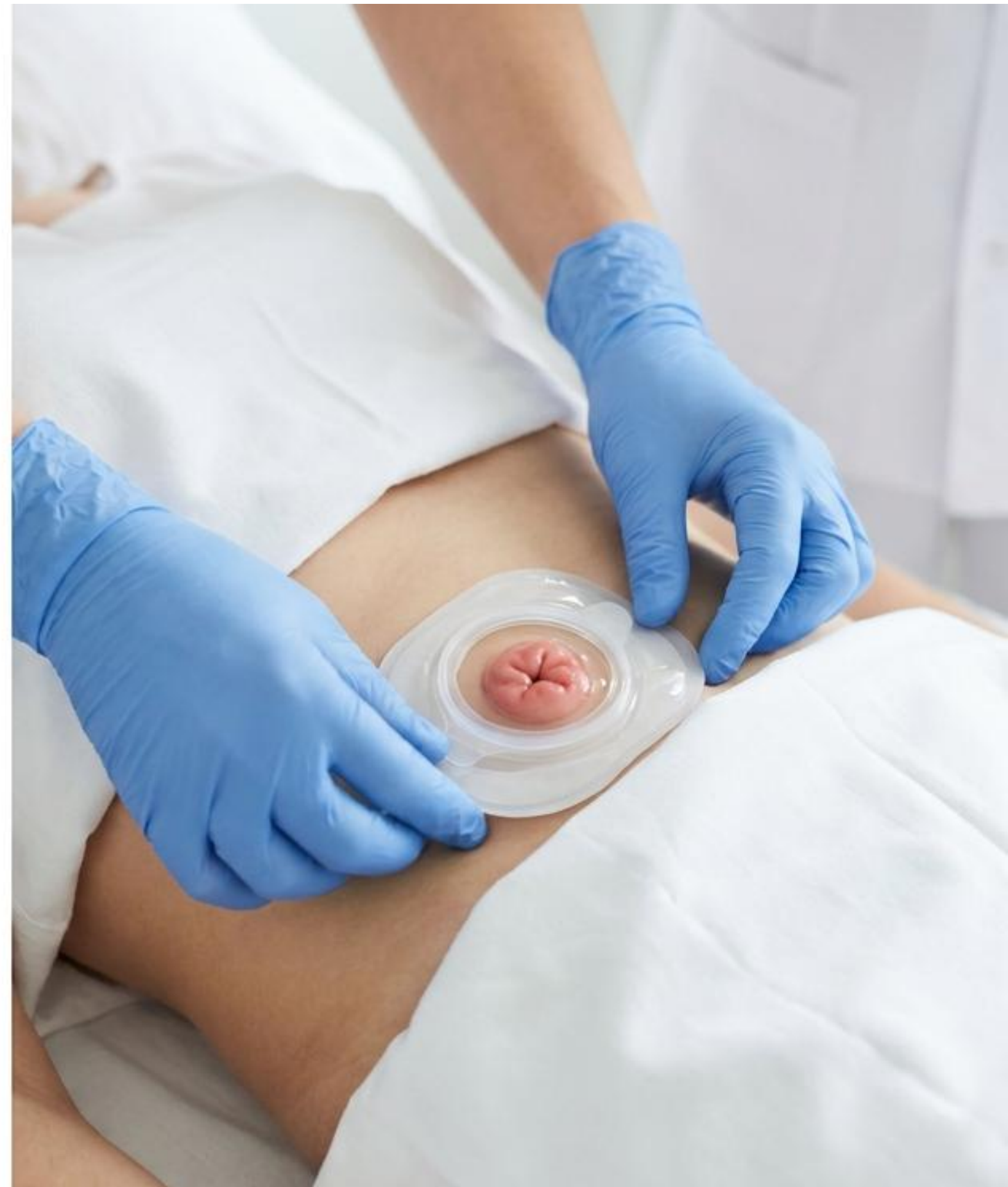
Comprender el procedimiento de Hartmann como puente quirúrgico.



Diferenciar ostomías, estomas normales y signos de alarma.



Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).





El caso de Marta

Marta, de 68 años, con antecedente de diverticulosis conocida, ingresa por:

- Dolor en fosa ilíaca izquierda de 48 horas de evolución.
- Fiebre de 38.7 °C.
- Defensa abdominal localizada.

Diagnóstico: Diverticulitis complicada con perforación cubierta y signos de peritonitis localizada.

Se decide una cirugía de urgencia con confección de una colostomía tipo Hartmann.

**Marta está muy angustiada antes de ingresar a quirófano y pregunta:
¿Voy a tener que usar una bolsa el resto de mi vida?**

[VER VIDEO](#)

Diverticulosis vs. Diverticulitis

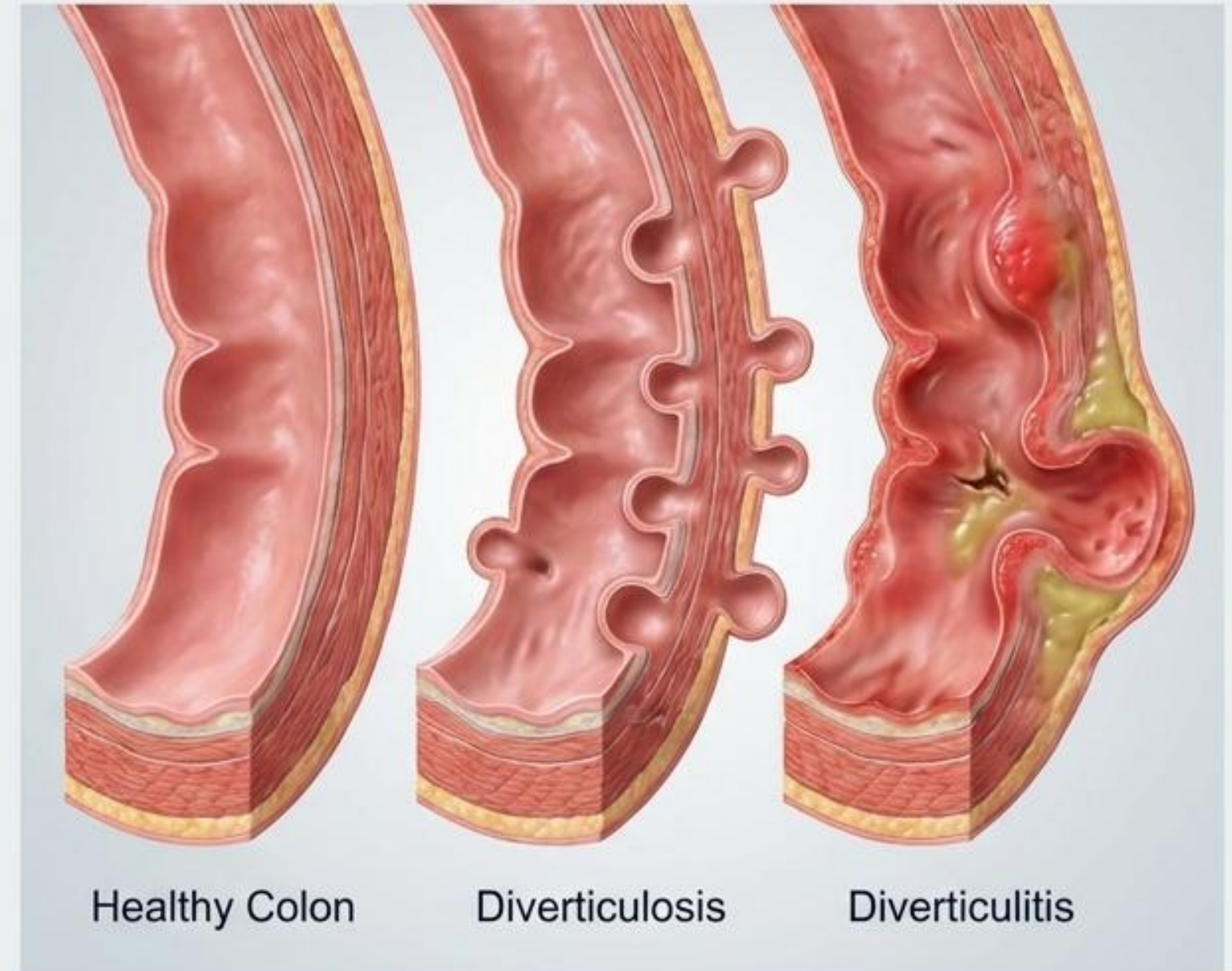
¿Qué es un divertículo? Es una protrusión sacular de la mucosa y submucosa del intestino a través de un punto débil de la capa muscular (más frecuente en el colon sigmoide).

1. Diverticulosis (Condición base)

- Presencia de divertículos sin inflamación ni síntomas.
- Muy frecuente en la población general; en el 80% de los casos nunca da complicaciones.

2. Diverticulitis (El cuadro agudo)

- Inflamación de uno o más divertículos.
- Se produce por una microperforación del colon a nivel del divertículo.
- Es el punto de partida del cuadro que presenta Marta.



El contexto del paciente: ¿Qué lo llevó hasta aquí?

Factores No Modificables (Biología y Tiempo)



Edad



Antecedentes
familiares

Factores Modificables (Hábitos e Intervenciones)



Obesidad



Tabaquismo



Alimentación
(Baja en fibra)



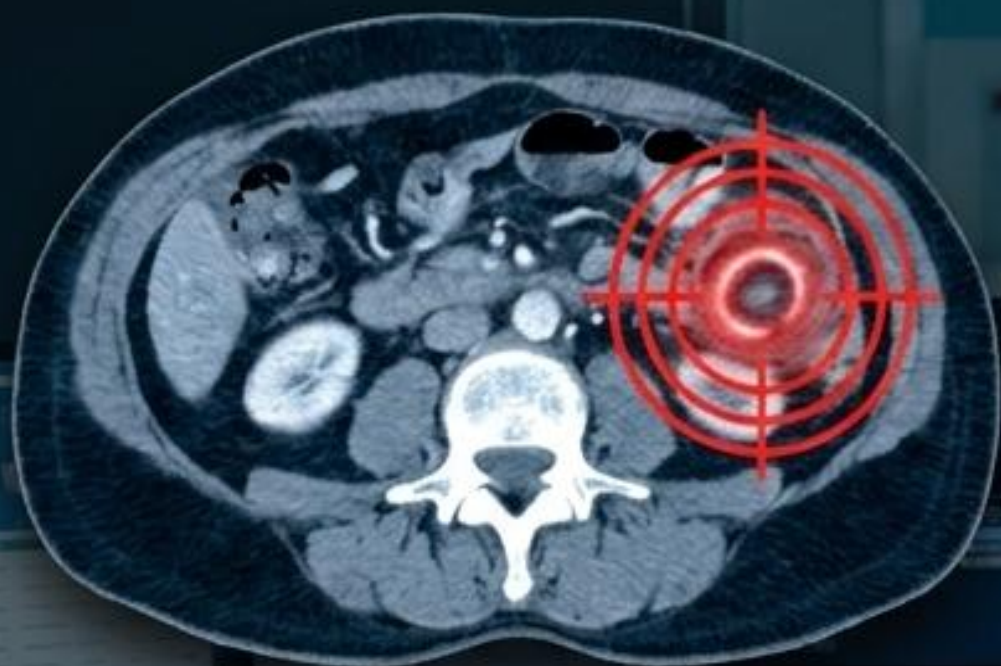
Uso frecuente de AINE
(Antiinflamatorios No Esteroideos)

¿Cuáles de estos factores priorizaremos en el alta hospitalaria?

Fisiopatología: ¿Cómo se inflama el colon?



La intervención diagnóstica: Evidencia sin causar daño



La TC abdominal es la herramienta de elección.
Confirma el diagnóstico con precisión anatómica.
Permite identificar complicaciones invisibles desde el exterior (Ayuda a valorar abscesos y perforación libre).

¿Por qué NO hacemos colonoscopia durante el episodio agudo?

Alto riesgo mecánico: La presión de aire del colonoscopia puede causar la ruptura total de una pared colónica ya inflamada y microperforada.

Clasificación y Gravedad: Escala de Hinchey

Estadio I

Absceso pericólico o mesentérico localizado.

Tratamiento médico / Ambulatorio

Estadio II

Absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal.

Internación médica

Estadio III

Peritonitis purulenta generalizada.

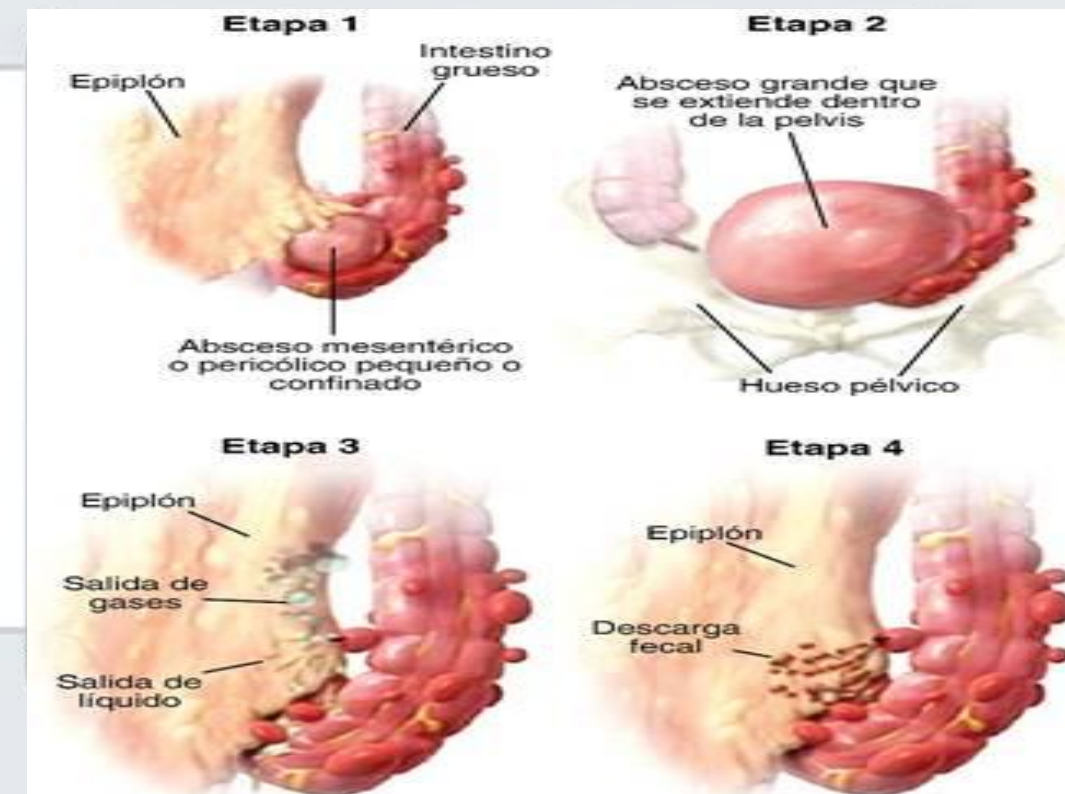
Urgencia Quirúrgica

Estadio IV

Peritonitis fecal generalizada.

Urgencia Quirúrgica

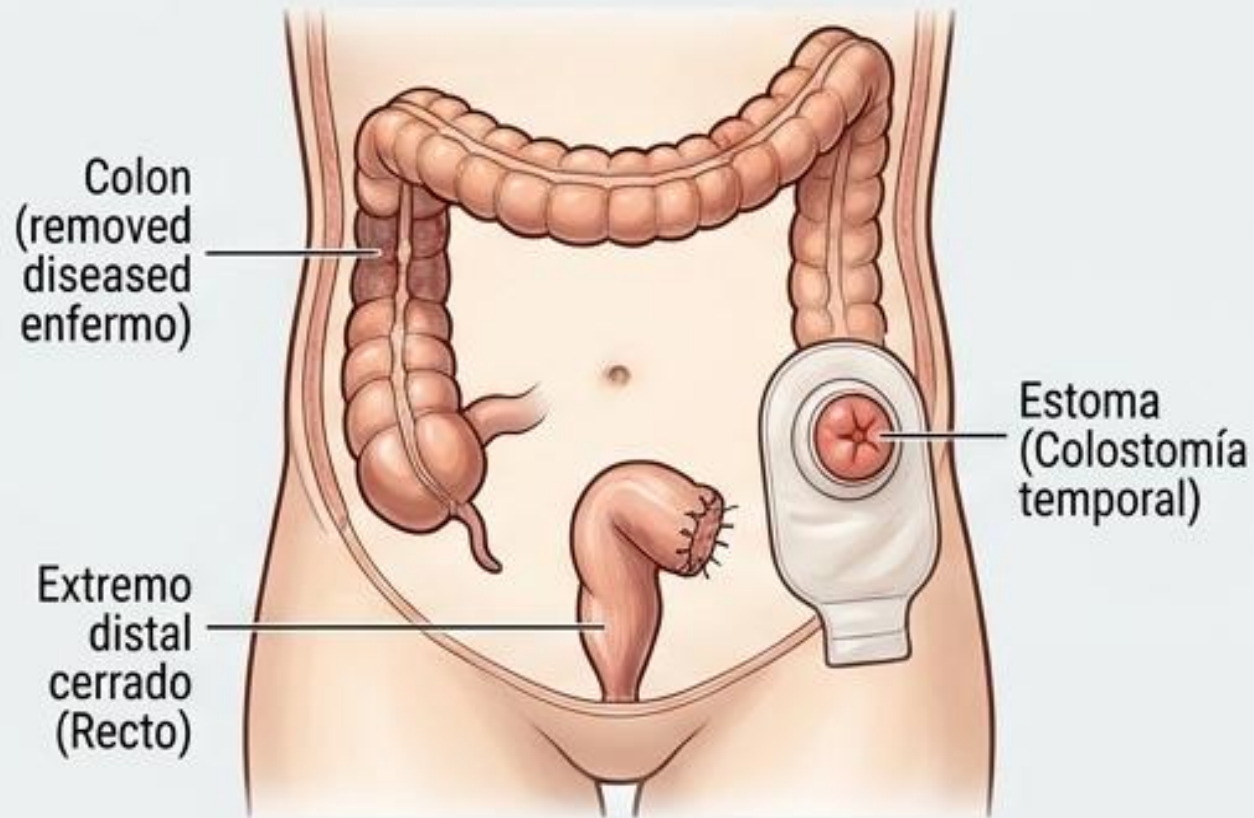
EL CASO DE MARTA: Presenta peritonitis localizada/cubierta, transitando hacia estadios avanzados. La inflamación severa y la contaminación dictan la necesidad de cirugía de urgencia.



El Procedimiento de Hartmann: El puente quirúrgico

Cuando el colon está inflamado y contaminado (Hinchey III/IV), una anastomosis primaria inmediata tiene alto riesgo de dehiscencia. La solución es una cirugía en dos tiempos:

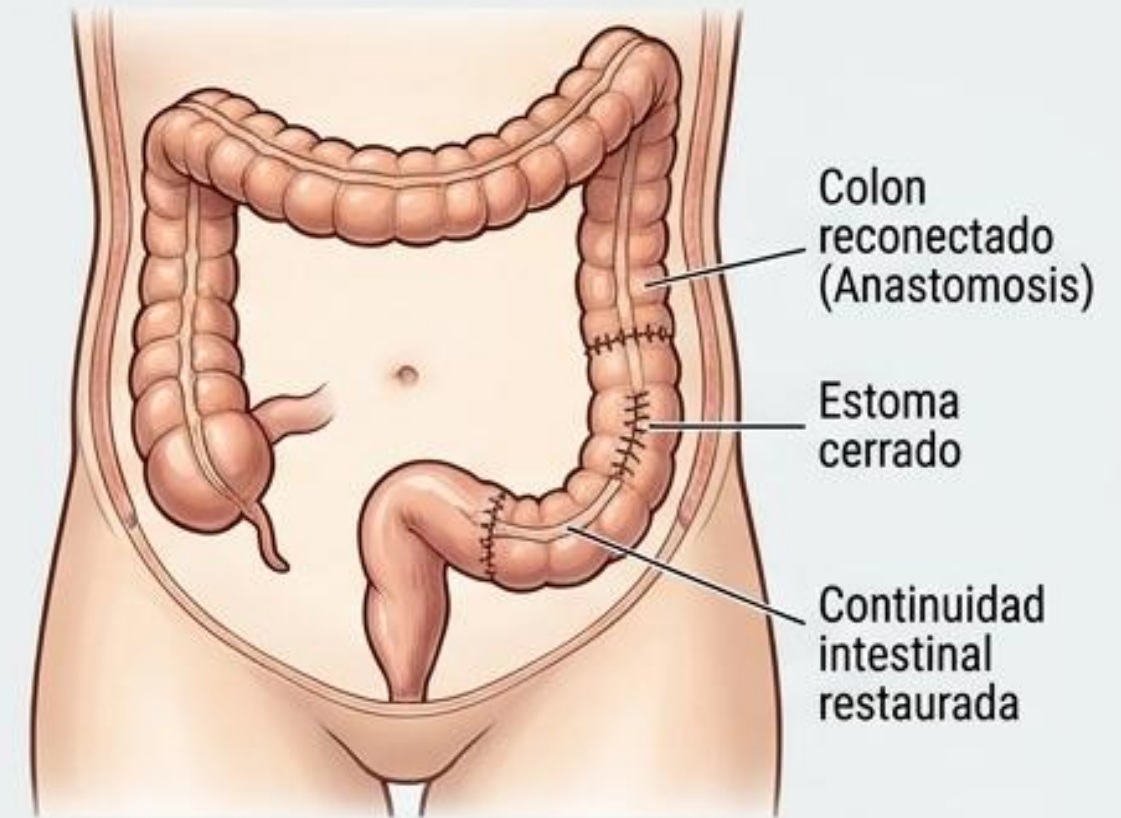
Primer tiempo



1. Primer tiempo (Cirugía de urgencia de Marta)

- Se reseca el segmento de colon enfermo.
- Se cierra el extremo distal (hacia el recto).
- Se exterioriza el extremo proximal como una colostomía temporal. El intestino "descansa" mientras se resuelve la infección.

Segundo tiempo



2. Segundo tiempo (Cirugía programada, meses después)

- Una vez resuelta la inflamación, se reconecta el colon y se cierra la colostomía, restituyendo el tránsito intestinal.

Para Enfermería: La ostomía de Marta no es una complicación ni un fracaso. Es una decisión planificada para protegerla. Es la respuesta fundamentada a su angustia.

Qué es exactamente una ostomía

Ostomía

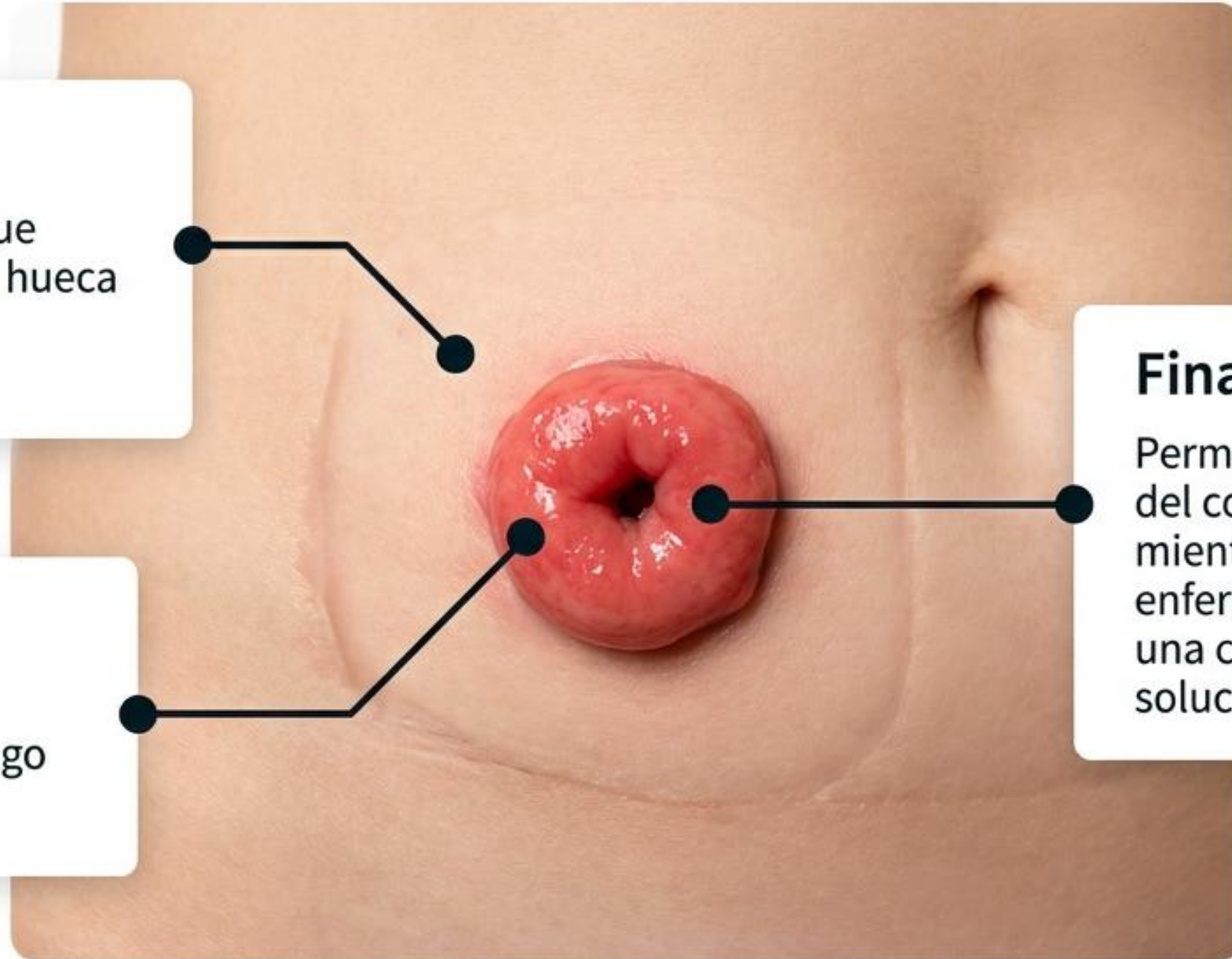
Abertura quirúrgica que comunica una víscera hueca con la superficie del abdomen.

Estoma

Segmento intestinal exteriorizado (del griego 'boca').

Finalidad

Permitir la eliminación segura del contenido intestinal mientras se resuelve la enfermedad de base. No es una complicación, es una solución.



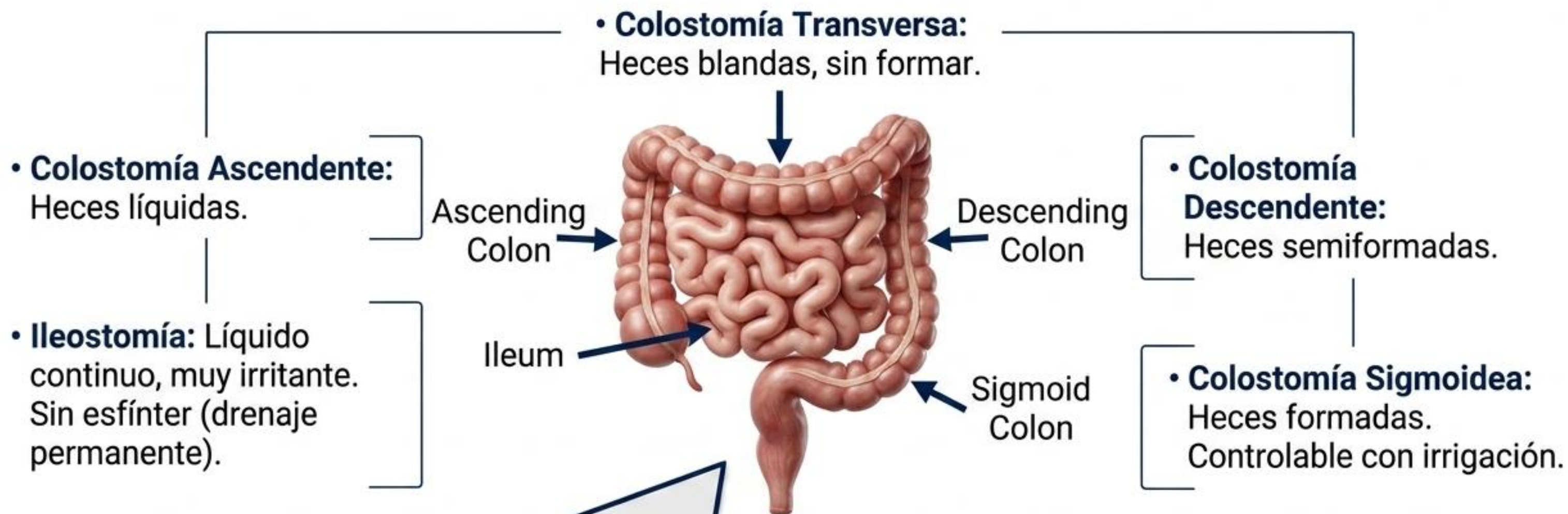
Clasificación de las ostomías

Segmento	Duración	Técnica
Colostomía Abertura en el colon.	Temporal Para reposo intestinal; se reconecta.	Terminal Exterioriza un solo cabo proximal.
Ileostomía Abertura en el íleon.	Permanente Sin tránsito distal a restituir.	En asa (Doble boca) Exterioriza un asa completa con dos aberturas.

El caso de Marta

Anatomía y Efluente: El Mapa del Estoma

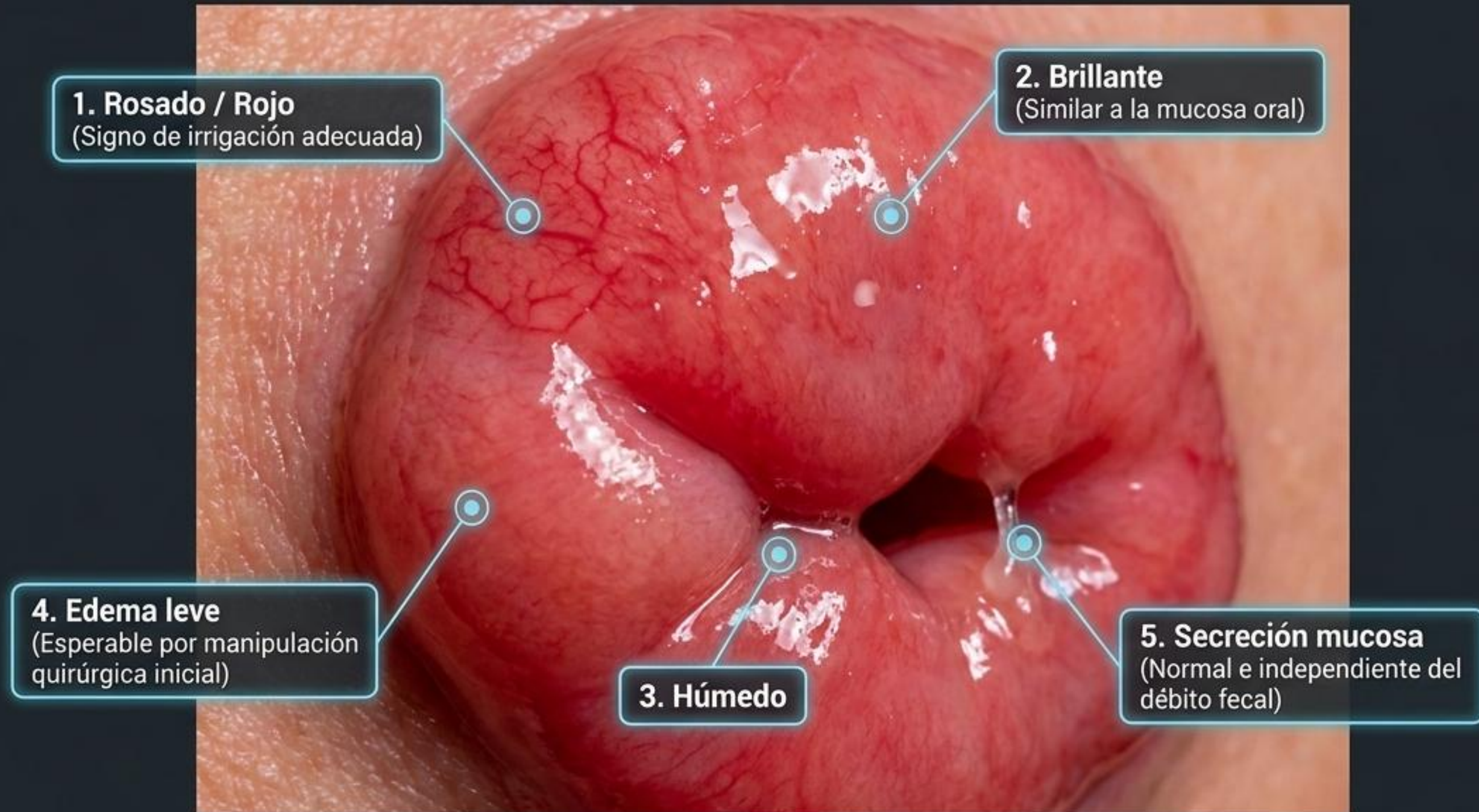
Cuanto más proximal es el estoma, menos tiempo tiene el colon para absorber agua: el efluente es más líquido y más irritante para la piel.



La colostomía de Marta (descendente/sigmoides) permite un manejo más simple y heces formadas.

Inspección de un estoma sano

¿Qué observan en este tejido?



Atlas Diagnóstico I: Perfusión y Sangrado

ESTOMA NORMAL



¿Qué observo? Color rosado a rojo, aspecto brillante y húmedo (similar a mucosa oral). Edema leve posoperatorio. Secreción mucosa escasa.

COMPLICACIÓN: ISQUEMIA / NECROSIS



¿Qué observo? Color pálido, oscuro, violáceo o negruzco.

¿Por qué es importante? Sugiere compromiso grave de la irrigación sanguínea.
ALARMA ROJA: URGENCIA MÉDICA.

COMPLICACIÓN: SANGRADO ACTIVO



¿Qué observo? Sangre roja brillante, continua, en cantidad mayor a simples trazas por limpieza.

¿Por qué es importante? Riesgo de hipovolemia por hemorragia en la mucosa o vasos mesentéricos.

Atlas Diagnóstico II: Integridad Estructural

ESTOMA NORMAL



¿Qué observo? Color rosado a rojo, aspecto brillante y húmedo (similar a mucosa oral). Edema leve posoperatorio. Secreción mucosa escasa.

RETRACCIÓN



¿Qué observo? El estoma se hunde por debajo del nivel de la piel abdominal.
¿Por qué es importante? Dificulta la adaptación del dispositivo, favoreciendo filtraciones severas y daño cutáneo.

PROLAPSO



¿Qué observo? El asa intestinal protruye excesivamente hacia afuera (telescopaje).
¿Por qué es importante? Riesgo de traumatismo, edema severo y compromiso vascular del asa expuesta.

ESTENOSIS



¿Qué observo? El orificio del estoma se estrecha drásticamente por cicatrización.
¿Por qué es importante? Dificulta la salida del efluente; puede generar obstrucción y requerir corrección quirúrgica.

Atlas Diagnóstico III: Débito y Piel Periestomal

ESTOMA NORMAL



¿Qué observo? Color rosado a rojo, aspecto brillante y húmedo (similar a mucosa oral). Edema leve posoperatorio. Secreción mucosa escasa.

OBSTRUCCIÓN (Ausencia de débito)



¿Qué observo? Sin efluente tras el tiempo esperado (3-6 días en colostomía), acompañado de distensión abdominal y náuseas.

¿Por qué es importante? Indica íleo paralítico o bloqueo mecánico. Requiere evaluación médica inmediata, ayuno y sonda nasogástrica.

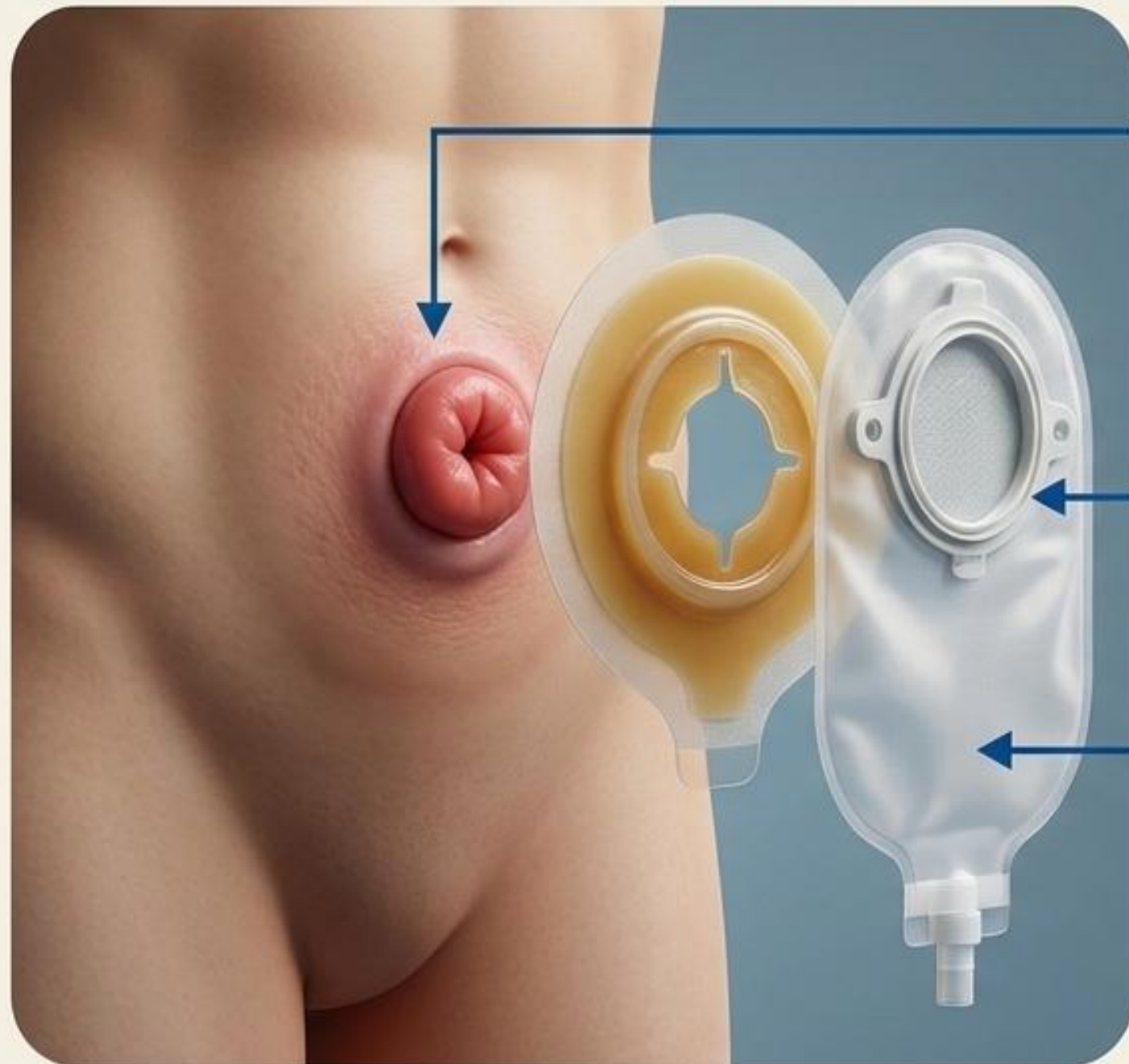
LESIÓN DE PIEL PERIESTOMAL



¿Qué observo? Piel enrojecida, erosionada, exudativa o con placas blanquecinas (crecimiento de hongos).

¿Por qué es importante? Es la complicación más frecuente. Causa dolor extremo, impide la adhesión de la bolsa y retrasa el autocuidado.

Ingeniería del Dispositivo: Prevención desde la Barrera



1. La Piel Periestomal

Debe estar limpia, seca y libre de vello.
El efluente proximal es más líquido e irritante.

2. La Barrera Protectora (Placa)

Polímeros e hidrocoloides.
Regla de oro: Debe recortarse a la medida EXACTA del estoma, "abrazándolo" sin asfixiarlo.
Una barrera mal recortada es la causa #1 de lesiones cutáneas.

3. Bolsa Colectora

Cerrada (descartable) o Drenable (para efluente líquido/frecuente). Se vacía cada 4-6 horas.
Duración del sistema: 5 a 10 días.

El Sistema de Dos Piezas permite cambiar la bolsa (3) sin despegar agresivamente la barrera (2) de la piel (1), protegiendo la integridad cutánea.

Comparativa de Sistemas de Recolección

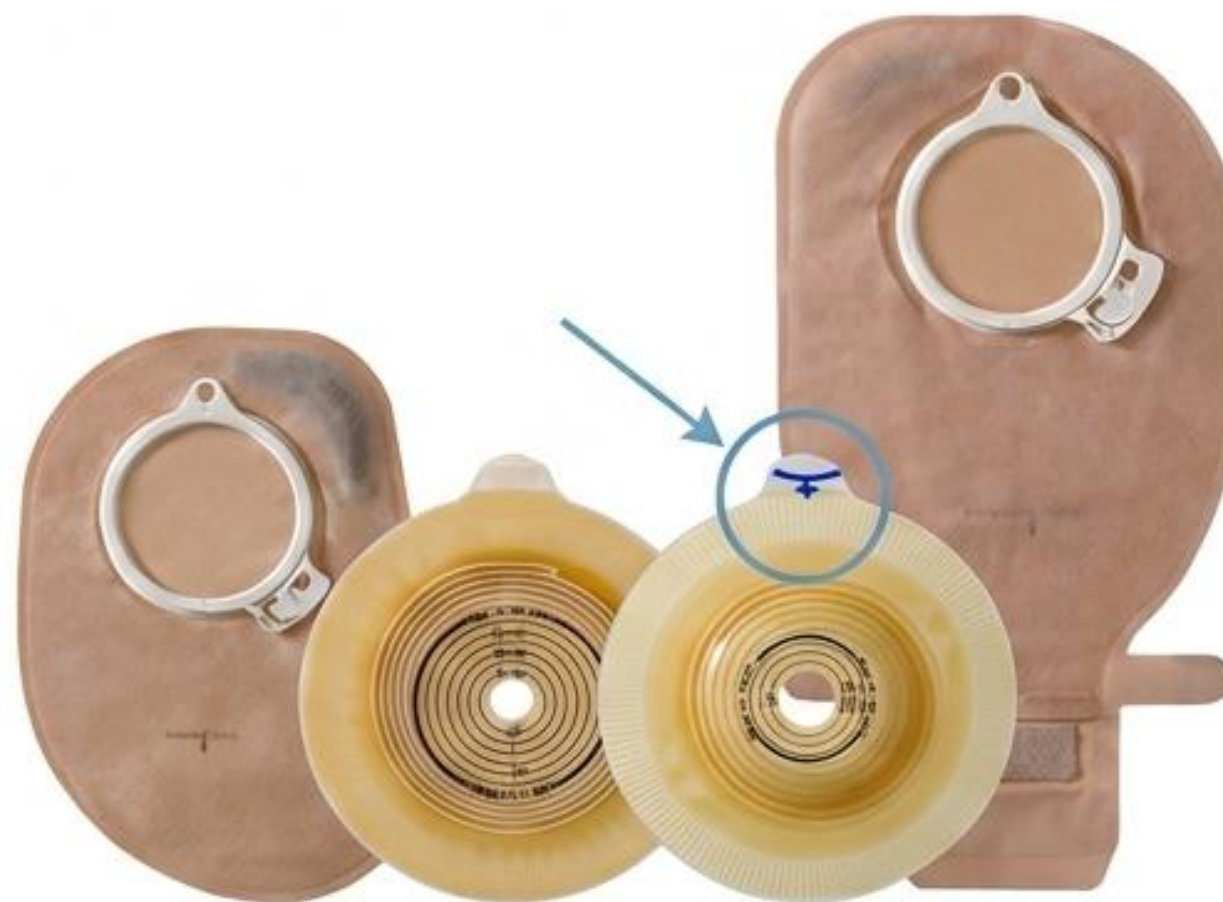
Sistema de 1 Pieza

La parte adhesiva y la bolsa colectora forman una unidad inseparable. Se pega directamente a la piel periestomal.



Sistema de 2 Piezas

Adhesivo y bolsa son independientes. La placa se adhiere a la piel e incluye un aro de conexión para acoplar la bolsa.



Funcionalidad: Bolsas Abiertas vs. Cerradas



Bolsas Abiertas: Permiten ser abiertas, vaciadas y limpiadas mediante una pinza inferior.



Bolsas Cerradas: Diseño de un solo uso. Para vaciar el contenido, es necesario cambiar la bolsa completa.



12

Cuidados de la colostomía

Paso 1

- Explicar lo que vamos a hacer, dejar que participe en lo que pueda.
- No desnudarlo, des-tapar únicamente la colostomía.
- Ponernos los guantes.

Seguir siempre las instrucciones del personal sanitario no actuar por iniciativa propia



"Voy a ayudarte a cambiarte la bolsa, ya lo he preparado todo".

Paso 2

- Retirar la bolsa suavemente de arriba hacia abajo.
- Lavar el estoma y la piel con agua y jabón neutro.

Sujetar la piel para evitar estirarla. Pedirle que colabore en la limpieza siempre que pueda



Paso 3

- Secar cuidadosamente.
- No frotar.
- Colocar la bolsa nueva siguiendo las indicaciones según el tipo.

Observar el estoma y comprobar que no hay inflamación



Paso 4

- Comprobar que la bolsa quede horizontalmente.
- Recoger los materiales y dejarle acomodado.
- Despedimos y agradecer su colaboración.





Alimentos que pueden provocar gases

- Legumbres
- Guisantes
- Brócoli, col y coliflor
- Pepino
- Espinacas
- Calabaza
- Lácteos
- Champiñones
- Maíz
- Rábanos
- Cerveza y bebidas con gas
- Pan caliente



Alimentos que dan consistencia a las heces

- Manzana cocida
- Plátano
- Membrillo
- Patata
- Arroz
- Sémola
- Pan
- Zanahoria cocida
- Leche sin lactosa



Alimentos que se pueden digerir de manera incompleta

(tomarlos en poca cantidad o en forma de purés)

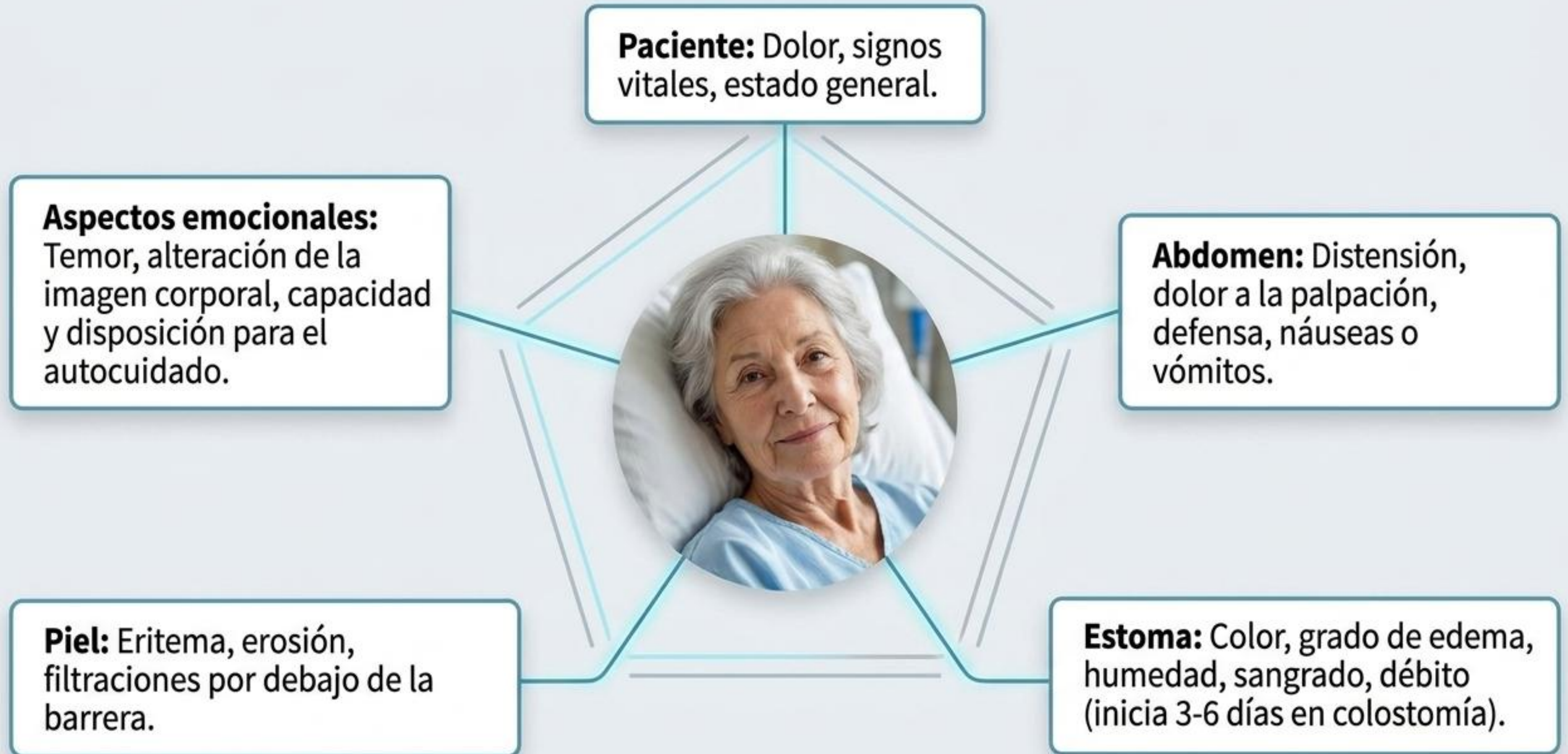
- Lechuga
- Apio, pepino
- Espinacas
- Zanahoria
- Guisantes
- Champiñones
- Maíz
- Aceitunas
- Frutos secos
- Piña



Alimentos recomendados en caso de estreñimiento

- Verduras (principalmente crudas y las de hoja verde)
- Fruta cruda (principalmente zumos y ciruelas)
- Legumbres

El mapa de valoración integral



El objetivo central es favorecer el autocuidado



¿Qué debe aprender el paciente?

- ✓ Observar las características de su estoma.
- ✓ Vaciar la bolsa correctamente.
- ✓ Reconocer signos de alarma visuales.
- ✓ Cuidar y limpiar la piel periestomal.
- ✓ Identificar filtraciones de manera temprana.
- ✓ Saber cuándo y a quién consultar.



La herramienta clave: El Teach-back.

"Marta, muéstreme cómo lo haría usted."
(No basta con la confirmación verbal; el paciente debe demostrar lo aprendido).

Una ostomía cambia la identidad corporal

La experiencia interna: Temor agudo, alteración severa de la imagen corporal y una inmensa necesidad de adaptación.

El cuidado invisible: La enfermería no solo cuida heridas; restituye la dignidad. Es esperable que el paciente atraviese fases de duelo por la pérdida de su función intestinal previa.

El mandato de Enfermería: No apurar la aceptación. Acompañar el proceso al ritmo del paciente.

