



Servicio
Canario de la Salud

**ATENCIÓN
INTEGRAL Y
ESPECIALIZADA A
LA PERSONA
PORTADORA DE
UN ESTOMA**

AUTORAS:

- María Carmen Valdivia Oramas. Hospital Universitario de Canarias.
- Concepción Pérez López. Hospital Universitario Dr. Negrín.
- María Remedios Afonso Martín. Hospital Universitario de Canarias.
- Eugenia Rodríguez González. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria.
- María del Mar Medina Méndez. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

COORDINACIÓN:

- Mariola de La Vega Prieto. Dirección General de Programas Asistenciales.
- Teresa Barata Gómez. Dirección General de Programas Asistenciales.

Fecha de actualización: Diciembre de 2017.

Período de validez: dos años.

I. CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

La consulta de ostomía forma parte de la atención integral al paciente subsidiario de cirugía colorrectal. La cirugía colorrectal puede suponer la elaboración de un estoma temporal o permanente y el paciente necesitará cuidados expertos por profesionales cualificados incluso antes del acto quirúrgico.

Los **objetivos** de la consulta de ostomías son:

1. Proporcionar una educación sanitaria adecuada sobre cuidados del estoma y manejo de dispositivos colectores.
2. Dar soporte emocional a la persona ostomizada y/o familia desde el preoperatorio hasta su completa rehabilitación.
3. Dar información y formación individualizada para conseguir una adaptación saludable y autonomía en los cuidados.
4. Colaborar en la formación del personal de enfermería para el manejo básico de los pacientes ostomizados.

El/la **estomaterapeuta** acompaña a la persona portadora de estoma durante todo el proceso para garantizar su completo desarrollo personal, familiar y social. La calidad en la atención comienza con la valoración desde su diagnóstico médico y el marcaje del lugar donde debe ir ubicado el estoma. Estas dos actividades son fundamentales para garantizar una mejor adaptación al cambio y minimizar las complicaciones físicas y emocionales.

En la **valoración inicial** se observa:

1. La disposición del paciente y la familia para el aprendizaje y el cambio, nivel de conocimientos que posee sobre su enfermedad, cirugía, posibles complicaciones, etc.
2. Actitudes de ambos ante el proceso: capacidad de toma de decisiones, habilidades y capacidades
3. Medio en el que se desenvuelve el individuo: personas de apoyo, recursos económicos etc.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

El **marcaje del estoma** consiste en determinar de forma individualizada, el punto donde va a estar ubicado el estoma. Es imprescindible que esté realizado antes de ir a quirófano porque esto evita complicaciones y favorece una adaptación correcta de los dispositivos colectores.

ACTIVIDADES EN CONSULTA DE ESTOMATERAPIA PREVIA AL INGRESO

- Dar información clara y adaptada al nivel de comprensión sobre el proceso.
- Minimizar el impacto que supondrá la cirugía y ser portador de un estoma digestivo de eliminación mediante la información y el marcaje del lugar más adecuado para su ubicación.
- Preparar al paciente y a la familia emocionalmente para el cambio físico y emocional que va a sufrir, intentando disminuir miedos, ansiedad, dudas... Al anticipar estas emociones, ayudará al paciente a buscar las conductas adaptativas más idóneas en cada caso.
- Prever la necesidad de apoyo que pueda precisar antes y después de la intervención: apoyo sicoterapia, grupos de apoyo, escuela de pacientes ayuda en domicilio y ayuda económica.
- Registrar y evaluar los diagnósticos de enfermería.

ACTIVIDADES EN CONSULTA DE ESTOMATERAPIA

- Seguir con la formación y asesoramiento en cuidados y manejo de dispositivos al paciente y su familia.
- Dar información clara y adaptada al nivel de comprensión sobre el proceso quirúrgico y sus repercusiones físicas y emocionales.
- Apoyarnos en el equipo interdisciplinar del hospital.
- Mantenernos como la persona de referencia para ayudarle en el proceso de adaptación.
- Ayudar a la enfermera asistencial en el manejo de estomas complicados.
- Registrar y evaluar los diagnósticos de enfermería.

ACTIVIDADES EN CONSULTA DE ESTOMATERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA

- Garantizar la continuidad de cuidados mediante el seguimiento al alta de las personas portadoras de estomas, verificando que realiza los autocuidados y recomendaciones dadas.
- Fomentar el autocuidado de su estoma y recuperación quirúrgica.
- Valorar la adaptación del individuo a su entorno socio-familiar de forma plena.
- Valoración del estoma para detectar precozmente posibles complicaciones.
- Resolver dudas sobre manejo de los dispositivos y actividades de la vida diaria.
- Dar recomendaciones dietéticas para conseguir un tránsito intestinal adecuado y evitar complicaciones.
- Registrar y evaluar los diagnósticos de enfermería.
- Enseñar métodos de continencia a los pacientes que lo necesiten.
- Fomentar los grupos de apoyo y creación de escuela de pacientes para ostomizado y familia/cuidador.
- Realizar actividades de formación al personal asistencial en el ámbito hospitalario y de atención primaria.
- Dar información sobre nuevos dispositivos colectores o accesorios y transmitir las sugerencias de mejora de los usuarios a las casas comerciales.
- Evaluar y asesorar al departamento de recursos materiales de los hospitales sobre los dispositivos colectores y accesorios más idóneos.

II. GUÍA DE CUIDADOS A LA PERSONA PORTADORA DE UN ESTOMA

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. OBJETIVOS.....	11
3. METODOLOGÍA.....	12
4. ALGORITMO.....	13
5. RESULTADOS.....	15
5.1. DIAGNÓSTICOS EN EL PREOPERATORIO.....	15
1. TEMOR.....	16
2. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.....	19
5.2 . DIAGNÓSTICOS POSTOPERATORIOS CON OSTOMÍA (PARCIAL O DEFINITIVA).....	22
1. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.....	23
2. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.....	25
3. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.....	28
4. RIESGO DE INFECCIÓN.....	30
5. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.....	32
6. DOLOR AGUDO.....	36
7. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO.....	40
8. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.....	43
5.3 DIAGNÓSTICOS CON OSTOMÍA (PARCIAL O DEFINITIVA) AL ALTA.....	45
1. DISFUNCIÓN SEXUAL.....	46
2. SUFRIMIENTO ESPIRITUAL.....	48
6. ANEXOS.....	51
6.1. ANEXO 1 - PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA.....	51
6.2. ANEXO 2 - MARCAJE DEL ESTOMA.....	53
6.3. ANEXO 3 - DISPOSITIVOS: TIPOS Y USOS.....	55
6.4. ANEXO 4 - ENEMA POR COLOSTOMÍA.....	61
6.5. ANEXO 5 - IRRIGACIÓN POR COLOSTOMÍA.....	63
6.6. ANEXO 6 - REHABILITACIÓN DEL INTESTINO EXCLUIDO EN LA ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN.....	65
6.7. ANEXO 7 - COMPLICACIONES.....	68
6.8. ANEXO 8 - RECOMENDACIONES NUTRICIONALES.....	81
6.9 ANEXO 9 - GUÍA RÁPIDA PARA DETECTAR Y CORREGIR LA DESHIDRATACIÓN.....	83
6.10. ANEXO 10 - CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS.....	84
7. BIBLIOGRAFÍA.....	85

1. INTRODUCCIÓN

Por el término ostomía que proviene del griego y significa boca, entendemos la derivación quirúrgica de una víscera hueca u órgano para que salga al exterior en la piel en un punto diferente al orificio natural.

Según el órgano implicado (en caso de ostomías de eliminación):

- **Ostomías digestivas:**
 - ➔ **Colostomías:** consiste en un corte en el colón para crear un estoma a la parte exterior del abdomen, esta abertura sirve de sustituto al ano, y los desechos se eliminan a una bolsa miocolectora.
 - ➔ **Ileostomias:** Exteriorización del ileón a la pared abdominal a un estoma y recogida de productos de desecho a una bolsa colectora. Las heces que se eliminan son generalmente de color amarillo, de consistencia líquida o semilíquida y con gases.
- **Urostomias:** Comunicación del aparato urinario con el exterior a través de la implantación de los uréteres en un segmento aislado de ileón de aproximadamente 15 cm que permitirá la salida de la orina a través del estoma y recogida por un dispositivo.

Las patologías digestivas más frecuentes para la realización de una ostomía son: Cáncer de colón y recto, diverticulitis, ano imperforado, enfermedad de hirschprung, por traumatismos, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, poliposis familiar. En caso de Urostomías: cáncer vesical, ureteral o uretral, las malformaciones congénitas, lesiones de tumores pélvicos, secuelas de TBC renales, paraplejias o disfunciones neurológicas graves o traumatismo irreparables.

Cualquier intervención quirúrgica supone siempre una agresión hacia el paciente con implicaciones físicas y un severo impacto a nivel emocional y mental, a pesar de que la cirugía se practica con intención de mejorar el estado del paciente, esto no se consigue sino después de un periodo largo de convalecencia.

Esto trasladado a un paciente ostomizado que sufre una agresión a su imagen corporal: deterioro de su autoestima, ansiedad, dependencia, necesidad de aprendizaje

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

de autocuidados, relaciones socio-familiares imprevisibles y con alteración de las relaciones. Estos pacientes requieren una atención sanitaria muy extensa y posiblemente en su cuidado es donde podamos ver reflejados el concepto actual de salud “Estado de mayor bienestar bio, psico y social de un ser solidario, feliz autónomo y perfectamente integrado en el medio ambiente”.

2. OBJETIVOS

GENERAL

Trabajar de forma sistemática y organizada en los Hospitales de Referencia de la CCAC para ofrecer cuidados integrales y de calidad a todos los ostomizados asegurando una continuidad de cuidados en los dos niveles asistenciales (primaria y especializada) y empoderando al paciente y su familia en todo el proceso.

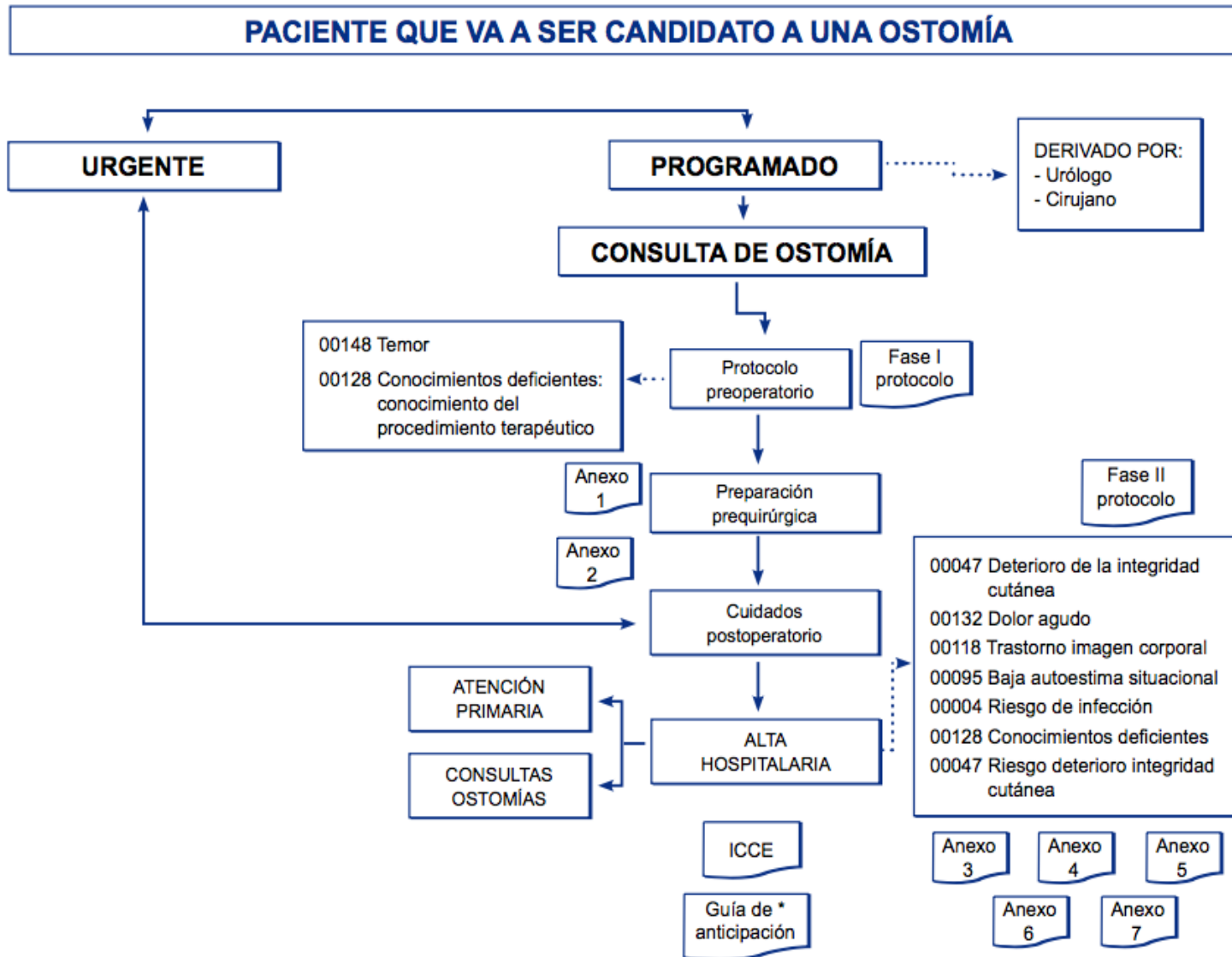
ESPECÍFICOS

1. Proporcionar cuidados integrales de calidad al paciente ostomizado desde que es diagnosticado hasta su seguimiento en domicilio.
2. Aumentar la calidad de vida de la persona ostomizada enseñándolo a realizar sus autocuidados, potenciando su autoestima, mediando en su integración familiar e impulsando su reinserción social.
3. Evaluar y registrar los índices de calidad asistencial.
4. Dar una continuidad de cuidados en los distintos niveles asistenciales.

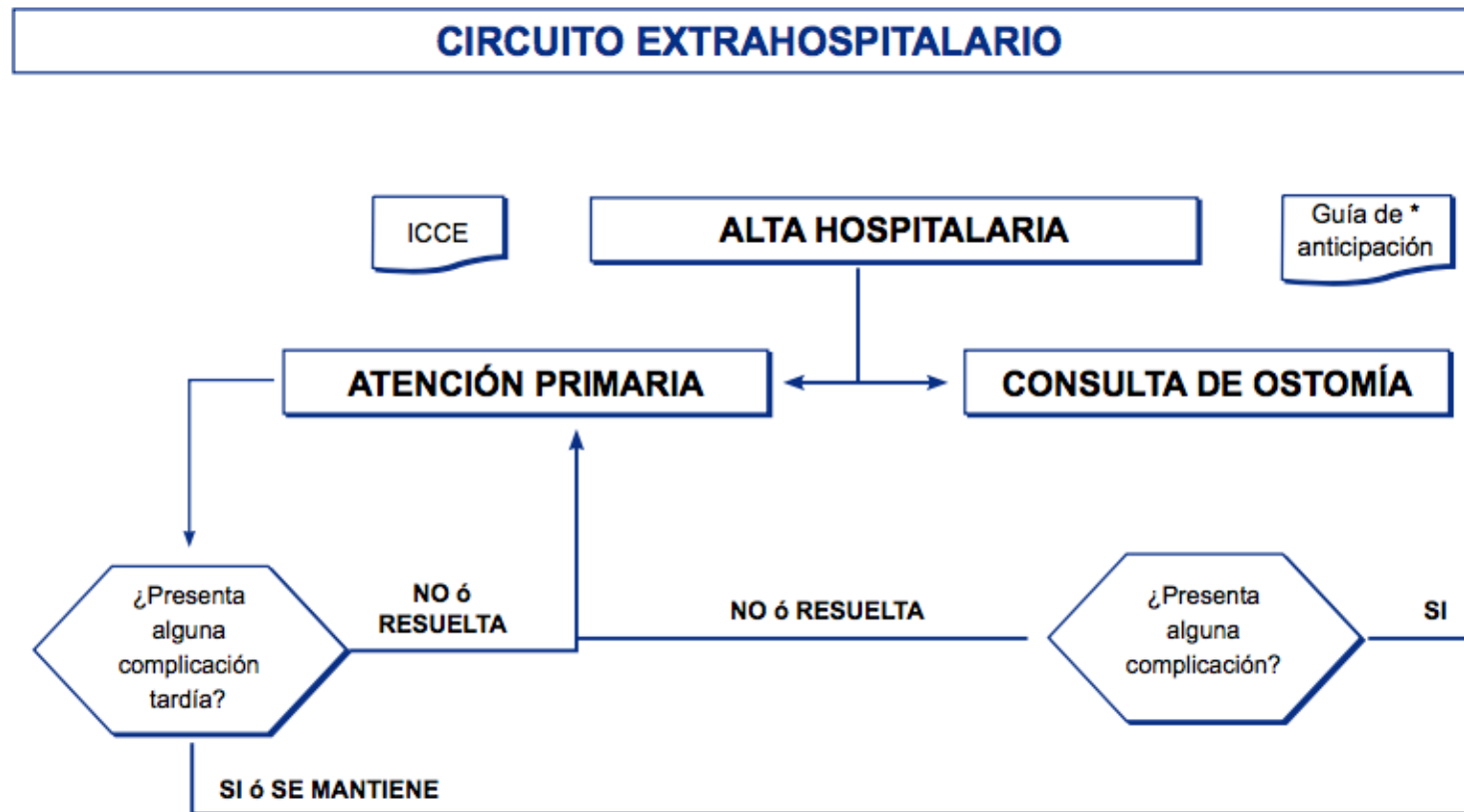
3. METODOLOGÍA

- ◆ Guía de cuidados elaborada con la taxonomía **NANDA-NOC-NIC**.
- ◆ Desarrollo de la guía en tres fases: preoperatorio, postoperatorio y continuidad de cuidados al alta. Realizando una valoración estándar, según las necesidades básicas de un ostomizado, planteamos los distintos diagnósticos de enfermería presentes en cada una de las fases, con sus diferentes intervenciones y actividades, encaminadas a la consecución del objetivo planteado.
- ◆ Reuniones periódicas de las componentes del equipo para supervisar y evaluar esta guía.

4. ALGORITMO



*La Guía de anticipación está pendiente de desarrollar.



*La Guía de anticipación está pendiente de desarrollar.

5. RESULTADOS

5.1. DIAGNÓSTICOS EN EL PREOPERATORIO

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. TEMOR
2. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

1. TEMOR

DEFINICIÓN: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

FACTORES RELACIONADOS:

- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante.

NOC: RESULTADO

- Control del miedo (1404)

NIC: INTERVENCIONES

- Asesoramiento (5240)
- Apoyo emocional (5270)
- Disminución de la ansiedad (5820)

ASESORAMIENTO:

DEFINICIÓN: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

ACTIVIDADES:

1. Determinar la información que tiene el paciente sobre su patología, la intervención y los posibles efectos secundarios como la disfunción sexual.
2. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto y la empatía.
3. Establecer metas con el paciente y familia.
4. Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.
5. Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
6. Proporcionar información objetiva y gradual respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

APOYO EMOCIONAL:

DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

ACTIVIDADES:

1. Ayudar y animar al paciente a reconocer y expresar sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
2. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
3. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos y factores estresantes.
4. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
5. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
6. Remitir a servicios de asesoramiento, si precisa.

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD:

DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

ACTIVIDADES:

1. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
2. Hacer participe a la familia en todo momento y si el paciente lo permite.
3. Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar.
4. Escucha activa.
5. Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
6. Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente en sus actividades diarias.
7. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
8. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
9. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

RESULTADOS (NOC):

1. CONTROL DEL MIEDO (1404).

Definición: acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

Control del miedo		Nunca manifestado 1	Raramente manifestado 2	En ocasiones manifestado 3	Con frecuencia manifestado 4	Manifestado constantemente 5
Indicadores						
140406	Utiliza estrategias de superación efectivas					
140417	Controla la respuesta al miedo					

2. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

DEFINICIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el procedimiento terapéutico que se la va a realizar.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Verbalización del problema.

FACTORES RELACIONADOS: Falta de exposición y/o mala interpretación de la información.

NOC: RESULTADO

- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)

NIC: INTERVENCIONES

- Enseñanza prequirúrgica (5610)

ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA:

DEFINICIÓN: Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación post-operatorio.

ACTIVIDADES (relacionadas con la intervención quirúrgica).

1. Informar al paciente/familia acerca de fecha, hora, lugar, duración de la cirugía.
2. Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
3. Evaluar la ansiedad del paciente/familia relacionada con la cirugía.
4. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
5. Describir las rutinas preoperatorios: anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas, eliminación de orina, preparación piel, terapia endovenosa, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado a quirófano.
6. Describir toma de medicación preoperatorio, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de su utilización.
7. Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado.
8. Explicar las posibles medidas de control del dolor.
9. Describir y explicar rutinas/equipos postoperatorios: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, bombas de infusión y drenajes.
10. Enseñar como puede ayudar en la recuperación.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

11. Destacar la importancia y enseñar la movilización en la cama, la deambulaci3n precoz y la fisioterapia respiratoria.
12. Reforzar la informaci3n proporcionada por otros miembros del equipo.
13. Determinar y corregir, si precisa, las expectativas acerca de la cirug3a.
14. Incluir en todo el proceso a familia/ser querido si procede.

ACTIVIDADES (relacionadas con la ostom3a).

1. Determinar el nivel de conocimientos que posee sobre su enfermedad, el tratamiento prescrito y los efectos secundarios.
2. Informar al paciente/familia de forma clara y sencilla sobre el significado y finalidad de la ostom3a.
3. Explicar al paciente/familia la t3cnica de la intervenci3n quir3rgica entendible a su capacidad.
4. Mostrar los dispositivos al paciente/familia.
5. Instruir al paciente/familia en la utilizaci3n del material de ostom3a.
6. Dar material para que vaya familiarizando.
7. Animar al paciente/familia a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.
8. Explicar al paciente/familia lo que representan los cuidados de ostom3a en su rutina diaria.
9. Fomentar las visitas al paciente por parte de personas de grupo de apoyo en el mismo estado.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

RESULTADOS (N.O.C.):

1. CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (1803)

Definición: grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta.

Conocimiento: proceso de la enfermedad		Ninguno 1	Escaso 2	Moderado 3	Sustancial 4	Completo 5
Indicadores						
180302	Descripción del proceso de la enfermedad					
180311	Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones					

5.2 . DIAGNÓSTICOS POSTOPERATORIOS CON OSTOMÍA (PARCIAL O DEFINITIVA)

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
2. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
3. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
4. RIESGO DE INFECCIÓN
5. DOLOR AGUDO
6. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL
7. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL
8. DETERIORO DEL PATRON DEL SUEÑO

1. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

DEFINICIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva del proceso de su enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Verbalización del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones, realización inadecuada de las pruebas.

FACTORES RELACIONADOS: Falta de exposición y/o mala interpretación de la información.

NOC: RESULTADO

- Conocimiento del proceso de la enfermedad (1803)

NIC: INTERVENCIONES

- Enseñanza del proceso de la enfermedad (5602)
- Guía de anticipación (5210)

ENSEÑANZA DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD:

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

ACTIVIDADES:

1. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
2. Describir el proceso de la enfermedad y reforzar si procede la información suministrada por otros miembros del equipo.
3. Describir e instruir al paciente/familia sobre cuáles son los signos y síntomas de la enfermedad.
4. Enseñar al paciente medidas para minimizar/controlar síntomas.
5. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.
6. Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
7. Informar y asesorar al paciente sobre los posibles efectos secundarios de la enfermedad como la disfunción sexual.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

8. Evitar promesas tranquilizadoras vacías.
9. Remitir a los pacientes a grupos de apoyo comunitarios si es oportuno.
10. Facilitar al paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios donde acudir en caso de dudas o complicaciones.

GUIA DE ANTICIPACIÓN:

DEFINICIÓN: Preparación del paciente en anticipación a una crisis de desarrollo o circunstancial.

ACTIVIDADES:

1. Presentación de una recopilación de los anexos trabajados para la elaboración de dicha guía.

RESULTADOS (N.O.C.):

1. CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (1803)

Definición: grado de comprensión transmitido sobre el proceso de su enfermedad.

Conocimiento: proceso de la enfermedad		Ninguna 1	Escasa 2	Moderada 3	Sustancial 4	Extensa 5
Indicadores						
180302	Descripción del proceso de la enfermedad					
180310	Descripción de los signos y síntomas de las complicaciones					

2. RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

DEFINICIÓN: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

FACTORES DE RIESGO:

- ✓ Internos: alteración del estado nutricional.
- ✓ Externos: humedad, factores mecánicos (presiones, fuerzas de cizallamiento, sujeciones), sustancias químicas, excreciones o secreciones, inmovilidad física.

NOC: RESULTADO

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)
- Estado nutricional (1004)
- Control del riesgo (1902)

NIC: INTERVENCIONES

- Cuidados de la ostomía. (0480)
- Manejo de nutrición. (1100)

CUIDADOS DE LA OSTOMÍA:

DEFINICIÓN: Asegurar la eliminación a través de un estoma y cuidados del tejido circundante.

ACTIVIDADES:

1. Explicar el procedimiento al paciente/familia.
2. Continuar con técnicas de comunicación: empatía, relación de ayuda, escucha activa.
3. Revisar procedimiento quirúrgico para explicar la técnica, tipo de estoma, temporalidad y dificultades técnicas que pudieran ocasionar complicaciones posteriores.
4. Inspeccionar diariamente aspecto del estoma, sutura mucocutánea, débito y piel periestomal.
5. Elegir el dispositivo adecuado (ANEXO 3).
6. Cambiar el dispositivo y/o bolsa de la ostomía de forma adecuada (ANEXO 3).

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

7. Adiestrar al paciente/familia en el manejo del dispositivo de forma gradual a sus capacidades.
8. Conseguir la autosuficiencia correcta del paciente en sus cuidados lo antes posible.
9. En caso de urostomía cuidados de los catéteres ureterales y lavado de los mismos si obstrucción (ANEXO DE COMPLICACIONES).
10. Enema por colostomía si prescripción (ANEXO 4).
11. Técnica de irrigación por colostomía (ANEXO 5).
12. Vigilar y/o prevenir complicaciones (ANEXO 6).
13. Registro diario de las actividades realizadas.

MANEJO DE LA NUTRICIÓN:

DEFINICIÓN: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de líquidos y sólidos.

ACTIVIDADES:

1. Conocer tipo de dieta e ingesta calórica habitual, sus alergias y preferencias previo a la cirugía.
2. Realizar balance hídrico según proceda.
3. Control de ingesta.
4. Control de la eliminación, aspecto y cantidad, cada turno y según precise.
5. Aplicar cuidados protocolizados para la Nutrición Parenteral si procede y control de la misma.
6. Proporcionar al paciente suplementos hiperproteicos orales según prescripción y aumentar la ingesta hídrica si es posible.
7. Realizar controles de peso, masa corporal y determinaciones analíticas.
8. Recomendaciones dietéticas.(ANEXO 7).

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

RESULTADOS (N.O.C.):

1. INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS (1101).

Definición: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

Integridad tisular: piel y membranas mucosas		Extremadamente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Indicadores						
110113	Piel intacta					
110107	Coloración					

2. ESTADO NUTRICIONAL (1004).

Definición: magnitud a la que están disponibles los nutrientes para cumplir con las necesidades metabólicas.

Estado nutricional		Extremadamente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Indicadores						
100401	Ingestión de nutrientes					
100404	Masa corporal					
100405	Peso					
100406	Determinaci					

3. CONTROL DEL RIESGO (1902).

Definición: acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables.

Control del riesgo		Nunca manifestado 1	Raramente manifestad 2	En ocasiones manifestado 3	Manifestado con frecuencia 4	Constantemente manifestado 5
Indicadores						
190201	Reconoce el riesgo					
190207	Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas					

3. DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

DEFINICIÓN: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

FACTORES RELACIONADOS: Cirugía mayor digestiva o urológica

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Invasión de las estructuras corporales.

NOC: RESULTADO

- Curación de las heridas: por primera intención (1102).

NIC: INTERVENCIONES

- Cuidados del sitio de incisión (3440).

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN:

DEFINICIÓN: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante sutura, clips o grapas.

ACTIVIDADES:

1. Explicar el procedimiento al paciente/familia.
2. Inspeccionar diariamente el sitio de incisión, vigilar la aparición de enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
3. Realizar la cura de la incisión según protocolo del centro.
4. Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
5. Valorar y anotar por turno volumen, características y permeabilidad de los drenajes.
6. Explicar al paciente acerca de cómo cuidar la incisión durante el baño o ducha.
7. Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de incisión.
8. Enseñar al paciente/familia a cuidar la incisión incluyendo signos y síntomas de alarma.
9. Retirar suturas, grapas o clips y drenajes si está indicado.
10. Registrar diariamente procedimiento.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

RESULTADOS (N.O.C.):

1. CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN (1102)

Definición: magnitud a la que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado.

Curación por la herida: por primera intención		Ninguna 1	Escasa 2	Moderada 3	Sustancial 4	Completa 5
Indicadores						
110201	Aproximación cutánea					
110212	Resolución de la secreción del drenaje					

4. RIESGO DE INFECCIÓN

DEFINICIÓN: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

FACTORES DE RIESGO: Procedimientos invasivos.

NOC: RESULTADO

- Control del riesgo (1902).

NIC: INTERVENCIONES

- Protección contra las infecciones. (6550).

PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES:

DEFINICIÓN: Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo.

ACTIVIDADES:

1. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
2. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
3. Vigilar alteraciones en la analítica que evidencien infección.
4. Lavarse las manos antes y después de cada actividad realizada al paciente.
5. Limpiar el material según protocolo después de cada uso.
6. Usar guantes según las normas de precaución universal.
7. Mantener una técnica aséptica durante todos los procedimientos que se le realicen al paciente.
8. Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica.
9. Obtener muestras para cultivos si precisa e informar y actuar según los resultados.
10. Instruir al paciente/familia sobre los signos y síntomas de infección.
11. Enseñar al paciente /familia a evitar infecciones.
12. Proporcionar al paciente una habitación individual si precisa.
13. Retirar posibles agentes contaminantes (flores y plantas) de la habitación del paciente.

RESULTADOS (N.O.C.):

1. CONTROL DEL RIESGO (1902)

Definición: acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables.

Control del riesgo		Nunca manifestado 1	Raramente manifestado 2	En ocasiones manifestado 3	Manifestado con frecuencia 4	Constantemente manifestado 5
Indicadores						
190201	Reconoce el riesgo					
190207	Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas					

5. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL

DEFINICIÓN: Confusión en la imagen mental del yo físico.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Expresión de sentimientos y percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura y función.

FACTORES RELACIONADOS: La cirugía.

NOC: RESULTADO

- Imagen corporal .(1200)

NIC: INTERVENCIONES

- Escucha activa (4920).
- Asesoramiento (5240).
- Apoyo emocional (5270).
- Disminución de la ansiedad (5820).
- Potenciación de la imagen corporal (5220).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Potenciación de la seguridad (5380).

ESCUCHA ACTIVA:

DEFINICIÓN: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

ACTIVIDADES:

1. Establecer el propósito de la interacción.
2. Mostrar interés, conciencia y sensibilidad a las emociones del paciente.
3. Evitar barreras de escucha: ofrecer soluciones sencillas, terminar de forma prematura, interrumpir cuando habla de si mismo, etc.
4. Evitar prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
5. Estar atento a la actitud física, mensaje verbal y no verbal.
6. Calcular una respuesta de forma que refleje la comprensión del mensaje recibido.
7. Aclarar y verificar a comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

retroalimentación.

ASESORAMIENTO:

DEFINICIÓN: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente o sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.

ACTIVIDADES:

1. Establecer una relación basada en la confianza, el respeto y la empatía.
2. Establecer metas con el paciente y familia.
3. Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad.
4. Proporcionar información objetiva y gradual respecto al resultado de la cirugía, los cuidados del estoma y potenciación de la imagen corporal según sea necesario y si procede.
5. Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del problema.
6. Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente esté bajo estrés severo.

APOYO EMOCIONAL:

DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

ACTIVIDADES:

1. Ayudar al paciente/familia a reconocer los sentimientos de la pérdida.
2. Determinar por parte del paciente y su entorno los esquemas habituales a los miedos y factores estresantes.
3. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
4. Permanecer con el paciente y proporcionar seguridad durante los periodos de más ansiedad.
5. Remitir a servicios de asesoramiento si precisa.

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD:

DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor, presagios no relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

ACTIVIDADES:

1. Implicar a la familia en todo el proceso.
2. Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar.
3. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad y crear un ambiente que de confianza.
4. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
5. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos.

POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL:

DEFINICIÓN: Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.

ACTIVIDADES:

1. Ayudar al paciente y familia a comprender los cambios anatómicos y fisiológicos producidos por el acto quirúrgico.
2. Ayudar a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personales.
3. Ayudar a determinar la influencia de su entorno social en la percepción de su imagen corporal actual (ostomía).
4. Observar la frecuencia de las frases autocríticas y su relación en el contexto.
5. Ayudar a que se mire y toque su estoma.
6. Determinar las percepciones del ostomizado y familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.
7. Señalar la importancia de la cultura, religión, raza y género, sexo y edad del paciente la imagen corporal.
8. Identificar los medios de disminución del impacto y acciones que mejoren su aspecto.
9. Facilitar el contacto con otras personas ostomizadas.

AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO:

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

ACTIVIDADES:

1. Valorar y discutir respuestas alternativas a la situación.
2. Fomentar un dominio gradual de la nueva situación física y emocional.
3. Ayudar al ostomizado y familia a desarrollar una valoración objetiva del proceso.
4. Favorecer la autonomía de él y su familia.
5. Ayudar al paciente a que se queje y trabaje por las pérdidas de la enfermedad y/o discapacidad crónica si es el caso.
6. Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones si existieran, y a manejar su estilo de vida o su papel en ella.

POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD:

DEFINICIÓN: Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

ACTIVIDADES: al trabajar todas las intervenciones anteriores conseguimos potenciar la seguridad ya que las actividades para potenciar la seguridad ya están expuestas en las intervenciones anteriores

RESULTADOS (N.O.C.):

1. IMAGEN CORPORAL (1200)

Definición: percepción positiva de la imagen y de las funciones corporales.

Imagen corporal		Nunca positiva 1	Raramente positiva 2	En ocasiones positiva 3	Con frecuencia positiva 4	Constantemente positiva 5
Indicadores						
120007	Adaptación a cambios en el aspecto físico					
120008	Adaptación a cambios en la función corporal					
120010	Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto y la función					

6. DOLOR AGUDO

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); de inicio súbito o lento, de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.

- ✓ Informe verbal o codificado
- ✓ Observación de evidencias.

FACTORES RELACIONADOS.

Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

NOC: RESULTADOS

- Control del dolor (1605).
- Nivel de comodidad (2100).

NIC: INTERVENCIONES

- Manejo del dolor (1400).
- Administración de analgésicos (2210).

Otros dos opcionales son:

- Disminución de la ansiedad (5820).
- Manejo ambiental (6480).

Ambas intervenciones se han tratado en otros diagnósticos: trastorno de la imagen corporal y trastorno del patrón del sueño respectivamente.

MANEJO DEL DOLOR:

DEFINICION: Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

ACTIVIDADES:

1. Valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

2. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en los pacientes con problemas de una comunicación eficaz.
3. Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, etc.).
4. Evaluar experiencias pasadas con el dolor que incluya un historial individual y familiar y evaluar las medidas utilizadas para su control, eficaces o no.
5. Proporcionar información acerca del dolor, tales como: causas del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
6. Disminuir o eliminar todos los factores externos o internos que precipiten o aumenten la experiencia de dolor (ruidos, iluminación, miedo, fatiga, falta de conocimientos, etc.).
7. Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales), teniendo en cuenta el tipo y la fuente del dolor, que faciliten su alivio si es posible antes de que este sea severo.
8. Utilizar un enfoque multidisciplinar al manejo del dolor cuando proceda.
9. Enseñar y colaborar con el paciente, seres queridos y demás cuidadores en el uso de técnicas no farmacológicas antes, después y durante la actividad dolorosa junto con las otras medidas. Teniendo en cuenta la disponibilidad, capacidad de participar, preferencias de los mismos.
10. Registrar y evaluar las medidas no farmacológicas para el control del dolor.
11. Notificar al médico si las medidas no tienen éxito para el paciente.

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS:

DEFINICIÓN: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

ACTIVIDADES:

1. Determinar ubicación, características y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
2. Comprobar órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis, frecuencia y vía de administración del analgésico prescrito.
3. Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
4. Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar los picos y valles de la

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

analgesia especialmente con el dolor severo.

5. Controlar el uso de infusión continua ya sea sola o con opiáceos en bolo para mantener niveles en suero.
6. Instruir al paciente para que solicite la medicación antes de que el dolor sea severo.
7. Informar al paciente del tipo de medicamento que vamos a utilizar y los posibles efectos añadidos que pueda notar además de darle expectativas positivas respecto a su eficacia como analgésico.
8. Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente y sus seres queridos sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos.
9. Controlar los signos vitales antes y después de la administración del medicamento sobre todo en los narcóticos.
10. Registrar y evaluar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso a intervalos regulares.

RESULTADOS (N.O.C.):

1. CONTROL DEL DOLOR (1605).

Definición: acciones personales para controlar el dolor.

Control del dolor		Nunca manifestado 1	Raramente manifestado 2	En ocasiones manifestado 3	Manifestado con frecuencia 4	Constantemente manifestado 5
Indicadores						
160504	Utiliza medidas de alivio no analgésica					
160506	Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda					
160511	Refiere dolor controlado					

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

2. NIVEL DE COMODIDAD (2100).

Definición: grado de comodidad y psicológico.

Nivel de comodidad		Ninguna 1	Limitado 2	Moderada 3	Importante 4	Extenso 5
Indicadores						
210001	Bienestar físico referido					
210008	Satisfacción expresada con el control del dolor					

7. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO

DEFINICIÓN: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

Insatisfacción con el sueño.

FACTORES RELACIONADOS:

Ingreso hospitalario, cirugía, tipo de intervención, cambio de imagen, ansiedad, dolor, etc.

NOC: RESULTADOS

- Control de la ansiedad (1402).
- Sueño (0004).

NIC: INTERVENCIONES

- Fomentar el sueño (1850).
- Manejo ambiental (6480).

FOMENTAR EL SUEÑO:

DEFINICIÓN: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

ACTIVIDADES:

1. Determinar el esquema habitual de sueño/vigilia del paciente incluirlo en la planificación de cuidados.
2. Observar las circunstancias físicas (apnea, dolor/molestias, etc.) y/o psicológicas (miedo, ansiedad, etc.) que interrumpen el sueño.
3. Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente si es posible.
4. Ajustar el ambiente (luz, ruido, colchón, cama, etc.).
5. Regular los estímulos del ambiente para regular los ciclos día-noche normales.
6. Ayudar a eliminar los factores y situaciones estresantes que interfieran en el sueño.
7. Enseñar al paciente y la familia a realizar medidas de relajación y otras formas no farmacológicas de inducción al sueño: masajes, colocación, contacto

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

afectuoso.

8. Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
9. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo sueño/vigilia del paciente.

MANEJO AMBIENTAL:

DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos.

ACTIVIDADES:

1. Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según su función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
2. Crear un ambiente seguro para el paciente/familia, eliminar los factores de peligro del ambiente y los objetos que sean peligrosos.
3. Crear un ambiente de confort que se ajuste a las necesidades de paciente: colocar los muebles de la habitación de manera que se acomoden a sus discapacidades, colocar los objetos de uso frecuente a su alcance (interruptores, timbres, teléfono, aseo, etc.) proporcionar una cama limpia, cómoda y con colchón firme, disminuir estímulos ambientales, ajustar la temperatura ambiental, controlar y evitar ruidos innecesarios, controlar la iluminación, permitir traer objetos familiares del hogar.
4. Proporcionar una habitación individual si procede o seleccionar un compañero de habitación con las mismas preocupaciones ambientales.
5. Individualizar las restricciones de visitas para adaptarlas a las necesidades del paciente o seres queridos y permitir que se queden con él si procede.
6. Proporcionar un equipo de enfermería cualificado y estable durante su estancia.
7. Establecer medios inmediatos y continuos de llamada al profesional sanitario y que el paciente/familia sepan que se les responderá inmediatamente.
8. Individualizar la rutina diaria del paciente según sus necesidades si procede.

RESULTADOS (N.O.C.):

1. CONTROL DE LA ANSIEDAD (1402).

Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por su patología, por una intervención quirúrgica y por la apertura de una ostomía temporal o definitiva.

Control de la ansiedad		Nunca manifestado 1	Raramente manifestado 2	En ocasiones manifestado 3	Manifestado con frecuencia 4	Constantemente manifestado 5
Indicadores						
140217	Controla la respuesta de ansiedad					

2. SUEÑO (0004).

Definición: magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo.

Sueño		Extremadamente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Indicadores						
000404	Calidad del Sueño					

8. BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL

DEFINICIÓN: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

- ✓ Evaluación de si mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos.
- ✓ Expresiones de desesperanza e inutilidad.

FACTORES RELACIONADOS:

- ✓ Alteración de la imagen corporal.
- ✓ Deterioro funcional.
- ✓ Cambios del rol social.
- ✓ Pérdida.

NOC:

- Autoestima (1205).

NIC:

- Potenciación de la autoestima (5400).

Otras sugeridas trabajadas en diagnósticos anteriores:

- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Potenciación de la imagen corporal (5220).

POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA:

DEFINICIÓN: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

ACTIVIDADES:

1. Determinar la posición de control del paciente.
2. Determinar la confianza del paciente en si mismo.
3. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas.
4. Ayudar al paciente a identificar sus virtudes y reafirmarlas.
5. Fomentar el contacto visual en la interacción.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

6. Abstenerse de realizar críticas negativas, quejarse o burlarse.
7. Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación.
8. Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas y que acepte nuevos desafíos es importante observar la falta de seguimiento o los logros en la consecución de estos es decir hay que evaluarlos.
9. Recompensar o alabar el progreso.
10. Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.
11. Ayudar a identificar la importancia de su cultura, religión, raza, género, edad en la autoestima y los niveles de autoestima en el tiempo.

RESULTADOS (N.O.C.):

1. AUTOESTIMA (1205).

Definición: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Autoestima		Nunca positivo 1	Raramente positivo 2	En ocasiones positivo 3	Con frecuencia positivo 4	Constantemente positivo 5
Indicadores						
120511	Nivel de confianza					
120519	Sentimientos sobre su propia persona					

5.3 DIAGNÓSTICOS CON OSTOMÍA (PARCIAL O DEFINITIVA) AL ALTA.

DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS:

1. 00059 DISFUNCION SEXUAL
2. 00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

1. DISFUNCIÓN SEXUAL

DEFINICIÓN: Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: alteración de la actividad sexual (excitación, satisfacción, deseo, rol, etc.), cambio en el interés a los demás y/o hacia sí mismo, percepción de limitación sexual.

FACTORES RELACIONADOS: Alteración de la estructura y función corporal (enfermedad, radiación, cirugía, etc.), conocimiento insuficiente y/o información errónea, vulnerabilidad.

NOC:

- Funcionamiento sexual (0119).

NIC:

- Asesoramiento sexual (5248).
- Enseñanza: sexualidad (5624).

ASESORAMIENTO SEXUAL:

DEFINICIÓN: Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.

ACTIVIDADES:

1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
2. Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
3. Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.
4. Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda.

ENSEÑANZA - SEXUALIDAD:

DEFINICIÓN: Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y el desarrollo sexuales.

ACTIVIDADES:

1. Crear una atmósfera de aceptación y sin juicios.
2. Explicar la anatomía y fisiología humanas del cuerpo masculino y femenino.
3. Explicar el significado de los papeles sexuales.
4. Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades.
5. Ayudarle a adaptar su respuesta sexual a su situación actual.
6. Derivar si precisa al profesional adecuado a sus necesidades (ginecólogo, urólogo o sexólogo).

RESULTADOS (N.O.C.):

1. Funcionamiento sexual (0119).

Definición: Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.

Funcionamiento sexual		Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	En ocasiones demostrado 3	Con frecuencia demostrado 4	Siempre demostrado 5
Indicadores						
11901	Consigue excitación sexual					
11905	Adapta técnica sexual cuando es necesario					
11911	Expresa interés sexual					

2. SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

DEFINICIÓN: Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para experimentar el sentido de la vida a través de conexiones con el yo, los otros (), el mundo o un ser superior.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Percepción de la vida insuficiente, separación del sistema de apoyo, cuestionamiento de la identidad, del sentido de la vida y del sufrimiento.

FACTORES RELACIONADOS: Aumento de la dependencia de otro, pérdida de una parte del cuerpo y/o de su función.

NOC:

- Salud espiritual (2001).

NIC:

- Apoyo espiritual (5420).
- Clasificación de valores (5480).
- Dar esperanza (5310).
- Facilitar el duelo (5290).

APOYO ESPIRITUAL:

DEFINICIÓN: Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.

ACTIVIDADES:

1. Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual, según corresponda.
2. Dar oportunidades para discutir sobre diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo.
3. Facilitar el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del individuo.
4. Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.

CLASIFICACIÓN DE VALORES:

DEFINICIÓN: Ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.

ACTIVIDADES:

1. Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios.
2. Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.

DAR ESPERANZA:

DEFINICIÓN: Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.

ACTIVIDADES:

1. Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
2. Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad sólo como una faceta de la persona.

FACILITAR EL DUELO:

DEFINICIÓN: Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.

ACTIVIDADES:

1. Identificar la pérdida.
2. Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de apego al objeto o persona que se ha perdido.
3. Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
4. Comunicar la aceptación del debate sobre la pérdida.

RESULTADOS (N.O.C.):

1. Salud espiritual (2001).

Definición: Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trasciende y se apodera del yo.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

Salud espiritual		Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
Indicadores						
200102	Expresión de esperanza					
200117	Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias					
200122	Satisfacción espiritual					

Los diagnósticos no resueltos en el preoperatorio y/o postoperatorio se seguirán trabajando al alta.

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1 - PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA

DEFINICIÓN

Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.

RECURSOS

Humanos

- ✓ Enfermera

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente antes de todas las actividades que en este apartado le realicemos.
2. Comprobar que el historial clínico del paciente esté en la unidad.
3. Revisar el historial y confirmar el documento de la preanestesia.
4. Comprobar en la historia de preanestesia la prescripción de algún cuidado o alguna premedicación.
5. Verificar que el paciente ha firmado los consentimientos quirúrgicos.
6. Rellenar la hoja prequirúrgica de control del paciente y firmar el responsable.
7. Anotar en la hoja de control el historial de alergias del paciente.
8. Tramitar la solicitud de sangre y confirmar la disponibilidad.
9. Marcaje del estoma (ANEXO 2).
10. Preparación intestinal según prescripción facultativa:
 - Dieta líquida 24 horas antes del quirófano y ayunas 6-8 horas previas a la cirugía.
 - Administración oral de un preparado para la limpieza intestinal, el pautado registro de efectividad.
 - Enemas rectales si procede, confirmar efectividad.
11. Canalizar vía venosa para la administración de la sueroterapia prescrita.
12. Profilaxis antibiótica prescrita por el cirujano.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

13. Administración de la profilaxis de trombos según pauta prescrita.
14. Administración de la medicación prescrita.
15. Preparación física del paciente:
 - Rasurado de la región quirúrgica lo más cerca posible de la hora de la intervención.
 - Retirada de prótesis si las tuviera.
 - Retirada de esmaltes y sustancias contaminantes.
 - Retirada de joyas, gafas y accesorios.
16. Baño del paciente según protocolo.
17. Vestimenta adecuada del paciente.
18. Hacer la cama del paciente e identificarla.
19. Vendaje de miembros inferiores o medias elásticas antiembolia.
20. Realizar las actividades según orden médica (glucemias, TA,..).
21. Registrar en la hoja de control del paciente quirúrgico todas las actividades realizadas.

6.2. ANEXO 2 - MARCAJE DEL ESTOMA

OBJETIVO

Localizar el punto abdominal idóneo donde debe ser realizado el estoma (o como base) para una buena calidad de vida posterior.

RECURSOS

Humanos

- ✓ Enfermera
- ✓ Estomaterapeuta

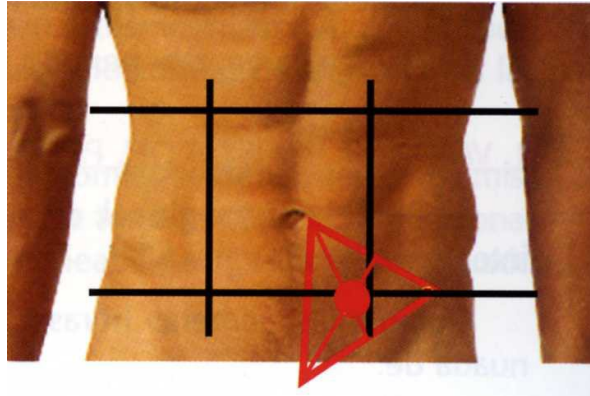
Materiales

- ✓ Dispositivo (placa y bolsa)
- ✓ Rotulador indeleble.
- ✓ Rotulador no indeleble.
- ✓ Líquido viscoso (mermelada...).
- ✓ Agua potable.
- ✓ Jabón neutro.
- ✓ Gasas.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente de la técnica y su finalidad.
2. Lavado de manos.
3. Ambiente que asegure la intimidad.
4. Localización sobre el músculo recto.
5. Trazar un triángulo entre el ombligo, la cresta ilíaca y la línea media del pubis. El punto de inserción de los tres lados del triángulo será el lugar idóneo.
6. Marcar triángulo con rotulador no indeleble.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma




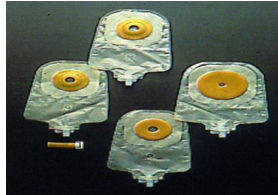


7. Marcar puntos de intersección con el rotulador indeleble.
8. Colocar dispositivo en lugar elegido.
9. Hacer variar a la persona en las distintas posiciones (sentado, inclinado, supino).
10. Valorar la resistencia del dispositivo durante varias horas (ideal 24 horas).
11. Retirar el dispositivo y marcar el punto elegido con rotulador indeleble.
12. Borrar con agua y jabón las líneas previamente trazadas sobre el abdomen.

OBSERVACIONES:

1. Pacientes con corsé o prótesis deben tenerlo colocado a la hora del marcaje.
2. Realizar la ubicación del estoma el día anterior a la intervención quirúrgica.
3. Utilizar una superficie plana de 5 cm periestomal.
4. Ubicarlo en lugar visible para el paciente.
5. Evitar:
 - Prominencias óseas.
 - Depresión sobre el ombligo.
 - Pliegues de grasa y línea de la cintura.
 - Cicatrices anteriores.
 - Zonas afectadas por enfermedades de la piel.
6. Como norma general, las ileostomías y los Bricker se ubican en el cuadrante inferior derecho y las colostomías sigmoideas de Milles o de Hartman en el cuadrante inferior izquierdo.

6.3. ANEXO 3 - DISPOSITIVOS: TIPOS Y USOS

6.3.1. TIPOS DE BOLSA

CARACTERÍSTICAS de los dispositivos	ALTERNATIVAS	UROSTOMIAS	COLOSTOMIAS	ILEOSTOMIAS
				
TIPO DE BOLSA	Abierta Cerrada	Abierta con boquilla de salida integrado	Cerrada	Abierta con pinza o velcro Cerrada de dos pinzas
SISTEMAS	Una pieza Dos piezas	Según preferencia y necesidades	Según preferencia y necesidades	Según preferencia y necesidades
FILTROS	Con filtro Sin filtro Grande	SI	SI	SI
TAMAÑO	Mediano Pequeño	A demanda	A demanda	A demanda
COLOR	Opaco Transparente	A demanda	A demanda	A demanda
FORMA DE LA BASE	Plana Convexa	Según forma estoma	Según forma estoma	Según forma estoma
ORIFICIO DE LA BASE	Precortada De recortar	A demanda	A demanda	A demanda
COMPOSICIÓN DE LA PLACA	Hidrocoloide Resina sintética Mixta	Según estado de la piel y preferencias	Según estado de la piel y preferencias	Según estado de la piel y preferencias

ACCESORIOS:

- ◆ Plantilla medidora.
- ◆ Cinturones.
- ◆ Toallitas húmedas sin alcohol.
- ◆ Jabón PH neutro o lociones limpiadoras.
- ◆ Pastillas o polvos desodorantes y espesantes.
- ◆ Películas protectoras.
- ◆ Pasta, banda o crema barrera (niveladora o de relleno).
- ◆ Polvos hidrocoloides.
- ◆ Aro circular de microporo y semicircular de hidrocoloide y/o silicona.
- ◆ Bolsa de drenaje nocturno en urostomía.
- ◆ Tapón obturador.
- ◆ Compresa empapadora.
- ◆ Bolsa cubre dispositivo.
- ◆ Impermeabilizador del filtro.

6.3.2. CUIDADO DEL ESTOMA: CAMBIO DE DISPOSITIVO

OBJETIVO:

- ✓ Enseñar al paciente los autocuidados de su estoma para conseguir el grado óptimo de autosuficiencia del paciente y su seguridad.
- ✓ Prevenir complicaciones cutáneas.
- ✓ Evitar fugas.
- ✓ Mejorar la aceptación de su imagen corporal.
- ✓ Favorecer la relación social del paciente.

MATERIAL:

- ◆ Salvacamas.
- ◆ Agua, jabón ph neutro, Solución salina en estoma urológico.
- ◆ Gasas en estomas urológicos, toallitas o esponja.
- ◆ Medidor o plantilla de estoma.
- ◆ Tijeras curvas.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

- ◆ Guantes desechables y estériles en urostomías.
- ◆ Dispositivo de ostomía adecuado.
- ◆ Accesorios de los dispositivos si precisa.
- ◆ Bolsa para desechos.

PROCEDIMIENTO:

1. Favorecer la intimidad y el confort.
2. Explicar el procedimiento.
3. Preparar el material necesario.
4. Durante todo el proceso iremos animando al paciente a que se vea el estoma y sus cuidados, a aclarar sus dudas, y a planificar su participación y la de su familia si procede en los próximos cambios de bolsa.
5. Colocar el salvacamas. Colocaremos al paciente en decúbito supino, sentado o de pie en la medida que gane autonomía.
6. Lavado de manos higiénico.
7. Colocación de guantes no estériles.
8. Vaciar la bolsa de contenido en caso de urostomías e ileostomías para evitar derramamientos.
9. Retirar la placa adhesiva con suavidad de arriba hacia abajo y de la periferia al centro para evitar lesiones de la piel, arrancamiento de puntos y en caso de las urostomías arrancamiento de los tutores ureterales.
10. Aconsejamos proceder a un cambio de guantes en un principio estériles hasta la perfecta cicatrización de la herida.
11. Limpiar el estoma con gasas, toallitas o esponja con agua y jabón (no utilizar toallitas con cremas o alcohol) SIN FRICCIONAR.
12. En caso de urostomia debemos cuidar a lo largo de la técnica que los catéteres ureterales no se desplacen por lo que los tendremos sujetos con los dedos, los limpiaremos con gasa y suero salino del extremo proximal al distal.
13. Limpiaremos la piel periestomal de dentro hacia fuera evitando frotar para no irritar la piel ya muy sensible.
14. Secar la piel con ligeros toques NO FROTAR. No usar secador o medios similares que calienten y resequen la piel.
15. Cortar el vello con una tijera si lo hay, ya que dificulta la adhesividad de la

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

- placa. No rasurar ya que provoca lesiones en la piel.
16. Inspeccionaremos el estoma observando: el color (debe ser rojo brillante, los cambios en la coloración pueden denotar anemia, isquemia, necrosis), la forma, (en los primeros días es normal cierto grado de edema), aparición de lesiones mecánicas por el dispositivo, el proceso de cicatrización de la sutura mucocutánea (detectar precozmente complicaciones como separación de bordes, retracción o invaginación).
 17. Inspeccionar la piel periestomal; observar posibles reacciones de hipersensibilidad al adhesiva o irritaciones de piel por contacto continuado con el material drenado.
 18. Controlaremos la permeabilidad de los catéteres ureterales en caso de urostomías si sospecha de obstrucción descartar acodaduras o estrechamientos de la luz si se confirma la obstrucción realizar lavado manual.
 19. Medir el diámetro del estoma con una plantilla que también nos indicará la forma. Es conveniente realizar la medición cada semana y si existe edema cada 24 horas ya que el estoma va modificándose.
 20. Elección del dispositivo, en el postoperatorio lo ideal es un dispositivo de dos piezas transparente que permita visualizar y acceder al estoma cada vez que sea necesario.
 21. Colocar la plantilla en la cara posterior de la placa y dibujarlo (tamaño e irregularidades).
 22. **IMPORTANTE:** Recortar con tijeras la placa dejando una abertura lo más parecida en tamaño y forma al estoma pero de 2 ó 3 mm superior. Ajustar al máximo procurando no lesionar el estoma pero evitando el contacto de la piel con el material drenado.
 23. Una vez recortado repasar con los dedos el reborde para igualar las irregularidades.
 24. Pegar la placa del dispositivo: retirar el papel adhesivo y pegar de abajo hacia arriba tensando la piel a la vez, para facilitar la adhesión y evitar arrugas. En urostomías introducir previamente por el orificio del dispositivo los tutores evitando acodamientos y obstrucciones.
La placa puede permanecer hasta 3-4 días adherida a la piel, dependiendo de

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

las fugas y las necesidades del paciente.

25. Masajear con el dedo el adhesivo de la parte central de la placa con movimientos circulares, de dentro a fuera para incrementar la capacidad de fijación.
26. Valorar la necesidad de utilizar algún accesorio (pastas niveladoras, protectores, cinturón...).

NO UTILIZAR SOLUCIONES ANTISÉPTICAS

NI SELLADORAS QUE RESECAN E IRRITAN LA PIEL.

27. Conectar la bolsa colectora a la placa también de abajo hacia arriba, comprobando la hermeticidad del dispositivo para evitar fugas.

En caso de urostomías e ileostomías asegurar que la válvula de drenaje inferior de la bolsa este cerrada.

Introducir los catéteres ureterales en la bolsa del dispositivo con mucho cuidado antes de conectarla a la placa, en caso de urostomías.

28. Asegurarse que la bolsa está correctamente fijada a la placa mediante un tironcito de la bolsa.
29. Ubicar la posición de la bolsa respecto de la posición del paciente de forma que se favorezca el drenado. En decúbito lateralizada y sentado o de pie vertical al cuerpo.
30. Los pacientes con urostomía adaptan al dispositivo una bolsa recolectora de orina en el postoperatorio por su puntual incapacidad y un mejor control de diuresis, posteriormente llevarán el dispositivo con válvula cerrada y acoplara la bolsa de diuresis nocturna, para evitar las fugas y favorecer el descanso nocturno.
31. Ayudar al paciente a acomodarse de nuevo.
32. Recoger, limpiar y ordenar todo el material y lavarnos las manos.
Para desechar los dispositivos es necesario vaciar el contenido en el water y luego es dispositivo en una bolsa anudada en la basura.
33. Registro de los cuidados prestados y de todas las observaciones recogidas (estado de la piel y el estoma, dificultades que hayan podido surgir,...).

ESPECIFICACIONES

- En caso de utilizar dispositivo de una sola pieza (el protector cutáneo va unido a la bolsa) el procedimiento será el mismo: medir, recortar, pegar y vaciar salvo que el cambio del dispositivo será cada 24 horas y según precise. El tipo de

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

dispositivo lo utiliza la mayoría de los colostomizados por su gran flexibilidad y discreción.

- Ileostomías en asa puede llevar un tutor en el estoma, el cuidados es el anteriormente descrito y la retirada es por orden facultativa.
- En urostomías además de traer dos catéteres ureterales en ocasiones también traen una sonda Foley para evitar estenosis los cuidados son los mismos. Los catéteres ureterales y la sonda foley por estoma, si la porta, se retiraran por orden facultativa. Los catéteres ureterales suelen retirarse a los 12-14 días el primero y si no hay complicaciones al día siguiente el otro. Para retirarlos se retira el punto de fijación y se extraen con suavidad.

OBSERVACIONES

1. Al limpiar el estoma puede observarse algún sangrado que cederá habitualmente aplicando una presión leve con compresa fría y en las urostomías lo que encontraremos es abundante moco intestinal ya que la mucosa lo seguirá produciendo en contacto con la orina.
2. Cambio y vaciado de la bolsa del dispositivo:
 - En urostomías e ileostomías se cambiará la bolsa cada 24 horas o según necesidades y comodidad del paciente.
 - En urostomías e ileostomías se vaciará la bolsa por la válvula o abertura inferior cuando se ha llenado aproximadamente 1/3 de su capacidad para evitar que por el peso se despegue y que el drenaje estén en contacto con el estoma.
 - En colostomía cambiar la bolsa cuando aproximadamente se ha llenado 1/3 de su volumen o según necesidades del paciente.

6.4. ANEXO 4 - ENEMA POR COLOSTOMÍA

OBJETIVO

Limpieza de intestino de heces para resolver una obstrucción intestinal, preparación de pruebas diagnósticas o intervención quirúrgica según indicación facultativa.

RECURSOS

Humanos

- ✓ Enfermera

Materiales

- ✓ Guantes.
- ✓ Empapador.
- ✓ Toallitas higiénicas humedad sin alcohol.
- ✓ Sonda de Foley habitualmente CH 16, CH 18 o según diámetro del estoma.
- ✓ Lubricante.
- ✓ Jeringa de 10cc.
- ✓ Agua bidestilada.
- ✓ Tijera.
- ✓ Pinzas o tapón de sonda.
- ✓ Dispositivo de dos piezas.
- ✓ Sistema de irrigación de enema.
- ✓ Solución a irrigar, actualmente utilizamos 500cc de solución salina a 36.5 grados.

PROCEDIMIENTO:

1. Preparar la solución a irrigar.
2. Purgar el sistema de irrigación.
3. Preparar todo el material necesario para la técnica.
4. Informar al paciente de la técnica y su finalidad.
5. Asegurar la intimidad del paciente.
6. Colocar al paciente en la cama en decúbito supino.
7. Lavado de manos.
8. Retirar la bolsa de colostomía.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

9. Limpiar la ostomía y la piel periestomal.
10. Colocar la placa del dispositivo recortada al diámetro adecuado.
11. Realizar tacto digital para buscar el trayecto intestinal previa colocación de guantes, con el dedo índice lubricado.
12. Introducir sonda de foley lubricada NO FORZAR.
13. Inflar el balón de la sonda con 10cc agua bidestilada.
14. Conectar el cono de la sonda al sistema de irrigación.
15. Introducir lentamente la solución a irrigar hasta tolerancia del paciente.
16. Pinzar la sonda unos 5-10 minutos o según demande el paciente.
17. Desinflar el globo de la sonda y retirarla suavemente.
18. Conectar la bolsa ABIERTA rápidamente a la placa de colostomía (para evitar cambios continuos).
19. Vaciar la bolsa cuantas veces sea necesario por la evacuación.
20. Registro de la técnica y efectividad del mismo.

6.5. ANEXO 5 - IRRIGACIÓN POR COLOSTOMÍA

DEFINICIÓN

La irrigación es un lavado intestinal por medio de la introducción de agua (de 500cc a 1500 cc a temperatura corporal a través del estoma. La irrigación sólo es aplicable en las colostomías descendentes y sigmoideas e indicación facultativa.

OBJETIVO

Obtener una continencia pasiva de las heces y/o intervalo libre de emisión fecal y disminución de ruidos de los gases de al menos 24-48 horas.

RECURSOS

Humanos

- ✓ Enfermera Estomaterapeuta.

Materiales

- ✓ Guantes.
- ✓ Empapador.
- ✓ Toallitas higiénicas humedad sin alcohol.
- ✓ Lubricante.
- ✓ Dispositivo habitualmente de una pieza.
- ✓ Set de irrigación de ostomías.
- ✓ Solución a irrigar 750cc de agua potable a temperatura corporal.
- ✓ Su dispositivo o cubre-estoma.

PROCEDIMIENTO:

1. Informar al paciente de la técnica y su finalidad.
2. Asegurar la intimidad del paciente.
3. Colocar al paciente en posición sentado en una silla cerca del inodoro.
4. Lavado de manos.
5. Preparar todo el material necesario para la técnica.
6. Preparar la solución a irrigar e introducirla en la bolsa de irrigación.
7. Purgar el tubo y cerrar llave reguladora.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

8. Colgar la bolsa de irrigar a la altura a la que caiga el agua sin dificultad (por encima de la cabeza del paciente).
9. Retirar la bolsa de colostomía.
10. Limpiar la ostomía y la piel periestomal.
11. Realizar tacto digital para buscar el trayecto intestinal previa colocación de guantes, con el dedo índice lubricado en las primeras irrigaciones.
12. Adherir la manga de irrigación de manera que quede fijada alrededor del estoma.
13. Introducir el extremo inferior de la manga en el interior del inodoro.
14. Lubricar el cono y unirlo al sistema que está conectado al depósito de agua.
15. Introducción del cono en la colostomía a través del extremo superior de la manga manteniéndolo mediante una presión suave.
16. Abrir la llave reguladora y dejar que pase el agua lentamente.
17. En caso de dificultad de paso del agua movilizar el cono y realizar masaje abdominal en sentido de la agujas del reloj.
18. Introducido ya el agua se cierra la llave reguladora y se mantiene el cono un par de minutos para evitar un reflujo rápido.
19. Retirar el cono y cerrar la abertura que tiene la bolsa o manga en la parte superior.
20. Retirar manga de irrigación cuando la salida de heces sea nula (alrededor de 30 – 60 minutos).
21. Realizar la higiene del estoma habitual y colocar de nuevo el dispositivo (bolsa o cubre-estoma).
22. Se recomienda realizar la irrigación siempre a la misma hora para educar el intestino.
23. La irrigación se realizará durante 7 días seguidos la primera vez y posteriormente cada 48-72 horas o según necesidades del paciente.
24. Registro de la técnica y efectividad del mismo.

6.6. ANEXO 6 - REHABILITACIÓN DEL INTESTINO EXCLUIDO EN LA ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN

DEFINICION

Rehabilitación del intestino excluido en la ileostomía de protección tras la cirugía colorrectal para reconstrucción del tránsito y cierre de la ileostomía.

OBJETIVO

Estimular el asa intestinal excluida con el fin de mantener y o recuperar su función y evitar complicaciones tras el cierre de la ileostomía.

RECURSOS

Humanos

- ✓ Estomaterapeuta/Enfermera

Materiales

- ✓ 2 Sueros fisiológicos 250ml.
- ✓ Espesante alimenticio,
- ✓ Jeringa 50 ml o envase fisionema.
- ✓ S.V. Foley con calibre del 16-18.
- ✓ Lubricante.
- ✓ Jeringa 10ml.
- ✓ Agua bidestilada 1 ampolla de 10ml.
- ✓ Guantes.
- ✓ Gasa o celulosa.
- ✓ Bolsa de basura.
- ✓ Paño de campo desechable.

PROCEDIMIENTO

1. La técnica se realizará diariamente, con control semanal por el Estomaterapeuta. (ET).
2. Se adiestrará al paciente, familiar o cuidador.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

3. En el caso de pacientes, familiares o cuidadores sin habilidad para realizar la técnica, acudirán a consulta 3 días en semana para que les realice la rehabilitación la ET.
4. Calentar suero fisiológico a temperatura corporal o ligeramente tibio, con el fin de evitar molestias intestinales.
5. Lavado de manos y poner guantes.
6. Higiene del estoma.
7. Localizar asa eferente del estoma, lubricar y dilatar manualmente.
8. Introducir sonda de Foley suavemente sin forzar, entre 16-20 cm, inflar el balón con 3-5ml de agua bidestilada. Si hay escapes de líquido inflar un poco más.
9. Espesamos 250 ml de suero fisiológico hasta alcanzar una textura néctar o mermelada
10. Introducir lentamente, observando si hay reflujo.
11. Seguidamente introducir 250 ml de suero fisiológico restantes sin espesante.
12. Finalizado el procedimiento, desinflar el balón y retirar la sonda.
13. Limpiar estoma y colocar dispositivo.
14. En el caso que use dispositivo de 2 piezas no es necesario retirar la lámina.
15. Si el paciente presenta dolor intenso y no tolera la técnica al introducir la solución con espesante, iniciaremos la técnica solo con S. fisiológico o modificaremos textura de la solución espesante.
16. En caso de signos vagales o dolor muy intenso detener el procedimiento.
17. Registrar procedimiento en historia clínica.

OBSERVACIONES:

- El paciente firmará el consentimiento informado previo al procedimiento.
- El procedimiento se puede iniciar a los dos meses de la intervención quirúrgica, sin tratamiento con quimioterapia/radioterapia (qt/rt). En el caso de tratamiento con QT/RT se iniciará procedimiento al término de las mismas.
- Se complementa con la realización de ejercicios de Kegel, de reforzamiento del suelo pélvico, con el fin de tonificar la musculatura perineal para evitar la atrofia del esfínter anal.

DURACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Se realizará 2-3 semanas antes del cierre del estoma, si no hay inconvenientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con ileostomía de protección.
- Que comprendan y acepten el procedimiento.
- Buen estado físico.
- Libres de metástasis y de complicaciones funcionales como incontinencia, estenosis y/o complicaciones de la anastomosis.

6.7. ANEXO 7 - COMPLICACIONES

6.7.1. COMPLICACIONES INMEDIATAS

Son las que aparecen en los primeros días de la intervención. La actuación de enfermería incluye la prevención y la detección precoz de las complicaciones.

DERMATITIS

Es la complicación más frecuente.

- **Definición:** Es una lesión producida en la piel periestomal por la acción de agentes irritantes.
- **Causas:** El contacto con heces, orina, alergia al dispositivo, enfermedad cutánea persistente, quimioterapia, radioterapia e irritación mecánica.
- **Clasificación:** química, mecánica y alérgica. Las dermatitis químicas y mecánicas son una complicación iatrogénica de los cuidados de enfermería.
- **Manifestación clínica:** como cualquier dermatitis.
 - Si es de 1º grado presenta eritema, edema y dolor.
 - Si es de 2º grado presenta erosiones, sangrado y exudado. El paciente siempre refiere dolor y/o prurito.
- **Tratamiento:** el mejor tratamiento es la prevención.
 - Adaptar el diámetro del dispositivo o bolsa al tamaño del estoma, según el tipo de ostomía aplicar un sistema de una o dos piezas, abierto o cerrado.
 - Si el estoma técnicamente no es correcto; mal ubicado, retraído, plano, ... Añadir a los cuidados anteriores pasta o niveladores barrera, aumentar la superficie adhesiva con micropore o anillos externos de silicona o hidrocoloide y utilizar un sistema de dos piezas con cinturón.
 - Para mantener la piel periestomal en óptimas condiciones aplicar solución astringente y/o protector cutáneo en spray.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Valorar las características de la lesión.
 2. Identificar la causa: mecánica, química y/o alérgica.
 3. Valorar la extensión y el grado.
 4. Adecuar el dispositivo al tipo de ostomía, dibujo del estoma y tiempo de

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

permanencia del dispositivo.

5. En las dermatitis de 1º grado limpiar la piel periestomal aplicar pasta barrera o apósito hidrocoloide y colocar el dispositivo.
6. En dermatitis de 2º grado, limpiar la piel periestomal aplicar sulfato de cobre al 1/1000, aplicar polvos hidrocoloides, crema o pasta de óxido de zinc durante 20 minutos, retirar el producto y aplicar pasta barrera unos 0,5 cm alrededor del borde del estoma y una placa hidrocoloide transparente en el resto de la piel periestomal con dermatitis, colocar posteriormente el dispositivo de dos piezas con cinturón, con el objetivo de que el dispositivo tenga una duración superior a 24 horas y un máximo de tres días para la revisión.
7. En las dermatitis alérgicas aplicar solución salina y sulfato de cobre al 1/1000 y crema de cortisona durante 20-30 minutos y cambiar la marca del dispositivo.
8. Hacer participe al paciente/familia.
9. Registro y seguimiento de la intervención.

NECROSIS

- **Causa:** está producida por la interrupción del flujo sanguíneo dentro de la cavidad abdominal o en el trayecto parietal del asa intestinal.. Es una complicación iatrogénica de la técnica quirúrgica.
- **Manifestación:** En las primeras horas del postoperatorio se identifica un cambio progresivo en la coloración del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro. Hay que establecer la extensión de la isquemia y la afección parcial o total de la circulación del estoma.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Avisar y valorar la necrosis cirujano/enfermera.

Controlar color, aspecto, la extensión de la necrosis y la funcionalidad del estoma.

2. La extensión se valora por visión directa y realizando un tacto manual por el estoma.
3. Si no precisa reintervención quirúrgica, colocaremos un dispositivo de dos piezas convexo transparente.
4. Realizaremos la limpieza del estoma 2 o 3 veces al día, aplicamos una

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

solución antiséptica y/o colagenasa con el objetivo de acelerar el proceso de reparación biológica del estoma.

5. Cuando la zona esté en fase de cicatrización aplicaremos alginatos, hidrofibras, colagenasas o hidrogeles.
6. Si la necrosis es de colostomía valorar efectuar irrigaciones de esta cada 12-24 horas para disminuir contaminación de esta zona.
7. Hacer tacto digital diariamente con el objetivo de prevenir estenosis de la mucosa cutánea.
8. Hacer participe activo/pasivo al paciente/familia de las intervenciones a realizar.
9. Registro y seguimiento de la intervención.

INFECCIÓN Y SEPARACIÓN MUCOCUTÁNEA

- **Definición:** es la separación de la unión mucocutánea del estoma y puede ser parcial o total.
- **Manifestación:** aparece una celulitis o supuración periestomal, fiebre, rubor y dolor. En otros casos aparece absceso que se drena de forma espontánea o con técnica quirúrgica.
- **Causa:** la separación o dehiscencia provocada por el drenaje de una infección espontánea o terapéutica, no es completa y es poco frecuente ya que se produce por una contaminación precoz de la herida. Otras causas frecuentes son la tensión excesiva del intestino abocado y un diámetro del estoma demasiado grande en relación al tamaño del intestino.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Avisar y valorar la dehiscencia/infección junto con el cirujano.
 2. Valorar y registrar la localización y la extensión de la lesión con la técnica de las agujas horarias.
 3. Debemos extremar las medidas de asepsia al curar el estoma e identificar precozmente los signos de infección.
 4. Procederemos a tratarla como cualquier herida quirúrgica.
 5. Limpiar la zona 2-3 veces al día , aplicar colagenasa, hidrofibra o alginato en el trayecto de absceso.
 6. Cuando la herida esté en fase de granulación proceder con alginatos,

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

hidrofibras o hidrogeles.

7. Medir el estoma y la infección y aplicaremos un dispositivo transparente de dos piezas abierto o cerrado. Intentar que el exudado no condicione la adhesión del dispositivo.
8. Si se trata de una colostomía efectuar irrigación cada 12-24 horas.
9. Hacer tacto digital diariamente para prevenir estenosis de la unión mucocutánea
10. Hacer participe al paciente/familia pasiva o activamente.
11. Registro de las intervenciones realizadas.

EDEMA

- **Definición:** es la inflamación fisiológica y aumento del componente intersticial de la mucosa intestinal.
- **Causa:** la consecuencia de la movilización propia del acto quirúrgico.
- **Manifestación:** por mucosa brillante y tensa, dilatada y cambia el color. Este edema puede observarse de una a dos semanas y desaparecer espontáneamente.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Avisar y valorar el edema junto con el cirujano.
 2. Registrar aspecto, tamaño, color y funcionalidad del estoma.
 3. Limpiar la mucosa con toallitas húmedas o tisúes para evitar sangrado.
 4. Aplicar sobre la mucosa azúcar o agua fría dos veces al día.
 5. Colocar dispositivo de dos piezas abierto o cerrado con diámetro 0.5 mm mayor que el estoma para evitar rozos y ulceraciones de este.
 6. Vigilar y evitar que se cronifique ya que podría ocluir y comprometer la funcionalidad del estoma, lo que supone una reintervención.
 7. Hacer participe paciente/familia activa o pasivamente.
 8. Registro de las intervenciones realizadas.

HEMORRAGIA

Es poco frecuente y aparece en las primeras horas del postoperatorio.

- **Causa principal:** La hemostasia inadecuada de un vaso subcutáneo y/o submucoso en el trayecto del intestino a la pared abdominal o la lesión de la

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

mucosa durante la intervención.

- **Manifestado:** Acumulo de sangre en la bolsa del dispositivo.
- **Diagnóstico diferencial su procedencia:** renal, enterocutánea o de mucosa. Si es de pared abdominal, el cirujano determinará la reintervención.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Avisar y valorar la hemorragia cirujano/enfermera.
 2. Registrar cantidad de la pérdida, aspecto arterial de la misma y localización de la zona sangrante.
 3. Valoraremos el estado de hemodinámica del paciente.
 4. Si la hemorragia es cutánea haremos hemostasia local con adrenalina, esponja de gelatina absorbente, nitratos, agua oxigenada, también si procede compresión manual. En algún caso es necesario dar sutura al punto sangrante.
 5. Limpiar el estoma igual que en el edema.
 6. Utilizaremos dispositivo de dos piezas transparente para una visualización permanente.
 7. Participación activa/pasiva del paciente/familia.
 8. Registro de todas las intervenciones realizadas.

SALIDA PRECOZ DE LOS TUBOS

Los tubos ureterales tienen la función de drenado de la vía excretora superior. Sirve como tutor y modela la anastomosis uretero-intestinal, evitando estenosis y retracciones favoreciendo el proceso de cicatrización de las suturas anastomóticas al mantenerla en reposo al paso de la orina y evitando la aparición de fístulas. Su retirada es por orden facultativa: tirando con suavidad de los mismos.

- **Definición:** Pérdida de los tubos ureterales de forma precoz.
- **Causa:** mala movilización del paciente, pérdida de anclajes.
- **Manifestada:** por disminución de la diuresis, dolor.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Vigilancia estricta por el personal de enfermería.
 2. Precaución en la movilización del paciente.
 3. Comprobar los anclajes.

4. Control de diuresis.
5. En caso de salida precoz, avisar a cirujano.

OBSTRUCCIÓN DE LOS TUBOS

- **Definición:** obstrucción de los tubos ureterales.
- **Causa:** cuerpos extraños como coágulos, moco o cálculos en la pelvis renal que ocasionaría estancamiento de orina con el riesgo de comprometer el parénquima renal y/o ocasionar un fallo de la sutura de la unión urétero-ileal.
- **Manifestada:** por disminución de la diuresis, dolor.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Vigilancia estricta por el personal de enfermería de la correcta fijación del catéter derecho e izquierdo para control de la diuresis de los riñones respectivos.
 2. Descartar acodamientos, desplazamientos o excesiva presión del punto de sutura que los fija a la piel.
 3. Permeabilidad de los mismos.
 4. Control de diuresis identificando el tubo.
 5. Precaución en la movilización del paciente.
 6. Avisar a Cirujano en caso de obstrucción.
 7. Realizar lavado si está prescrito con las máximas medidas de asepsia. Introducir de 3 a 5 cc de suero fisiológico recogiendo mediante aspiración suave la cantidad introducida.
 8. Si persiste la obstrucción o no podemos recoger la cantidad introducida en su totalidad, avisar a cirujano.

6.7.2. COMPLICACIONES TARDIAS DE LAS OSTOMIAS

DERMATITIS

Descritas en las complicaciones inmediatas.

GRANULOMAS

- **Definición:** son lesiones de origen no neoplásico debido a material de sutura, irritación cutánea crónica y/o roce del dispositivo sobre el estoma.
- **Manifestado:** Una protuberancia epidérmica, pequeñas masas carnosas que aparecen alrededor o sobre el estoma de forma aislada o generalizada. Clínicamente: dolor, sangrado y/o molestias periestomales.
- **Prevención:**
 1. Adaptar el dispositivo de forma correcta, separación estoma-piel alrededor de 2-3 mm.
 2. Utilizar accesorios: pasta barrera, cinturón, etc. para aumentar la adhesividad y aislar zona afectada del contacto de agentes irritantes.
 3. Observar evolución de la sutura mucocutánea.
 4. Retirar puntos de sutura a los 15 días.
- **Intervenciones, cuidados, tratamiento:**
 1. Escuchar clínica referida por el paciente.
 2. Retirar dispositivo y observar zona lesionada.
 3. Valorar causa: suturas, dermatitis y/o rozes.
 4. Si es por sutura aplicar nitrato de plata.
 5. Si es por dermatitis aislar zona afectada ajustando tamaño del dispositivo al estoma y añadir accesorios. Si es por rozes y múltiples en mucosa consultar al facultativo su esclerosis.
 6. Hacer participe activo-pasivo al paciente-familia de todo el proceso.
 7. Registrar intervenciones realizadas.

ESTENOSIS

- **Definición:** disminución progresiva del calibre de la unión mucocutánea secundaria a necrosis, infección, obesidad, nuevos brotes de la enfermedad etc.
- **Manifestado:** Dificultad para realizar tacto digital, la clínica que manifiesta el paciente puede o no referir dificultad para evacuar.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

- **Prevención:** El tacto digital, la dilatación con sonda u obturador es la medida de prevención más eficaz y efectiva de prevenir las estenosis del estoma, las hemos descrito en las complicaciones inmediatas de infecciones y necrosis pero en este caso lo asumirá el paciente/familia.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. En la revisión del paciente preguntar si ha observado algún cambio en la evacuación en cantidad y forma de lo drenado, si sufre molestias al evacuar, dolor en la zona de la ostomía y/o dolor en fosa renal e impactación fecal que requiere cuidado sanitario.
 2. Observamos aspecto del estoma y realizamos tacto digital/uso de dilatadores (sonda vesical).
 3. Valorar grado de estenosis: leve, moderada o severa.
 4. En caso de estenosis leve realizar diariamente el paciente/familia dilatación del estoma mediante tacto, sonda u obturador.
 5. En caso de estenosis moderada realizar diariamente el paciente/familia una dilatación del estoma con sonda según el calibre de este y pautar dieta molida pobre en residuos. Consultar con el cirujano la cirugía de reconstrucción de forma programada y preferente.
 6. En caso de estenosis severa valorar conjuntamente con el cirujano la cirugía de reconstrucción urgente.
 7. Registrar intervenciones realizadas.

HERNIA PERIESTOMALES

- **Definición:** Es un fallo en la pared abdominal ocasionado por el acto quirúrgico.
- **Manifestado:** Pequeñas tumoraciones o grandes hernias y pueden acompañarse de prolapso que aumenta la dificultad de adaptación de los dispositivos. Clínicamente vemos un bulto irregular en la zona periestomal que es más evidente al estar de pie o al ejercer presión intraabdominal producida por esfuerzos físicos, tos, obesidad, etc.
- **Prevención:** En el informe de continuidad de cuidados le daremos las siguientes pautas de prevención.
 1. No modificar su peso habitual durante al menos 3-4 meses.
 2. Comer cinco veces al día de forma controlada.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

3. No esfuerzo físico durante 3-4 meses.
4. Ejercicio físico moderado: caminar, nadar, yoga, etc. durante 3-4 meses.

● **Intervenciones de enfermería:**

1. Observar el abdomen del paciente de pie y acostado.
2. Acostado el paciente explorar manualmente la zona periestomal para valorar integridad muscular.
3. Valorar las dimensiones de la protusión y la rotura de la pared.
4. Indicar al paciente los cuidados descritos en la prevención.
5. Colocar faja especial para hernia periestomal, recordándole al paciente que se la debe colocar acostado.
6. Ponerlo en contacto con el cirujano para que valore la indicación de la cirugía.
7. Hacer participe al paciente/familia de las intervenciones.
8. Registrar las intervenciones realizadas.

PROLAPSO

- **Definición:** La eversión de la mucosa a través del anillo rígido de la sutura mucocutánea que afecta a toda la pared del colón, su causa es iatrogénica. Puede presentarse de forma súbita pero es más habitual que sea progresivo. Observamos protusión del estoma pero que es mucosa lo que se evierte, que variará en longitud pudiendo ser mayor de 5 cc. Su solución es quirúrgica.

● **Intervenciones de enfermería:**

1. Escuchar al paciente cuando comenzó a notar la alteración, valorar crecimiento lento o brusco y que molestias le ocasiona.
2. Retirar el dispositivo y observar la mucosa en posición sentado y acostado.
3. Reducir manualmente la eversión con masajes circulares y presión al mismo tiempo en posición de decúbito supino.
4. Enseñar al ostomizado y/o familia a realizar esta actividad.
5. Aumentar el diámetro del dispositivo para evitar ulceraciones de la mucosa.
6. Facilitar el contacto con el cirujano.
7. Evitar esfuerzos físicos bruscos y que cuando se note que se salió acostarse e introducirlo para dentro.
8. Implicar al ostomizado y/o familia en todo el proceso.
9. Registro de las actividades realizadas.

FÍSTULA


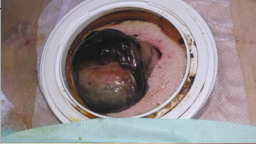

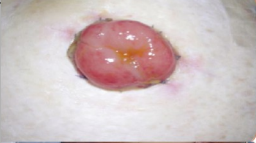

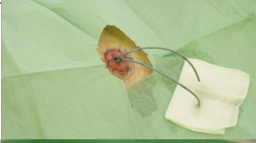

Debuta como absceso subcutáneo periostomal que se manifiesta como fístula enterocutánea periostomal con salida del contenido intestinal en otra zona distinta del orificio del estoma. Puede presentarse por recidiva de enfermedad inflamatoria, puntos perforantes y cono del sistema de irrigación. Su tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.

1. Observar y anotar clínica referida por el paciente.
2. Valorar conjuntamente con el cirujano.
3. Retirar dispositivo y observar orificio fistuloso.
4. Valorar trayecto de la fístula con fistulografía .
5. Anotar diariamente: aspecto, débito por fístula y por estoma, color del drenado, consistencia, olor, etc.
6. Intentar independizar orificio fistuloso del dispositivo.
7. Aplicar apósito oclusivo en orificio fistuloso.
8. Implicar al paciente y/o familia en todas las actividades.
9. Registrar actividades realizadas.






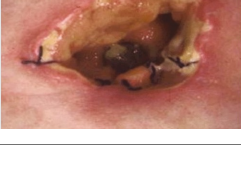
ÚLCERA Y ESCORIACION DE LA MUCOSA

- **Definición:** Heridas en piel y mucosa como consecuencia de incrustación de cristales de fosfato en piel y mucosa del estoma por alcalinización de la orina.
- **Manifestado:** heridas en piel, estenosis del estoma, hemorragia e irritación cutánea.
- **Intervenciones de enfermería:**
 1. Vigilar y comprobar ph de orina con tiras reactivas: 5.5 – 6.5.
 2. Lavados con ácido acético (solución de vinagre al 1:2 o 1:5).
 3. Ingesta de alimentos ricos en vitamina C para acidificar la orina.



CUADRO COMPLICACIONES INMEDIATAS

		SIGNOS DE ALARMA	INTERVENCIONES
DERMATITIS		1° grado presenta eritema, edema y dolor	1. Valorar las características de la lesión (la extensión y el grado).
		2° grado presenta erosiones, sangrado y exudado	2. Ajustar tratamiento al grado de la lesión.
NECROSIS		Coloración del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro	1. Avisar y valorar la necrosis cirujano/enfermera.
			2. Controlar color, aspecto, la extensión de la necrosis y la funcionalidad del estoma.
INFECCIÓN Y SEPARACIÓN MUCOCUTÁNEA		Celulitis o supuración periestomal, fiebre, rubor y dolor	1. Avisar y valorar la dehiscencia/infección junto con el cirujano.
			2. Valorar y registrar la localización y la extensión de la lesión.
EDEMA		Mucosa brillante y tensa, dilatada y cambia el color	1. Avisar y valorar el edema junto con el cirujano.
			2. Registrar aspecto, tamaño, color y funcionalidad del estoma.
HEMORRAGIA		Sangre en la bolsa del dispositivo	1. Avisar y valorar la hemorragia cirujano/enfermera.
			2. Registrar cantidad de la pérdida, aspecto arterial de la misma y localización de la zona sangrante.
SALIDA PRECOZ DE CATETERES URETERALES		Disminución de la diuresis	1. Avisar a Cirujano.
		Dolor	
OBSTRUCCIÓN		No permeabilidad de catéter	1. Avisar a Cirujano.
			2. Si está indicado, lavados del catéter con máximas medidas de asepsia y si no se soluciona, avisar a Cirujano.

CUADRO COMPLICACIONES TARDÍAS

		SIGNOS DE ALARMA	INTERVENCIONES
DERMATITIS		1º grado presenta eritema, edema y dolor.	1. Valorar las características de la lesión (la extensión y el grado).
		2º grado presenta erosiones, sangrado y exudado	2. Ajustar tratamiento al grado de la lesión.
ESTENOSIS		Dificultad para realizar tacto digital	1. Valorar grado de estenosis: leve, moderada o severa. 2. En estenosis leve realizar diariamente dilatación del estoma
		El paciente puede referir dificultad para evacuar	3. En estenosis moderada consultar con el cirujano la cirugía de reconstrucción de forma programada y preferente.
			4. En estenosis severa valorar con el cirujano la cirugía de reconstrucción urgente.
GRANULOMA		Protuberancia epidérmica periestomal	1. Escuchar clínica referida por el paciente observar zona lesionada. 2. Valorar causa: suturas o dermatitis y ajustar tratamiento
		Pequeñas masas carnosas alrededor del estoma	
		Molestias periestomales y/o dolor	
HERNIA PERIESTOMALES		Bulto irregular en la zona periestomal	1. Valorar las dimensiones de la protusión y la rotura de la pared. 2. Ponerlo en contacto con el cirujano para que valore la indicación de la cirugía.
FÍSTULA		Salida del contenido intestinal en otra zona distinta del orificio del estoma	1. Valorar conjuntamente con el cirujano.
RETRACCIÓN		Hundimiento del estoma debido a que el asa intestinal queda muy tensa	1. Utilizar dispositivos adecuados

CUADRO COMPLICACIONES TARDÍAS

		SIGNOS DE ALARMA	INTERVENCIONES
PROLAPSO		Protusión del estoma	2. Evitar aumento de peso.
			1. Reducir manualmente la eversión
			2. Facilitar el contacto con el cirujano.
ÚLCERA Y ESCORIACIÓN DE LA MUCOSA		Irritación cutánea	1. Medir ph
		Herida en piel	
		Hemorragia	2. Lavado con ácido acético (Vinagre)
		Estenosis del estoma	

6.8. ANEXO 8 - RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES GENERALES

- Se desaconseja tomar café o bebidas con gas.
- Es conveniente condimentar los platos salvo en casos en los que el médico lo contraindique.
- Se deben evitar las comidas abundantes. Repartir las dietas en 6 tomas es lo ideal.
- Es importante mantener un horario regular de comidas.
- La preparación de los alimentos debe ser sencilla, evitando fritos, rebozados y grasas de difícil digestión.
- Se aconseja no tomar alimentos muy fríos o muy calientes.
- Se debe procurar comer despacio y en un ambiente tranquilo, masticando bien los alimentos.
- Es bueno reposar sentado hasta media hora después de las comidas principales.
- Suprimir la fibra vegetal no hidrosoluble.
- Suprimir los alimentos flatulentos.
- Es importante beber una cantidad de líquidos suficiente (2-3 litros) sobre todo entre comidas.

El tema de la alimentación no es siempre un problema en el portador de un estoma. No existen alimentos prohibidos para las personas que la portan.

En cirugía colorrectal, en caso de volumen muy elevado de deposiciones líquidas que pueden ocasionar deshidratación:

- Fármacos frenadores del peristaltismo.
- Suplementos de fibra vegetal hidrosolubles antes de las comidas
- Suplementar con soluciones de rehidratación.
- Alimentos que espesen las heces: pan, arroz, plátano

ESPECIFICIDADES

EN CASO DE ILEOSTOMÍAS:

- Tomar con moderación las frutas.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

- Verduras y legumbres trituradas.
- Mayor aporte de líquidos dependiendo de la pérdidas de la bolsa.
- Masticar bien para prevenir obstrucciones alimentarias (maíz, champiñones...).

EN CASO DE UROSTOMIAS:

- Beber de 2-3 litros de agua al día para conseguir una orina clara y limpia (salvo contraindicaciones).
- Beber zumos de frutas cítricas (naranjas, arándanos,...) que acidifiquen la orina.
- Tener en cuenta medicamentos que modifican la orina (color, olor...).

OBSERVACIONES:

Alimentos que producen gases	Bebidas carbónicas (cola, gaseosas) Legumbres Espárragos Verduras (coliflor, repollo, brócoli)
Alimentos que aumentan el olor	Ajos, cebollas col, legumbres, espárragos, huevos, pescado (azul)
Alimentos que reducen el olor	Yogurt, cuajada, requesón, suero de leche Perejil (añadido en las comidas) Mantequilla Jugo de arándanos
Alimentos recomendados en caso de estreñimiento	Verduras, ensaladas, frutas (kiwi, naranja) zumos, pan y cereales integrales, fruta seca
Alimentos recomendados en caso de diarrea	Pasta, arroz, zanahoria cocida, pescado a la plancha, pan blanco, plátano, zumo de limón, manzana rallada, leche sin lactosa

6.9 ANEXO 9 - GUÍA RÁPIDA PARA DETECTAR Y CORREGIR LA DESHIDRATACIÓN

	SINTOMAS	TRATAMIENTO
DESHIDRATACIÓN	Sed, boca seca, poca orina, piel seca, fatiga, falta de aire, dolor de cabeza, ojos secos, cólicos abdominales	Aumentar ingesta de líquidos ricos en sodio
FALTA DE SODIO	Pérdida de apetito, somnolencia, calambres, dolor de cabeza, desmayo, frío en piernas y manos, cólicos abdominales	Aumentar ingesta alimentos y líquidos ricos en sodio
FALTA DE POTASIO	Fatiga, debilidad muscular, falta de aire, pérdida de sensibilidad en manos y pies	Aumentar ingesta alimentos ricos en potasio: plátanos, piña, jugo de naranja

6.10. ANEXO 10 - CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS

Esta carta presenta las necesidades especiales de este colectivo en particular y los cuidados que requieren.

El objetivo de la Asociación Internacional de Ostomizados es que todo ostomizado tenga una calidad de vida satisfactoria después de la cirugía y que esta **CARTA** de derechos sea reconocida en todos los países del mundo.

El ostomizado tiene derecho a:

- Recibir orientación antes de la cirugía para asegurar que entiende claramente los beneficios de la cirugía y los factores esenciales de vivir con un estoma.
- Tener un estoma bien hecho en el lugar apropiado considerando la comodidad del paciente.
- Recibir ayuda médica profesional y cuidados de enfermería especializada, con soporte psicosocial antes y después de la intervención, sobre el cuidado y manejo de su estoma, tanto en el hospital como en su comunidad.
- Tener la información y oportunidad de escoger entre la variedad de equipos disponibles para su estoma.
- Tener a su disposición información sobre la Asociación Nacional de Ostomizados y sobre los servicios y apoyo que pueden proporcionarle.
- Recibir ayuda e información para beneficio de la familia, cuidadores y amigos con el fin de que puedan entender las condiciones y adaptaciones necesarias para lograr una vida satisfactoria con su estoma.
- Tener la certeza de que la información personal referente a la cirugía será manejada con discreción y confidencialidad a efectos de mantener su privacidad. Ningún dato referente a su estado de salud será revelado por aquellos que posean esta información a ninguna entidad implicada en la fabricación, venta o distribución de productos de ostomía o relacionados, sin el consentimiento expreso del paciente ostomizado.
- Estar protegido frente a cualquier forma de discriminación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. *Carpenito, Lynda Juall*. Diagnósticos de enfermería: Aplicaciones a la práctica clínica. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2003.
2. *Enfermería Médico Quirúrgica*. Tomo 3. Ed. DAE. 2001.
3. Joan Martí Ragué, Montserrat Teguido Valentí. Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento. Doyma. Barcelona: Doyma, 1999.
4. *McCloskey JC., Bulechek GM*. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). Ed. Elsevier-Mosby. 3ª Edición 2002.
5. *Michael M. Henry, Jeremy N. Thompson*. Cirugía Clínica. Ed. Masson. 2005.
6. *Moorhead S., Johnson M., Maas M*. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. Elsevier-Mosby. 2003.
7. *North American Nursing Diagnosis Association*. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. NANDA 2003-2004.
8. *Michael M. Henry, Jeremy N. Thompson*. Cirugía Clínica. Ed. Masson. 2005
9. *Cerezo San Martín M., Real López H., Gómez González G., Carrillo Cano J*. Planes básicos de cuidados: paciente urostomizado. Hospital General Universitario. Murcia. Revista AEEU. Nº 71. 1999: 42-47.
10. *Real Romaguera A., Piquer Boscai C., Rubia Fernández A., Ferrer Casares H*. Beneficio del ejercicio físico en la recuperación del paciente intervenido de Bricker. Escuela Enfermería y Servicio Urología. Hospital Valencia. Rev. Enfuro. Nº 102. Junio 2007: 32-41.
11. *Gracia Berccero C., Regueira Morandeira ML., García Díez R., Zabalza Martínez D., Martínez López E., Sánchez Martín A*. Cuidados de enfermería intra y extrahospitalarios dirigidos a pacientes urostomizados. Servicio Urología Hospital Universitario La Paz. Madrid. Rev. Enfuro. Nº 78. Junio 2001: 15-19.
12. *Berrio Galán G., Casanova Tardio M., Piqué Tió N., Teguido Valenti M*. Cuidados de enfermería en el paciente ostomizado (Bricker). Ciutat Sanitaria Universitaria de Bellvitge. Barcelona. Rev. AEEU. Nº 85. Marzo 2003: 7-9.

Atención Integral y Especializada a la Persona Portadora de un Estoma

13. *Marín Moreno J., Carballo Nuñez MA., Esquinas Torres S., Maestud Martín G., Guijarro Gómez A.* Plan Cuidados estandarizado: cistectomía radical tipo Bricker. Rev. Enfuro. Nº 81. 2002: 10-12.
14. *Salas Moreno M.* Actualización del procedimiento de la cura del estoma urinario. Unidad de hospitalización de urología. Hospital Universitario Son dureta. Palma de Mallorca. AEEU. Nº 76. 2000: 43-49.
15. *Meneses Escribano MJ.* Et Al. Complicaciones precoces y tardías de los estomas urinarios. Servicio Urología Hospital 12 de Octubre. Madrid. Rev. AEEU. Nº 68. 1998: 42-47.
16. *Egea González SC., Perales Martínez E., Zomeño Delgado A., Domínguez Barriales M.* La enfermería en el preoperatorio de la ureteroileostomías tipo Bricker: ¿Qué tenemos que aportar? Rev. Enfuro. Nº 89. 2004: 11-16.
17. *Luque Llaosa M.* Cuidados de enfermería a pacientes que requieren ostomías de derivación urinaria. Fundación Puigvert. Barcelona. Rev. AEEU. Nº 66. 1998: 51-56.
18. *Bajo Herencia I.* Seguimiento de las recomendaciones de enfermería dadas al alta hospitalaria a pacientes ostomizados. Complejo hospitalario de Toledo. Servicio Urología Hospital "Virgen de la salud". Rev. AEEU. Nº 66. 1998: 57-63.