







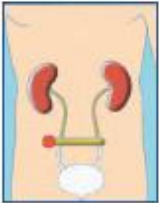





Portada

Coloplast Alterna

La solución específica para cada necesidad

	Bolsas 1 pieza	Bolsas 2 piezas
colostomía con heces sólidas 	Uso habitual  Alterna Ideal cerrada 1 pieza	En caso de Piel delicada o dermatitis  Alterna Ideal cerrada 3 piezas  Easiflex cerrada 2 piezas
ileostomía o colostomía con heces líquidas 	Ocasionalmente  Alterna Ideal Confort abierta 1 pieza	Uso habitual o Piel delicada, dermatitis o diarrea  Alterna Ideal Confort abierta 3 piezas  Easiflex abierta 2 piezas
urostomía 	Ocasionalmente  Alterna urostomía 1 pieza	Uso habitual o Piel delicada, dermatitis  Alterna urostomía 3 piezas  Alterna Ideal Set de urostomía Multicanal

Autores

Grupo C.I.D.O.

Elisa Barbado San Martín
Supervisora Cirugía. Hospital Central Asturias.

Carmen Blanco Domínguez
Supervisora Cirugía. Hospital Valle Hebrón. Barcelona.

Pilar Blasco Belda
Supervisora Cirugía. Hospital La Fe. Valencia.

Mercé Centellas Morral
Enfermera Cirugía. Hospital San Juan de Dios. Martorell (Barcelona).

Isabel Fernández Rodríguez
Supervisora Cirugía. Hospital Central Asturias.

Virginia Gómez Megías
*Supervisora Cirugía. Estomaterapeuta.
Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

Paloma Jiménez Fernández
Supervisora Cirugía. Hospital Universitario de Getafe - Madrid

Adela Lliso Sempere
Supervisora Cirugía. IVO. Valencia.

Lourdes Lluís Bordoll
*Enfermera Cirugía. Unidad de Coloproctología.
Hospital Pare Taulí. Sabadell (Barcelona).*

Maribel Sánchez de la Blanca
Enfermera Estomaterapeuta. Hospital del Mar (Barcelona).

Índice general

Introducción	5
Conceptos básicos	7
Definición y clasificación	
Colostomía	9
Ileostomía	11
Urostomía.....	12
Dispositivos para el cuidado de las ostomías	15
Sistemas Colectores.....	15
Sistemas Continentes	18
Accesorios y protectores cutáneos.....	23
Criterios de elección de los dispositivos	23
Cuidados preoperatorios	27
Ingreso del paciente en la unidad de enfermería	27
<i>Ingreso en la unidad</i>	
<i>Valoración del paciente</i>	
Preparación mecánica del colon	28
<i>Utilidad</i>	
<i>Posibilidades de actuación</i>	
<i>Profilaxis antibiótica</i>	
<i>Profilaxis tromboembólica</i>	
Ubicación idónea del estoma.....	29
<i>Técnicas de localización</i>	
Presentación del dispositivo	32
Información sobre su situación al salir del quirófano	32
Cuidados en el post-operatorio	33
Valoración física del paciente	33
Valoración continuada sobre posibles complicaciones inmediatas	34
<i>Irritación cutánea</i>	
<i>Necrosis</i>	
<i>Hemorragia</i>	

Dehiscencia	
Edema	
Infección periestomal	
Educación sobre auto cuidados	35
Estimulación de la comunicación	36
Educación sobre auto cuidados	35
Comprobar la correcta asimilación de la información recibida	36
Modelo de cuidados post-quirúrgicos.....	37
Modelo de alta de enfermería	38
Cuidados después del alta	39
Cuidados generales del estoma	39
<i>Material necesario</i>	
<i>Higiene del estoma y piel periestomal</i>	
<i>Utilidad</i>	
Posibles problemas.....	43
Complicaciones tardías de un estoma.....	43
<i>Irritación cutánea</i>	
<i>Estenosis</i>	
<i>Retracción</i>	
<i>Prolapso</i>	
<i>Hernia</i>	
<i>Granulomas</i>	
<i>Puntos intolerados</i>	
<i>Otros</i>	
Consejos dietéticos	47
Aspectos psicológicos	58
Sexualidad	58
Natación, baño y ducha.....	59
Vida Social y viajes	59
Embarazo y contracepción	60
Recomendaciones en caso de tratamientos complementarios	60
Bibliografía.....	61

Introducción

Esta guía está dirigida a los profesionales de enfermería para que conozcan los cuidados más adecuados que requiere una persona ostomizada en las distintas fases de su recuperación. Con esta guía se pretende unificar conceptos y establecer un método de trabajo. La idea de su elaboración surgió a raíz de la necesidad de formación del profesional de enfermería, detectada en un sondeo mediante encuestas a 209 pacientes, 51 familiares y 58 profesionales.

Los pacientes ostomizados no pueden agruparse en una única categoría. Tienen ansiedades y necesidades particulares y algunos aceptan mejor su estoma que otros.

El objetivo principal del personal de enfermería debe ser el conseguir que el paciente acepte su nuevo estado de salud. Para ello, debemos lograr que el paciente aprenda a cuidar su estoma y realizar su higiene diaria, que acepte física y psicológicamente su nueva imagen corporal, que tenga y comprenda toda la información sobre cuidados de higiene, alimentación y eliminación, y por último, tenemos que instruirle para detectar y evitar posibles complicaciones.

La Guía está dividida en cinco apartados:

Conceptos básicos:

se expone de manera breve lo que es una ostomía, la clasificación de las mismas, sus causas y las técnicas quirúrgicas empleadas para su realización.

Dispositivos:

se explican los distintos tipos de dispositivos disponibles para el cuidado de los estomas.

Cuidados en el preoperatorio:

se comentan los distintos pasos que se deben seguir antes de la intervención.

Cuidados en el post-operatorio:

Se dan las pautas a seguir durante la estancia hospitalaria, incluyéndose un modelo de ficha de seguimiento postquirúrgico así como el alta de enfermería.

Cuidados después del alta:

Se comenta la actuación de enfermería en consulta hospitalaria o bien en atención primaria una vez que el paciente ha sido dado de alta. Asimismo se incluyen las posibles complicaciones así como la actuación de enfermería.

Conceptos Básicos

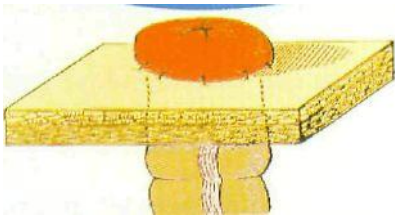
Conceptos básicos

Definición y clasificación

Ostomía

Es la derivación quirúrgica de una víscera (generalmente el intestino o la vías urinarias), para que aflore en la piel, en un punto diferente al orificio natural de excreción. La palabra estoma proviene del griego y significa boca.

Estoma



Los conductos que se forman espontáneamente entre dos órganos huecos o entre un órgano y la piel, se denominan fístulas. A diferencia de un estoma quirúrgico, una fístula está producida generalmente por una complicación quirúrgica o patológica.

Clasificación de ostomías

Existe un gran confusionismo sobre la terminología de las ostomías, por lo que es importantísimo, para poder hablar de ellas, hacer previamente una clasificación.

Las ostomías se pueden clasificar atendiendo a distintos criterios. Estos son los siguientes:

Según su función:

- ***Estomas de nutrición:***

Son una **vía** abierta de alimentación mediante una sonda en el aparato digestivo.

- ***Estomas de drenaje:***

Son una vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.

- ***Estomas de eliminación:***

Su misión es crear una salida al contenido fecal o urinario.

Según el tiempo de permanencia:

- ***Temporales:***

Realizadas para que, una vez resuelta la causa que las originó, se pueda reestablecer el tránsito intestinal o urinario.

- ***Definitivas:***

Son aquellas en las que, bien por amputación completa del órgano o cierre del mismo, no existe solución de continuidad.

Según el órgano implicado:

- ***Colostomía***
- ***Heostomía***
- ***Urostomía***

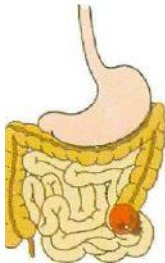
Nos vamos a centrar en esta última clasificación.

Colostomía

Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal abocándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial al contenido fecal

Técnicas quirúrgicas:

- **Colostomía definitiva**, se realiza tras la exéresis completa de recto y del aparato esfinteriano anal, lo que implica la pérdida de la continencia fecal de por vida.



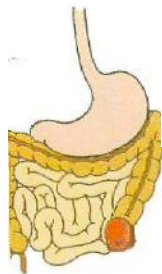
Se suelen realizar a nivel de colon descendente o sigmoide. Se exterioriza una boca única. (Fig. 1)

- **Colostomía temporal** según el número de bocas puede ser:

Única: Se reseca la parte de colon afectado, el colon proximal se exterioriza como una colostomía terminal y el muñón distal se sutura dentro de la cavidad abdominal. Se denomina Hartmann (Fig. 2)

Fig. 1.
Colostomía descendente (definitiva)

Doble: Se realiza una incisión lateral en el colon y se exteriorizar y mantienen las dos bocas por medio de un tutor rígido, que se retira aproximadamente a los diez días de la intervención (Colostomía en asa). (Fig. 3)



Otra posibilidad es seccionar el colon y fijar los 2 extremos en la piel, dejando un puente cutáneo entre ellos (Cañón de escopeta). (Fig. 4)

Por último, se puede realizar otra técnica de exteriorización de dos bocas separadas formando dos estomas diferentes (Devine). (Fig. 5)

En las heces

2. Hartmann

colostomías dobles la boca proximal es la que elimina la; (funcionante) mientras que la distal elimina únicamente moco (no funcionante). Fig.

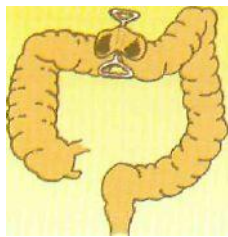


Fig. 3. Colostomía en asa

Boca funcionante. Fístula mucosa

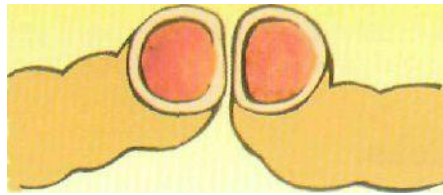


Fig. 4. Colostomía en cañón de escopeta

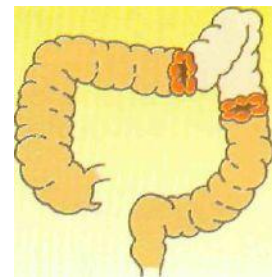


Fig. 5. Colostomía dividida (Devine)

Fig. 5. Colostomía dividida (Devine)

Clasificación

La clasificación de las colostomías según su localización anatómica es:

- Cecostomía: se realizan a la altura del ciego en el lado derecho del abdomen. Son poco frecuentes.
- Colostomía ascendente: se realizan en el colon derecho y, al igual que cecostomía, se sitúan en el abdomen derecho. Se realizan ocasionalmente.
- Colostomía transversa: se realiza a la altura del colon transverso y se localiza en la zona superior derecha o izquierda del abdomen. Se hace con frecuencia en cirugía de urgencia para descomprimir el colon.
- Colostomía descendente: se realiza en el colon descendente y se exteriorizan en el lado izquierdo.
- Colostomía sigmoidea: es la más habitual. Se localiza en el colon sigmoideo en el lado izquierdo del abdomen.

A medida que la colostomía es más distal, las heces son más sólidas y menos irritantes para la piel. (Fig.7)

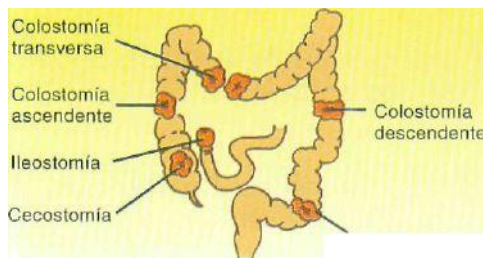


Fig 6. Tipo de Ostomía

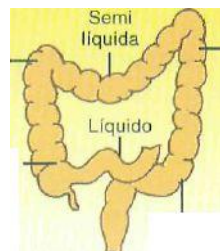


Fig 7. Tipo de fluido

Causas

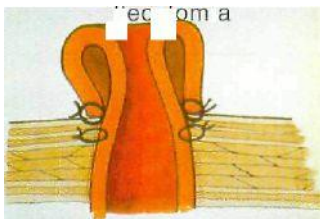
Las causas más frecuentes de colostomía son las siguientes:

- Cáncer de colón, recto y ano
- Oclusión u obstrucción intestinal
- Poliposis familiar
- Diverticulitis
- Causas congénitas
- Traumatismos anorrectales
- Otras: infección perianal, fístulas

Ileostomía

Es la exteriorización del íleon a la pared abdominal en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Las heces producidas en este caso son fluidas y continuas, siendo muy irritantes para la piel por su alto contenido en enzimas proteolíticas.

Técnicas quirúrgicas:



Operación de **Brooke**

- **Ileostomía definitiva.** Es el resultado de una amputación total de colon y recto, abocando a piel el extremo del íleon que esté libre de enfermedad. Esta exteriorización se realiza mediante la eversión de la pared intestinal, quedando un pezón o tetón (técnica de Brooke) con el fin de evitar el contacto de las heces con la piel circundante

al estoma.

- **Ileostomía temporal,** Al igual que en las colostomías, existen dos alternativas: *ileostomía en asa con tutor o en cañón de escopeta.* Se suelen realizar en cirugía programada como prevención a la anastomosis ileoanal con reservorio, para disminuir el riesgo de infecciones y dehiscencia de suturas empleadas para realizar el reservorio.

- **Anastomosis ileoanal con reservorio** que consiste en la creación de un; bolsa o reservorio con el íleon terminal que permita desempeñar la función de almacenamiento de las heces.

Causas

Las causas más frecuentes de ileostomía son las siguientes:

- Colitis ulcerosa
- Poliposis cólica familiar
- Enfermedad de Crohn
- Cáncer de colon y recto
- Enterocolitis
- Amebiasis

Clasificación de las ostomías digestivas

Clasificación de las ostomías digestivas según su localización anatómica:

Tipo de Ostomía	Tipo de Fluido	Acción
Ileostomía	Líquido	Irritante****
Cecostomía	Líquido	Irritante***
Colostomía ascendente o derecha	Semilíquido	Irritante**
Colostomía transversa	Semilíquido/Semisólido	Irritante*
Colostomía descendente o izquierda	Heces formadas	No irritante
Sígmoidostomía	Heces sólidas	No irritante

Urostomía

Implica la cistectomía y el desvío del curso de la orina a la piel o a la luz intestinal

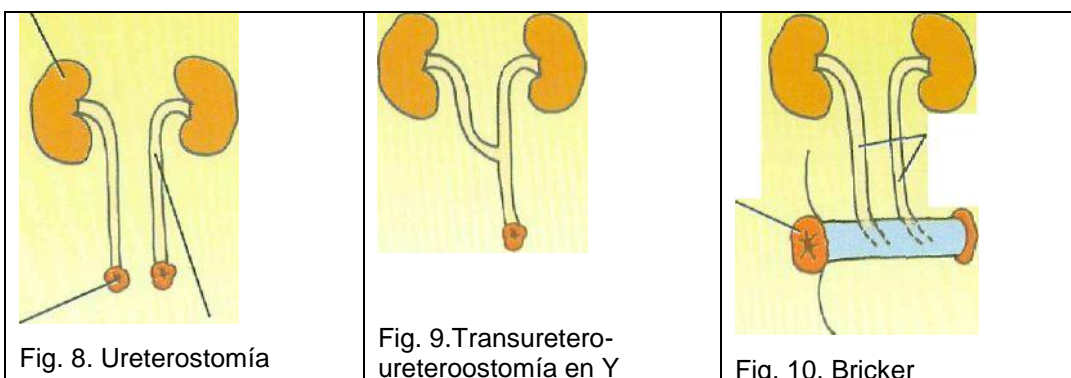
Técnicas quirúrgicas:

- **Temporales:** Son aquellas en las que se puede restablecer posteriormente la continuidad del trayecto normal de la orina.
- **Definitivas:** Se hacen con la intención de mantenerlas por tiempo indefinido, no siendo posible restablecer la continuidad.

Internas: de uréteres a intestino en continuidad: •
Urétero-sigmoideostomía •Vejiga rectal

Externas:

1. Directamente de pelvis o riñón a piel:
 - Pielostomías: cuando la parte derivada es pelvis renal.
 - Nefrostomías: en este caso la parte derivada es el parenquima renal.
 - Nefrostomías en raqueta.
2. Directamente de uréter a piel:
 - Ureterostomía unilateral: si se deriva un único uréter.
 - Ureterostomía bilateral: si se derivan ambos uréteres. (Fig. 8)
 - Ureterostomía en cañón de escopeta: cuando los dos uréteres se abocan a la piel y se localizan juntos.
 - Transuretero-ureterostomía en Y: cuando se realiza una derivación de un uréter a otro y éste se aboca a la piel. (Fig.9)
3. Con tramo de intestino interpuesto entre uréter y piel:
 - Con intestino grueso,
 - Con intestino delgado (técnica de Bricker): Se aísla un segmento de íleon que se abre en un estoma. Los uréteres se hacen llegar a es: porción aislada. El estoma se realiza evertiendo el segmento intestinal como si se tratara de una ileostomía. (Fig.10)



Las tres técnicas principales de ostomías urinarias son: las ureterostomías cutáneas, la uretero-sigmoidostomía y la técnica de Bricker.

Causas

Las causas más frecuentes de urostomía son las siguientes:

- Neoplasias urológicas y extraurológicas
- Vejiga neurógena
- Malformaciones congénitas
- Extrofia vesical
- Uropatías obstructivas
- Traumatismos

Dispositivos para el cuidado de las ostomías

Dispositivos para el cuidado de las ostomías

Los dispositivos pueden ser:

- Colectores
- Continentes
- Accesorios y protectores cutáneos

Sistemas Colectores

Se utilizan para lograr una recogida cómoda y eficaz de las excreciones intestinales y de la orina. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de desecho.

Características que deben reunir los sistemas colectores

Principales (afectan al adhesivo)

- **Seguridad de sujeción:** deben tener un poder de fijación suficiente, que asegure la independencia del individuo portador.
- **Protección de la piel:** los materiales que forman parte del adhesivo deben prevenir la irritación de la piel periestomal.

Secundarias

- **Eficacia:** deben recoger óptimamente los residuos y facilitar la eliminación de gases.
- **Manejabilidad:** tanto la aplicación como la retirada del dispositivo debe ser fácil para la persona ostomizada.
- **Discreción:** deben ser discretos y no hacer ruido.
- **Filtración:** deben filtrar los malos olores.

Tipos de sistemas colectores

• **Dependiendo del tipo de evacuación:**

Cerrados: Están termoseñadas y es necesaria una bolsa para cada utilización.

Abiertos: El extremo inferior está abierto con lo que la bolsa se puede vaciar. Existen 2 tipos :

- Abiertas: se cierran mediante una pinza.
- De Urostomía: se cierran mediante una válvula de vaciado.

• **Dependiendo del sistema de sujeción.**

Único: El adhesivo y la bolsa forman una sola pieza que se coloca directamente sobre la piel.

Múltiple: El disco adhesivo y la bolsa son dos elementos que se presentan por separado. La bolsa se adapta al disco a través de un aro de plástico. Se dice que son 2 piezas cuando el disco y la bolsa engranan directamente. Los sistemas más modernos se denominan de 3 piezas, ya que además existe un tercer elemento, el cierre de seguridad (clipper) que garantiza la unión de la bolsa al disco.

• **Atendiendo al color:**

Transparentes: Permiten observar el estoma y ver el contenido. Son las de uso idóneo en el hospital.

Opacas: Son de color beige, más discretas

Evolución de los sistemas colectores

La evolución que han sufrido estos dispositivos ha ido unida a la aparición de adhesivos cada vez más avanzados.

Las primeras bolsas de ostomía desechables aparecieron en los años 50. Llevaban un adhesivo de óxido de zinc con un gran poder de fijación pero con escaso poder de absorción y transpiración, lo que causaba grandes irritaciones.

nes de la piel periestomal. En 1972 aparecieron las bolsas con resina natura de Karaya, muy blanda y amoldable y con gran poder de absorción. No obstante, su baja adhesividad y su facilidad para la disgregación han desechado prácticamente su uso.



Dos adhesivos diferentes enrollados sobre sí mismos para conseguir un efecto sinérgico

Seguridad
por su elevado poder de fijación

Protección
por su elevado poder de absorción

La 3ª generación de bolsas apareció en 1978 a partir de la introducción de resinas sintéticas que llevan en su composición hidrocoloides con propiedades absorbentes y protectoras para la piel y polímeros que proporcionan adhesividad. Estas resinas son muy flexibles y no se disgregan con la humedad y calor.

En 1992 se introducen las resinas de 4- generación (Swiss Roll), formadas por 2 resinas diferentes enrolladas en un sistema de líneas paralelas concéntricas, consiguiéndose un efecto sinérgico.

La ventaja de este adhesivo es que la piel contacta cada vez con un adhesivo diferente, lo que la mantiene en mejores condiciones. Estos adhesivos están engrosados en el centro para una máxima absorción y están biselados en el extremo para una mayor flexibilidad y adaptación.

Existen mezclas de adhesivos diferentes según cada necesidad, ya que cada tipo de bolsa tiene un tiempo de permanencia distinto.

Además de los adhesivos, con los años han ido evolucionando el resto de los componentes de las bolsas:

- **Filtros:** los llevan todas las bolsas cerradas. Están constituidos por un disco de carbón activado que permite el paso del aire, pero retiene el olor. En los dispositivos más modernos los filtros son muy eficaces.
- **Plásticos:** en la actualidad se usan plásticos muy avanzados que mantienen los olores dentro de la bolsa y a la vez hacen muy poco ruido.
- **Tela sin tejer:** transpirable en la cara interna que evita el contacto de la piel con el plástico.
- **Válvula de vaciado y válvula antirreflujo:** en las bolsas de urostomía.

Gama de sistemas colectores

Sistema único	<ul style="list-style-type: none"> • Cerradas • Abiertas • Urostomías 	<ul style="list-style-type: none"> • Mini, midi, maxi • Pediátricas 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparentes • Opacas
Sistema múltiple	<ul style="list-style-type: none"> • Cerradas • Abiertas • Urostomías 	<ul style="list-style-type: none"> • Mini, midi, maxi Pediátricas 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparentes • Opacas

- Sistema convex Integrado

•

Sistema Continentes

Mediante su utilización se consigue el control voluntario y el dominio del momento de evacuación de heces y flato.

Indicaciones:

- Colostomías descendentes y sigmoidostomías con heces sólidas y con una regularidad en el débito.

Tipos de sistemas continentes:

- Irrigación
- Obturador
- Combinación irrigación y obturador.

Irrigación

Es el método mecánico de regulación de la actividad intestinal, que consiste en un lavado intestinal por medio de la introducción de agua (500 a 1.500 ce), a temperatura corporal a través del estoma. El método se basa en que la colostomía sólo funcionará como respuesta al estímulo mecánico que es la instilación regular de agua (cada 24 ó 48 horas).

El equipo requerido para la irrigación está compuesto de:

- Depósito de agua con escala de temperatura. (Fig. 11)
- Cono de plástico. (Fig. 12)
- Tubo de plástico transparente que une el depósito con el cono y tiene una válvula para regular el paso del líquido. (Fig. 13)
- Manga de irrigación que se sujeta al abdomen mediante una base y un cinturón. (Fig. 14)

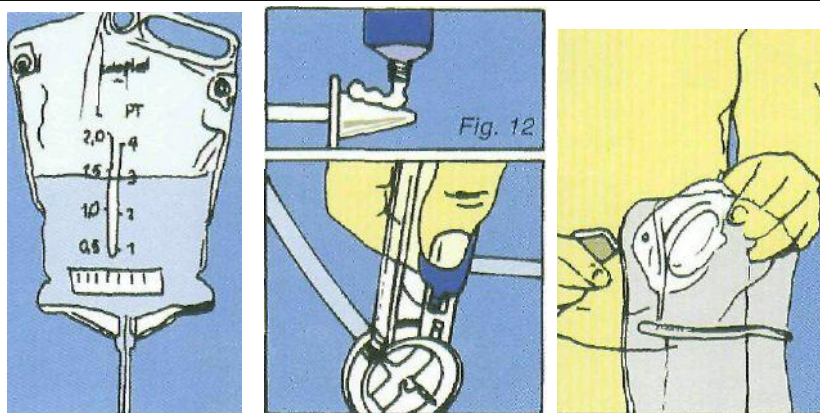


Fig. 11. El depósito se llena de agua templada, cono y se ceba el tubo, Fig. 13. Se lubrica el tubo y se adapta al estoma con ayuda del cinturón. Fig. 14. La manga se fija a la base del cinturón y ésta se adapta al estoma con ayuda del cinturón.

Procedimiento

- Llenar el depósito con agua templada. Cegar el tubo para eliminar todo el aire de su interior y lubricar el cono. (Fig. 11, 12 y 13)
- Fijar la manga a la base del cinturón y colocar ésta alrededor del estoma sujetándola con el cinturón. (Fig. 14)
- Realizar un tacto para comprobar la dirección del intestino.
- Introducir el cono en la colostomía a través del extremo superior de la manga. Abrir la válvula de paso para que, poco a poco, vaya entrando el agua en el colon (Fig. 15). Tener en cuenta que la bolsa de agua debe quedar a la altura del hombro. (Fig. 16)
- Cuando ha entrado toda el agua se cierra la válvula, se retira el cono y se dobla la manga cerrándola en la parte superior.
- En el momento que empieza la descarga se desdobra la manga, se cierra sólo por la parte superior y se introduce la inferior en el inodoro hasta que se completa la evacuación. (Fig. 18)



Fig. 15. El cono se introduce en el estoma y se abre la llave de paso

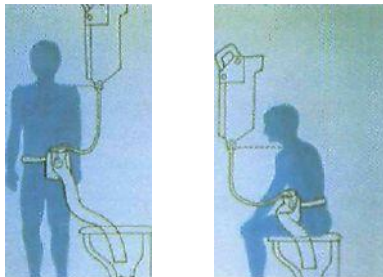


Fig. 16. Durante la irrigación, la bolsa de agua debe quedar a la altura del hombro



**Después de
20-30
minutos se
produce la
descarga**

Fig.17. Descarga de heces

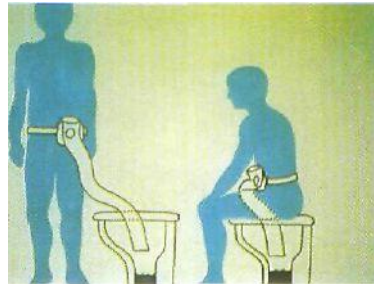


Fig. 18. Descarga de heces

Finalizado el proceso hasta la última evacuación, que ha requerido un tiempo entre 1 y 2 horas, se retira la manga y se realiza la higiene de la colostomía. Después, la persona se puede colocar una pequeña bolsa colectora o un obturador.

El profesional sanitario deberá adiestrar al paciente susceptible de utilizar ésta técnica sobre la práctica de la misma, siendo imprescindible que esté presente la primera vez que se realiza para evitar posibles complicaciones.

La irrigación nos permite mantener el intestino y el estoma limpios de heces, por lo que, además de como método de continencia, se puede utilizar en algunas complicaciones inmediatas como abscesos periestomales y dehiscencias. Asimismo se puede usar en el estreñimiento pertinaz y para la preparación del colon.

Obturador

Es una prótesis externa con forma de tapón que asegura una colostomía continente durante el periodo en el que está aplicado. Está compuesto por una espuma de poliuretano, que se presenta comprimida a la mitad de su volumen y envuelta en una película de alcohol polivinilo. Para su fácil inserción, el extremo del obturador se presenta lubricado por polietilén glicol.

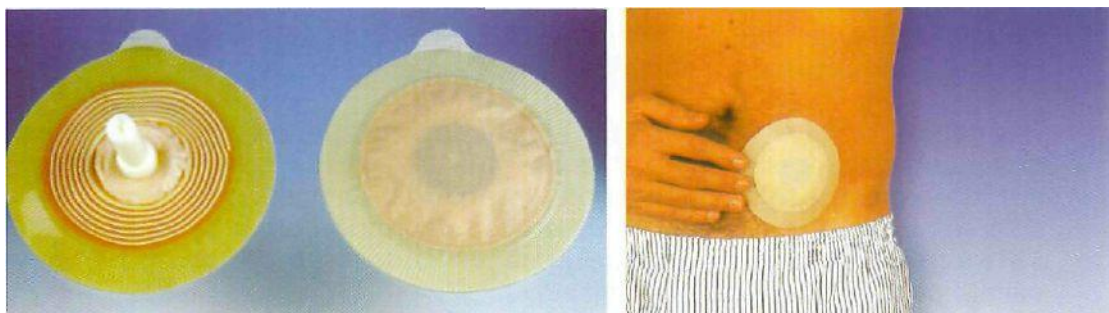


Fig. 19. Obturador Alterna Conseal 1 pieza

Fig. 20. Obturador Alterna Conseal aplicado

El mecanismo de acción es sencillo: a los pocos segundos de introducido en el estoma, la película hidrosoluble se disuelve y el obturador se expande bloqueando la salida de heces pero permitiendo la salida de gases. El ruido de

Los flatos se eliminan y el mal olor queda retenido en un filtro que va en cubierta. Así se consigue una continencia real sin ruidos ni olores.

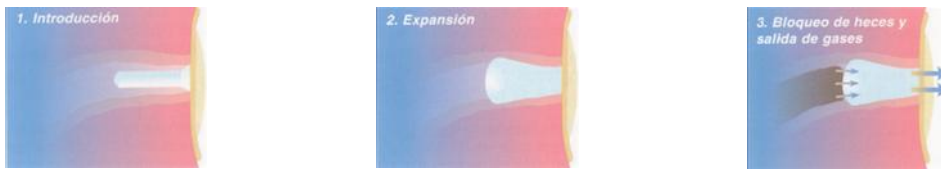


Fig. 21. Mecanismo de acción

Existen 2 versiones:

- *Obturador de 1 pieza*: el adhesivo y el tapón forman un solo elemento. Está precortado y listo para su uso.
- *Obturador de 2 piezas*: compuesto por un disco adhesivo y un obturador. El disco es recortable.

En el caso del obturador de 1 pieza, el usuario deberá utilizar una bolsa de pieza después de retirar el obturador. Si se emplea el obturador de 2 piezas se utilizarán bolsas especiales que engranan en estos discos.

Hay que remarcar el hecho de que el obturador se puede adoptar como método de continencia para realizar todas aquellas actividades donde el colostomizado prefiera sentirse continente llevando un dispositivo más higiénico discreto. El tiempo máximo de utilización depende de cada individuo. Este sistema es muy fácil de utilizar, no necesitándose un complicado entrenamiento para acostumbrarse al mismo.

La técnica de la irrigación y el uso del obturador son compatibles, puesto que se complementan. La irrigación permite el control de las descargas fecales pero no garantiza la salida imprevista de gases y, por lo tanto, la existencia de ruidos y olores. El obturador asegura la continencia «durante su utilización» eliminando los ruidos y olores.

Accesorios y protectores cutáneos

- **Placas autoadhesivas:** con una elevada proporción de hidrocoloides, son altamente absorbentes y protectoras.

Muy indicadas para irritaciones de la zona periestomal.

- **Pasta niveladora:** se utiliza como pasta de relleno en pliegues cutáneos; desniveles, para favorecer la adaptación de los dispositivos y evitar fugas.

Tiene propiedades regenerativas para la piel.

- **Desodorante:** polvos que eliminan el mal olor. Se aplican dentro de las bolsas antes de su colocación.

Filtros sueltos: se pegan en la parte superior de las bolsas y luego se perforan con un alfiler. Se utilizan en bolsas que no llevan filtros o bien cuando si necesita una mayor capacidad de filtración,

- **Crema barrera:** garantiza el equilibrio del pH cutáneo y actúa como barrera frente a la humedad, reduciendo los efectos irritantes de la orina y heces.

Indicada en irritaciones de la zona periestomal.

- **Película protectora:** forma como una «segunda piel» que protege la piel contra los productos de desecho sin impedir su transpiración. Se utiliza para prevenir posibles irritaciones (*no para tratamiento*). Esta película aumenta la adhesividad de las resinas.

- **Toallitas y loción limpiadora:** para limpiar la zona periestomal. Útiles en viajes.

Criterios de elección de los dispositivos

La elección del dispositivo adecuado va a depender fundamentalmente de tipo de ostomía, de la consistencia de las heces y la sensibilidad de la piel periestomal.

Colostomía ascendente y transversa

- Bolsa abierta si las heces son muy líquidas o bolsa cerrada si éstas son pastosas. Posible elección de 1 ó 3 piezas



ig. 22. Bolsas cerradas y abiertas e 1 pieza



Fig. 23. Bolsas cerradas y abiertas de 3 piezas

Colostomía descendente y sigmoide

- Bolsas cerradas. Es posible elegir 1 ó 3 piezas.
- Posible utilización de métodos continentales como irrigación, obturador o ambos.

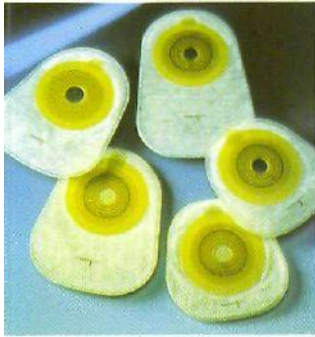


Fig. 24. Bolsa cerrada 1 pieza Fig. 25. Bolsa cerrada 3 piezas Fig. 26. Obturador de 1 pieza

Ileostomía

- Bolsa abierta que se cierra mediante pinza. Es posible elegir 1 ó 3 pieza



Fig. 27. Bolsa abierta 1 pieza



Fig. 28. Bolsa abierta 3 piezas

Urostomía

- Bolsa de urostomía (con válvula de vaciado y válvula antirreflujo). Es posit elegir 1 ó 3 piezas.



Fig. 29. Bolsa urostomía 1 pieza



Fig. 30. Bolsa urostomía 3 piezas

¿Por qué sistemas únicos o múltiples?

La elección de un sistema único o múltiple dependerá fundamentalmente de la sensibilidad de la piel periestomal.

- Los sistemas únicos son más flexibles y abultan menos que los múltiples.

Éste es un factor importantísimo a tener en cuenta, ya que, si la piel se mantiene en buenas condiciones, puede ser el dispositivo de elección por la gran discreción que aporta.

- Si la piel es muy sensible tenderemos a elegir un sistema múltiple, ya que el

disco permanece adherido durante 3 ó 4 días aportando una alta protección

cutánea, previniéndose así la irritación producida por las continuas manio

bras de despegamiento. También habrá que tener en cuenta la destreza del

individuo y su habilidad para aplicarse un sistema único o múltiple.

Cuidados preoperatorios

Cuidados preoperatorios

Ingreso del paciente en la unidad de enfermería

Ingreso en la unidad

- Inscripción del paciente en los diferentes registros existentes en la unidad
- Presentación del personal que lo recibe.
- Información al paciente y familiares sobre el funcionamiento y costumbre del hospital.
- Información al paciente sobre los procedimientos de enfermería que se van a realizar

Valoración del paciente

- Elección del lugar adecuado para la primera entrevista.
- Realizar la valoración protocolarizada del paciente existente en el centro
Debe incluir estado físico y psíquico, hábitos higiénicos, alimentación, etc
situación socio-cultural, alergias conocidas, toma de constantes vitales, ingresos previos e intervenciones anteriores así como enfermedades anteriores y su tratamiento actual.
- Valoración inicial del conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad y sobre lo que significa ser portador de un estoma.



Esta primera toma de contacto nos permitirá identificar problemas, establecer prioridades en las acciones de enfermería e iniciar las primeras sesiones de información al paciente sobre lo que será su intervención y lo que significará ser portador de un estoma en su vida futura.

Es importante registrar debidamente todas las acciones llevadas a cabo para asegurar una continuidad en los cuidados de enfermería.

Preparación mecánica del colon

Utilidad

- Eliminar la materia fecal.
- Reforzar la acción de los antibióticos.
- Facilitar la técnica quirúrgica.

Posibilidades de actuación

Son varias y cada centro tiene su propio protocolo.

- Información completa al paciente sobre lo que significa esta preparación, la importancia que tiene y las molestias que le puede ocasionar.
- Vigilancia de la administración de la dieta oral adecuada.
- Lavado intestinal total con soluciones orales si el protocolo hospitalario así lo determina.
- Vigilancia especial en pacientes ancianos o complejos.

Profilaxis antibiótica

- Se llevará a cabo si está indicada, y siguiendo órdenes médicas sobre anti biótico, dosis y vía de administración.

Profilaxis tromboembólica

- Enseñar al paciente ejercicios de movilización de miembros inferiores.
- Enseñar al paciente técnicas de fisioterapia respiratoria.

Ubicación idónea del estoma

La localización del estoma debe establecerse antes de la intervención, en un lugar visible y de fácil acceso, para proporcionar al paciente una mejor calidad de vida. Nunca se insiste lo suficiente sobre la importancia de estudiar cuidadosamente la localización del estoma para cada paciente.

Es muy importante valorar las características individuales de cada uno, como su estado físico, la constitución, peso y talla, morfología abdominal, capacidad visual, los hábitos higiénicos y alimenticios, así como sus aficiones, tipo de trabajo y vestido.

Por lo tanto, el asesoramiento preoperatorio y la elección del lugar del estoma, tiene una gran importancia y debería ser un procedimiento obligatorio en todas las cirugías.

Se evitarán:

- Prominencias óseas (cresta iliaca y parrilla costal)
- Depresión umbilical
- Flexura de la ingle
- La línea natural de la cintura
- Zona media del pubis
- Incisiones operatorias o cualquier otra cicatriz
- Cualquier otro sitio donde rocen aparatos o prótesis quirúrgicas
- Pliegues cutáneos

Para la localización del estoma, es preciso que el paciente colabore, para ello se le indicará que se coloque en tres posiciones:

- Decúbito supino
- Sentado
- De pie

Una vez localizado se marcará el sitio con un lápiz indeleble o un centímetro de azul de metileno subcutáneo.

Los pacientes muy obesos pueden presentar algún problema, ya que tras la intervención sufren una pérdida de peso, quedando el sitio marcado demasiado bajo.

Cuando marquemos el sitio de una ileostomía, con un peso inferior a lo normal, hay que tener en cuenta que puede sufrir un aumento de peso y de esta manera el mareaje del estoma quedaría demasiado alto.

Técnicas de localización

Dependiendo del segmento intestinal donde se vaya a realizar el estoma, su ubicación será en una zona u otra del abdomen.

Ileostomía:

Se trazan dos coordenadas imaginarias, una horizontal y otra vertical, en el abdomen del paciente, partiendo del ombligo. El estoma estará localizado en el cuadrante inferior derecho. (Fig.31)

Colostomía:

- ***Colostomía derecha y ascendente*** (Fig.32)

El lugar preferente será el cuadrante inferior derecho, a unos 5 cm del ombligo.

- ***Colostomía izquierda descendente y sigmoidostomía***

Se trazará un ángulo cuyos vértices son: el ombligo, la cresta iliaca izquierda y el punto medio del pubis. Se hallarán las bisectrices y el punto de intersección de éstas, es el sitio preferente. (Fig.33)

- ***Cecostomías***

Cuadrante inferior derecho, se usará la misma técnica que en las colostomías derechas y ascendentes. (Fig.31)

Urostomías:

Cuadrante inferior derecho, se utilizará la misma técnica que en las ileostomías. (Fig. 34)



Presentación del dispositivo

Es importante informar al paciente sobre la intervención a la que va a ser sometido y enseñarle el tipo de bolsa que va a utilizar en el futuro. En este momento no es aconsejable entrar en detalles sobre su uso, pero sí mostrarle, de manera muy general, el producto para que así conozca la realidad y disminuya su ansiedad.

Dependiendo del estado anímico y del interés del paciente, se puede aconsejar que utilice la bolsa el día antes de la intervención para que además de irse habituando nos comunique si el lugar elegido le parece el más adecuado, si se encuentra cómodo o si por el contrario le plantea algún problema ya que éste es el momento de corregirlo.

Información sobre su situación al salir del quirófano

Es importante dar al paciente una breve información de la situación en la que se encontrará al salir del quirófano y describir las posibles sondas y drenajes que pueda portar, minimizando el tema del dolor.

El objetivo es tranquilizar y disipar el temor frente a la intervención quirúrgica.

Cuidados en el post-operatorio

Cuidados en el post-operatorio

Se divide en 2 partes:

- Post-operatorio inmediato: primeras 72 horas después de la intervención
- Post-operatorio tardío: durará hasta que el paciente se vaya de alta

Los cuidados en este periodo comprenderían los siguientes pasos:

1. Valoración física del paciente
2. Valoración continuada sobre posibles complicaciones inmediatas
3. Educación sobre autocuidados
4. Estimulación de la comunicación
5. Comprobar la correcta asimilación de la información recibida.

Valoración física del paciente

Implica la vigilancia de:

- Constantes vitales
- Restablecimiento hemodinámico:
 - Aportes
 - Eliminaciones
- Herida quirúrgica
- Patologías añadidas
- Estoma:
 - Valorar el color y aspecto.
 - Adecuar el dispositivo más apropiado para este periodo {bolsa transparente abierta sin filtro}.
- Piel periestomal
- Peristaltismo intestinal

Valoración continuada sobre posibles complicaciones inmediatas

Éstas pueden ser:

- Alteraciones de las constantes vitales
- Alteraciones hemodinámicas
- Alteraciones de la herida quirúrgica
- Complicaciones precoces del estoma: a continuación describiremos cada una de ellas:

Irritación cutánea:

Puede aparecer en el post-operatorio por el contacto de la piel con las heces y la orina cuando se utiliza un diámetro inadecuado. Se comentan los cuidados en el último apartado (cuidados después del alta).

Necrosis:

Se identifica por el color negro parduzco de la mucosa. Puede ser debida a estrangulamiento de los vasos al incluirlos en un punto cuando se realiza e cierre del espacio lateral o bien a la torsión del colon al exteriorizarlo. Es necesaria la re intervención si la zona necrótica se extiende a capas profundas c afecta a todo el colon extraperitoneal.

Cuidados:

- Controlar el color de la mucosa.
- Colocar un dispositivo transparente.
- Si la necrosis es parcial se resecará la zona necrótica.

Hemorragia:

Cuando ocurre en las primeras horas del post-operatorio, generalmente es debida a la lesión de un vaso subcutáneo o submucoso en la sutura del intestino a la pared, o por úlcera mucosa.

Cuidados:

- Colocar un dispositivo transparente y adecuado al diámetro del estoma
- Vigilar la zona de sangrado por si fuera necesario dar un punto.

Dehiscencia:

Es la separación mucocutánea que puede afectar a toda o a parte de la circunferencia del estoma. En este último caso será preciso volver a suturarlo para evitar una estenosis.

Cuidados:

- Se puede mantener la zona periestomal libre de heces:
 - con irrigación
 - con dieta sin residuos
- Se pueden utilizar pomadas epitelizantes.

Edema:

Todo estoma muestra un edema agudo post-operatorio que suele remitir al cabo de una o dos semanas, pero si se cronifica, puede llegar a interferir las funciones del estoma y llegar a originar una obstrucción intestinal, lo cual daría lugar a una re intervención.

Cuidados:

- Aplicar compresas de suero fisiológico frío.

Infección periestomal:

Suele aparecer en el post-operatorio tardío. La infección puede dar lugar a un absceso.

Cuidados:

- Drenar el absceso.
- Se puede mantener la zona periestomal libre de heces:
 - con irrigación
 - con dieta sin residuos
- Colocar un sistema múltiple.

Educación sobre autocuidados

Iniciar la educación del paciente lo antes posible, valorando su estado físico y emocional. Comprenderá los siguientes apartados:

1. Concepto de ostomía
2. Higiene del estoma(*)
3. Cuidado de la piel periestomal(*)
4. Tipos de dispositivos -> elección
5. Aplicación del dispositivo elegido(')
6. Alimentación(*)
7. Información sobre posibles complicaciones
8. Informar sobre el centro de referencia

() La higiene y cuidados de! estoma, colocación de los dispositivos y la dieta, se comentan en el último apartado (cuidados después de! alta)*

Estimulación de la comunicación

Hay que estimular la comunicación paciente/familiar para facilitar la expresión de sentimientos, temores, etc..

Comprobar la correcta asimilación de la información recibida

Antes del alta, verificar si el paciente es capaz de realizar los autocuidados de su ostomía y el manejo de dispositivos sin ayuda.

Modelo de cuidados Post-Quirúrgicos

Intervención _____ Fecha: _____

Nº día post-intervención

• **Control de constantes (16 h)**

	6h.	12 h.	18 h.	24 h.
TA				
PPM				
T ^a				

• **Control vía central**

• **Control drenaje abdominal**

1. Cantidad _____
2. Color _____
3. Calidad _____

• **Control S.N.G.**

1. Cantidad _____
2. Color _____

Control diuresis

BHT _____ en **24 h. (*)**

Control estoma

- Color _____
- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • Presenta edematización | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Expulsión de aires | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Existencia de heces | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| • Precisa dilatación | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

• **Control de la piel periestomal**

(*) El control de la diuresis en el caso de las urostomías debe ser horario durante las primen 24 horas. A partir de este momento se hará por turnos, comprobando la permeabilidad de los catéteres ureterales cada 24 horas.

Modelo de Alta de Enfermería

(Dirigida a enfermera de atención primaria o domicilio)

Datos paciente: Nombre _____

Edad _____ Número Historia _____

Diagnóstico médico:

Tipo intervención: _____

Fecha intervención:

Tipo ostomía: Colostomía Ileostomía D Urostomía Fístula mucosa

Temporalidad: Permanente Temporal D Paliativa

Diámetro ostomía: _____ mm

Localización: FID FU Transverso

Estado estoma: Madurado D Edematoso D Ulcerado D

Nivel estoma: Recesivo Nivelado D Prolapsado

Piel periestomal: Normal D Eritema D Ulceración D

Efluente: Líquido D Pastoso Normal Duro

Tipo dispositivo: Único D Cerrada D

Múltiple G Abierta G

Urostomía O Obturador Q

Referencia _____ Código Nacional _____

N- de cambios dispositivo/24 h:

Irrigaciones: Sí D No D

Frecuencia: _____ Tiempo perfusión:

Cant. líquido: _____ Horario: _____

Grado de destreza en el manejo de la ostomía: Nulo O Aceptable Q Buena G

Nivel de aceptación de la ostomía:

Negación Q Protesta O Negociación D Aceptación

Emocional Q Aceptación Productiva G

Observaciones: _____ **38**

Cuidados después del alta

Cuidados después del alta

A, medida que transcurre el post-operatorio, la convalecencia y la reincorporación a la vida fuera del hospital, las necesidades de la persona ostomizada se van modificando. El estoma disminuye de diámetro a lo largo de los 2-3 primeros meses, la dieta oral se equilibra, las actividades físicas suelen incrementarse y las relaciones familiares y sociales tienden a normalizarse dentro de las posibilidades de cada caso.

Hablaremos de los siguientes apartados:

1. Cuidados generales del estoma
2. Posibles problemas
3. Complicaciones tardías de un estoma
4. Consejos dietéticos
5. Aspectos psicológicos
6. Sexualidad
7. Natación, baño y ducha
8. Vida social y viajes
9. Embarazo y contracepción
10. Recomendaciones en caso de tratamientos complementarios

Cuidados generales del estoma

Material necesario

- | | |
|-----------------|---|
| Tijeras | • Dispositivos |
| Papel higiénico | • Medidor estoma |
| Esponja suave | • Bolsa para recoger el material de desecho |
| Jabón neutro | |
| Toalla | |

Higiene del estoma y piel periestomal

- Si hubiera heces, retirarlas con papel higiénico y, a continuación, limpiar la piel del estoma con jabón neutro, esponja suave y agua tibia. Hacerlo con movimientos circulares de fuera adentro. Secar suavemente con toalla o pañuelos de papel. Si existe vello alrededor del estoma se debe cortar, ir rasurar. (Fig. 35 y 36)
- Realizar un tacto al estoma para detectar posibles modificaciones del mismo. (Fig. 37)
- Medir el diámetro del estoma con ayuda de un medidor (Fig. 38). El dispositivo se deberá ajustar lo máximo posible al diámetro del estoma para prevenir irritaciones cutáneas.

Fig. 38

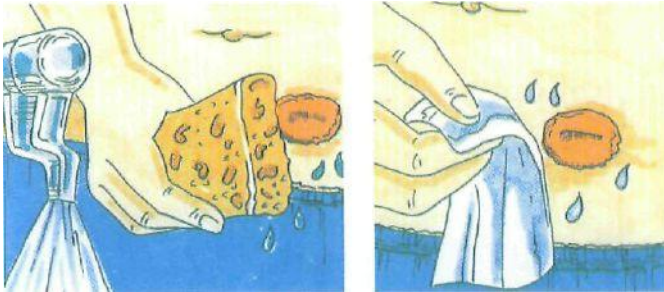
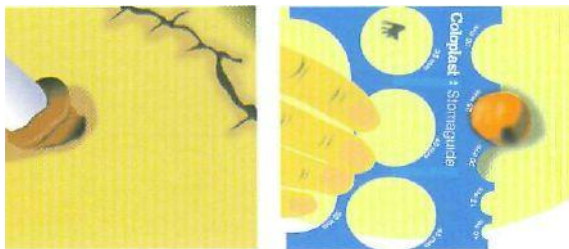


Fig. 36



Consejos

Es fundamental mantener la piel en buen estado para el bienestar del ostomizado. Para ello deberá estar siempre limpia y seca.

Hay que tener en cuenta que el estoma se suele reducir durante los primeros meses después de la intervención, por lo que habrá que medirlo asiduamente para adecuar el tamaño del dispositivo.

Colocación del dispositivo

Una vez pasado el post-operatorio inmediato es importante elegir el dispositivo más adecuado. Seguiremos los criterios especificados en el segundo apartado de esta guía.

Dispositivos únicos

Colocación

Recortar el diámetro central del adhesivo o bien elegir un dispositivo ya precortado.

Retirar el film protector y adherir el dispositivo alrededor del estoma, de abajo hacia arriba (por si sale alguna excreción). (Fig. 39)

Alisar cuidadosamente el adhesivo para evitar fugas.

Retirada

Se debe hacer cuidadosamente de arriba a abajo, sujetando la piel con la otra mano. (Fig.40)



Fig. 39. Colocación



Fig.40. Retirada

Dispositivos múltiples

Colocación

Primero se adapta el disco adhesivo a la piel. Para ello habrá que recortar e diámetro central, retirar el film protector y adherir el disco alrededor del estoma

A continuación se encaja la boisa en el disco a través del aro de plástico y si cierra el clipper de seguridad. (Fig. 41)

Retirada

Abrir el clipper de seguridad y tirar hacia arriba y hacia afuera de la bolsa par; separarla del disco (sujetando éste con la otra mano). Posteriormente se coló ca otra bolsa sobre el mismo disco. (Fig. 42)



Consejos

En la urostomía y la ileostomía el flujo es continuo y altamente corrosivo para la piel, por lo que habrá que ajustar al máximo el diámetro del adhesivo al estoma. En ambos casos el cambio del dispositivo es más fácil antes del desayuno, debido a las horas de ayuno que le preceden. Debemos cambiar el dispositivo si existe el mínimo signo de filtrado entre éste y la piel.

Las bolsas de ileostomía y urostomía se vaciarán cada vez que sea preciso. Lo habitual es cambiarlas cada 24 horas.

La bolsa de colostomía se retirará cuando se considere llena. Lo habitual es cambiarlas entre 2 y 3 veces al día.

El disco de los sistemas múltiples se deberá cambiar siempre que exista presencia de fugas del efluente entre el disco y la piel.

Posibles problemas

Mala ubicación del estoma:

Provoca dificultad en la colocación de dispositivos o fugas del efluente. En este caso es necesario:

1. Buscar el dispositivo que mejor se adapte a este estoma.
2. Utilizar pastas de relleno
3. Utilizar cremas barrera
4. Utilizar un cinturón si fuera necesario

Diarreas:

- Dieta adecuada (astringente)
- Dispositivo abierto

Estreñimiento:

- Dieta laxante rica en fibra y abundantes líquidos

Gases:

- Evitar comidas flatulentas y bebidas con gas.

Complicaciones tardías de un estoma

Irritación cutánea:

Suele ser debida al contacto de la piel con las heces o la orina. Ocurre cuando los dispositivos no se ajustan perfectamente al estoma (dermatitis por contaminación fecal). Otras veces se debe a maniobras traumáticas al retirar el adhesivo o cambios excesivos de éste (dermatitis traumática). Por último nos podemos encontrar alergias a un adhesivo determinado (dermatitis de contacto).

Dermatitis primer grado

<i>Aparece</i>	<i>Cuidados:</i>
Eritema	Aplicar solución epítalizante o cremas barrera.
Edema	Ajustar al máximo el diámetro del dispositivo al del estoma.
Dolor	

Dermatitis de segundo grado

<i>Aparece</i>	<i>Cuidados:</i>
Erosión	Utilizar un aposito hidrocoloide (placas), ajustándolo lo mejor posible al diámetro del estoma y colocar el dispositivo
Fisura	(múltiple), encima de la placa. (Fig. 43 a 46)
Sangrado	

Alergias

Seguir el mismo tratamiento que para la dermatitis.
Una vez tratada, cambiar de dispositivo.



Fig. 43

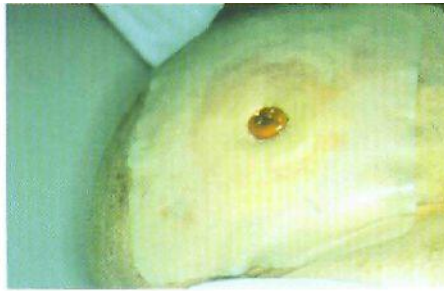


Fig. 44



Fig. 45



Fig. 46

Estenosis

Consiste en un estrechamiento de la luz del estoma. La estenosis puede ser relativa si el dedo explorador no pasa libremente a través del estoma y absoluta cuando el dedo explorador no pasa a través del estoma.



Cuidados:

Dilataciones periódicas del estoma. (Fig. 47)

Fig. 47

Retracción

Consiste en el hundimiento del intestino hacia el interior de la cavidad abdominal debida a una excesiva tensión, generalmente por pobre movilización, muchas veces también es debida a un aumento de peso del paciente. (Fig. 48)

Cuidados:

Adecuar el dispositivo (dispositivos convexos y/o pasta niveladora). (Fig. 49 y 50)
Evitar el aumento de peso. Evitar estreñimiento.



Fig. 48

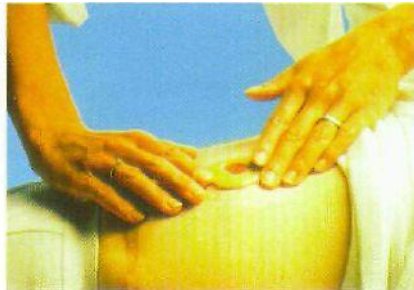


Fig. 49



Fig. 50

Prolapso

Es la protrusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma. (Fig.51)



Cuidados:

Se puede realizar maniobra de reducción con el paciente en decúbito supino presionando el extremo del intestino hacia el orificio del estoma. Posteriormente se deberá adecúa el dispositivo, que tendrá que abarcar todo el prolapso; dejar espacio suficiente para la recogida de heces. Si ni se resuelve, el tratamiento deberá ser quirúrgico.

■Fig. 51

Hernia

Fallo de la pared abdominal, protruyendo tanto la ostomía como la piel de s alrededor (Fig. 52). La hernia puede hallarse confinada en un área limitada hernia paraestomal parcial o bien en toda la circunferencia del asa, herni. paraestomal total. El cirujano deberá valorar si es necesario una corrección quirúrgica.

Cuidados:

Faja para controlar la presión abdominal. (Fig. 53)

Utilización de dispositivo con cinturón.

Aconsejar al paciente que evite los esfuerzos físicos y el aumento de peso.



Fig. 52



Fig. 53

Granulomas

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

ma (Fig. 54). Pueden ser únicas o múltiples. Su aparición puede ser debida a la deficiente reabsorción del material de sutura o al roce de la mucosa con el aro del dispositivo. Pueden ser dolorosas.

Cuidados:

Fulguración con Nitrato de Plata.
Evitar traumatismos al cambiar la bolsa (posible elección de sistemas múltiples).

Fig. 54

Puntos intolerados

Aparecen de forma tardía en la zona periestomal detectándose por supuración en ocasiones purulenta que requiere retirada del punto.

Otros:

Posibles recidivas tumorales, varices paracolostómicas, infecciones, fístulas, úlceras, abscesos.

Consejos dietéticos

No es necesario una dieta rigurosa pero sí una cierta prudencia con alimentos que puedan producir gases, diarreas o estreñimiento.

En caso de diarreas tomar:

- Pan blanco
- Agua
- Patatas
- Pasta
- Salvado
- Zanahorias
- Pescado a la plancha
- Plátano, manzana rallada
- Zumo de limón

En caso de estreñimiento tomar:

- Ensaladas
- Pescado
- Zumos y frutas
- Pan integral
- Carnes
- Salvado

En caso de gases y malos olores:

- Se recomienda:
mantequilla, yogur perejil.
- Evitar:
frutos secos, cebolla, guisantes, col, legumbres con piel, etc..

En enfermos urostomizados se aconseja:

frutas, zumos ricos en vitamina C, abundantes líquidos... (la vitamina C produce orinas acidas y ello disminuye las posibilidades de infección y mal olor en la orina).

Consejos generales:



- Masticar despacio
- Tomar al menos tres comidas diarias de forma regulada
- Tomar como mínimo 1,5 litros de líquido al día
- Probar por separado y en poca cantidad alimentos nuevos
- No abusar de fritos, rebozados ni picantes.
- Llevar a cabo una correcta higiene bucal
- Evitar bebidas con gas y alcohol sin prohibición estricta

A continuación se incluyen 4 modelos de dietas orientativas. Para escoger una u otra habrá que tener en cuenta el tipo de intervención y la consistencia de las heces. El objetivo de estas recomendaciones es regular el tránsito intestinal evitando diarreas y estreñimiento y reestablecer un buen estado de nutrición.

Dieta	Indicaciones según tipo de ostomía	Efluente	Observaciones
Equilibrada	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta de continuidad en pacientes sin alteraciones • Colostomía descendente • Sigmoidostomía 	Formado/ Sólido Formado Sólido	No se modifica si et cambio de dispositivo no es superior a 3/día
Rica en residuos	<ul style="list-style-type: none"> • Colostomías descendentes y sigmoidostomías que cursen con estreñimiento 	Sólido	
Controlada en residuos	<ul style="list-style-type: none"> • Cofostomías descendentes y sigmoidostomías que cursen con diarrea • Colostomías transversas • Colostomías ascendentes • Post-operatorio previo al afta • Inicio de irrigación 	Semilíquido Semilíquido Semilíquido	<p>En el caso de diarrea se aplicará esta dieta cuando el cambio del dispositivo sea superior a 4/día</p> <p>Se puede aplicar esta dieta al inicio de la irrigación para disminuir el número de deposiciones</p>
Pobre en residuos	<ul style="list-style-type: none"> • Colostomías ascendentes • Cecostomías • Ileostomías • Tratamientos con radioterapia y quimioterapia 	Semilíquido Líquido Líquido	

Modelo de dieta equilibrada

(Cirugía del colon)

ALIMENTO	
Desayuno	Yogur o leche
	Pan fresco o tostado con mantequilla y mermelada o jamón york o queso
Comida	Fécula patata pasta legumbres guisantes/habas arroz 
	Verdura o ensalada
	Carne o pescado o huevos o jamón 
	Fruta
	Pan fresco o tostado i >>
Merienda	Leche o zumo
	Pan fresco o tostado con jamón york o queso o membrillo
Cena	Fécula
	Verdura o ensalada
	Carne o pescado o o huevos o jamón 
	Fruta
	Pan fresco o tostado

Aclaraciones sobre la dieta

GRASAS

Se aconseja la utilización de aceite de oliva
La mantequilla se puede tomar con moderación.

AGUA

Se aconseja beber agua en abundancia, preferentemente entre las comidas.

CARNE, PESCADO, HUEVOS

Tomar carnes poco grasas y retirar la grasa visible (preferiblemente pollo, conejo, pavo, ternera

o buey, reducir el consumo de cerdo o cordero).

Los embutidos se pueden tomar ocasionalmente (se permite jamón dulce o salado).

Pescados magros preferiblemente. Limitar el consumo de pescado azul.

Huevos (máximo 3 por semana)

VERDURAS

Todas permitidas, excepto coles de Bruselas, cebollas y ajo.

FRUTAS

Todas permitidas si se toleran. Moderar el consumo de melón, sandía y ciruelas.

LÁCTEOS

En caso de intolerancia a la leche se puede sustituir por leche sin lactosa.

TÉCNICAS CULINARIAS

Evitar los alimentos fritos y no reutilizar el aceite de fritura.

Condimentos: sal (si no hay contraindicación), hierbas aromáticas y especias no picantes.

En las comidas principales (comida y cena) debe elegir un alimento de cada grupo:

1. Grupo de las Féculas
2. Grupo de las Verduras o Ensaladas
3. Grupo de la Carne, Pescado o Huevos
4. Grupo de la Fruta

Y se pueden cocinar tanto por separado

(por ejemplo):

pasta (grupo 1) hervida

ensalada (grupo

2) pescado (grupo

3) plancha

O bien puede cocinarlos como plato único




(por ejemplo): patata (grupo 1)

j. verdes, alcachofas (grupo 2) <

estofado ternera (grupo 3)

Modelo de dieta rica en residuos

(Cirugía del colon)

	ALIMENTO
Desayuno	Leche o zumo natural
	Pan integral con mantequilla y mermelada de ciruela
Media Mañana	Una naranja o mandarinas
Comida	Fécula <ul style="list-style-type: none"> • patata • pasta • legumbres • guisantes/habas 
	Verdura o ensalada
	Carne o pescado o huevos o jamón 
	Fruta
	Pan integral
Merienda	Leche o zumo natural
	Pan integral con jamón dulce o salado
Cena	Fécula
	Verdura o ensalada
	Carne o pescado o huevos o jamón 
	Fruta
	Pan integral

Aclaraciones sobre la dieta

GRASAS

Se aconseja la utilización de aceite de oliva
La mantequilla se puede tomar con moderación.

AGUA

Se aconseja beber agua en abundancia, preferentemente entre comidas.

CARNE, PESCADOS, HUEVOS

Tomar carne poco grasas (preferiblemente pollo, conejo, pavo, ternera o buey, limitar el consumo de cerdo o cordero) y retirar la grasa visible. Pescados magros preferiblemente. Limitar el consumo de pescado azul. Huevos (máximo 3 por semana). Los embutidos se pueden tomar ocasionalmente, (se permiten jamón dulce o salado).

VERDURAS

Todas permitidas, excepto coles de bruselas, cebollas y ajo.

FRUTAS

Todas permitidas excepto plátano, manzana, melón y sandía.

TÉCNICAS CULINARIAS

Evitar los alimentos fritos y no reutilizar el aceite de fritura.

Condimentos: sal (si no hay contraindicación), hierbas aromáticas y especias no picantes.

En las comidas principales (comida o cena) debe elegir un alimento de cada grupo:


1. Grupo de las Féculas
2. Grupo de las Verduras o Ensaladas
3. Grupo de la Carne, Pescado o Huevos
4. Grupo de la Fruta

Y se pueden cocinar tanto por separado (por ejemplo): patata (grupo 1) hervida, judías verdes (grupo 2) hervidas, bistec de ternera (grupo 3) a la plancha

O bien puede cocinarlos como plato único (por ejemplo): patata (grupo 1)
j. verdes, alcachofas (grupo 2) estofado
ternera (grupo 3)

Modelo de dieta controlada en residuos

(Cirugía del colon)

ALIMENTO	
Desayuno	Yogur o leche
	Pan fresco o tostado con membrillo o mermelada de manzana o melocotón
Media Mañana	Manzana asada, pera o yogur VJ
Comida	Fécula <ul style="list-style-type: none"> • patata • pasta • arroz • sémola 
	Verdura
	Carne o pescado o huevos
	Fruta •f
	Pan fresco o tostado Café o té flojo
Merienda	Leche o yogur
	Pan fresco o tostado con jamón dulce o salado
Cena	Fécula
	Verdura
	Carne o pescado o huevos o jamón
	Fruta
	Pan fresco o tostado

Aclaraciones sobre la dieta

GRASAS

Se aconseja la utilización de aceite de oliva
La mantequilla se puede tomar con moderación.

AGUA

Se aconseja beber agua en abundancia, preferentemente entre comidas.

FÉCULAS

Patata, arroz, sémola, pasta.

CARNE, PESCADO, HUEVOS

Tomar carnes poco grasas y retirar la grasa visible (preferiblemente pollo, conejo, pavo, ternera < buey, reducir el consumo de cerdo o cordero).

Jamón dulce o salado con moderación (evitar el resto de embutidos)

Pescados magros preferiblemente. Limitar el consumo de pescado azul.

Huevos (máximo 3 por semana)

VERDURAS

Zanahorias, judías tiernas, corazón de alcachofa, tomate tamizado, parte blanca de la lechuga o puntas de espárragos.

FRUTAS

Naranja en zumo sin pulpa, manzana cocida o rallada, pera natural o cocida, plátano maduro o batido de yogur con las frutas permitidas y galletas.

LÁCTEOS

En caso de intolerancia a la leche se puede sustituir por leche sin lactosa

TÉCNICAS CULINARIAS

Evitar los alimentos fritos y no reutilizar el aceite de fritura.

Condimentos: sal (si no hay contraindicación), hierbas aromáticas y especias no picantes.

En las comidas principales (comida y cena) debe elegir un alimento de cada grupo:

1. Grupo de las Féculas
2. Grupo de las Verduras
3. Grupo de la Carne, Pescado o Huevos
4. Grupo de la Fruta

Y se pueden cocinar tanto por separado (por ejemplo):

patata (grupo 1) hervida judías verdes (grupo 2)
hervidas bistec de ternera (grupo 3) a la plancha




O bien puede cocinarlos como plato único (por ejemplo):

patata (grupo 1)
j. verdes, zanahorias (grupo 2) -> estofado
ternera (grupo 3)

Modelo de dieta pobre en residuos

{Cirugía del colon)

ALIMENTO

Desayuno	Yogur	
	Pan tostado con membrillo o mantequilla	
Media Mañana	Manzana asada	
Comida	Fécula patata pasta arroz sémola	
	Zanahoria	
	Carne o pescado o huevos	
	Pera o manzana asada	
	Yogur	fl
	Pan tostado Té flojo	
Merienda	Yogur	
	Pan tostado con jamón york	
Cena	Fécula	
	Carne o pescado o huevos o jamón york	

Aclaraciones sobre la dieta

GRASAS

Se aconseja la utilización de aceite de oliva
La mantequilla se puede tomar con moderación.

AGUA

Se aconseja beber agua en abundancia, preferentemente entre comidas,

CARNE, PESCADO Y HUEVOS

Tomar carne poco grasas y retirar la grasa visible (preferiblemente pollo, conejo, pavo, ternera o buey. Evitar el consumo de cerdo o cordero).

Jamón dulce con moderación.

Pescados magros preferiblemente. Evitar el consumo de pescado azul.

Huevos (máximo 3 por semana)

VERDURAS

Sólo zanahoria.

FRUTAS

Sólo manzana o pera cocida o asada

LÁCTEOS

Tomar yogur o bien leche sin lactosa

TÉCNICAS CULINARIAS

Evitar los alimentos fritos y no reutilizar el aceite de fritura.

Condimentos: sal (si no hay contraindicación), hierbas aromáticas y especias no picantes.

En las comidas principales (comida y cena) debe elegir un aumento de cada grupo:

1. Grupo de las Féculas
2. Grupo de las Verduras (zanahoria)
3. Grupo de la Carne, Pescado o Huevos
4. Grupo de la Fruta (manzana o pera cocida o asada)

Y se pueden cocinar tanto por separado (por ejemplo):

patata (grupo 1) hervida zanahorias (grupo 2)
hervidas bistec de ternera (grupo 3) a la plancha

O bien puede cocinarlos como plato único (por ejemplo):

patata (grupo 1)
zanahorias (grupo 2) hervido
pescado (grupo 3)

Aspectos psicológicos

Se debe animar al paciente a que se incorpore lo antes posible a su vida familiar, laboral y social para así recuperar su estado emocional.

El estoma supone una agresión muy importante a su imagen corporal así como una amenaza a la capacidad de autocontrol del individuo. Supone un elemento de incertidumbre en todas las esferas de la actividad comportamental (¿podré seguir trabajando?, ¿podré mantener relaciones sexuales?, ¿seguiré haciendo deporte?, ¿podré salir con los amigos?, etc.).

Es importante dar al paciente la máxima información e ir aclarándole todas estas dudas para disipar sus temores.

Hay que animar al paciente a que comparta sentimientos y hay que estimularle para que asuma gradualmente sus responsabilidades anteriores al estoma

Una vez que el shock inicial ha pasado y que los pacientes conocen el estoma y sus cuidados, así como sus responsabilidades, podemos comprobar con e



tiempo una ganancia psicológica muy importante e cuanto a dinamismo psíquico (mayor interés, más actividad más ilusiones, mayor sociabilidad, mayor independencia, superación del aislamiento y la desesperación, etc.). Es importante tener en cuenta que tanto el cirujano como la enfermera y los familiares son piezas claves para conseguir una buena adaptación. Si ésta no se consiguiera, habrá que derivar a un profesional especializado.

Sexualidad

Después de una ostomía los pacientes pueden sentirse menos atractivos, temiendo el rechazo de su pareja. La relación de pareja vivida con anterioridad a la intervención condicionará, en parte, la sexualidad, que a su vez dependerá de nuevos factores asociados:

- Si ha recibido y asimilado la suficiente información.
- Si ha asumido la nueva situación (tanto el ostomizado como su pareja).
- Si como consecuencia de la patología o de la intervención se ha producido alguna lesión nerviosa (secuela post-quirúrgica frecuente en las resecciones abdomino-perineales).

La comunicación entre el ostomizado y su pareja es de vital importancia, así como la comunicación con el equipo médico.

Si los problemas sexuales aparecen, debe buscarse el asesoramiento y la ayuda de un experto.

Natación, baño y ducha

Con respecto al baño o la ducha, hay que informar que se puede hacer con o sin el dispositivo, pero que es beneficioso quitar el dispositivo y limpiar la piel, manteniéndolo al descubierto durante esta actividad. Deben secarse bien la piel antes de volverse a aplicar la bolsa.



La natación se puede practicar con el dispositivo debiéndose comprobar antes de nadar si es necesario cambiarlo o vaciarlo.

Vicia social y viajes

La persona ostomizada debe reanudar su actividad social lo antes posible. Con respecto a los viajes, no existe razón para no hacerlos. Se debe recomendar incluir en el equipaje de mano todo el material necesario para el



cuidado del estoma (pañuelos húmedos, toallitas y dispositivos).

Es conveniente recomendar que se lleven todo el material que vayan a necesitar durante el periodo de sus vacaciones.

Embarazo y contracepción

En la mujer joven, el estoma no es un impedimento para tener hijos. Indudablemente el embarazo conlleva un riesgo que deberá ser valorado por el médico y la pareja. En cuanto a los cuidados cotidianos del estoma, hay que saber que aumenta el volumen abdominal y que puede precisar ayude para los mismos.



En las gestantes ileostomizadas puede aparecer anemia a comienzo del embarazo u oclusión intestinal que requiere ingreso hospitalario. En las mujeres con derivaciones urinarias el embarazo es más dificultoso.

Con respecto a la contracepción hay que tener en cuenta que pueden existir problemas de absorción con los anticonceptivos orales. Habrá que recomendar que contacte con su ginecólogo para que le recomiende el método anticonceptivo más adecuado.

Recomendaciones en caso de tratamientos

En caso de quimioterapia y radioterapia se podrán producir diarreas, en cuyo caso les recomendaremos el aumento de aporte líquido y la dieta adecuada. Por este motivo, a veces pueden precisar cambios a sistemas colectores múltiples o sistemas abiertos, pudiendo después reanudar el uso de dispositivos habituales. También pueden aparecer náuseas, vómitos, cambios en la coloración del estoma y piel periestomal.

Bibliografía

Molina García AM⁹, Guisado I, Valenciano A. *Atención integral al paciente ostomizado*.

Abad Esteve A, Armengol Carrasco V, Armengoí Miró JR, Artigas Raventos V, Martí Roque J, etc. *Avances en cirugía colorrectal*. J.A. Salva Lacombe.

Wincler R. *Ostomías*. Ed. Doyma. Barcelona 1987.

Curso sobre el cuidado de las ostomías. Fundación Procavida.

Revista enfermería Pulso (sept. 1996).

Formación continuada. Monográficos de enfermería (mayo/junio, 1996).

Vaquero Casado G. *Guía del ostomizado digestivo. Cuidados de enfermería*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.
Ortiz H, Martí Roque J, Foulkes B. *Indicaciones y cuidados de los estomas*. Ed. Jims. Barcelona 1989.

García Morato JM. *Derivaciones urinarias. Cuidados de enfermería*. Editores Médicos, S.A. Madrid 1994.

Tejido Valentí M. *Localización de los estomas en: Indicaciones y cuidados de los estomas*. Ed. Jims, S.A. 1- ed. Barcelona 1989.

Cerdán J y otros. *Colostomía continente mediante obturador desechable*. Journal of digestive including coloproctology. Vol. 5 n- 2. Marzo-abril 1989.

Fernández Crespo B y otros. *Proceso de atención de enfermería en la preparación del paciente para el quirófano*. Enfermería científica, n⁹ 114, septiembre 1991.

Declaux I. *Sexualidad normal y patológica*. Manual de psiquiatría. Karpos. Madrid 1980.

Rodríguez DB. *Estomas urinarios. Cuidados del estoma en: clínica gastroenterológica*. Vol 10/2. Ed. Salvat. 1[§] ed. Barcelona 1984.

Agradecemos la colaboración prestada a; Antonia Humanes Zamora (Técnico en dietética) y Roser Trallero Casañas (Médico nutricionista) del Hospital Pare Taulí de Sabadell y a M- Dolores Castellón.

© De los autores, 1997

Edita: Draft, Promoción de Mercados, S.A. ISBN: 84-88014-08-2 Depósito
Legal: M-17.713-1997

Reservados todos los derechos de edición. Se prohíbe la reproducción total o parcial de los artículos, material fotográfico, dibujos y cuadros contenidos en el presente libro, ya sea por medio mecánico, de fotocopia o sistemas de grabación, sin la autorización por escrito de los titulares del Copyright.