



Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Grado en Enfermería

Curso Académico 2013 / 2014

Plan de cuidados

**Cuidados de enfermería a pacientes colostomizados
tras el alta hospitalaria.**

Autor/a: María Sola Laín

Tutor: Felipe Nuño Morer

ÍNDICE

RESUMEN	1
Palabras clave	1
INTRODUCCIÓN	2
Contextualización	2
Justificación.....	3
OBJETIVOS	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
METODOLOGÍA.....	5
Tipo de estudio	5
Búsqueda bibliográfica	5
Criterios de inclusión/exclusión	6
DESARROLLO	7
CONCLUSIÓN	17
AGRADECIMIENTOS.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXOS	23

RESUMEN

Introducción: La colostomía es la exteriorización del colon dando lugar a una salida artificial del contenido fecal. Se ha practicado desde el siglo XVIII y es el tipo de ostomía digestiva más practicada en España debido entre otras causas al cáncer colorrectal, principal causa de esta intervención. Tras recibir el alta hospitalaria el colostomizado se encuentra con problemas debido a la falta de preparación e información.

Objetivo: Se ha llevado a cabo un plan de cuidados estandarizado para el cuidado integral del paciente colostomizado para alcanzar la autonomía y mejorar su calidad de vida.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda estructurada en buscadores y bases de datos sanitarias, una la lectura de literatura especializada en las bibliotecas locales y mediante la utilización de la taxonomía II de la NANDA, NIC y NOC de 2012-2014 se ha confeccionado un modelo de cuidados para el paciente colostomizado tras la intervención.

Desarrollo: Se han desarrollado los diagnósticos de enfermería más relevantes como son el Duelo, Trastorno de la imagen corporal, Baja autoestima situacional, Riesgo de afrontamiento ineficaz, Riesgo de afrontamiento familiar comprometido, Ansiedad, Disfunción sexual, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea y Conocimientos deficientes. Todos ellos incluyendo actividades encaminadas al cuidado biopsicosocial del paciente.

Conclusiones: La construcción de un plan de cuidados con la taxonomía NANDA, NIC y NOC constituye un buen método para la aplicación de cuidados de calidad al paciente colostomizado. Su atención requiere un cuidado integral por parte de enfermería y la vinculación a una asociación de ostomizados.

Palabras clave

Colostomía, Atención de Enfermería, Estomas quirúrgicos, Calidad de Vida, Adaptación, Educación en Enfermería, Educación sexual.

"Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad".

DOROTHEA OREM

INTRODUCCIÓN

Contextualización

Una ostomía es una solución quirúrgica en la que se practica un orificio o estoma para dar salida artificial a un órgano en un punto diferente al de su salida natural. Si el objetivo es desviar las heces y/o la orina de su salida habitual, hablamos de un estoma de eliminación y distinguimos tres tipos: colostomía, ileostomía y urostomía. ⁽¹⁾

Se realizan por una serie de etiologías, entre las que destacan: cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de vejiga, diverticulitis, enterocolitis necrotizante, anomalías congénitas y otros cánceres o trastornos, como la obstrucción, perforación y traumatismo. ⁽²⁾

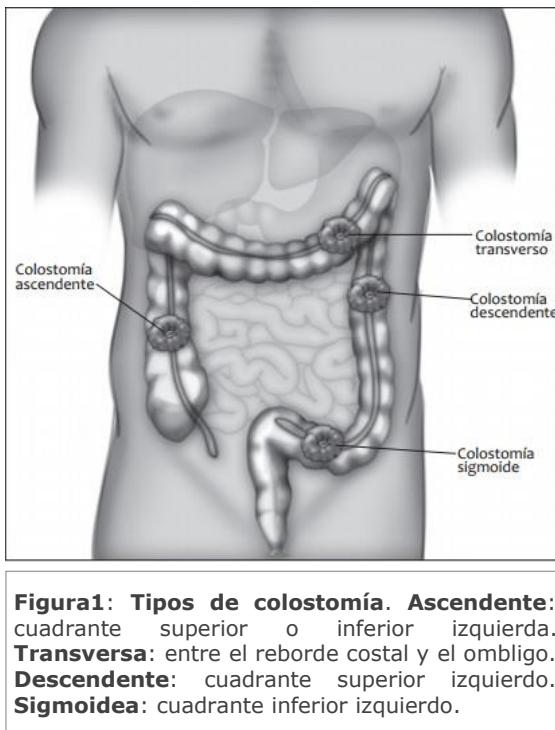
En España, la ostomía realizada con más frecuencia es la colostomía (55%), seguida de la ileostomía (31%) y la urostomía (14%). Y las etiologías más predominantes son: cáncer (69,5%), enfermedad de Crohn (8,1%), diverticulitis (7,2%) y colitis ulcerosa (3%).

Más del 50% de los pacientes ostomizados fueron diagnosticados de cáncer colorrectal, siendo éste el tercer cáncer más común en los hombres y el segundo en las mujeres a nivel mundial; el 60% de los casos se dan en países desarrollados y con tasas de incidencia más elevadas en hombres que en mujeres. En España, la incidencia de cáncer colorectal sigue esta tendencia, con una tasa ajustada por 100.000 habitantes/año en 2006 de 54,40 casos nuevos en hombres y 25,40 nuevos casos en mujeres. La incidencia global prevista de cáncer en la población española para el año 2015 es de 222.069 personas. ⁽³⁾

La colostomía es definida como la exteriorización del colon a través de la pared abdominal con el fin de crear una salida artificial para el contenido fecal. Las primeras colostomías fueron realizadas en el siglo XVIII y XIX por los cirujanos

franceses Maidl (que en 1884 describió la técnica de la colostomía en asa sobre vástago), E. Miles (que en 1908 describió la colostomía sigmoidea terminal con resección abdominoperineal) y Hartmann (que en 1923 popularizó el procedimiento quirúrgico de resección del colon sigmoide con colostomía terminal y cierre del muñón rectal para obstrucción del colon sigmoide o recto superior); estos procedimientos quirúrgicos continúan vigentes en la actualidad.

El tipo de colostomía depende de la localización del estoma en el abdomen.



Desde que se practicó la primera colostomía en el siglo XVIII, la técnica quirúrgica ha avanzado y se ha perfeccionado en gran medida; actualmente el riesgo de complicaciones de esta intervención es mínimo. ^(4, 5, 6)

Justificación

Los pacientes colostomizados ingresados en el hospital donde se les realiza la intervención quirúrgica, se sienten más seguros por la presencia constante de un equipo multidisciplinar que les ayuda y acompaña en los cuidados relacionados con la nueva situación. Sin embargo, una vez son dados de alta, comienzan a sufrir las consecuencias de afrontar su nuevo estilo de vida sin el apoyo profesional especializado y constante que mantenían antes de salir del hospital.

La problemática del paciente colostomizado parte en gran medida de la aceptación e información que cada paciente recibe del equipo sanitario, como es el caso de la

preparación para el retorno a su domicilio y a la sociedad. Si el paciente colostomizado carece de la información y del adiestramiento adecuado para afrontar una nueva forma de vida adoptará actitudes de enfermo o inválido.

Se pasa de un modelo de provisión de cuidados por parte de la enfermera, y no se fomenta un modelo de autocuidados y, por tanto, de aprendizaje. De hecho, los estudios concretan que la mayoría de los pacientes ostomizados no adquieren la autonomía durante su estancia en el hospital, siendo esto un factor clave para la mejora de la calidad de vida tras el alta.

PROBLEMAS CON LOS QUE PUEDE ENCONTRARSE EN ESTA ETAPA

- Incapacidad de controlar de forma eficaz el funcionamiento de su ostomía por falta de entrenamiento sobre el uso y la selección del dispositivo adecuado o el desconocimiento de los accesorios apropiados para cada situación específica.
- Falta de información sobre los conceptos básicos que precisa conocer para convivir con la ostomía:
 - Cuidados básicos
 - Higiene
 - Alimentación
 - Vida sexual
 - Deporte
 - Actividad social y laboral
- Prolongación anormal de la convalecencia y retraso en la incorporación a la vida social a causa de problemas psicológicos no detectados o no tratados de forma eficaz.
- El facultativo que controla el proceso postoperatorio en la consulta de Cirugía se limita a la atención del proceso quirúrgico sin poder asumir su educación práctica en el manejo de la ostomía, para lo cual lo remite a un profesional de Enfermería que muy pocas veces es un experto en Estomaterapia.

Figura 2: Problemas del paciente ostomizado al alta hospitalaria.

Todo paciente ostomizado necesita recibir un cuidado enfermero con un enfoque holístico que englobe los aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales para facilitarle el objetivo de mantener la salud en los diferentes aspectos de la difícil convivencia con una ostomía.

Necesita la orientación continua de profesionales expertos, con una buena capacitación teórico-práctica en el cuidado del estoma que pueda garantizarle el óptimo nivel de adaptación a una vida normalizada. ^(7, 8, 9)

OBJETIVOS

Objetivo general

- Elaborar un plan de cuidados estandarizado encaminado a aplicar de forma sistemática cuidados integrales a la persona colostomizada, promoviendo su autonomía y, como consecuencia, mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos

- Ayudar al paciente en su proceso de adaptación a la nueva situación de salud, promoviendo el autocuidado y su independencia.
- Ayudar al paciente y a su familia en la búsqueda y utilización de los recursos sociales, proporcionando información y vías de canalización adecuadas.
- Evaluar el impacto emocional al cambio del aspecto físico y proporcionar recursos dirigidos a aumentar su seguridad.
- Disminuir el temor y la ansiedad que produce abandonar el medio seguro que proporciona un hospital.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura. La metodología se ha basado en una búsqueda estructurada en los siguientes buscadores y bases de datos sanitarias, en la lectura crítica de la literatura localizada en las bibliotecas locales y la síntesis de los resultados para alcanzar un conocimiento contrastado sobre el tema en cuestión.

Búsqueda bibliográfica

La búsqueda se centra en localizar guías de práctica clínica, protocolos de cuidados y trabajos similares al que se está realizando para su comparación.

- **Operadores booleanos utilizados:**

(Y/AND) interrelaciona dos conceptos

(O/OR) aparece una u otra o ambas

"Comillas" búsqueda literal del término

- **Palabras clave:**

Colostomía, Atención de Enfermería, Estomas quirúrgicos, Calidad de Vida, Adaptación, Educación en Enfermería, Educación sexual.

▪ **Bases de datos y buscadores utilizados:**

Metabuscadores:

- Google Académico

Bases primarias:

- MEDLINE (acceso a través de Pubmed)
- EMBASE (Elsevier Science)
- LILACS
- IBECS
- CENTRAL (acceso a través de la Biblioteca Cochrane Plus)

Sitios institucionales:

- Biblioteca del Instituto de Salud Carlos III (acceso a través de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

Artículos a texto completo:

- SciELO
- Elsevier
- Biblioteca Las Casas – Fundación Index
- Dialnet

▪ **Bibliotecas utilizadas:**

Biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería

Biblioteca del Hospital San Jorge de Huesca

Biblioteca del Colegio de Enfermería de Huesca

▪ **Revistas especializadas utilizadas:**

Enfermería Científica

Asociación de ostomizados de Aragón (ADO Aragón)

Asociación de ostomizados de Bizkaia (Argia)

Criterios de inclusión/exclusión

Para la selección de los trabajos se definieron los siguientes criterios de inclusión:

- Población: pacientes colostomizados.
- Resultados: cuidado biopsicosocial, adaptación y calidad de vida.
- Idioma: español, con antigüedad máxima de 9 años.

Se han excluido las guías de práctica clínica o protocolos que incluían intervenciones o cuidados en el preoperatorio, así como, trabajos o estudios sobre la enfermedad que tiene como consecuencia la realización de este tipo de ostomías.



También se han elaborado cartas de presentación para solicitar información específica del proyecto a desarrollar a las asociaciones y empresas de desarrollo y distribución:

- Coloplast España
- Asociación de Ostomizados de Aragón (ADO)
- Sociedad Española de Estomaterapia (SEDE)
- Asociación Nacional de Ostomizados e Incontinentes (ANOI)
- Asociación Española de Ostomizados (AEDO)
- Asociación de ostomizados de Madrid (AOMA)
- Convatec
- Hollister

Por último, para la elaboración del plan de cuidados se ha utilizado:

- Taxonomía II de NANDA Internacional 2012-2014.
- Clasificación de resultados de enfermería (NOC).
- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC).

DESARROLLO

Diagnósticos de independencia

Conocimientos deficientes (00126)

Relacionado con (R/C):

- Falta de exposición y/o mala interpretación de la información

Manifestado por (M/P):

- Informa del problema
- Seguimiento inexacto de las instrucciones

Resultados esperados NOC

- **Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)**

Intervenciones NIC

- **Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)**

Actividades:

- ✓ Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.

- ✓ Describir el proceso de la enfermedad y reforzar, si precisa, la información suministrada por otros miembros del equipo.
- ✓ Poner en contacto a los pacientes con la asociación de ostomizados de la región, para que pueda estar con personas que han pasado por la misma situación, y con las que compartir sus miedos y logros personales (ANEXO I).
- ✓ Facilitar al paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios donde acudir en caso de dudas o complicaciones (ANEXO II).

- **Planificación del alta (7370)**

Actividades:

- ✓ Explicar al paciente que tendrá muestras de productos en cantidad suficiente para los primeros días después del alta. Se le entregará un informe para su Médico de Familia donde se especifica la intervención realizada y los dispositivos que habrá de utilizar.
- ✓ Advertir al paciente que los dispositivos de ostomía se dispensan en Farmacia mediante la receta correspondiente que expedirá su Médico de Familia.
- ✓ En el post-operatorio es recomendable usar bolsas transparentes, para visualizar el estoma y las deposiciones, y láminas adhesivas recortables hasta que se estabilice el tamaño del estoma (entre mes y medio y tres meses).
- ✓ Recordarle que tendrá un seguimiento por su estomaterapeuta en el hospital donde le han realizado la intervención.

- **Educación sanitaria (5510)**

Actividades:

- ✓ Instruir en el cuidado al paciente para adaptarse a las actividades cotidianas.
- ✓ Completar esta actividad con un soporte escrito (ANEXO III).

Baja autoestima situacional (00120)

Relacionado con (R/C):

- Alteración de la imagen corporal
- Pérdida

Manifestado por (M/P):

- Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación
- Expresa que la situación actual desafía su valía personal
- Verbalizaciones de negación de sí mismo

Resultados esperados NOC

- ***Autoestima (1205)***

Intervenciones NIC

- ***Potenciación de la autoestima (5400)***

Actividades:

- ✓ Valorar la confianza que tiene el paciente en sus propios juicios.
- ✓ Ayudar al paciente a identificar de manera objetiva las cualidades y defectos de sí mismo, respetándose y apreciándose por sus logros y cualidades positivas.
- ✓ Reafirmar las virtudes personales que identifica el paciente.
- ✓ Ayudar a reexaminar sus percepciones negativas sobre sí mismo.
- ✓ Reforzar positivamente la capacidad para pedir ayuda sin sentirse por ello devaluado o inútil.
- ✓ Favorecer las situaciones, relacionadas con el autocuidado, que aumenten la confianza del paciente (Ej. Cambiar la bolsa y limpiar el estoma).
- ✓ Reconocer el progreso del paciente en la consecución de los objetivos.

Trastorno de la imagen corporal (00118)

Relacionado con (R/C):

- Alteración de la percepción del propio cuerpo

Manifestado por (M/P):

- Expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función
- Ocultar de forma intencionada parte corporal

Resultados esperados NOC:

- ***Imagen corporal (1200)***

Intervenciones NIC:

- **Potenciación de la imagen corporal (5220)**

Actividades:

- ✓ Identificar las emociones negativas del paciente derivadas de la observación del propio cuerpo (sentimientos de rechazo, falso sentimentalismo, dolor o resentimiento).
- ✓ Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, reforzando aspectos positivos y respetando siempre su identidad cultural y religiosa.
- ✓ Conocer cómo ha sido la persona con anterioridad, en sus relaciones familiares, sociales y laborales. Dependiendo de cómo hayan sido estos variará su nivel de aceptación.
- ✓ Poner al paciente en contacto con su cuerpo a través de un espejo, que lo reconozca como suyo.
- ✓ Determinar si la percepción de una imagen corporal negativa ha contribuido a aumentar el aislamiento social.

Disfunción sexual (00059)

Relacionado con (R/C):

- Alteración de la estructura corporal
- Conocimientos deficientes

Manifestado por (M/P):

- Percepción de limitaciones impuestas por la enfermedad
- Verbalización del problema

Resultados esperados NOC:

- **Funcionamiento sexual (0119)**

Intervenciones NIC:

- **Asesoramiento sexual (5248)**

Actividades:

- ✓ Ayudar al paciente a comprender que las funciones sexuales o la actividad sexual pueden verse afectadas (por el cambio en la imagen corporal, la falta de autoestima, la depresión o el miedo), pero que la sexualidad no tiene por qué alterarse.

- ✓ Advertir al paciente la importancia de tener intimidad y contacto físico con su pareja.
- ✓ Explicar al paciente que la ostomía permite perfectamente que se retome la actividad sexual.
- ✓ Exponer al paciente las posibles consecuencias físicas que podrían derivarse de la intervención quirúrgica y su importancia para la vida sexual. Dependen de factores como la técnica quirúrgica, la enfermedad y la cantidad de tejido eliminada (ANEXO IV y V).

Duelo (00136)

Relacionado con (R/C):

- Pérdida de un objeto significativo (parte del intestino, el recto, la continencia, la salud)

Manifestado por (M/P):

- Alteración del nivel de actividad
- Búsqueda de significado de la pérdida
- Distrés psicológico
- Sufrimiento

Resultados esperados NOC

- **Resolución de la aflicción (1304)**
- **Aceptación: estado de salud (1300)**

Intervenciones NIC:

- **Facilitar el duelo (5290)**

Actividades:

- ✓ Ayudar al paciente a canalizar, asimilar y controlar las reacciones emocionales que surgen durante el proceso de duelo inicial hasta llegar a la fase de aceptación (ANEXO VI).
- ✓ Explicarle que durante el proceso puede manifestar sentimientos y emociones ante la pérdida de la función corporal y la autoimagen, tales como incredulidad, irritabilidad, apatía, tristeza. Deben saber que es normal y saludable.
- ✓ Favorecer las discusiones abiertas sobre los sentimientos respecto a la pérdida y permitir que verbalice sus preocupaciones.

- ✓ Ayudar a identificar estrategias positivas para aceptar sus limitaciones y adecuarlas a su estilo de vida.
- ✓ Explicarle que el primer paso para afrontar el problema es aceptar su nuevo estado de salud, llegado este punto, se desarrollarán estrategias dirigidas a un afrontamiento y adaptación efectivos.

Riesgo de afrontamiento ineficaz (00069)

Relacionado con (R/C):

- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.
- Falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante.

Resultados esperados NOC:

- **Afrontamiento de problemas (1302)**

Intervenciones NIC

- **Aumentar el afrontamiento (5230)**

Actividades:

- ✓ Mostrar empatía, presencia o aptitud de disponibilidad y escucha activa.
- ✓ Valorar el significado que el paciente otorga a la colostomía como elemento conflictivo.
- ✓ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- ✓ Tener una actitud de normalidad al realizar los cuidados.
- ✓ Proporcionar experiencias que fomenten la autonomía del paciente (Ej. Participar de forma activa en los cuidados relacionados con la colostomía desde el primer momento).
- ✓ Ayudar a identificar métodos de afrontamiento adecuados para manejar o neutralizar aquellas respuestas provocadas por el acontecimiento estresante (ANEXO VII).
- ✓ Ayudar al paciente a adaptarse a los cambios que interfieran en su vida cotidiana.

Riesgo de afrontamiento familiar comprometido (00074)

Relacionado con (R/C):

- Cambio temporal de roles en la familia
- Preocupación temporal por parte de la persona de referencia

Resultados esperados NOC:

- ***Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)***
- ***Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)***

Intervenciones NIC:

- ***Fomentar la implicación familiar (7110)***

Actividades:

- ✓ Identificar la capacidad de los miembros de la familia o para implicarse en el cuidado del paciente.
- ✓ Fomentar la existencia de una relación de diálogo y confianza entre el paciente y su familia, que permita hablar libremente de la situación.
- ✓ Alentar al paciente y su familiar a discutir los cambios que se deben hacer para que no se vean afectadas, en gran medida, las funciones y rutinas del grupo familiar.
- ✓ Promover la toma de decisiones en equipo en relación al cuidado de la persona colostomizada las primeras semanas tras la intervención.

- ***Apoyo al cuidador principal (7040)***

Actividades:

- ✓ Conocer, profundizar y describir los sentimientos, miedos y emociones del cuidador principal.
- ✓ Analizar la personalidad del cuidador ya que influye en cómo se hace frente al cuidado (configuración de las estrategias y éxito de las mismas).
- ✓ Averiguar el tipo de estrategia utilizado por el cuidador.
- ✓ Detectar aquellos casos que puedan dar lugar a una mayor sobrecarga en los cuidadores (manejo inadecuado de la situación centrado en el problema, las emociones como la autocritica, la autoinculpación y la evitación de situaciones estresantes).

Ansiedad (00146)

Relacionado con (R/C):

- Cambio en: el estado de salud

Manifestado por (M/P):

- Angustia
- Preocupación
- Temor a consecuencias inespecíficas
- Dificultad para la concentración

Resultados esperados NOC:

- ***Nivel de ansiedad (1211)***
- ***Autocontrol de la ansiedad (1402)***

Intervenciones NIC:

- ***Disminución de la ansiedad (5820)***

Actividades:

- ✓ Entablar una conversación honesta con el paciente, manteniendo una actitud de comprensión y empatía. Escuchar atentamente y establecer una atmósfera que permita una expresión franca de sus miedos y preocupaciones.
- ✓ Valorar el nivel de ansiedad del paciente. Prestar atención a los indicadores verbales y no verbales.
- ✓ Explicar al paciente todos los procedimientos, incluyendo las sensaciones que se pueden experimentar durante el proceso.
- ✓ Aclarar al paciente, en cuanto se presente la oportunidad, todas las dudas que vayan surgiendo.
- ✓ Aconsejar al paciente que dedique tiempo a aquellas actividades agradables y placenteras (leer, escuchar música, hacer algo de ejercicio, pasear).
- ✓ Ayudar al paciente a centrarse en los aspectos de su vida que pueden favorecer la adaptación al estoma, así vivirá de forma menos amenazadora su nueva condición.

- **Terapia de relajación simple (6040)**

Actividades:

- ✓ El paciente asistirá con ropa cómoda.
- ✓ Debemos tener un tono de voz normal, un poco bajo y pausado.
- ✓ Se les debe de proporcionar un material didáctico que incluya la técnica de relajación a realizar, descrita con imágenes y leyenda explicativa (ANEXO VIII).
- ✓ Las sesiones se irán desarrollando mediante la práctica de los ejercicios de ese día y, posteriormente, practicar todos los ejercicios vistos hasta ese momento.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Relacionado con (R/C):

- Excreciones
- Humedad

Resultados esperados NOC:

- **Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)**
- **Autocuidado de la ostomía (1615)**

Intervenciones NIC:

- **Cuidados de la ostomía(0480)**

Actividades:

- ✓ Exponer al paciente las características del fluido de su colostomía y la valoración de la piel periestomal para saber qué dispositivos debe utilizar para evitar lesiones en la piel a causa de posibles fugas (ANEXO IX).
- ✓ Advertir que la higiene de su colostomía forma parte del aseo diario y enseñarle la forma adecuada de cambiar la bolsa y limpiar el estoma (ANEXO X).
- ✓ Explicar al paciente que tendrá que utilizar un medidor habitualmente a la hora de colocar un nuevo dispositivo ya que el estoma se suele reducir durante los primeros meses después de la intervención.
- ✓ Enseñarle cómo prevenir y solucionar problemas cutáneos, pues la piel que rodea el estoma va a garantizar el buen sellado de los adhesivos y, por lo tanto, la seguridad frente a posibles fugas (ANEXO XI).

- ✓ Explicar al paciente como prevenir o actuar en caso de tener diarrea, estreñimiento, flatulencias o malos olores. Facilitar esta información por escrito, además de un menú tipo que puede seguir en cada caso. (ANEXO XII, XIII, XIV).

Problemas de colaboración

Complicación potencial: **Estenosis** secundaria a dehiscencia de la sutura o estreñimiento.

Complicación potencial: **Hernia** secundaria a técnica quirúrgica incorrecta, estreñimiento, obesidad o aumento de la presión intraabdominal.

Complicación potencial: **Prolapso** secundario a obesidad o aumento de la presión intraabdominal.

Complicación potencial: **Granulomas** secundaria a roce con el aro del dispositivo.

Complicación potencial: **Dermatitis micótica** secundaria a infección por hongos o bacterias.

Complicación potencial: **Dermatitis irritativa** secundaria al contacto con las heces de la piel periestomal o al uso de productos químicos (desinfectantes, alcohol).

Complicación potencial: **Dermatitis alérgica** secundaria a sensibilización de alguno de los componentes del dispositivo de la colostomía.

Complicación potencial: **Dermatitis mecánica** secundaria a presión, fricción o arrancamiento de los adhesivos y barreras cutáneas de la piel.

Intervenciones NIC:

- ***Vigilancia (6650)***

Actividades:

- ✓ Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado.
- ✓ Explicar al paciente las posibles complicaciones que pueden surgir y aquellos signos y síntomas que pueden alertarle (ANEXO XV).
- ✓ Preguntar al paciente en cada visita (acordada con el paciente según su estado) por sus signos, síntomas o problemas recientes.

Para la evaluación de los resultados se maneja la clasificación de resultados de enfermería (NOC) que nos aporta los indicadores de resultados específicos para valorar la consecución de los objetivos planteados (ANEXO XVI).

CONCLUSIÓN

La aplicación del proceso enfermero como método de trabajo, con la planificación y estandarización de los cuidados utilizando el lenguaje enfermero NANDA-NOC-NIC, garantiza unos cuidados de calidad, efectivos, continuos, centrados en el paciente y evaluables, lo que lo convierte en un buen sistema para gestionar cuidados de enfermería al paciente colostomizado.

Se considera un derecho de todo ciudadano el ser debidamente atendido por el Sistema Público de Salud con la garantía de que queden perfectamente cubiertas todas sus necesidades de atención.

Por eso, este tipo de pacientes requiere tratamiento en una consulta de enfermería experta en Estomaterapia, o mayor formación del personal enfermero en el abordaje de éstos. En todos los hospitales debería existir este tipo de consultas y en los centros de salud, el profesional de enfermería, debería tener amplios conocimientos para atender a estos pacientes e incluirlos en programas de atención y educación sanitaria al igual que lo hacen con los enfermos crónicos de otras patologías porque los pacientes ostomizados se pueden calificar de “crónicos”.

Los profesionales de enfermería deben de estar capacitados, no sólo para dotar al paciente de los conocimientos y habilidades que le permitan ser autónomo con su ostomía, también deben saber identificar y tratar situaciones de gran estrés emocional. La empatía, la escucha activa, la presencia, favorecer la conversación, fomentar la manifestación de sentimientos y la actitud de naturalidad al realizar los cuidados son aspectos que los propios pacientes identifican como una gran ayuda emocional.

La vinculación de una persona ostomizada a una asociación especializada le permite el apoyo directo de personas que viven la misma situación y, además de recibir asistencia sanitaria experta en Estomaterapia, es un recurso que favorece la rehabilitación del paciente y la familia de forma notable.

AGRADECIMIENTOS

Quiero utilizar este espacio para reconocer y agradecer a aquellas personas que han participado y contribuido a la elaboración de este Trabajo Fin de Grado:

Debo agradecer a mi tutor Felipe Nuño Morer su apoyo, confianza y capacidad para guiar mis ideas durante los meses que ha llevado la realización de este trabajo. Le agradezco también por sus siempre rápidas y atentas respuestas a cualquiera de las dudas surgidas durante la preparación del mismo.

También me complace agradecer a María Luisa Mata Blasco su significativo aporte y participación en el desarrollo del trabajo.

Agradezco de manera especial a Pilar Lainez Pardos, enfermera experta en estomaterapia, que me dejara colaborar a su lado en la consulta de ostomía de la asociación de ostomizados de Aragón.

Y por último, a Pablo Oliván Fumanal quien me ha dado su apoyo, colaboración y experiencia, mi más sincero agradecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Arias ME, Bona M, Cotas I, González AM, López E, Máñez A, et al. Guía para el cuidador de la persona ostomizada. Madrid: Ediciones Mayo; 2013.
- 2) Coloplast. Guía de atención de enfermería al paciente ostomizado durante el seguimiento en consulta de estomaterapia. Madrid: Coloplast Productos Médicos; 2012.
- 3) Cabanes A, Pérez-Gómez N, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G. La situación del cáncer en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2009.
- 4) Enciso Rivilla MD. Conceptos básicos en estomaterapia. Jaén: Formación Alcalá; 2008.
- 5) Arias Álvarez ME, Durán Ventura MC, Fernández García MA, Fuertes Ran C, Ibarzo Monreal A, Mateos Fraile L, et al. Colostomía, primera ayuda. SEDE. Madrid: Hollister; 2010.
- 6) Juárez Ruiz JL, Molina Navarrete E, Martínez Samblas C. Autocuidado e interacciones sociales. Un reto para el paciente colostomizado. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2010 [acceso 26 de marzo de 2014] 6(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0560.php>
- 7) Crespillo Díaz AY, Martín Muñoz B. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado. Estudio cualitativo de un caso. Index de Enfermería [revista en Internet]. 2012 [acceso 26 de marzo de 2014]; 21 (1-2): 43-7. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100010
- 8) Congreso Nacional de Ostomías. Bilbao; 3 de diciembre de 2005. Bilbao: Asociación Vasca de Ostomizados e Incontinentes; 2005.
- 9) Martín Muñoz B, Panduro Jiménez RM, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Index de Enfermería [revista en Internet]. 2010 [acceso 26 de marzo de 2014]; 19 (2-3): 115-9. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200009

- 10) Durán Ventura MC, Martínez Costa MC, Martos Monereo MA, Menéndez Muñoz I, Rivas Marín C, Ruíz Fernández MD. Guía para la persona ostomizada y familia. SEDE. Madrid [acceso 2 de enero de 2014] Disponible en:
http://www.estomaterapia.es/pdfs/Guia_Colostomizada_A.pdf
- 11) Coloplast. Manual práctico, una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares. Madrid: Coloplast Productos Médicos; 2012.
- 12) Convatec. Guía de cuidados para colostomías. Barcelona: Convatec Inc.; 2013.
- 13) Fundación Ayúdate. Guía para personas cuidadoras. Madrid: Fundación Ayúdate; 2012.
- 14) Lerín P, Lourdes P, Lozano MD, Martínez M. Complicación de los estomas, manual de cuidados de enfermería. Madrid: Coloplast Productos Médicos; 2010.
- 15) Coloplast. Pautas dietéticas. Madrid: Coloplast Productos Médicos SA; 2012
- 16) Coloplast. Pautas para las relaciones en pareja. Madrid: Coloplast Productos Médicos SA; 2012
- 17) Hollister. Colostomía: primera ayuda, guía educativa. Madrid: Hollister Ibérica SA; 2013.
- 18) Hernández Fernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. REDUCA [Internet]. 2011 [acceso 26 de marzo de 2014] 3(2). Disponible en:
<http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/764/780>
- 19) Fundación Te Cuidamos, orientación y asistencia sanitaria [Sede Web]. Madrid: Fundación Te Cuidamos; 2008 [acceso 26 de marzo de 2014] Ana Isabel Carballo Chinarro. Guía rápida de colostomía. Disponible en:
<http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-COL.pdf>
- 20) Asociación de ostomizados de Madrid [Sede Web]. Madrid: AOMA; 2010 [acceso 26 de marzo de 2014] Guía de Recomendaciones para el paciente ostomizado. Disponible en:
<http://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/guia-ostomias.pdf>

- 21) Carrión de la Rubia I, Femenia Escrivá R, Florez Almonacid CL, Galván Ledesma J, López Carreto P, Menéndez Muñoz I et al. Cuidados al paciente ostomizado. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; 2010 [acceso 26 de marzo de 2014] Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/e8_cuidados_paciente_ostomizado.pdf
- 22) Tegido Valentí M, Blanco Álvarez A, Soriano-Izquierdo A. Actuaciones de enfermería en el cuidado del paciente ostomizado digestivo. Madrid: Hospital Universitario de Bellvitge; 2011 [acceso 26 de marzo de 2014] Disponible en:
http://www.aegastro.es/sites/default/files/recursos_enfermeria/29_PE_Cuidados_en_pacientes_ostomizados.pdf
- 23) American Cancer Society [Sede Web]. Georgia: Copyright American Cancer Society; 2011 [acceso 26 de marzo de 2014] Colostomía: una guía. Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002822-pdf.pdf>
- 24) Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Hueso Montoro C, Cuevas Fernández-Gallego M, Rivas Marín C, Sánchez Crisol I et al. Vivencias y experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos. Biblioteca Lascasas, 2012; 8(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0657.pdf>
- 25) Cots I, Villalba E. Guía de cuidados de enfermería a la persona portadora de un estoma, según Virginia Henderson. Biblioteca Lascasas [Internet] 2011 [acceso 26 de marzo de 2014] 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0589.pdf>
- 26) Martín Muñoz B, Montesinos Gálvez AC. Ayuda emocional entre pacientes ostomizados. Biblioteca Lascasas [Internet] 2011 [acceso 26 de marzo de 2014] 7(2). Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0600.pdf>
- 27) Juárez Ruiz JL, Molina Navarrete E, Martínez Samblas C. Autocuidado e interacciones sociales. Un reto para el paciente colostomizado. Biblioteca Lascasas [Internet] 2010 [acceso 26 de marzo de 2014] 6(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0560.pdf>

- 28) Consejería de Salud. Promoción de la salud en personas con trastorno mental grave: análisis de situación y recomendaciones sobre alimentación equilibrada y actividad física. Anexo 11 Relajación muscular progresiva de Jacobson. Sevilla: Junta de Andalucía; 2011 [acceso 29 de marzo de 2014] Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/476/pdf/Anexo%2011%20Relajaci%C3%B3n%20muscular%20progresiva.pdf>
- 29) Nanda internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. 1^a Ed. Barcelona: Elsevier; 2012-14.
- 30) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4^a Ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
- 31) Dochterman JM, Butcher HK, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5^a Ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2010.
- 32) Lluch Hernández A, Almonacid Guinot V, Garcés Honrubia V. Cáncer e imagen corporal: el duelo corporal. Valencia: Sociedad Española de Oncología Médica; 2013 [acceso 26 de marzo de 2014] Disponible en:
<http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/manuales/duelo/duelo15.pdf>
- 33) Navarro Arquelladas MA. Relación entre personalidad, sobrecarga y estrategias de afrontamiento en cuidadoras de pacientes mayores dependientes en el área hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. NURE Investigación [Revista en Internet] 2011 [acceso 26 de marzo de 2014]; 8 (51). Disponible en:
http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE51_original_apocuid.pdf
- 34) Granada López JM, Benedí Sanz L, Soláns García A. Manual de enfermería psiquiátrica. Trastornos de Ansiedad. Barcelona: Editorial Glosa; 2009.
- 35) Montero Rodríguez MG, Gómez Rodríguez A, Montero Rodríguez MM. Manejo de la ansiedad: "Del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson". Sevilla: HYGIA. 2013; 1(82):5-12.
- 36) Estrada MA. El apoyo psicológico en la atención integral del paciente Ostomizado. Asociación de ostomizados "ARGIA". 2005; 1(5): 18-9.
- 37) Lerín Cabrejas P. Cuidados de Enfermería en la Colostomía. Asociación de ostomizados "ARGIA". 2005; 1(5): 21-4.

ANEXOS

ÍNDICE

ANEXO I (Asociaciones de ostomizados).....	25
ANEXO II (Circuito extrahospitalario).....	27
ANEXO III (Actividades para la educación sanitaria del paciente)	28
ANEXO IV (Secuelas físicas de una operación de intestino en la mujer)	30
ANEXO V (Secuelas físicas de una operación de intestino en el hombre)	32
ANEXO VI (Componentes del proceso de duelo)	34
ANEXO VII (Tipos de estrategias de afrontamiento)	35
ANEXO VIII (Técnicas de relajación más frecuentes)	36
ANEXO IX (Elección del dispositivo colector)	39
ANEXO X (Higiene y cuidados).....	40
ANEXO XI (Protección de la piel alrededor del estoma)	42
ANEXO XII (Alimentación en caso de diarrea).....	43
ANEXO XIII (Alimentación en caso de estreñimiento).....	44
ANEXO XIV (Alimentacion en caso de flatulencias y malos olores)	46
ANEXO XV (Complicaciones tardías)	48
ANEXO XVI (Diagnósticos NANDA, NOC e indicadores de resultado)	50
ANEXO XVII (Cronograma).....	52



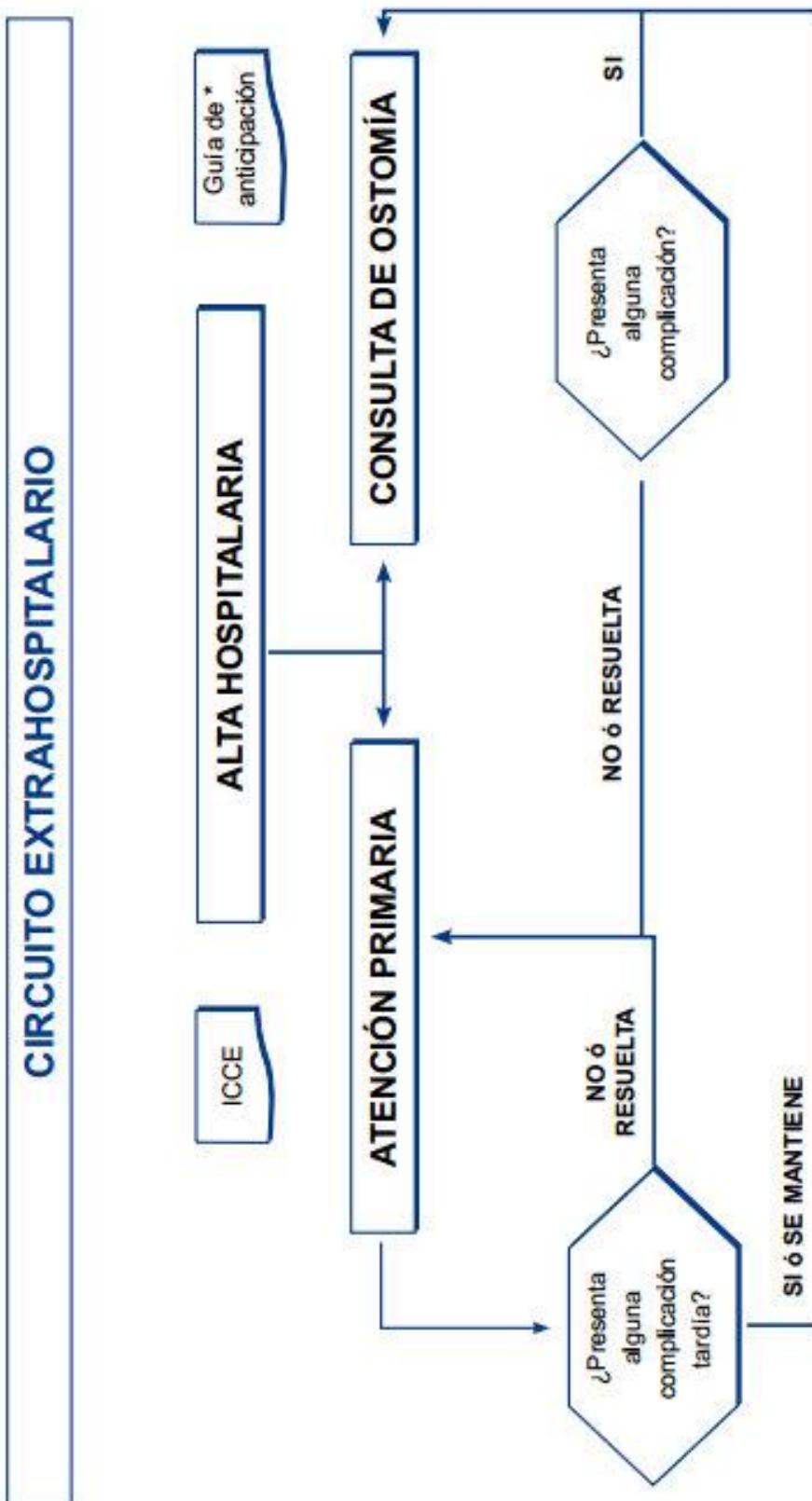
ANEXO I (Asociaciones de ostomizados)

FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE OSTOMIZADOS

 <p>ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS DE ARAGON (ADO ARAGON) C/ Cervantes, 45 - 6ºb. - 50006. Zaragoza Teléfono: 976 223 505 Presidente: M^a Carmen Langa Correo electrónico: adozaragoza@hotmail.com Web: www.ostomizadosaragon.org</p>	 <p>ASSOCIACIÓ CATALANA D'OSTOMITZAST (ACO) Avda. Ntra. Sra. De Bellvitge, 20 (Hotel d'Entitats) 08907. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona Teléfono 932 635 576 (asociación) Presidente: Jordi Roig i Marcel Correo electrónico: a.c.o.@acato.e.telefonica.net Web: www.aco.voluntariat.org</p>	 <p>ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS DE PONTEVEDRA (ADO PONTEVEDRA) 1^a Travesía do Couto San Honorato, 3 bajo. 36204. Vigo-Pontevedra. Teléfono y fax: 986 283 312 Presidente: José Luis Rosales Orellana Correo electrónico: adoponte@gmail.com</p>
 <p>ASOCIACIÓN GADITANA DE OSTOMIZADOS (AGADO) Avda. de la Serrana, 6 Local 5. 11404. Jerez de la Frontera. Cádiz Teléfono: 956 180 127 Presidente: Faustino Rodríguez Correo electrónico: agadojerez@gmail.com Web: www.agado.es</p>	 <p>ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS DE MADRID (AOMA) Centro Cívico "El Cerro". C/ Manuel Azaña s/n. 28820. Madrid Teléfono: 916 693 833 Presidente: Eugenio de Lucas Marejil Correo electrónico: asociacion.aoma@gmail.com Web: www.asociaciondeostomizados.com</p>	 <p>ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS DE GUIPÚZCOA (AOSGUI) Paseo Zarategui, 100 (Edificio Txara 1.Lankide). 20015. Donostia Teléfono: 943 482 603 Fax: 943 482 589 Presidente: Juan María Larrea Correo electrónico: aosgui@aogui.com Web: www.aogui.com</p>

 <p>ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS DE BIZKAIA (ARGIA) C/ Doctor Areilza, 36 , escalera interior 1º l. 48010 Bilbao Teléfono: 944 394 760 Presidenta: Yolanda de la Hoz Correo electrónico: correo@ostomizadosargia.com Web: www.ostomizadosargia.com</p>	 <p>OSTOMIZADOS DE ÁLAVA (AROS) C/Prado nº8 – 4º dcha. 01005. Vitoria Teléfono: 945 263 297 Correo electrónico: alava@aecc.es</p>	 <p>EXPATRIATE OSTOMATES OF SPAIN (EOS) Carretera de Denia, 10, 03730. Jávea. Alicante. Presidenta: Cinthya Robinson Teléfono: 966 460 063 Correo electrónico: eostext@gmail.com mail@ostomyinspain.org Web: www.ostomyinspain.com</p>
 <p>ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS VIRGEN DE LA VIÑAS C/ San Mateo, 4 – 13700 - Tomelloso – Ciudad Real Presidente: Santiago Campos García Teléfono: 926 510 991 Correo Electrónico: cam-mor@terra.es santiagocamposgarcia@gmail.com</p>	 <p>ASOCIACIÓN DE OSTOMIZADOS DE GRANADA (AOGRA) C/ Tórtola, nº3 bajo, 18014, Granada Teléfono: 958 293 929 Correo electrónico: asociacionostomizadosgranada@gmail.com</p>	 <p>FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE OSTOMIZADOS Sede social: Centro Cívico El Cerro, C/ Manuel Azaña s/n, 28820 Coslada (Madrid) Junta Directiva: Presidente: Eugenio de Lucas Marejil (AOMA) Secretaria: Pilar Montiel (AOMA) Tesorera: Silvia Gómez (ARGIA) Correo electrónico: federacionostomizados@mail.co Web: www.federaciondeostomizados.es</p>

ANEXO II (Círculo extrahospitalario)



ANEXO III (Actividades para la educación sanitaria del paciente)

EDUCACIÓN SANITARIA

ALIMENTACIÓN

Durante el postoperatorio y hasta el restablecimiento del tránsito intestinal, el paciente recibirá una dieta líquida, pasando a una dieta sin residuos.

La introducción de nuevos alimentos debe realizarse controladamente para evitar diarreas, estreñimiento y gases.

Explicar al paciente que las restricciones dietéticas se van a reducir a alimentos que produzcan heces líquidas, malolientes, gran producción de gas o estreñimiento.

ACTIVIDAD LABORAL

El paciente puede mantener su vida laboral activa, como antes de su intervención. Solamente si el trabajo requiere esfuerzo físico de los músculos del abdomen será necesario que consulte a un profesional sanitario.

DEPORTES

El paciente puede realizar la mayoría de deportes. Antes de empezar, ingerir abundantes líquidos y comprobar adherencia y vaciado de la bolsa. Recordarle la existencia de dispositivos que no se despegan por el sudor o resistentes al cloro y agua salada.

Se desaconsejan los deportes que puedan dañar la mucosa del estoma (p.ej. el boxeo) o que supongan un esfuerzo abdominal importante.

VIAJAR

No tiene que evitar viajar por cualquier medio. Evitar que el estoma sea comprimido por el cinturón de seguridad. Asegurarse de que en el lugar de destino podrá conseguir los dispositivos, o llevarse consigo material para todo el periodo vacacional.

Vigilar la calidad del agua y evitar agua del grifo si no tiene garantía.



Informar al paciente de que hay fármacos que pueden afectar al color (hierro: negro; antibióticos: verde grisáceo; antiácidos: blanquecino; anticoagulantes: rojizo o negro), olor (vitaminas y antibióticos) y producir diarrea (antibióticos, antiácidos y quimioterápicos).

FARMACOTERAPIA

Advertir a los portadores de colostomía ascendente o transversa que se pueden producir alteraciones en la absorción de los fármacos. Añadir que los comprimidos sin cubierta se pueden fragmentar para favorecer la disolución y absorción (no fragmentar comprimidos con cubierta y fármacos de “liberación gradual”).

Explicar al paciente que puede seguir vistiendo como lo hacía antes de la operación, solamente evite las prendas que compriman en exceso el estoma (p.ej. sustituir el cinturón por tirantes).

VESTIR

Informar al paciente de que para amortiguar el ruido producido por los gases puede utilizar una prenda de compresión.

ANEXO IV (Secuelas físicas de una operación de intestino en la mujer)

DOLOR

Como consecuencia de la operación o de los tratamientos complementarios, las mujeres ostomizadas pueden experimentar dolor durante el coito. El dolor puede afectar a la estimulación sexual, y después de varios intentos, el miedo al mismo puede hacer desaparecer el deseo y destruir la espontaneidad de la vida en pareja.

Si se está en tratamiento con analgésicos, se recomendará tomarlos antes del coito.

Si el dolor se siente de manera local en la vagina, se puede usar un gel anestésico suave (p. ej. lidocaína), debiendo emplearse con un preservativo para que la sensibilidad de la pareja no disminuya (el gel se extiende sobre el preservativo después de colocarlo).

EL DOLOR PUEDE SER DEBIDO A...

- Lesión de nervios del sistema nervioso autónomo o de vasos sanguíneos.
- Tratamientos como la radioterapia (efecto secundario).

- Si se ha suturado el ano, la sutura o los tejidos de la cicatriz de la operación pueden causar que la vagina se haga más estrecha.

- Si se extirpa el recto es posible que el útero se incline hacia atrás al no estar ya detrás el recto rellenando el espacio.
- Puede ser resultado de la retención del fondo vaginal por el tejido cicatrizado

Sequedad de la vagina

Supositorios de glicerina

Crema lubricante

Tratamiento hormonal o uso de píldora

Estrechamiento de la vagina

→ DILATACION VAGINAL

Para ello será necesaria la indicación de un médico o ginecólogo

Desplazamiento del útero y vagina hacia atrás



AUMENTO DE LA SECRECIÓN VAGINAL

La inclinación de la vagina producida por la extirpación del recto puede impedir la salida de su secreción (flujo) que se acumula expulsándose de repente en grandes cantidades durante un cambio de postura o al hacer ejercicio. Dicha acumulación puede ocasionar el crecimiento de bacterias u hongos, que dará lugar a un flujo oscuro y con olor.

La solución depende de la secreción que tenga la mujer. Un salva slip o compresa puede resultar suficiente, pero en otras ocasiones puede requerir supositorios o irrigaciones. También ayuda en este sentido el fortalecer la musculatura del fondo pélvico.

INCONTINENCIA DE ORINA

Como consecuencia de la intervención pueden haberse lesionado ciertos nervios que pueden ocasionar que la persona tenga problemas de incontinencia urinaria o que le sea difícil vaciar totalmente la vejiga. El miedo a que se dé esta situación durante el coito, puede afectar a la sexualidad.

Se debería explicar al paciente la importancia de acudir a un fisioterapeuta, que podrá ayudar a rehabilitar los músculos del suelo pélvico, y a un urólogo, para encontrar el motivo y, a ser posible, solucionar el problema. Le recordaremos que debe tomarse el tiempo necesario para vaciar la vejiga y que ésta se vacía mejor cuando uno se relaja y no cuando se hace fuerza con el abdomen (ya que se cierra el esfínter urinario).

ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DEL CLITORIS

Puede suceder que los nervios que llevan la sensibilidad al clítoris hayan sufrido daños y, como consecuencia, su sensibilidad puede haberse alterado. Esto implica que necesite más tiempo para la estimulación sexual o, por el contrario, que la zona alrededor de la entrada a la vagina se haga hipersensible y hasta el contacto superficial produzca malestar o dolores.

- Es posible ser estimulado sexualmente y experimentar orgasmo en lugares distintos del clítoris. Es importante hablar con la pareja e intentar entre ambos explorar el cuerpo y las zonas erógenas.
- Cuando existe una hipersensibilidad que produzca dolor es recomendable acudir al médico para que pueda valorar la necesidad de prescribir un gel con anestésico local en el caso de que el dolor sea leve u otras medidas.



ANEXO V (Secuelas físicas de una operación de intestino en el hombre)

PROBLEMAS DE ERECCIÓN

A menudo, durante la cirugía se lesionan los nervios pélvicos que conducen el impulso nervioso al pene y también los vasos que proveen al pene de sangre durante la erección. Como consecuencia, la erección se hace menos rígida o incluso desaparece. Cuando el pene no tiene suficiente rigidez como para llevar a cabo una relación sexual satisfactoria, hablamos de impotencia o disfunción eréctil. Ésta disfunción provoca un grave conflicto psicológico, de tal modo que, aparecen sentimientos de falta de autoestima, depresión y miedo, así como el rechazo al contacto físico y sexual. Todo esto contribuye al aislamiento en un momento en el que más necesita del apoyo y cariño de su pareja y entorno.

La disfunción eréctil, con frecuencia, es de carácter transitorio y la erección se va recuperando de forma progresiva a lo largo del primer año de intervención. La edad es un factor determinante en la recuperación de la erección, cuanto más joven es el individuo, mayor es la posibilidad de que recupere la recuperación.

Hay que tener en cuenta que la erección, la eyaculación y el orgasmo son totalmente independientes. Un hombre puede tener una relación sexual totalmente satisfactoria sin tener una erección.

FALTA DE EYACULACIÓN

La causa de este problema puede ser neurológica, es decir, que a consecuencia de los nervios autónomos, la eyaculación deja de ocurrir o se produce una eyaculación retrógrada (el semen se dirige hacia la vejiga, eliminándose en la siguiente micción) y como consecuencia la orina puede tener un aspecto lechoso.

La mayoría de los hombres no experimentan ninguna reducción en la sensación de orgasmo, pero psicológicamente puede resultar una carga emocional para otros, que sienten que no son "hombres de verdad".

Como hemos señalado anteriormente es muy importante el apoyo de la pareja.

Tanto en la eyaculación retrógrada como en la ausencia de la misma hace que se pierda la fertilidad. Si se desea tener hijos en un momento posterior y en la operación existiera riesgo de pérdida de la misma, hay que comunicárselo al médico para congelar el semen en un banco de semen.



ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DEL PENE

Otra consecuencia del daño de los nervios, es posible tener una sensibilidad reducida del pene y escroto o, por el contrario, una sensibilidad elevada que se traduce en una sensación desagradable o dolorosa aunque el contacto sea muy suave.

DOLOR

Tras la cirugía intestinal puede ocurrir que durante un corto periodo aparezca dolor durante la erección o eyaculación.

Normalmente este problema tiende a solucionarse solo, no supone ningún peligro y no es síntoma de ninguna enfermedad.

OTROS HÁBITOS SEXUALES

Si se practica sexo anal, la pérdida de recto puede tener consecuencias para la futura vida sexual. Si este es el caso, hay que hablar con el cirujano sobre la posibilidad de conservar el recto y el riesgo que esto supone.



ANEXO VI (Componentes del proceso de duelo)

COMPONENTES DEL PROCESO DE DUELO

SHOCK: Aparece en los momentos iniciales, y su duración es mayor cuando el suceso es imprevisto.

NEGACIÓN: Es una forma frecuente de reacción ante sucesos inesperados. El individuo no quiere creer la información del equipo de salud que le atiende y busca una segunda opinión.

DEPRESIÓN: Representa la progresión a una fase adaptativa más realista. Confirma que el proceso del duelo se está llevando a cabo de forma adecuada.

CULPA: Consiste en pensamientos recurrentes, casi obsesivos, en relación a lo que se podría haber hecho para evitar el suceso (Ej.: “Si me hubiese cuidado más, si hubiese ido antes al médico”).

ANSIEDAD: Surge ante el miedo de los cambios que ocurrirán en la vida del paciente después del suceso (Ej.: soledad, dificultades económicas, etc.).

IRA: Puede ir dirigida hacia familiares o amigos que no han “ayudado” durante el suceso o hacia personas que todavía disfrutan de lo que el paciente ha perdido (Ej.: otras personas están sanas).

También es habitual que dirija su ira hacia el personal sanitario.

RESOLUCIÓN Y ACEPTACIÓN: Ocurre cuando el paciente ha podido adaptarse a la pérdida y asumir las modificaciones que producirá este suceso en su vida. No siempre se alcanza esta fase.

Como norma general se acepta que el duelo normal dura entre 6 y 12 meses.

Tradicionalmente se ha hablado de fases del duelo pero, en la actualidad, se prefiere hablar de componentes. La razón es que no siguen una sucesión temporal estricta y que pueden solaparse varios de estos acontecimientos simultáneamente.



ANEXO VII (Tipos de estrategias de afrontamiento)

MODOS DE AFRONTAMIENTO

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce	Planifica cambio de situaciones, desarrollo de nuevos planes después del fracaso: Anticipa los problemas y elabora situaciones prácticas para ellos.
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	Estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante	Buscar información, consejo o ayuda: Cuando el paciente emplea este tipo de estrategias consigue ser autónomo (le hace percibir el estoma como menos amenazante).
APOYO SOCIAL	Estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional	Refugiarse en familiares y amigos: soporte emocional esencial en el afrontamiento.
EXPRESIÓN EMOCIONAL	Estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés	Desahogarse: "Cuando se pregunta al paciente solo hace referencia al momento en que se le desprendió la bolsa del cuerpo. Lo relata en 3 ocasiones durante la entrevista. Demuestra emocionarse a la vez que cuenta el episodio, rompiendo a llorar".
EVITACIÓN DE PROBLEMAS	Estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante	Tratan de evitarlo por la carga emocional que conlleva: "No pienso, es que no quiero pensar. Cada vez que me lo levantan para curarme miro para otro lado. Ni me lo he cambiado, y estoy esperando que me enseñen porque tendré que quitármelo yo ¿no?, o no sé si vendrá alguna enfermera o algo"
PENSAMIENTO DESIDERATIVO	Estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante	No pensar en lo que está ocurriendo: "Cuando se le va a realizar la educación apenas la acepta e intenta desviar la conversación hacia otros asuntos".
RETIRADA SOCIAL	Estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante	Vivencias negativas que pueden predisponer al aislamiento social: "Mira que si se me rompe, como la otra noche que se me reventó y me llené todo el pijama y la cama, ahora que se me rompa cuando vaya andando por ahí, ahora qué hago".
AUTOCRÍTICA	Estrategias basadas en la autoinculpación y la autocritica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.	No se siente capaz, verbalizaciones negativas: "No tengo la capacidad ni habilidades para hacerme cargo"



ANEXO VIII (Técnicas de relajación más frecuentes)

El entrenamiento en relajación, con sus distintas versiones y procedimientos de aplicación, constituye una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica. Los métodos más habituales son:

- Control de la respiración
- Relajación muscular progresiva de Jacobson
- Entrenamiento autógeno de Schultz

CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

Se debe comenzar la relajación con una toma de conciencia de la respiración. La mayoría de las personas respiramos mal. El estrés y la ansiedad nos hacen modificar nuestra respiración, que se vuelve más rápida y entrecortada; es una respiración incompleta que no utiliza la capacidad total de los pulmones.

Aprender a respirar correctamente puede ayudar a controlar las reacciones ansiosas. Se debe empezar con una postura cómoda, buscando el relax de la tensión muscular y estimulando la respiración consciente, eficaz, profunda y de balanceo tórax-abdomen, abdomen-tórax.

A continuación se exponen dos técnicas de control de la respiración que deben coordinarse con los ejercicios de relajación:

- 1) Realizar una inspiración profunda por la nariz, mantener el aire en los pulmones mientras se cuenta mentalmente de 1 a 3 y soltar el aire también por la nariz de la misma manera. En general, un ritmo respiratorio de 8 a 12 respiraciones completas (inspiración - espiración) por minuto es adecuado.
- 2) Comenzar con una espiración lenta por los labios entreabiertos, deprimiendo el tórax todo lo posible y luego el abdomen. Al inspirar despacio el aire por la nariz mientras se relaja el abdomen, el aire entra suavemente en los pulmones; cuando el aire ensancha la parte inferior del tórax, hay que seguir inspirando para producir un movimiento de elevación del abdomen. Es importante colocar las manos en esa zona para notar cómo se hincha a medida que se toma aire.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA DE JACOBSON

Técnica

Pretende centrarse en la relajación de la musculatura esquelético-motora. El programa de entrenamiento se basa en ir suprimiendo la tensión de diversas partes del cuerpo a través de ejercicios de tensión-relajación, con el objetivo de provocar tranquilidad mental y corporal. La relajación fisiológica produce efectos también para alcanzar una relajación cognitiva y emocional.



Desarrollo

Se le pide al paciente que se vaya relajando, estirado o sentado, durante unos minutos a través de una respiración adecuada. Cuando ha transcurrido unos minutos y el paciente tiene una relajación previa comenzamos con la relajación de todo el cuerpo (cada ejercicio lo repetiremos 2-3 veces como mínimo y los realizamos muy despacio sobre todos los del cuello por la posibilidad de marearnos).

FRENTE: Tensar la frente durante las inspiraciones, hacemos que se noten las arrugas, relajándola al espirar.	OJOS: Cerrar los ojos, tensándolos durante la inspiración y relajarlos al espirar.	NARIZ: Tensela, subiéndola un poco hacia arriba para relajarla al espirar.
BOCA: 1) Realizar una sonrisa forzada con la boca cerrada mientras inspira y relajarla al espirar. 2) Con la boca cerrada sacar los labios hacia fuera durante la inspiración y relajarlos al espirar.	 LENGUA: Colocamos la punta de la lengua detrás de los incisivos superiores y apretamos contra ellos al inspirar y la relajamos con la espiración.	MANDÍBULA: 1) Apretamos los dientes unos contra otros al inspirar y los relajamos en la espiración. 2) Avanzamos la mandíbula inferior al inspirar y la relajamos con la espiración.
CUELLO: 1) Inclinar la cabeza hacia delante mientras inspiramos, volviendo a la posición inicial al espirar (intentar tocar el pecho con la barbillas). Repetir el ejercicio inclinando la cabeza hacia atrás. 2) Ladear la cabeza hacia un lado (como si tocásemos el hombro con la oreja) mientras inspiramos y volvemos a la posición inicial. Repetir el ejercicio hacia el lado contrario.	HOMBROS: Elevar ambos hombros a la vez hacia arriba durante la inspiración para bajarlos lentamente al espirar.	BRAZOS: Realizar una contracción completa del brazo durante la inspiración, para relajarlo al espirar. Repetir después con el otro brazo.
PECHO: Con los brazos pegados al cuerpo, sacamos pecho (pectorales) al inspirar para relajarlos con la espiración.	ESTÓMAGO: Metemos el abdomen todo lo posible al inspirar para sacarlo durante la espiración.	ESPALDA: Nos inclinamos hacia delante, pegando los brazos al cuerpo e intentamos pegar todo lo que podamos los omóplatos durante la inspiración para separarlos al espirar.
MÚSCULOS DE DEBAJO DE LA CINTURA: Debemos tensar los músculos apretando las nalgas contra el sillón de 4 – 5 segundos durante la inspiración para luego relajarlos al espirar.	PIERNAS: 1) Levantamos la pierna y extendemos el pie al inspirar, volviendo a la posición inicial. Repetir con la otra pierna. 2) Levantamos la pierna y colocamos el pie en ángulo de 90º, después tiramos del pie hacia atrás durante la inspiración y volvemos a la posición inicial al espirar.	LA IDEA ES CONSEGUIR QUE AUTOMATICEMOS LOS EJERCICIOS PARA CONSEGUIR QUE EL CUERPO LOS USE CUANDO ESTEMOS ANTE UNA SITUACIÓN ESTRESANTE/ANSIOSA



ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ

Método de autorrelajación basada en la concentración. Se compone de ejercicios destinados a seis zonas diferentes: músculos, vasos sanguíneos, corazón, respiración, órganos abdominales y cabeza.

El paciente, después de adoptar una postura cómoda, cierra los ojos. A continuación, pensará en las palabras “estoy totalmente tranquilo”. Esto ayuda a experimentar una sensación de tranquilidad. No debe desear ni forzar nada, sólo debe pensar en que las cosas llevan su propio ritmo. Así se llega a la base del entrenamiento denominada “descanso de los pensamientos”. En este estado de tranquilidad comienzan a realizarse los ejercicios:

1) Primer ejercicio: relajación muscular

Se induce a la calma mediante imágenes visuales o auditivas. Luego se pasa a inducir sensaciones de pesadez de los miembros y después se retrocede para recuperar el tono muscular, se respira profundamente y se abren los ojos. El aprendizaje es lento y en cada sesión se relaja un grupo muscular; de esta forma, el paciente aprende a percibir la sensación de pesadez o de grupo muscular relajado.

2) Segundo ejercicio: relajación vascular

Inducción de sensaciones de calor en las extremidades. Se experimentará progresivamente una sensación de calor cada vez más intensa. No requiere la vuelta al tono normal.

3) Tercer ejercicio: regulación cardíaca

Se intenta controlar el ritmo cardíaco mediante frases como “mi corazón late con calma pero con fuerza”.

4) Cuarto ejercicio: regulación respiratoria

Se induce a respirar de forma calmada y a percibir la sensación de elevación y descenso del tórax como autocontrol de la respiración.

5) Quinto ejercicio: regulación de los órganos abdominales

Concentración sobre el plexo solar (zona comprendida entre el esternón y el ombligo) e inducción de sensación de calor en esta zona.

6) Sexto ejercicio: regulación cefálica

Dura pocos segundos (alrededor de 15), se intenta provocar una ligera vasoconstricción del sistema vascular cerebral como “mi frente está agradablemente fresca”.



ANEXO IX (Elección del dispositivo colector)

Tipo de ostomía	Tipo de efluente	Frecuencia	Corrosividad
Colostomía ascendente	Heces líquidas	Continua	****
Colostomía transversa	Heces líquidas/semilíquidas	Frecuentemente copiosa	***
Colostomía descendente	Heces semisólidas	Continua	**
Colostomía Sigmoidea	Heces sólidas	Continua	*

- Tipo de efluente:**

Heces sólidas → Bolsas cerradas

Heces líquidas → Bolsas abiertas

- Estado de la piel periestomal:**

Piel en buen estado → Dispositivo de 1 pieza

Piel sensible o irritada → Dispositivo de 2 piezas

TIPOS DE DISPOSITIVOS COLECTORES		
Dependiendo del tipo de evacuación:	Dependiendo del sistema de sujeción:	Atendiendo al color:
Bolsas cerradas: Extremo inferior cerrado, cambiar cada vez que se desee desechar las heces.	Sistemas de 1 pieza: El adhesivo y la bolsa forman una sola pieza.	Transparentes: Permiten observar el estoma y ver el contenido. Ámbito hospitalario.
Bolsas abiertas: Extremo inferior abierto, pudiéndose vaciar y luego cerrar con un cierre de velcro o bien con una pinza	Sistemas de 2 ó 3 piezas (también llamados dispositivos múltiples): Están formados por dos elementos por separado: el adhesivo y la bolsa. Estos dos elementos pueden estar unidos a través de un enganche mecánico (clipper) o de un enganche adhesivo.	Opacas: De color beige, más discretas.



ANEXO X (Higiene y cuidados)

Consiste en realizar una correcta higiene del estoma y de la piel periestomal y una correcta colocación y retirada del dispositivo colector para mantener saludable la piel periestomal previniendo posibles complicaciones.

Material necesario:

- Agua templada
- Esponja suave
- Jabón neutro (sin perfumes)
- Toalla de algodón, pañuelo de celulosa o papel higiénico
- Tijeras curvas
- Medidor de estomas
- Bolsa de desecho
- Dispositivo adecuado
- Espejo

Técnica

- Lavar las manos
- Retirar el dispositivo tirando con suavidad de la pestaña del adhesivo con una mano, de arriba hacia abajo, mientras se sujetla la piel periestomal con la otra mano. Si es de dos piezas, pueden quitarse juntas o por separado.
- Limpiar el resto de heces de la piel y del estoma con pañuelos de papel o con papel higiénico.
- Lavar el estoma y la piel con una esponja suave y jabón neutro, con movimientos circulares. No usar alcohol ni antisépticos.
- Enjugar y secar bien con papel de celulosa o toalla de algodón, a toques suaves, sin frotar.
- Observar y valorar las condiciones de la piel y el estoma para identificar cualquier anormalidad. No asustarse si al frotar sangra un poco el estoma. Si es así, presionar ligeramente con la esponja humedecida en agua fría (nunca con hielo).
- Medir el diámetro del estoma para ajustarlo perfectamente a su tamaño.
- Si utiliza un dispositivo recortable, recorta la lámina adhesiva hasta el diámetro requerido (2mm mayor que el estoma). Retire el papel protector del adhesivo. Frotar antes con las manos para facilitar su adherencia. Si usa dispositivo de dos piezas, coloque la lámina centrada alrededor del estoma.
- Colocar la bolsa de abajo hacia arriba, o de un lado hacia el otro en estomas alargados, centrando el orificio alrededor del estoma. Si es opaca, doblar



hacia fuera y pega primero la mitad inferior para centrarla mejor. Si usa dos piezas, acoplar la bolsa a la lámina adhesiva asegurándose de que está bien ajustada. Orientar la bolsa hacia la posición deseada (encamados, más horizontal).

- Retirar y desechar el material utilizado y lavarse las manos.

Consideraciones a tener en cuenta:

- ✓ Si utiliza bolsa abierta, asegurarse de que está cerrada.
- ✓ Cambiar el dispositivo cuando se llene a la mitad o dos tercios, tenga fuga o produzca incomodidad.
- ✓ Tras la ingesta, los movimientos peristálticos aumentan. Por tanto, no es el momento más idóneo para el cambio.
- ✓ No utilizar secador.
- ✓ La mejor opción es la ducha, sin dispositivo o con él (tapar filtro).
- ✓ No rasurar el vello, sino recortar.



ANEXO XI (Protección de la piel alrededor del estoma)

Le explicaremos al paciente que la piel que circunda su estoma siempre debe verse como la piel del resto de su abdomen.

Una colostomía que descarga materia fecal sólida, generalmente causa poco o ningún problema. Si la materia fecal es suelta, como suele ser con las colostomías ascendentes o transversas, ésta puede ocasionar sensibilidad y dolor en la piel cercana. A medida que se fortalezca y tenga más experiencia en el manejo del equipo, la irritación de la piel será menos problemática de evitar. A continuación, se presentan las indicaciones a seguir para mantener la piel saludable:

Usar el tamaño adecuado de bolsa y ajustar la abertura del dispositivo. Una abertura demasiado pequeña puede cortar o lesionar el estoma. En cambio si es demasiado grande, la materia fecal podría entrar en contacto con la piel.

Cambiar la bolsa periódicamente para evitar fugas e irritación de la piel. La comezón y el ardor son signos de que es necesario limpiar la piel y cambiar el sistema colector.

Sellar perfectamente la piel de alrededor del estoma con el adhesivo del dispositivo. En el caso de la colostomía se dejará no más de 5mm de piel alrededor del estoma al aire.

Para limpiar la piel alrededor del estoma emplee una esponjita muy suave y para secarla una toalla de algodón haciéndolo a toquecitos y evitando frotar bruscamente.
NUNCA secar con secador u otros métodos similares.

Utilizar jabón neutro y si la piel es muy sensible evitar el jabón y utilizar solo agua templada. Si tuviera que cambiarse la bolsa fuera de casa, sustituir el agua y jabón por toallitas especiales para ostomía.

Cada vez que despegue el adhesivo, hágalo despacio, sin dar tirones a la vez que se sujetla la piel con la otra mano.

Si la piel es delicada y se irrita fácilmente, tratar de utilizar dispositivos múltiples en los que el adhesivo aguante varios días pegados, teniendo que cambiar únicamente las bolsas.

Estar alerta a las sensibilidades y alergias al material del adhesivo de la barrera para la piel, de la cinta o la bolsa. Éstas pueden surgir semanas, meses o incluso años después del uso de un producto.

ANEXO XII (Alimentación en caso de diarrea)



- Pan blanco y tostado con aceite crudo
- Abundante líquido: agua, infusiones astringentes, licuados de frutas y verduras
- Membrillo
- Patatas
- Plátanos maduros (sin el corazón que es donde está la fibra)
- Manzana rayada o hervida
- Carne y pescado sin grasa
- Zanahoria
- Leches vegetales (de soja, almendras...). Es especialmente recomendable la leche de arroz por su poder astringente



- Leche entera y leche vegetal de avena
- Frutas crudas, sobretodo cítricos
- Verduras crudas y hervidas
- Legumbres

A continuación les proponemos un Menú para seguir en caso de diarrea:

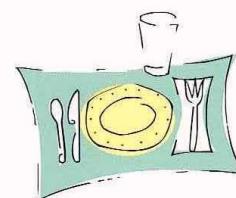
• Desayuno:

- Licuado de:
- Zanahoria = 4 ó 5.
 - Manzana = 200 grs.
 - Pera = 100 grs.
 - Un manojo de perejil + una cucharada de polen.



• Media mañana:

- Pan tostado
- Membrillo
- Leche de arroz



• Comida:

- Licuado de:
- Pera = 100 grs.
 - Uva = 100 grs.
 - Zanahoria = 100 grs.
 - Limón = 1/2
 - Pollo hervido con patata, calabacín y laurel (el laurel es ligeramente astringente).
 - Batido de plátano y leche de arroz.
 - Un plátano (se quitará el corazón ya que es donde está la fibra)
 - 150 ml. de leche de arroz.



• Merienda:

- Licuado de:
- Yogur con compota de manzana.

• Cena:

- Sopa de tomillo (caldo con ramas de tomillo, aceite, sal, pan a láminas, cebolla y ajo opcionalmente).
- Pescado blanco hervido con cebolla.
- Batido de manzana y leche de arroz:
- 150 ml. de leche de arroz.
- Una manzana mediana.

ANEXO XIII (Alimentación en caso de estreñimiento)



- Verduras y ensaladas
- Zumos de frutas sin colar
- Frutos secos
- Abundante líquido: agua, infusiones, licuados
- Carnes y pescados
- Legumbres: judías, garbanzos, lentejas, guisantes, habas y soja
- Cereales integrales: arroz, pasta, pan
- Frutas enteras



- Panes blancos
- Pasteles
- Rosquillas
- Salchichas
- Comida rápida

A continuación les proponemos un Menú para seguir en caso de estreñimiento:

• Desayuno:

- Zumo de:
- Zanahoria = 3 ó 4
 - Naranja = 1
 - Limón = 1/2
 - + una cucharada de polen.



• Media mañana:

Baguette de pan integral con:

- Aceite crudo y vegetales
- Tomate en rodajas, lechuga en juliana o soja germinada
- Jamón serrano o queso bajo en calorías o tofu y/o atún
- Un yogur natural Bio



• Comida:

Le ofrecemos 3 posibles menús,

- 1)
 - Guiso de legumbres con verduras o ensalada de legumbres
 - Guiso de pollo y gambas (montaña y mar)
 - Batido de yogur de pera
- 2)
 - Pasta integral con crema de espinacas
 - Conejo con setas silvestres o champiñones
 - Macedonia de frutas



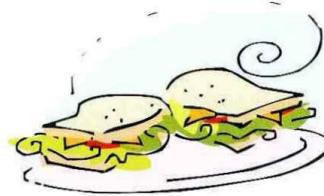


- 3) - Arroz integral con pasas y piñones
- Cabaña al horno con cebolla y tomate
- Zumo de: Piña natural= 200 gr. o Zanahoria = 200 gr.

● Merienda:

Le ofrecemos 2 opciones,

- 1) - Cuajada con frutos secos y miel
(frutos secos: almendras, avellanas, nueces, nueces del Brasil, pasas, higos secos, orejones, macadamias, pistachos...)
2) - Batido de:
- Un mango
- Una papaya
- 100 ml de leche de almendras
- 5 dátiles deshuesados



● Cena:

Le ofrecemos 2 opciones,

- 1) - Sopa juliana con fideos
- Pescado blanco sobre fondo de patata
- Un kiwi
2) - Ensalada variada con germinados
(soja germinada, hinojo, alfalfa)
- Tortilla de patata, calabacín y cebolla
- Queso fresco con nueces y miel

ANEXO XIV (Alimentación en caso de flatulencias y malos olores)



- Yogur
- Mantequilla
- Perejil
- Infusiones



- Coles de bruselas, col, coliflor y brócoli
- Cebolla
- Alcachofa
- Ajo
- Espárragos
- Quesos fermentados
- Legumbres enteras
- Bebidas gaseosas

A continuación proponemos un Menú en caso de excesivas flatulencias:

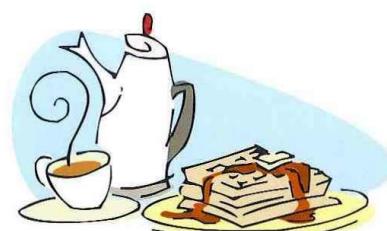
• Desayuno:

- Licuado de:
- Zanahoria - 200 gr.
- Kiwi - 150 gr

• Media mañana:

Le ofrecemos dos opciones:

- 1) - Yogur líquido con cereales tostados.
- 2) - Pan tostado con aceite (con o sin tomate)
- Jamón de pavo o queso bajo en grasas
- Infusión o leche de cebada o soja



• Comida:

Elija una sola opción de cada plato,

Primeros platos, le ofrecemos 2 opciones:

- 1) - Ensalada variada: col lombarda, berros, rábanos, endibias..
- 2) - Licuado de (opciones):
A. 250 gr de zanahoria
50 gr de lechuga
5 ramas de perejil
Zumo de medio limón
Unas gotas de aceite
B. 200 gr de zanahoria
100 gr de col blanca
50 gr de apio
Una pizca de sal y unas gotas de aceite



Segundos platos, le ofrecemos 2 opciones,

- 1) - Estofado de sepia o calamar con patata e hinojo
- 2) - Redondo de ternera con zanahorias y tomillo

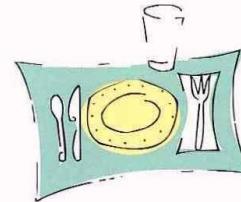


Postres, le ofrecemos 2 opciones,

- 1) - Yogur natural con fruta del tiempo
- 2) - Queso fresco con membrillo

• Merienda:

- Tostadas con mantequilla
- Mermelada de frutas del bosque
- Leche de soja



• Cena:

Le ofrecemos 2 opciones,

- 1) - Crema de verduras variadas
- Tortilla de perejil
- Arroz con leche
- 2) - Acelgas o judías verdes con patata (aliñar con aceite)
- Filetes de lenguado al horno
- Yogur Bio con pasas



Infusión suave recomendada para una buena digestión (en caso de flatulencias):

• TOMILLO (Thymus vulgaris L.)

Parte utilizada: toda la planta en flor.

Características: olor muy aromático y sabor amargo aromático.

Propiedades e indicaciones: Antiséptico intestinal, estimula la formación de jugos gástricos eliminando los fenómenos fermentativos. Despierta el apetito.

• HINOJO (Foeniculum vulgare Gaertn.)

Parte utilizada: fruto maduro.

Características: olor aromático, sabor aromático y amargo.

Propiedades e indicaciones: Carminativo (contra las flatulencias), digestiones difíciles, colitis y espasmos intestinales.

• SALVIA (Salvia officinalis L.)

Parte utilizada: hojas.

Características: olor aromático, sabor aromático y amargo.

Propiedades e indicaciones: Relajante de los músculos del estómago e intestino, antiséptico, fermentaciones intestinales, digestiones lentas y difíciles.

Preparación de la infusión:

- Tomillo = 50 %
- Salvia = 30 %
- Hinojo = 20 %.

Hervir durante dos-tres minutos una cucharada sopera de esta mezcla, en un litro de agua. Dejar reposar dos minutos y beber durante el día.



ANEXO XV (Complicaciones tardías)

ESTENOSIS



DOLORES, COLICOS ABDOMINALES. PUEDEN DIFICULTAR LA EVACUACION

Estrechamiento del orificio del estoma por debajo de la medida necesaria para asegurar una adecuada evacuación.

Se previene con una buena técnica quirúrgica (tamaño adecuado del orificio de salida, buena irrigación intestinal y ausencia de tracción en la fijación a la piel) y vigilando la aparición de complicaciones en el estoma (granulomas, abscesos, necrosis o retracción).

HERNIA



MALESTAR, DOLOR, DISTENSION ABDOMINAL Y DISTORSION DEL ABDOMEN

Fallo o defecto de la pared abdominal que provoca la protusión, tanto del estoma como de la piel periestomal dando lugar a un abultamiento.

Se observa con el cambio de posición del paciente, de decúbito supino a prono.

PROLAPSO



EXTERIORIZACION EXCESIVA DEL COLON

Excesiva protusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen mostrando una longitud superior a la presentada por el estoma en el momento de su construcción.

Es más frecuente en las colostomías en asa, sobre todo realizadas de urgencia, tanto en el colon transverso, como en el sigmoide, porque el colon exteriorizado está alejado de las zonas fijas del colon al retroperitoneo.

GRANULOMAS



PEQUEÑAS MASAS CARNOSAS ALREDEDOR DEL ESTOMA, MOLESTIAS PERIESTOMALES Y/O DOLOR

Lesiones cutáneas, no neoplásicas, que aparecen como masas carnosas, duras y sanguíneas localizadas en la zona de unión entre la mucosa del estoma y la piel circundante.



DERMATITIS MICÓTICA

INFLAMACIÓN, DOLOR, CAMBIO DE COLORACIÓN DEL ESTOMA Y VESICULAS CARACTERÍSTICAS

Lesión en la piel periestomal, debida a infección por hongos o bacterias que hace preciso un diagnóstico para determinar el agente responsable y aplicar el tratamiento adecuado.



DERMATITIS IRRITATIVA

ENROJECIMIENTO PERIESTOMAL (RIESGO DE ULCERA), ESCOZOR, PICOR, DOLOR Y EXUDACION DE LA PIEL

Alteración de la piel periestomal causada fundamentalmente por el contacto con el efluente (heces u orina), aunque en ocasiones puede ser también producida por el uso de productos químicos (desinfectantes, perfumes).



DERMATITIS ALÉRGICA

INFLAMACION, ESCOZOR, DOLOR, ENROJECIMIENTO E INCLUSO PUEDE APARECER VESÍCULAS EN LA ZONA

Lesión de la piel por sensibilización a alguno de los componentes del dispositivo de la ostomía (adhesivo, plástico o tela) que se presenta como un área irritada que suele coincidir con el tamaño y forma del alérgeno.



DERMATITIS MECÁNICA

EROSIONES EN LA PIEL, LLAGAS Y SANGRADO

Lesión de la piel que se atribuye a la presión, fricción o arrancamiento de adhesivos y barreras cutáneas de la piel. Habitualmente ocasionados por los cambios frecuentes de bolsa (arrancamiento de la epidermis).



ANEXO XVI (Diagnósticos NANDA, NOC e indicadores de resultado)

Diagnóstico NANDA	Resultados NOC	Indicadores de resultado Escala Likert
Conocimientos deficientes (00126)	Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)	Descripción del proceso de la enfermedad (180302) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>
Baja autoestima situacional (00120)	Autoestima (1205)	Verbalizaciones de autoaceptación (120501) Aceptación de las propias limitaciones (120502) Sentimientos sobre su propia persona (120519) <i>Desde Nunca positiva hasta Constantemente positiva</i>
Trastorno de la imagen corporal (00118)	Imagen corporal (1200)	Satisfacción con el aspecto corporal (120005) Adaptación a cambios en el aspecto físico (120007) Adaptación a cambios en la función corporal (120008) <i>Desde Nunca positiva hasta Constantemente positiva</i>
Disfunción sexual (00059)	Funcionamiento sexual (0119)	Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas (011907) Expresa comodidad con su cuerpo (011910) Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales (011918) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>
Duelo (00136)	Resolución de la aflicción (1304)	Expresa sentimientos sobre la pérdida (130401) Verbaliza la aceptación de la pérdida (130404) Discute los conflictos no resueltos (130409) Refiere implicación en actividades sociales (130419) Expresa expectativas positivas sobre el futuro (130421) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>
	Aceptación: estado de salud (1300)	Se adapta al cambio en el estado de salud (130017) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>
Riesgo de afrontamiento ineficaz (00069)	Afrontamiento de problemas (1302)	Modifica el estilo de vida cuando se requiere (130207) Se adapta a los cambios en el desarrollo (130208) Busca ayuda profesional de forma apropiada (130215) Refiere disminución de los sentimientos negativos (130217) Refiere aumento del bienestar psicológico (130218) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>



Riesgo de afrontamiento familiar comprometido (00074)	Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)	Afronta los problemas (260003) Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones (260006) Expresa libremente sentimientos y emociones (260007) Establece programas para la rutina y actividades familiares (260012) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>
	Relación entre el cuidador principal y el paciente (2204)	Comunicación efectiva (220401) Compromiso a largo plazo (220408) Solución de problemas en colaboración (220411) <i>Desde Gravemente comprometido hasta No comprometido</i>
Ansiedad (00146)	Nivel de ansiedad (1211)	Desasosiego (121101) Distrés (121104) Dificultades para la concentración (121112) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>
	Autocontrol de la ansiedad (1402)	Planea estrategias para superar situaciones estresantes (140205) Planifica estrategias de superación efectivas (140206) Conserva las relaciones sociales (140211) Mantiene la concentración (140212) Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad (140216) Controla la respuesta de ansiedad (140217) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)	Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)	Pigmentación anormal (110105) Piel intacta (110113) Lesiones cutáneas (110115) <i>Desde Gravemente comprometido hasta No comprometido</i>
	Autocuidado de la ostomía (1615)	Describe el funcionamiento de la ostomía (161501) Describe el propósito de la ostomía (161502) Se encuentra cómodo viendo el estoma (161503) Mide el estoma para el ajuste adecuado del aparato (161504) Se muestra cuidados de la piel alrededor de la ostomía (161505) Vacía la bolsa de la ostomía (161507) Cambia la bolsa de la ostomía (161508) Controla la cantidad y la consistencia de las heces (161509) Sigue un programa para cambiar la bolsa de ostomía (161511) Obtiene material para cuidar la ostomía (161512) Evita alimentos y bebidas flatulentos (161513) Evita alimentos que producen olor (161516) <i>Desde Nunca demostrado hasta Siempre demostrado</i>

ANEXO XVII (Cronograma)

DICIEMBRE 2013						
L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/30	24/31	25	26	27	28	29

ENERO 2014						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2

FEBRERO 2014						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	1	2

MARZO 2014						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24/31	25	26	27	28	29	30

ABRIL 2014						
L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				



Búsqueda de información



Consulta de enfermería
estomaterapeuta ADO Aragón

Pilar Lainez



Contacto con asociaciones y casas
comerciales



Análisis de la literatura
encontrada



Síntesis de la documentación y
elaboración del plan de cuidados
estándar



Elaboración de conclusiones y
bibliografía