

Atención al paciente ostomizado

Guía de cuidados para personal sanitario

Índice:

1. Anatomía y fisiología del aparato digestivo	6
2. Conceptos básicos	8
3. Tipos de estomas	8
3.1.- Estomas de alimentación	9
3.1.1.- Gastrostomía	9
3.1.2.- Yeyunostomía	10
3.2.- Estomas de eliminación	11
3.2.1.- Ileostomía	11
3.2.2.- Colostomía	13
3.2.3.- Ostomía urinaria	15
3.3.- Ostomías pediátricas	20
4. Etapa preoperatoria	21
5. Etapa postoperatoria.	23
6. Etapa prealta	26
7. Detalles a tener en cuenta	27
8. Complicaciones de los estomas	29
9. Dispositivos colectores	33
10. Dispositivos continentes	36
11. Accesorios	37
 ANEXO: Plan de cuidados	 38
Bibliografía	40

Atención al paciente ostomizado

Guía de cuidados para personal sanitario

Introducción

Esta guía va dirigida a profesionales sanitarios, con la intención de aclarar posibles dudas o conceptos a los que, a veces, no estamos acostumbrados o familiarizados.

Posiblemente durante nuestra trayectoria profesional nos habremos encontrado con algún paciente ostomizado. Es importante tener conocimientos, no sólo sobre el cambio de bolsa, sino también sobre los otros aspectos que el paciente tendrá que conocer para afrontar esta situación nueva y desconocida.

Debemos planificar qué hacer, cuándo informar, educar, realizar la higiene y cambiar el dispositivo. Nuestra actitud tiene que ser lo más natural posible, sin demostrar asco ni rechazo, empleando un lenguaje fácil de comprender por quien nos escucha.

¿Por qué al entrar en la habitación a veces se oye “que mal huele”? ¿Por qué a veces se utilizan mascarillas? ¿Qué pensará esa persona que tiene cuando nos ve aparecer con ella?...

¿Qué imagen tendrá esa persona de sí mismo si los profesionales que “se supone” estamos habituados hacemos esos comentarios?. Hay que pensar que al paciente ostomizado le han cambiado el orificio natural de excreción y ya no tiene el esfínter que regulaba la salida de las heces.

Nosotros, como profesionales tenemos la obligación de ayudar a los pacientes a superar esta nueva etapa y apoyarles a ellos y a sus familias a ir adquiriendo los conocimientos y seguridad que les ayuden a adaptarse al cambio de su imagen corporal, nuevos hábitos y costumbres hasta que, pasado cierto tiempo, vayan recuperando su vida anterior.

Quisiera terminar con esta frase:

‘La vida es de una forma distinta para cada uno de nosotros, pero todos buscamos la felicidad en ella’ (Anónimo).

1. Anatomía y fisiología del aparato digestivo

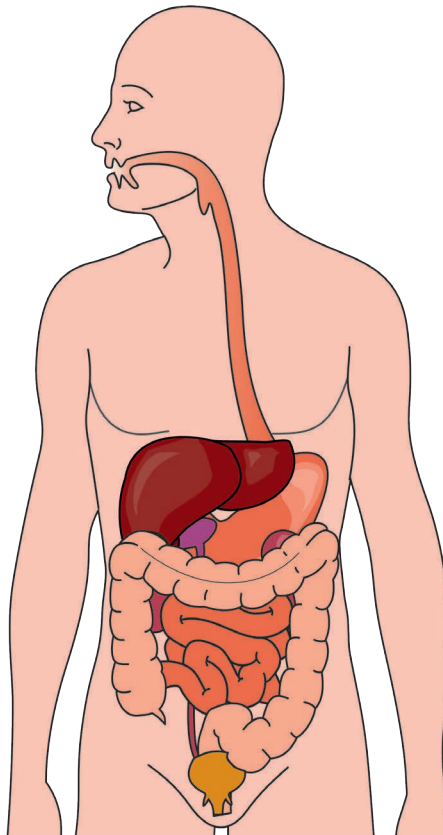
El aparato digestivo comienza en la boca y termina en el ano, tiene una longitud aproximada de 11 metros y su diámetro es variable.

Boca: donde se produce la masticación de los alimentos, la salivación y la deglución.

Faringe.

Esófago.

Estómago: es la porción más dilatada del conducto digestivo, situado debajo del diafragma. Posee un esfínter de entrada llamado cardias y otro a la salida llamado píloro. En el estómago el alimento es agitado hasta convertirse en quimo.



Intestino delgado: la porción más larga, de unos 7 metros, se divide en tres partes: Duodeno, Yeyuno e Íleon. Empieza en el esfínter pilórico y termina en la válvula ileocecal. El límite entre el duodeno y el yeyuno se haya determinado por una banda llamada ligamento de Treitz. El intestino delgado recibe secreción gástrica, bilis, jugos pancreáticos e intestinales y los alimentos ingeridos. En esta porción es donde se realiza la absorción de la mayor parte del agua, electrolitos y principios inmediatos contenidos en los alimentos ingeridos y en los diferentes jugos segregados. Esta secreción líquida o quimo es muy irritante y corrosiva. Los alimentos digeridos pueden tardar unas cinco horas en alcanzar la válvula ileocecal.

Intestino grueso: se extiende desde la válvula ileocecal hasta el ano y mide 1,5 metros aproximadamente. Se divide en varias partes: Ciego, Colon Ascendente, Colon Transverso, Colon Descendente, Sigma y Recto. Las funciones del colon principalmente son dos: absorción de agua y electrolitos y almacenamiento de materias fecales. Esto produce un progresivo espesamiento del quimo, hasta quedar reducido a materias fecales que son almacenadas en el colon distal y recto, hasta la eliminación definitiva. Los alimentos tardan de 15 a 20 horas por término medio en recorrer el colon. Además en el colon hay gran cantidad de gas, producido por:

- El aire deglutido en la masticación. La mayor parte es eliminada habitualmente por la boca (eructos), y sólo una pequeña parte pasa al intestino delgado donde no se absorbe.
- Gran cantidad de dióxido de carbono que pasa de la sangre hacia la luz intestinal.
- Actividad bacteriana que produce gran cantidad de dióxido de carbono, metano e hidrógeno.

La mucosa del intestino grueso absorbe gran cantidad de estos gases, quedando una pequeña parte, formada sobre todo por nitrógeno, que se expulsa por el ano. Aproximadamente se acumulan unos 10 litros de gas en un día, solo se elimina medio litro, variando estas cifras en función del tipo de alimentos ingeridos y velocidad del tránsito intestinal.

Conducto anal: es la última porción del tubo digestivo. Su función es la defecación, reflejo regulado por el hábito. Si se ignora este reflejo se crea el hábito del estreñimiento.

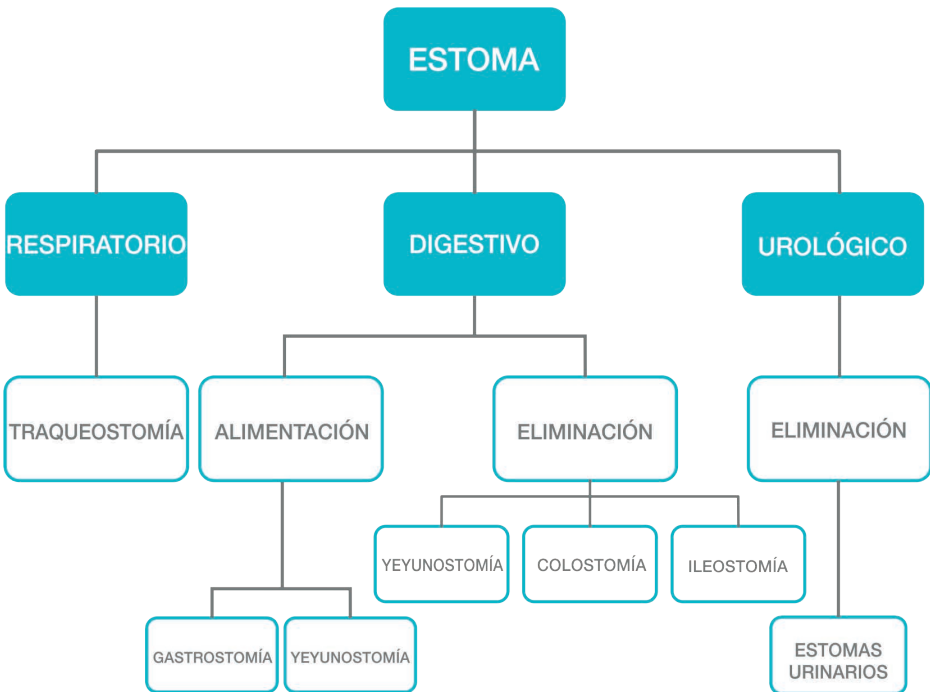
2. Conceptos básicos

Estoma. Palabra que procede del griego stoma y traducido del koiné significa 'boca'. En el ámbito que nos ocupa significa abertura que puede ser natural o quirúrgica para comunicar una víscera hueca con el exterior.

Fístula. Es la abertura natural y espontánea entre dos órganos huecos o entre un órgano y la piel.

Ostomía. Es la abertura, de forma quirúrgica, que comunica una víscera o conducto con el exterior. Esta abertura en el prefijo llevará el nombre del órgano que se exterioriza y en el sufijo la terminación **ostomía**.

3. Tipos de estoma

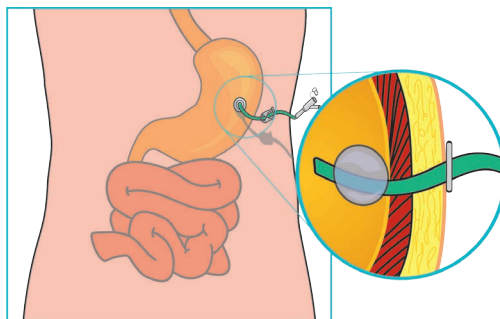


La intervención quirúrgica puede ser por vía laparotómica o por vía laparoscópica.

3.1. Estomas de alimentación

3.1.1. Gastrostomía. Se aboca el estómago al exterior de forma quirúrgica (ostomía) o endoscópica percutánea (PEG). Se realiza a aquellos pacientes que, por diversas causas, tienen dañado o interrumpido el normal funcionamiento del tubo digestivo.

La gastrostomía de alimentación es la principal fuente de aporte de nutrientes en los pacientes. La nutrición enteral por sonda controla mejor la cantidad y calidad del aporte nutritivo a través de fórmulas preparadas, alimentos triturados o ambos, siguiendo siempre las recomendaciones del servicio de nutrición.



Indicaciones:

- Trastornos neurológicos.
- Trastornos neuromusculares.
- Neoplasia de cavidad oral, faringe, laringe o esófago.
- Coma médico o traumático.

Complicaciones:

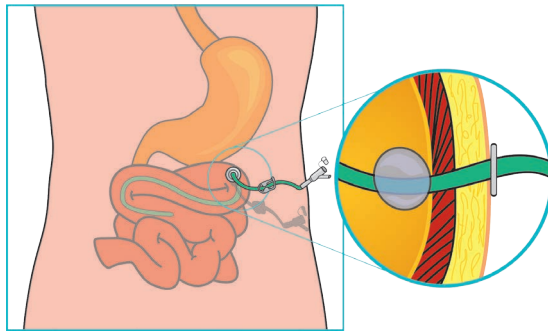
- Salida de sonda.
- Irritación, ocasionada por reflujo. En ocasiones, para evitar que el paciente esté húmedo, se utilizan dispositivos de ostomía con grifo.

Cuidados:

- Sonda:
 - Girar diariamente la sonda (para evitar decúbitos).
 - Evitar pliegues o doblar la sonda.
 - Comprobar el balón o globo.
 - Lavar con 50 cc. de agua tras la alimentación.
- Estoma: Limpiar con agua y jabón neutro, y secar con toallita suave la zona de alrededor. Comprobar que la piel esté íntegra, sin signos de enrojecimiento ni inflamación.

3.1.2. Yeyunostomía. Se aboca el intestino delgado proximal a la pared abdominal, de forma quirúrgica (ostomía) o endoscópica percutánea (PEG). Se realiza a aquellos pacientes que, por diversas causas, tienen dañado o interrumpido el normal funcionamiento del tubo digestivo.

La yeyunostomía es la principal fuente de aporte de nutrientes en estos pacientes. La nutrición enteral por sonda controla mejor la cantidad y calidad del aporte nutritivo a través de fórmulas preparadas.



Indicaciones:

- Estenosis benignas (ingesta de cáusticos).
- Estenosis malignas de esófago, gástricas o duodenales.
- Paliativa.
- Neoplasia de estómago.

Complicaciones:

- Salida de sonda.
- Irritación, ocasionada por reflujo. En ocasiones, para evitar que el paciente esté húmedo, se utilizan dispositivos de ostomía con grifo.

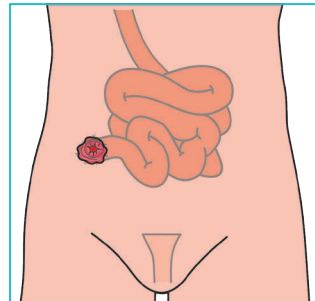
Cuidados:

- Sonda:
 - Girar diariamente la sonda (para evitar decúbitos).
 - Evitar pliegues o doblar la sonda.
 - Comprobar el balón o globo.
 - Lavar con 50 cc. de agua tras la alimentación.
- Estoma
 - Limpiar con agua y jabón neutro, y secar con toallita suave la zona de alrededor. Comprobar que la piel esté íntegra, sin signos de enrojecimiento ni inflamación.

3.2. Estomas de eliminación

3.2.1. Ileostomía. Es la exteriorización del íleon a la pared abdominal, suturándolo a piel. Localizada en el lado derecho, a veces puede localizarse en el lado izquierdo del abdomen.

La función es derivar el contenido del intestino delgado al exterior. La pared del intestino segrega moco y agua que lubrican y disuelven el contenido intestinal (restos de alimentos digeridos). Este contenido será principalmente **líquido** a la vez que **irritativo** ya que además del moco y agua se añade bilis y enzimas pancreáticas.



Indicaciones:

- Enfermedades Inflamatorias Intestinales.
- Colitis Ulcerosa.
- Enfermedad de Crohn.
- Poliposis cólica familiar.
- Cáncer de colon y recto.
- Traumatismos.

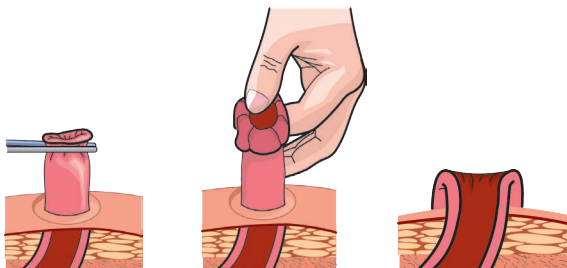
Según tiempo de permanencia:

- Definitivas: No puede restablecerse el tránsito intestinal.
- Temporales: Se restablece el tránsito intestinal una vez resuelta la causa que la originó.

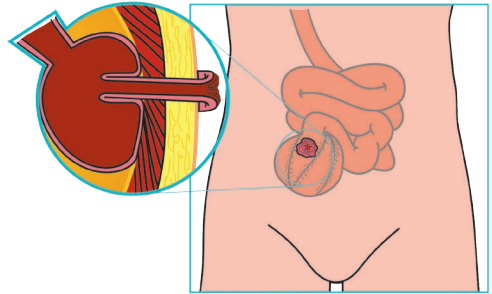
Técnicas quirúrgicas de las ileostomías:

Ileostomía terminal.

La técnica utilizada con más frecuencia es la técnica descrita por Brooke en 1952. El íleon se aboca en la fosa iliaca derecha debiendo tener una protuberancia de 4 centímetros sobre la pared abdominal, evertiendo la mucosa sobre sí misma (esto facilitará la salida de heces al dispositivo y evitará irritaciones). Hay veces que la situación abdominal no permite esta protuberancia.



Ileostomía de Kock: el extremo final del intestino delgado se exterioriza como una ileostomía terminal clásica. Se confecciona un reservorio mediante la plicatura del intestino delgado distal que ejerce un efecto de válvula que lo convierte en continente. Con esta ileostomía el contenido fecal se almacena en el reservorio que solo se evacúa tras sondaje del mismo.

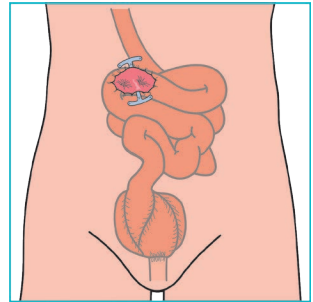


Ileostomía temporal.

En los últimos años han aumentado las ileostomías temporales en la cirugía programada, para disminuir las complicaciones que derivan de la dehiscencia de sutura en las anastomosis ileoanales, en anastomosis colorrectales bajas, coloanales o en caso de tener realizado un reservorio ileal. En las intervenciones de urgencia también se realizan ante una peritonitis, isquemia, o mal estado general del paciente. Ocasionalmente se convierten en definitivas si aparecen complicaciones que impiden su cierre. Pueden ser terminales o en asa.

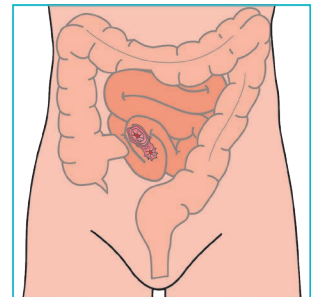
Ileostomía en asa o lateral.

El intestino se secciona en la cara anterior muy cerca del extremo distal, así queda más intestino proximal y puede ser evertido. Se coloca una varilla de plástico a través del mesenterio que cruza perpendicularmente el asa y se fija a la pared abdominal evitando su retracción.



Ileostomía en doble asa.

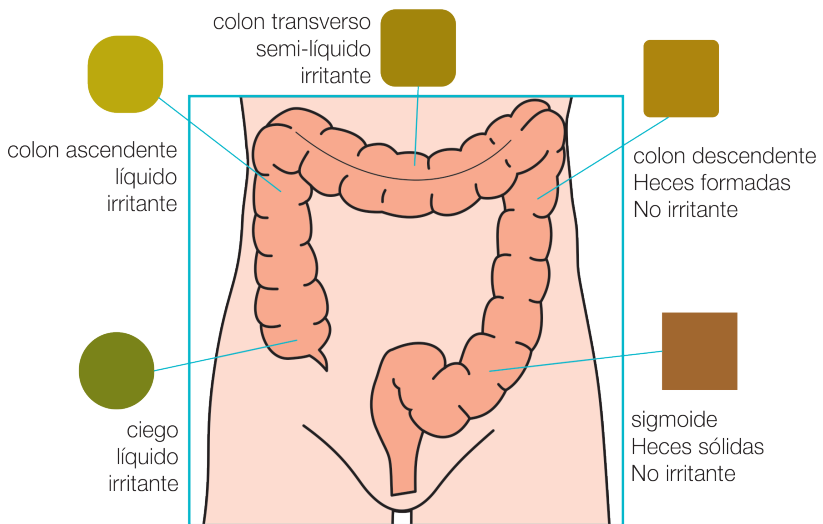
Se secciona el intestino dejando la parte distal a plano como fístula mucosa y la proximal evertida como una ileostomía convencional.



3.2.2. Colostomía. Es la exteriorización del Colon a la pared abdominal, suturándolo a piel.

Al igual que el resto del tubo digestivo, la pared del intestino grueso está formada por una capa mucosa, submucosa, una muscular doble y una serosa. El colon segrega moco para neutralizar los ácidos irritantes producidos por las bacterias en los procesos de fermentación y putrefacción, para proteger la mucosa contra las agresiones y para lubricar las heces favoreciendo su desplazamiento.

Indicaciones: - Neoplasia de colon, recto y ano.



Características de las heces según porción del colon afectado.

- Enfermedad diverticular.
- Vólvulo de colon.
- Poliposis cólica familiar.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Incontinencia anal.
- Traumatismo anorrectal.
- Fístula recto-vaginal.
- Infección perianal, fistulas.

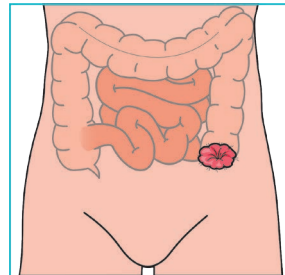
Según tiempo de permanencia:

- Definitivas: No puede restablecerse el tránsito intestinal.
- Temporales: Se restablece el tránsito intestinal, una vez resuelta la causa que la originó.

Según construcción de la colostomía:

Colostomía terminal.

Intervención quirúrgica que consiste en la exéresis completa del recto y del ano (amputación abdomino perineal). Se aborda a través del abdomen y periné con colostomía definitiva (intervención de Miles 1908). Puede ser por procesos neoplásicos o traumáticos que conlleven la destrucción de todo el aparato esfinteriano.



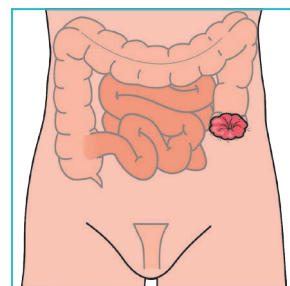
Colostomía temporal.

Se realizan para evitar complicaciones en el caso de que fallen las suturas tras algunas intervenciones quirúrgicas, tanto de urgencia como programadas y para resolver la fase aguda en algunas enfermedades en cirugía de urgencias.

Hartmann.

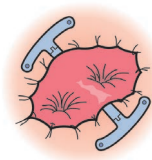
Cuando se considera no realizar la anastomosis, tras resecar la parte del colon afectada, se practica una colostomía terminal temporal, dejando suturado el muñón rectal dentro de la cavidad abdominal (Hartmann 1884).

En esta intervención el estoma puede ser reconstruido y restaurado el tránsito intestinal, aunque en numerosas ocasiones es definitivo.



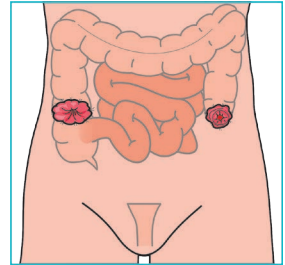
Colostomía en asa o Cañón de escopeta.

Es la más común. Se exterioriza el colon y se abre lateralmente (colon transverso, derecho o sigma). Se ubica en el lado derecho, izquierdo o supraumbilical. Se mantienen apoyadas las dos bocas por medio de un tutor o varilla. Por el estoma proximal salen heces y por el distal mucosidad.



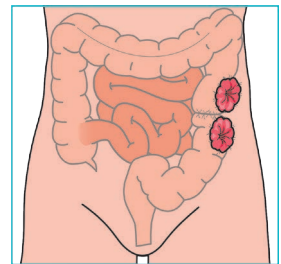
Colostomía Devine.

Los dos cabos del colon quedan separados de manera independiente. El colon distal queda como fístula mucosa.



Colostomía Paul Mikulicz.

Ambos cabos del colon se abocan por separado pero están unidos en la cara posterior.

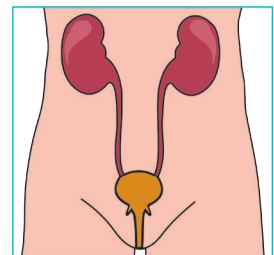


Cecostomía.

Se exterioriza el ciego a la pared abdominal, en fosa iliaca derecha. Su función es la descompresión del ciego.

3.2.3. Ostomía urinaria. Se aplica a aquellos procedimientos quirúrgicos o instrumentales que conllevan la exclusión del reservorio vesical desviando la orina a piel o a la luz intestinal.

- Indicaciones¹:
- Uropatías obstructivas (T).
 - Reflujo vesicoureteral (T).
 - Malformaciones congénitas (T).
 - Carcinoma vesical (P).
 - Incontinencia urinaria (P).
 - Cistitis intersticial (P).
 - Extrofia vesical (P).
 - Carcinoma uretral (P).



Según tiempo de permanencia:

- Definitivas: No puede restablecerse el trayecto normal de la orina por haberse extirpado parcial o totalmente la vejiga.
- Temporales: Se restablece la continuidad del trayecto de la orina, una vez resuelta la causa que la originó.

1 (T) Temporales. (P) Permanentes

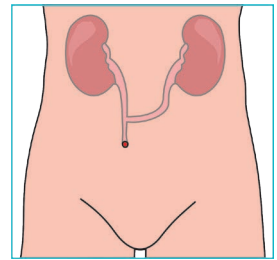
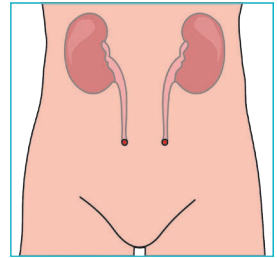
Técnicas quirúrgicas de los estomas urinarios:

Ureterostomía cutánea.

Se sutura el uréter a piel, puede ser uni o bilateral. La transureterostomía en Y es cuando el uréter más corto se sutura al más largo y éste a su vez a piel, construyendo un solo estoma.

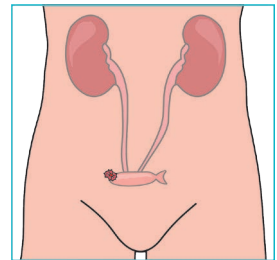
Complicaciones más frecuentes:

- Del tracto urinario:
 - Infección urinaria.
 - Uretero-hidronefrosis.
 - Insuficiencia renal.
- Del estoma.
 - Estenosis del estoma.
 - Obstrucción del uréter.
 - Irritaciones cutáneas periestomales por la fuga de orina.



Ureterostomía (técnica Bricker 1950).

Es la derivación más frecuente en Europa. Consiste en aislar una porción del íleon para crear un "conducto ileal" al que se abocarán ambos uréteres. El extremo proximal de esta porción del íleon se cierra y el distal se lleva a piel para construir un estoma, evertiendo la pared del intestino como si se tratara de una ileostomía.



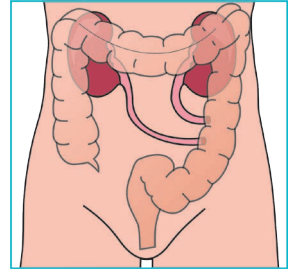
Complicaciones más frecuentes:

- Del tracto urinario:
 - Infección urinaria.
 - Uretero-hidronefrosis.
 - Insuficiencia renal.
- Del asa intestinal:
 - Estenosis de la anastomosis uretero-intestinal.
 - Fístula del asa intestinal.
- Del estoma:
 - Retracción, hernia, irritación cutánea.
- Sistémica:
 - Acidosis metabólica.

Ureterosigmoidostomía.

Aunque éste es el término más frecuente para esta derivación, solo se debería utilizar cuando los uréteres se derivan al colon sigmoide, ya que si no la denominación más correcta sería urétero-colostomía por ser el colon la porción intestinal donde se aboca el aparato urinario.

En esta derivación la orina será expulsada al exterior a través del ano, junto con las heces.



Para realizar este tipo de derivación es imprescindible que el enfermo tenga una buena continencia anal con un esfínter sólido y que no tenga ninguna enfermedad orgánica o funcional, ni antecedentes de cirugías previas sobre el recto o sigma.

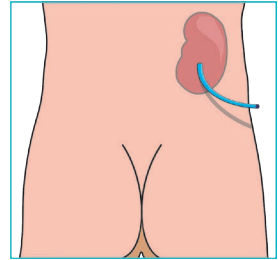
Algunos autores describen, entre las complicaciones halladas, un mayor índice de neoplasias desarrolladas sobre la anastomosis uretero-sigmoidea en largas supervivencias. En algunos casos también se produce incontinencia de orina y heces.

Complicaciones más frecuentes:

- Del tracto urinario:
 - Infección urinaria.
 - Tenesmo.
 - Insuficiencia renal.
 - Ureterohidrofenosis.
 - Incontinencia urinaria-fecal.
- Del asa intestinal:
 - Estenosis de la anastomosis uretero-intestinal.
 - Fístula del asa intestinal.

Nefrostomía.

Consiste en la derivación de la orina del riñón a piel a través de un catéter. Se realiza cuando hay alguna alteración en el recorrido normal de la orina, acumulándose orina en el riñón (hidronefrosis). Puede hacerse mediante técnica quirúrgica o punción cutánea. El catéter se retirará cuando se haya corregido la obstrucción.



Algunas indicaciones pueden ser:

- Tumores vesicales, prostáticos o ginecológicos.
- Obstrucciones ureterales por causas extrínsecas, fibrosis retroperitoneal.

Complicaciones más frecuentes:

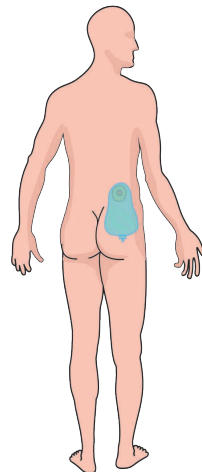
- Del catéter: - Pérdida u obstrucción.
- Del estoma: - Hemorragia, estenosis, granulomas.
- De la piel: - Dermatitis.

Higiene y cuidados de los estomas urinarios con catéter¹.

Se enseñará al paciente y cuidador. En su defecto los cuidados los realizará el personal sanitario ya que la zona de punción es de difícil acceso para los autocuidados.

- ¿Qué material necesitaremos?

- Dispositivo (Bolsa nueva).
- Suero fisiológico.
- Gasa.
- Tijeras para recortar el dispositivo.
- Espejo (si fuera necesario).
- Bolsa de recogida de orina de 24 horas o de pierna.
- Bolsa de basura para el material de desecho.



1 Las ostomías urinarias sin catéter tendrán los mismos cuidados que las digestivas (Pág. 26).

- ¿Cómo retirar el dispositivo?

- Retirar el dispositivo despacio sujetando la piel. Se tendrá cuidado con el catéter evitando tirar del mismo y preservando el hilo que sirve como tutor. El hilo asegura el catéter.
- Comprobar que la piel esté íntegra. Si se detectara alguna lesión consultar con el especialista.
- También se debe consultar por **fiebre, dolor abdominal, orina turbia o mal oliente**.

- ¿Cómo realizar la higiene en las nefrostomías?

- Se instruirá al cuidador ya que la zona de punción es de difícil acceso para los autocuidados.
- Limpiar el orificio y zona circundante con suero fisiológico y gasas los primeros 15 días.
- Secar la zona periestomal (siempre empezando desde el punto de inserción del catéter hacia fuera).
- Retirar la bolsa a primera hora de la mañana ya que la salida de orina es menor.
- Se realizará lavado del catéter con 5cc de suero fisiológico cada 48 horas (salvo prescripción facultativa).

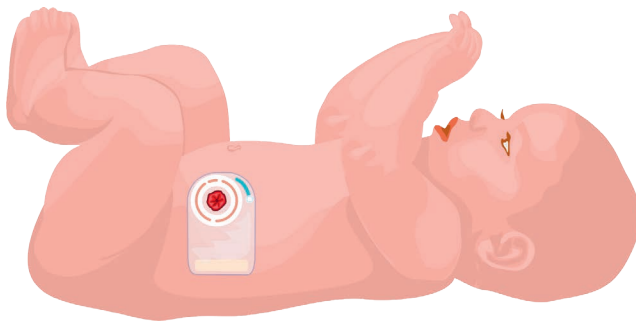
- ¿Cómo colocar el dispositivo?

- Si es de una pieza se colocará intentando que la piel esté lo más lisa posible evitando pliegues. Se vaciará antes de llegar a la mitad para evitar que se despegue con el peso.
- Se cambiará cada 24/48 horas o al detectar olor o fugas.
- Si es de dos piezas el disco se cambiará cada 4 o 5 días siempre que no haya fugas. La bolsa se sustituirá cada 24/48 horas.
- Si la diuresis es abundante se le adaptará a los dispositivos de ostomía una bolsa de 24 horas o bolsa de pierna, para aumentar su capacidad y disminuir la frecuencia de vaciado.

3.3. Ostomías pediátricas

En la infancia existen múltiples problemas que requieren la realización de una ostomía. Suele ser una medida quirúrgica temporal consistente en la derivación urinaria (nefrostomía, ureterostomía o vesicotomía) o intestinal (ileostomía o colostomía); ocasionalmente la derivación debe ser permanente. La ostomía puede ser realizada por diferentes causas (malformaciones congénitas, problemas infecciosos, traumatismos, etc.).

Existe material pediátrico para los distintos estomas pediátricos.



4. Etapa preoperatoria

Se inicia cuando se le comunica al paciente el tipo de patología y el proceso a seguir. Es tal el trauma que le produce saber que su patología puede llevarle a 'vivir con una bolsa', que, a veces, el cáncer pasa a un segundo plano. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que esperan mejorar su salud tras la cirugía, su reacción será diferente. Se realizará:

- **Valoración:**

- Nos presentaremos al paciente y familia explicándoles quiénes somos, cuál es nuestro trabajo y las fases por las que pasarán hasta que se le dé el alta.
- Al iniciar la entrevista con el paciente se tendrá en cuenta su estado físico, psíquico, situación familiar, social, laboral y cultural.
- Reforzaremos la información dada por el cirujano, de forma básica, sin emplear tecnicismos.
- La información se hará de forma paulatina y progresiva, preservando, lo mejor que se pueda, la privacidad, realizando la entrevista en una habitación habilitada para ello o reservando la intimidad con biombo o cortinas. No hablar demasiado alto, que no estén más de dos familiares en la entrevista y que no haya acompañantes de otros pacientes.
- Escuchar al paciente, que exponga dudas y temores. Percibir sentimientos.

- **Preparación física:**

- Preparación intestinal, según protocolo de cada centro.
- Preparación antitrombótica.
- Rasurado de la zona la tarde anterior.

- **Marcaje del estoma:**

La ubicación del estoma es fundamental para la calidad de vida del paciente tras la intervención. Debería ser un procedimiento obligatorio en todas las cirugías.

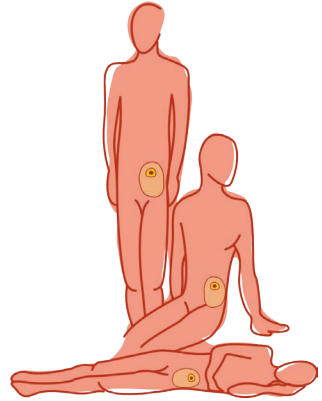
Tras presentarnos, se le realizará una pequeña entrevista al paciente y familia, nos interesaremos por su estado físico (anatomía, peso, visión, destreza manual), hábitos en general (higiene, alimentación, eliminación), situación familiar, social, laboral, cultural (con quién vive, trabajo, deporte, aficiones, etc.). Se le explicará al paciente por qué es importante marcar la ubicación del estoma, para lo que tendrá que ponerse en varias posiciones necesitando su colaboración ya que es importante que se visualice el estoma cuando tenga que realizarse los autocuidados.

La ubicación la realizará el enfermero experto en estomaterapia. Si no hubiera, lo realizará un enfermero experimentado de la sala o el médico.

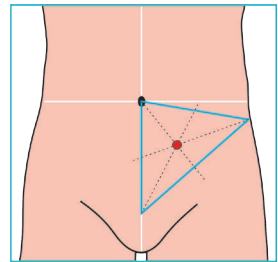
El material que necesitaremos será un rotulador indeleble de color negro o azul.

La ubicación se realizará en el preoperatorio con la colaboración del paciente, se le informará que lo colocaremos en tres posiciones diferentes:

- Decúbito supino.
- Sentado.
- De pie.

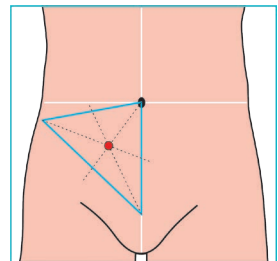


El estoma se marcará dentro de la fosa ilíaca **derecha**, en la mitad externa del músculo recto del hemiabdomen (Ileostomía, colostomía derecha ascendente y ureterostomía tipo Bricker). En el lado **izquierdo**, en la mitad externa del músculo recto del hemiabdomen (colostomía izquierda descendente o sigmoideostomía).



- Evitaremos:

- Prominencias óseas (cresta iliaca y parrila costal).
- Ombligo, pliegues grasos e inguinales.
- Cintura.
- Incisión operatoria o cicatrices anteriores.
- Aparatos o prótesis quirúrgicas y ortopédicas.
- Línea natural de la cintura.
- Enfermedad crónica de la piel.



5. Etapa postoperatoria

Se valorará al paciente de forma global:

- Constantes vitales.
- Restablecimiento hemodinámico: aportes, eliminaciones.
- Herida quirúrgica.
- Estoma:
 - Valorar color de la mucosa, diámetro y piel periestomal.
 - Adecuar el dispositivo más apropiado para este periodo (bolsa transparente, con grifo, sin filtro). Así se detectará cuándo empieza a funcionar el estoma ya que al no tener filtro la bolsa se inflará por efecto de los gases.
 - Peristaltismo intestinal: éste variará según el intestino haya tenido preparación o no. En la intervención programada del colon, tras la preparación intestinal, el tránsito se iniciará con salida de gas o moco.
 - En los pacientes intervenidos de urgencia, la colostomía empieza a funcionar antes.
 - La consistencia de las heces variará dependiendo de la porción del intestino exteriorizado¹.
 - Detección precoz de las complicaciones (al principio, por la manipulación del intestino, es normal que la mucosa esté un poco edematosa).
 - Continuar informando de forma progresiva. Se iniciará la educación sanitaria, se establecerán prioridades, objetivos a corto y largo plazo e implicaremos al paciente en su autocuidado. Si el paciente es mayor o con limitaciones se implicará al cuidador principal.
 - En ocasiones los pacientes, en presencia del cuidador, derivan la atención de nuestras explicaciones hacia él o ella, no asumiendo su implicación. Esto hará más difícil la aceptación de su nueva situación y en el futuro se hará evidente el rechazo al estoma.

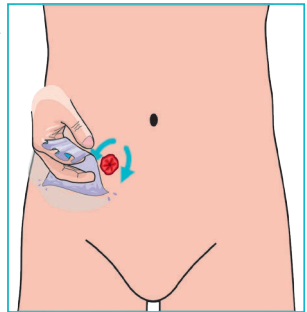
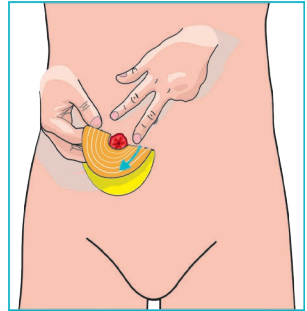
1 Ilustración en página 15.

Higiene y cuidados de las ostomías digestivas

Preparar todo el material necesario antes de comenzar.

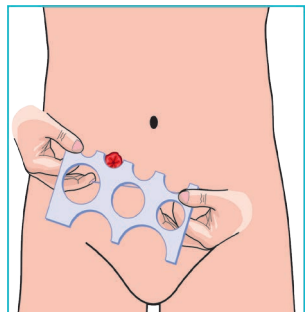
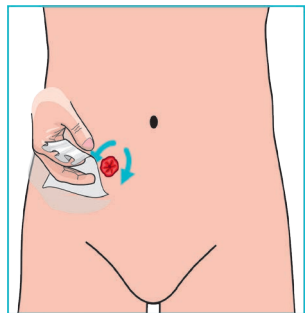
- ¿Qué materiales necesitaremos?

- Esponja suave.
- Agua del grifo templada.
- Jabón o gel con pH neutro (el que utilice habitualmente). Si se cambia fuera de casa ante la falta de sitio adecuado (WC), puede utilizar toallitas jabonosas **sin crema**.
- Papel de celulosa (rollo de papel) para secar la piel periestomal o toalla suave.
- Tijeras para recortar los dispositivos, según plantilla.
- Espejo por si el paciente necesitara verse el estoma.
- Bolsa de plástico para el material sucio.
- Dispositivo nuevo para el estoma.
- **No utilizar gasas ni suero en las ostomías digestivas, no es una herida.**



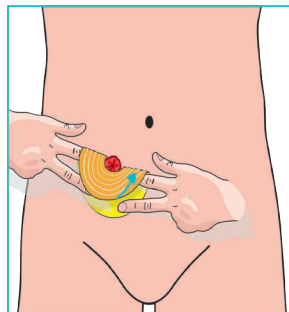
- ¿Cómo retirar el dispositivo y realizar la higiene de los estomas digestivos?

- En primer lugar lavarse las manos.
- Despegar el adhesivo de arriba hacia abajo con suavidad hasta el final. **Evitar tirones.**
- Si hay restos de heces retirar con un papel húmedo y de forma **suave**.
- Limpiar la piel periestomal con la esponja, agua templada y secar. **No frotar la mucosa, bruscamente ya que puede sangrar.**
- Comprobar que la piel esté seca antes de colocar el dispositivo nuevo.



- ¿Cómo colocar los dispositivos?

- Medir el estoma de vez en cuando por si hubiera sufrido modificaciones. Con guías de medir o plantilla.
- Si el dispositivo es de una pieza cerrada, cortar a medida del estoma. Si es de forma regular puede utilizar un dispositivo precortado. Al ser de una pieza, se dobla la bolsa y se empieza a pegar haciendo coincidir el adhesivo con el borde inferior del estoma. Después, se pasan los dedos suavemente hacia arriba para pegar el adhesivo de la parte superior. Si es de 2/3 piezas se recorta el disco a medida, se centra al estoma y se pasan los dedos suavemente para alisar y facilitar la adherencia, a continuación se adapta la bolsa al disco.



- ¿Cuándo cambiar los dispositivos?

- Si la bolsa es de 1 pieza cerrada, cuando esté a menos de la mitad. Se suelen cambiar 2 o 3 veces cada 24 horas.
- Si la bolsa es de 1 pieza abierta se vaciará antes de que llegue a la mitad de su capacidad, ya que el peso puede despegar el dispositivo. La bolsa se cambiará cada 24/48 horas.
- Si el dispositivo es de 2 piezas, el disco se cambiará cada 2/3 días y la bolsa cuando esté a menos de la mitad si es cerrada. Si la bolsa es abierta se irá vaciando y se cambiará cada 24 horas.
- Si aparecen fugas se cambiaría en el momento de detectarlas.

- ¿Cómo desechar los dispositivos?

- Anudando la bolsa de los desechos y tirándola a la basura.
- Al finalizar nos lavaremos las manos.

- ¿Cómo adquirir los dispositivos?

- Al alta, se le hará la prescripción, facilitándole los códigos o referencias de los dispositivos que necesita. Además, se le darán muestras hasta que pueda recoger el material de dicha prescripción en la farmacia.
- Se dispensan en las farmacias con o sin receta. **No precisa visado.**

6. Etapa prealta

En esta etapa se implicará al cuidador referente, dándole protagonismo al paciente que se cambiará en presencia de su cuidador, demostrando los avances realizados. Si desde un principio la responsabilidad del cuidado la asume la familia, el paciente desvía la atención de nuestras explicaciones, no asumiendo los autocuidados.

Se aclararán las dudas e inquietudes. Se revisarán objetivos, ya que lo que no haya aprendido se hará evidente cuando esté en su domicilio y aparezcan las complicaciones. Se concretarán las instrucciones previas al alta. Se le dará el **alta de enfermería**.

Se le facilitará el código nacional de los dispositivos y material necesario hasta que pueda recoger en su farmacia lo prescrito.

Le informaremos de la fecha aproximada de la revisión postalta.

Se le facilita un número de teléfono para que pueda ponerse en contacto con nosotros.



7. Detalles a tener en cuenta

- Cuando se realice el marcaje del estoma, además de los parámetros recomendados, habrá que tener en cuenta las particularidades anatómicas de cada paciente.
- No usar mascarilla cuando vayamos a cambiar al paciente, mejor evitar respirar cuando se despegue el dispositivo de la piel.
- El uso de guantes, suero y gasas, a veces, confunden al paciente, llegando a pensar que el estoma es una herida.
- Se insistirá al paciente o cuidador que no se debe frotar la mucosa, ya que se lesiona y sangra con facilidad.
- A los pacientes con ileostomías se le aconsejará comer de 5 a 6 veces al día, favoreciendo con ello la absorción por el intestino. Aumentar la ingesta de líquidos, ya que por la ileostomía y urostomías se pierde gran cantidad, sobre todo al principio, y ello puede provocar la disminución del aporte de líquido a los riñones. Esto puede llevar al paciente a ingresos hospitalarios por problemas de deshidratación o renales. En las colostomías el aporte de líquido favorece que las heces sean más fluidas con lo que se disminuye el estreñimiento.
- El paciente evitará el aumento excesivo de peso ya que puede tener dificultades al acoplar el dispositivo.
- La irritación periestomal puede estar producida por diversas causas: Por el contacto con las heces o la orina, por uso incorrecto del dispositivo o por reacción alérgica a algún componente del mismo. Es conveniente comunicarlo al profesional.
- En el mercado existen productos para solucionar o evitar y tratar las lesiones en la piel.
- Recomendaciones alimenticias en caso de :
 - Diarrea: Pan blanco, patatas, zanahorias, manzana rallada, abundante líquido, pescado a la plancha, pasta, arroz blanco, plátano.
 - Estreñimiento: Verduras y ensaladas, zumos de frutas, frutos secos, abundantes líquidos, pescado a la plancha, legumbres, cereales integrales.
 - Flatulencias: Disminuir cebollas, legumbres, col, coliflor, brócoli, lechuga, ajos.
 - Urostomizados: Líquidos y agua de 1,5 - 2 litros/día fruta rica en vitamina C (kiwis, fresas, naranjas, pomelos y arándanos).

Dependiendo del estoma recomendaremos a los pacientes que ingieran minerales. A continuación hacemos referencia a algunos alimentos donde encontrarlos:

- Calcio: Leche y derivados, hortalizas de hoja verde y leguminosas, pescados y mariscos (salmón, almejas, ostras..) frutos secos.
- Fósforo: Leche y derivados, huevos, carnes, pescados, legumbres y cereales.
- Magnesio: Cereales, legumbres, carnes, nueces, hortalizas de hoja verde, leche.
- Hierro: Hígado y carnes rojas, espinacas, cereales y lentejas.
- Azufre: Carnes, pescados, huevos, leche, legumbres, ajos, cebollas.
- Zinc: Carne, hígado, cereales, nueces, queso.
- Cobre: Hígado, carnes, ostras, pescado, cereales, nueces, legumbres, cacao.
- Yodo: Sal yodada, mariscos, algas y vegetales.
- Potasio: Todos los alimentos.
- Sodio: Sal de mesa, alimentos preparados, embutidos, conservas, leche, huevos.



La orina alcalina es un caldo de cultivo para las bacterias, al contrario que la ácida. La alcalina influye en los estomas urinarios al disolver los discos adhesivos, lo que da lugar a fugas con el consiguiente riesgo de irritaciones cutáneas, fenómenos macerativos y formación de cristales de fosfatos. Por ello es conveniente que el paciente beba, como mínimo, 2,5 litros de bebidas no alcalinizantes (agua mineral, caldo, zumo de ciruelas o arándanos, té y cítricos).

8. Complicaciones de los estomas

- Inmediatas:
 - Sangrado.
 - Edema.
 - Necrosis.
 - Absceso/Infección.
 - Desinserción.
- Tardías:
 - Estenosis.
 - Hernia.
 - Prolapso.
 - Granulomas.

Sangrado: Pérdida de sangre de diversa cuantía y entidad a nivel del estoma procedente de la zona periestomal o de la propia mucosa. Puede estar causada por la lesión de un vaso subcutáneo o submucoso a nivel de la sutura periestomal o por una úlcera en la mucosa del estoma. La mucosa está muy vascularizada, por ello al limpiarla puede sangrar con facilidad. Para detener la hemorragia se hace una ligera presión sobre la mucosa con una compresa mojada en agua fría y tenderá a desaparecer. Si el sangrado persiste y es abundante consultar con el médico, el enfermero experto en estomaterapia o personal referente.



Edema: Engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa y submucosa del intestino a nivel del estoma por aumento de componente hídrico intersticial en la fase posterior a una intervención quirúrgica. Puede estar causado por un manejo inadecuado del asa intestinal en su exteriorización quirúrgica o por defecto en la confección del estoma en la pared abdominal con un orificio cutáneo estrecho que aloja un intestino de mayor diámetro. En las colostomías en asa puede originarse por una tracción excesiva del tutor sobre el intestino exteriorizado. Para disminuir el edema podemos aplicar compresas con suero hipertónico o dextrosa sobre la mucosa.



En las ileostomías el edema puede ser debido a restos de alimentos que no han sido bien masticados. En ese caso se realizará tacto por el estoma, y si fuera necesario se podría poner un enema.

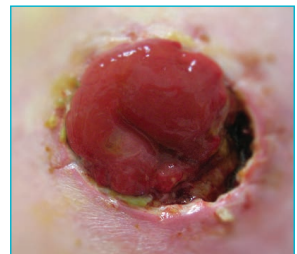
Necrosis: Suele presentarse durante las primeras horas del postoperatorio inmediato y se produce por el insuficiente aporte sanguíneo a la mucosa del estoma, que adquiere un color negro o parduzco muy diferente a su color normal rojo brillante. A veces hay que rehacer el estoma y otras se tendrá una actitud conservadora porque puede que la necrosis no sea total sino parcial. En este caso, una vez se hayan recortado esfácelos y pasado un poco de tiempo, aparecerá la estenosis. En las ileostomías es raro que aparezca.



Infección: Aparición de signos inflamatorios (calor, rubor, dolor) y supuración en la zona que rodea el estoma. Está relacionada con falta de asepsia, manipulación inadecuada durante la cirugía e incluso una reacción del organismo al material de sutura. Se procederá a evacuar y curar el absceso.



Desinserción: Es la separación entre la mucosa y la piel circundante al estoma, causada muchas veces por la infección de los bordes enfrentados en la sutura, relacionada con la contaminación del campo quirúrgico durante la intervención. Se presenta la primera semana del postoperatorio con signos inflamatorios (dolor, calor o rubor) supuración o fiebre manifestándose en función de su intensidad como una simple inflamación periestomal o incluso en forma de un absceso, que afecta a una parte o a toda la circunferencia del estoma. La infección provoca la separación muco-cutánea que, en casos extremos, puede llegar a producir el hundimiento total del estoma hacia el interior de la cavidad abdominal condicionando la intervención quirúrgica. Cuando se detecta, se facilitará el drenado del absceso, se cura y coloca el dispositivo protegiendo y obturando la zona afectada, para evitar de nuevo la contaminación por las heces. En esta zona desinsertada se utilizará, si se puede, un dispositivo de 2 piezas.

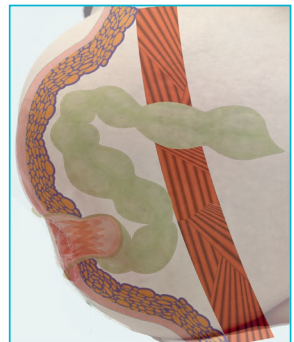


A veces, volver a suturar la circunferencia periestomal no es efectivo por estar el tejido muy débil. Suele ser más eficaz curar la cavidad desinsertada rellenando con alginato o hidrogeles y posteriormente aplicando el disco que se sellará con pasta para evitar el filtrado de las heces.

Estenosis: Estrechamiento del orificio del estoma por debajo de la medida necesaria para asegurar una adecuada evacuación. Puede ser debida a una técnica quirúrgica defectuosa (orificio de pequeñas dimensiones o lineal a nivel de la aponeurosis) o a complicaciones del estoma durante la fase postoperatoria inmediata que hayan dado lugar a un cierre de la zona periestomal por segunda intención. La estenosis puede dar lugar a dolores cólicos en ocasiones al evacuar. En esta complicación se enseña al paciente o cuidador a realizar dilataciones digitales. Si no fueran efectivas, ya que por el dolor no se hicieran adecuadamente, se realizarían con obturador para mantener un orificio mínimamente aceptable.



Hernia: Fallo o defecto de la pared abdominal que provoca la profusión, tanto del estoma como de la piel periestomal dando lugar a un abultamiento que suele desaparecer en decúbito supino y aparece de nuevo cuando el paciente se pone de pie. Está ocasionada por el aumento de la presión intraabdominal debido a esfuerzos físicos del paciente, incluso puntuales, o a patologías que condicionen dicho aumento (tos, estreñimiento, ascitis, deterioro del estado nutricional y obesidad). La hernia o eventración puede dar lugar a otras complicaciones como el prolapso del estoma o la retracción. Los pacientes utilizarán dispositivos con cinturón o fajas abdominales para contener un poco la protusión abdominal. La hernia puede ocasionarle obstrucción y dolor al quedar aprisionada el asa intestinal en el saco herniario. Se aconsejará al paciente que se tumbe en posición decúbito supino y realice maniobras para introducir el asa intestinal en la cavidad abdominal, tras estas maniobras se cerrará la faja.



Cuando la hernia es muy grande puede haber dificultades para adaptar el dispositivo.

Prolapso: Excesiva profusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen mostrando una longitud superior a la presentada por el estoma en el momento de la construcción. Puede aparecer de forma súbita o progresiva, tanto en ileostomías como colostomías. Hay mayor incidencia en las colostomías en asa. Los pacientes suelen asustarse la primera vez que se prolapsa la mucosa. Se enseña al paciente maniobras para reducir el prolapso. Tumbado en decúbito supino, masajeará la mucosa para retraerla al interior del abdomen, tendrá que relajarse y evitará traumatizar y dañar la mucosa.



Corte en la mucosa: Suele suceder por el aumento del volumen y longitud del estoma y por quedarse pequeño el dispositivo. Esto dará lugar a que se produzca un corte en la mucosa por cizayamiento del filo del dispositivo, favorecido por los movimientos peristálticos de la mucosa intestinal. En este caso habrá que asegurarse que el dispositivo no roza la mucosa. También habrá que valorar si hay que suturar el corte

Mala ubicación: La localización inadecuada del estoma en el abdomen (cerca de pliegues, cicatrices, prominencias óseas, etc.) dificulta el acople correcto del dispositivo colector y puede originar fugas de efluente que repercuten de forma negativa en la autonomía y calidad de vida del paciente. Habrá que buscar el dispositivo que selle bien este tipo de estomas para evitar las fugas del efluente.



Granulomas: Pueden ser provocados por la persistencia del material de sutura (granulomas inflamatorios por cuerpo extraño), por el traumatismo persistente de la piel (nódulos fibroproductivos) o por la irritación continuada de la mucosa del estoma, tratándose entonces de pseudopólipos inflamatorios en torno a la circunferencia del estoma. Los granulomas fibroproductivos son debidos a la acción traumática de un soporte rígido y a la irritación de las heces. Se suelen tratar con fulguraciones de nitrato de plata.



9. Dispositivos colectores

Colostomía

Estomas bien contruidos

1 pieza. Piel normal



Alterna® Confort
Cerrada 1 pieza

2 piezas. Piel delicada - enganche adhesivo



Easiflex® Confort
Cerrada 2 piezas

3 piezas. Piel delicada – seguridad Clic



Alterna® Confort
Cerrada 3 piezas



Alterna® Confort Mini Cap
Cerrada 3 piezas

Estomas planos, invaginados o mal ubicados

2 piezas. Convexidad ligera



Easiflex® Confort Convex Light
Cerrada 2 piezas

3 piezas. Convexidad media



Alterna® Confort Convex Recortable
Cerrada 3 piezas recortable

3 piezas. Convexidad fuerte



Alterna® Confort Convex
Cerrada 3 piezas

Ileostomía

Estomas bien contruidos

1 pieza. Piel normal



Alterna® Confort
Abierta 1 pieza

2 piezas. Piel delicada - enganche adhesivo



Easiflex® Confort
Abierta 2 piezas
Adhesivo Swiss Roll Pro



Easiflex® Confort
Abierta 2 piezas
Adhesivo Swiss Roll Transparente

3 piezas. Piel delicada - seguridad Clic



Alterna® Confort
Abierta 3 piezas
Adhesivo Swiss Roll LD



Alterna® Confort
Cerrada 3 piezas
Adhesivo Swiss Roll Transparente

Estomas planos, invaginados o mal ubicados

1 pieza. Convexidad extra ligera



Alterna® Confort Convex Light
Abierta 1 pieza

2 piezas. Convexidad ligera



Easiflex® Confort Convex Light
Abierta 2 piezas

3 piezas. Convexidad media



Alterna® Confort Convex Recortable
Abierta 3 piezas recortable

3 piezas. Convexidad fuerte



Alterna® Confort Convex
Abierta 3 piezas

Urostomía

Estomas bien contruidos

1 pieza. Piel normal



Alterna® Confort
Uro 1 pieza

3 piezas. Piel delicada - seguridad Clic



Alterna® Confort
Uro 3 piezas
Adhesivo Swiss Roll LD



Alterna® Confort
Uro 3 piezas
Adhesivo Swiss Roll
Transparente



Alterna® Confort Mini Cap
Uro 3 piezas
Adhesivo Swiss Roll Transparente

Estomas planos, invaginados o mal ubicados

1 pieza. Convexidad extra ligera



Alterna® Confort Convex Light
Uro 1 pieza



Alterna® Confort Convex Recortable
Uro Convex 3 piezas recortable

3 piezas. Convexidad fuerte



Alterna® Confort Convex
Uro Convex 3 piezas

10. Dispositivos continentes

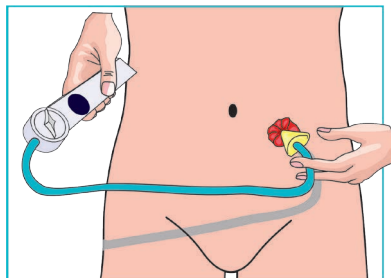
Son una alternativa a la bolsa y deberá ser sugerida a los pacientes con colostomías terminales.

Sistemas continentes: Se consiguen tras la limpieza del colon y eliminación controlada de heces.

Tipos:

- Irrigación.
- Obturador
- Irrigación+Obturador.

Irrigación: Para ello necesitaremos el equipo que está compuesto generalmente por: depósito de agua con escala de temperatura, tubo conector con válvula que regula el paso del agua del depósito al cono, manga, base y cinturón. Se hará un lavado intestinal mediante introducción de 500 a 1.500 cc. de agua (según tolerancia) a temperatura corporal a través del estoma. La irrigación se hará durante los primeros días cada 24h. Una vez comprobada la continencia del colon se realizará cada 48 horas. Esta técnica es conveniente realizarla a la misma hora evitando la proximidad a las comidas.



Esta técnica debe ser realizada la primera vez en la consulta de ostomía junto con el profesional experto que detectará si existe alguna complicación. A veces los pacientes cuando lo hacen en su domicilio suelen tener problemas con la entrada del agua. Hay que aclararles que puede ser debido a que el estoma esté contraído porque estén nerviosos.

Obturador: Prótesis externa que se introduce al estoma. Tiene un vástago compuesto por espuma de poliuretano. Uno de los extremos está lubricado con polietilenglicol y el otro está unido a un adhesivo que es el que se pega a la piel quedando como un mini dispositivo. Al contacto con la humedad la película hidrosoluble se disuelve y el obturador se expande bloqueando la salida de heces pero permitiendo la salida de gases. En ocasiones se recomienda su uso en las estenosis de las colostomías.

Combinación de ambos: La irrigación permite el control de la descarga fecal y el obturador elimina los ruidos y olores.

11. Accesorios

Seguridad extra

Brava™ Arco de sujeción elástico.

- Ayudan a fijar el disco, proporcionando una seguridad extra

Brava™ Cinturón

- Proporciona una seguridad adicional

Prevención extra de fugas

Brava™ Moldeable

- Resina altamente protectora. No contiene alcohol
- Se adapta y sella la zona periestomal protegiéndola de agentes agresores externos. No deja residuos

Brava™ Anillos moldeables

- Garantiza el sellado eficaz alrededor del estoma evitando fugas del efluente
- Fácil de moldear y aplicar. No deja residuos ni contiene alcohol

Coloplast® Pasta

- Crea un sellado efectivo alrededor del estoma

Protección extra de la piel

Brava™ Skin Barrier (Spray y toallitas)

Brava™ Spray y toallitas de barrera cutánea

- Indicado para la protección de la piel de efluentes y adhesivos
- Con silicona - No escuece

Facilidad extra para eliminar restos de adhesivo

Brava™ Adhesive Remover (Spray y toallitas)

Brava™ Spray y toallitas para eliminar adhesivos

- Indicado para la retirada fácil de restos de adhesivos
- Se seca en segundos

Cuidado extra de la piel irritada

Brava™ Skin Barrier Cream

Brava™ Crema barrera cutánea

- Crema indicada para la protección de la piel expuesta al efluente intestinal y orina

Brava™ Placas Autoadhesivas

- Protección efectiva de la piel periestomal dañada
- Proporciona una superficie lisa para una mejor adherencia del disco



ANEXO

PLAN DE CUIDADOS: PACIENTES OSTOMIZADOS

DIAGNÓSTICOS NANDA	CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c complejidad del régimen	1813 Conocimiento: Régimen terapéutico 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	5618 Enseñanza: procedimiento- tratamiento 0480 Cuidado de la ostomía
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad y factores mecánicos	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0480 Cuidado de la ostomía 3590 Vigilancia de la piel
00002 Desequilibrio nutricional por defecto r/c Incapacidad para absorber los nutrientes	1004 Estado nutricional	1100 Manejo de la nutrición 5614 Enseñanza: dieta prescrita. 5246 Asesoramiento nutricional
00014 Incontinencia fecal/urinaria r/c pérdida de control de esfínter (cirugía)	0501 Eliminación intestinal 0503 Eliminación urinaria	0430 Manejo intestinal 0590 Manejo de la eliminación urinaria
0110 Déficit de autocuidados: Uso del inodoro	0310 Autocuidados: uso del inodoro 1615 Autocuidado de la ostomía	0480 Cuidado de la ostomía
00118 Trastorno de la imagen corporal r/c pérdida de una parte del cuerpo	1200 Imagen corporal 1302 Afrontamiento de problemas	5220 Potenciación de la imagen corporal 5230 Aumentar el afrontamiento

DIAGNÓSTICOS NANDA	CRITERIOS DE RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00120 Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal y pérdida	1205 Autoestima	4920 Escucha activa 5240 Asesoramiento 5270 Apoyo emocional 5400 Potenciación de la autoestima
00148 Temor r/c falta de familiaridad con la experiencia	1404 Autocontrol del miedo 1204 Equilibrio emocional	5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5820 Disminución de la ansiedad 5606 Enseñanza individual
00059 Disfunción sexual r/c alteración de la estructura y función corporal (cirugía)	0119 Funcionamiento sexual	5248 Asesoramiento sexual 5510 Educación sanitaria
00136 Duelo r/c pérdida de una parte o proceso corporal	1302 Afrontamiento de problemas 1304 Resolución de la aflicción	5290 Facilitar el duelo 5270 Apoyo emocional
00069 Afrontamiento inefectivo r/c falta de confianza para afrontar la situación	1300 Aceptación del estado de salud 1302 Afrontamiento de problemas	5230 Aumentar el afrontamiento 5250 Apoyo en toma de decisiones 5270 Apoyo emocional

Bibliografía

1. Breckman B. Enfermería del estoma. Ed. Emalsa Interamericana, división de Mc Graw-Hill. Madrid, 1983.
2. Corella JM y col. Estomas. Manual de Enfermería. Ed. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Alicante 2005.
3. VV.AA. Guías de la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia.
4. Lerin P, Lainez P L, Lozano, M D. Complicaciones de los estomas. Manual de cuidados de enfermería. Ed. Coloplast Productos Médicos SA.
5. Molina A. y col. Atención integral al paciente ostomizado. Ed. Coloplast Productos Médicos S.A. 1992.
6. Marti Rague J, Tejido Valenti M. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Ed. Doyma. Barcelona, 1999.
7. Ortiz H, Marti Rague J, Foulkes B. Indicaciones y cuidados de los estomas. Ed Jims SA. Barcelona, 1994.
8. Santacana L, Cuenca N. Nutrición y dietas para el paciente ostomizado. 2008.
9. Tejido M, Vargas M. Atención integral al paciente ostomizado. 2º ed. Ediciones Rol SA. Barcelona, 1991.

Webgrafía

1. VV.AA. Manual sobre derivaciones urinarias - coloplast. Recuperado en 2015 desde www.Coloplast.Es/ecompany/esmed/homepage.Nsf/0/.../Manual.Doc
2. VV.AA. www.cepvi.com/medicina/fisiologia/gastrointestinal7.shtml#.VHpBHtKG-zF
3. VV.AA. www.campusabaco.org/pdf/Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf