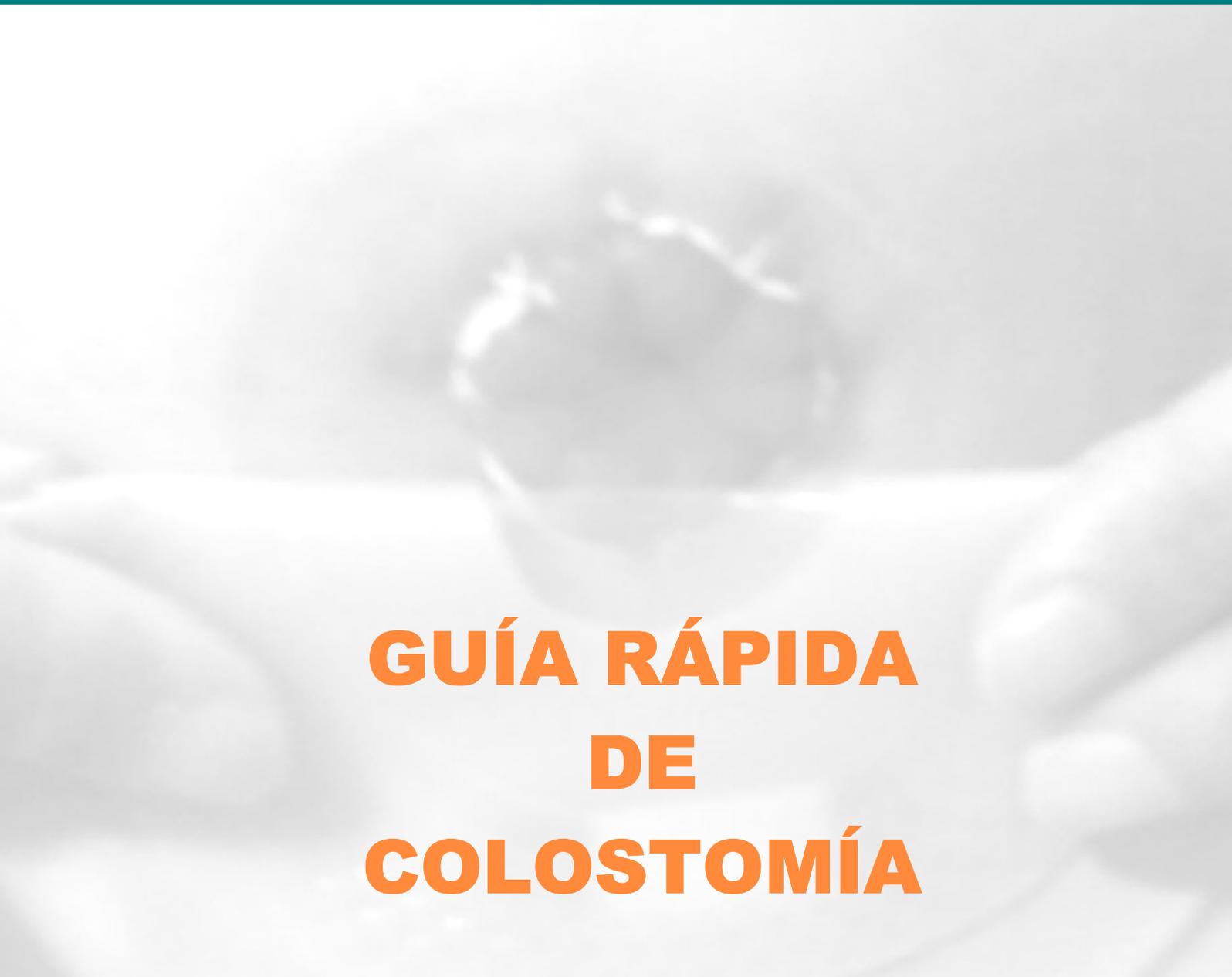




FUNDACIÓN
te cuidamos
ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA



GUÍA RÁPIDA DE COLOSTOMÍA

ÍNDICE

Introducción

1. ¿Qué es una colostomía? ----- Pág. 2
2. ¿Cómo es la intervención quirúrgica que me han realizado? ----- Pág. 4
3. Que tengo que hacer cuando llegue a casa?
 - ¿Cómo realizo la higiene del estoma? ----- Pág. 8
 - Bolsas y su colocación ----- Pág. 9
 - Alimentación ----- Pág. 18
 - Movilización ----- Pág. 24
 - Otras consideraciones ----- Pág. 25
4. Consejos prácticos ----- Pág. 26
5. Signos a vigilar ----- Pág. 27

MÁS INFORMACION EN NUESTRA PÁGINA WEB

www.tecuidamos.org



Fundación Te Cuidamos
Autor: Ana Isabel Carballo Chinarro
Enero 2008

Introducción

Estas guías han sido elaboradas por enfermeras especializadas en el cuidado de personas ostomizadas. Su objetivo es facilitar la adaptación a la nueva situación que se nos plantea, en los primeros meses, después de la cirugía. Los contenidos están resumidos y seleccionados según las necesidades que creemos puede tener una persona a la que le realizan un estoma en los primeros momentos, cuando recibe el alta hospitalaria.

Creemos que la educación sanitaria ayuda a mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas ostomizadas; y con ese fin hemos desarrollado estas guías rápidas sobre cómo debemos cuidar y vivir con un estoma. Podríamos resumir su contenido como "los primeros pasos".

1. ¿Qué es una colostomía?

¿Qué es un estoma?

Un **estoma** es la consecuencia quirúrgica de abocar al exterior una porción de intestino para poder expulsar los residuos orgánicos, que por diferentes alteraciones, no pueden ser eliminados por los orificios naturales.

En la práctica nos referiremos al estoma como al segmento del intestino, de color rojo-rosáceo y aspecto húmedo, que observamos en el abdomen.

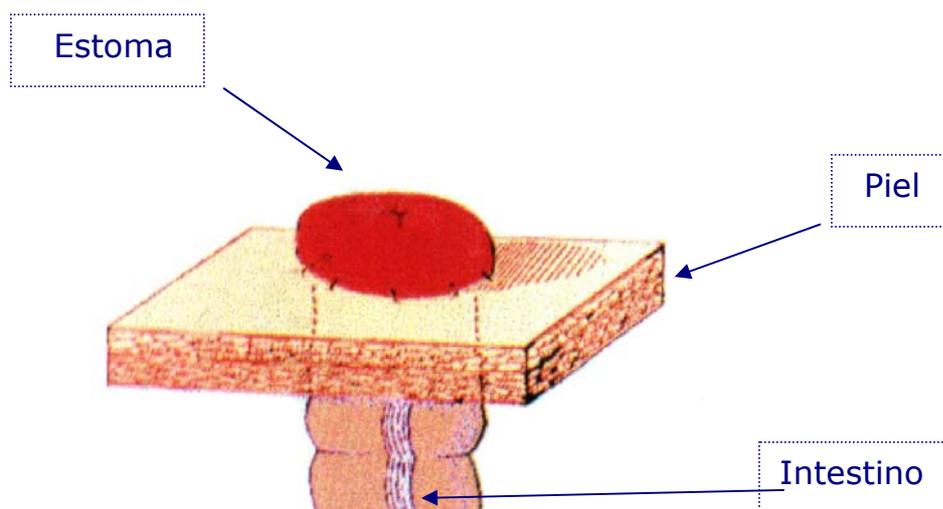


Fig. 1 - Estoma

Es muy importante entender que el tejido del estoma no es piel sino **mucosa intestinal**. Para poderlo explicar con un ejemplo gráfico, en la cirugía, tras seccionar la porción del intestino dañada, la parte sana se exterioriza "dándole la vuelta como a un calcetín". Por tanto lo que ahora vemos en el exterior es la parte interna del intestino.

La mucosa intestinal tiene unas características diferentes a la piel. Su morfología especial hace que pueda estar permanentemente en contacto con las heces sin sufrir irritación. Sin embargo el contacto de estos efluentes con la piel va a producir una irritación que puede ir desde un simple enrojecimiento a una dermatitis agresiva.

Las heces son irritantes para la piel pero no afectan al estoma.

IMPORTANTE: Debemos mantener la piel alejada de las heces. La mejor manera de protegerla es cubrirla con los adhesivos de las bolsas bien ajustados a la forma y tamaño del estoma

¿Qué es una colostomía?

En una colostomía la porción de intestino abocada al exterior es el colon. Será una colostomía ascendente, transversa, descendente o sigmoide dependiendo de la zona del colon y podemos saber qué tipo es por la localización del estoma en el abdomen:

- Ascendente: En la zona derecha.
- Transversa: En la zona superior.
- Descendente: En la zona izquierda y alta.
- Sigmoidea: En la zona inferior izquierda.



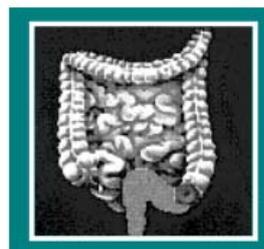
Colostomía Ascendente



Colostomía Sigmoidea



Colostomía Transversa



Colostomía Descendente

Características de una colostomía

En las colostomías transversas, descendentes o sigmoideas las heces serán más o menos sólidas y formadas.

Estas características nos van a facilitar la recogida en una bolsa de ostomía y serán poco frecuentes las fugas (presencia anormal de heces entre la piel y el adhesivo). En la práctica clínica nos encontramos menos irritaciones de piel en las colostomías que en otras ostomías. Esto no significa que podamos descuidar la higiene y los cuidados de la piel periestomal.

No existe control de la evacuación, es decir, no nos podemos aguantar pero si que podemos esperar que el tránsito intestinal se regularice tras un tiempo después de la cirugía; entonces podremos tener un ritmo intestinal regular que nos permita prever cuando vamos a hacer deposición. El ritmo intestinal es diferente en cada persona; así hay personas que hacen una deposición diaria, otros dos, otros una deposición cada dos días, etc. Es conveniente conocer como se comporta nuestro intestino y como puede modificarse el ritmo intestinal dependiendo de la dieta y otras circunstancias.

Se utilizan mayoritariamente bolsas cerradas tanto de una como de dos piezas. En situaciones concretas como diarrea o excesivos gases puede estar indicada la utilización de bolsas abiertas. Más adelante en esta guía describiremos los tipos de dispositivos.

2.¿Cómo es la intervención quirúrgica que me han realizado?

Cómo se realiza un estoma

Existen diferentes formas de realizar un estoma y la técnica utilizada dependerá de las preferencias del cirujano o de la situación patológica.

Las formas más habituales son los estomas terminales y los estomas en asa.

Estomas terminales: En el abdomen vemos una o dos bocas separadas por piel. Se exterioriza un cabo del intestino que se revierte (como dar la vuelta a un calcetín) y se sutura a la piel.

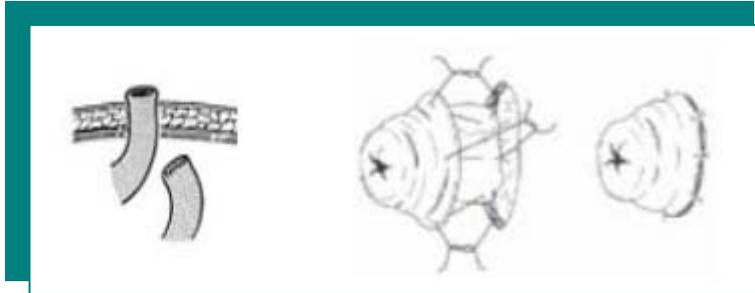


Fig. 2. Estoma terminal de una sola boca



Fig 3. Estoma terminal de dos bocas

Estomas en asa: En el abdomen observamos dos bocas, que están unidas porque proceden de la misma porción del intestino. En su construcción se saca un asa intestinal, se hace un corte transversal o longitudinal sin dividir completamente el intestino, se le da la vuelta y se sutura a la piel. Por uno de los orificios se expulsarán heces y por el otro mucosidad.

Es muy habitual que en la construcción de un estoma en asa el cirujano utilice una pinza o tutor que se retirará en 7 ó 10 días con una sencilla e indolora maniobra.

En las siguientes imágenes podemos ver cómo se realiza una colostomía en asa sobre tutor (fig. 4), con corte transversal (fig.5) y con corte longitudinal (fig 6).

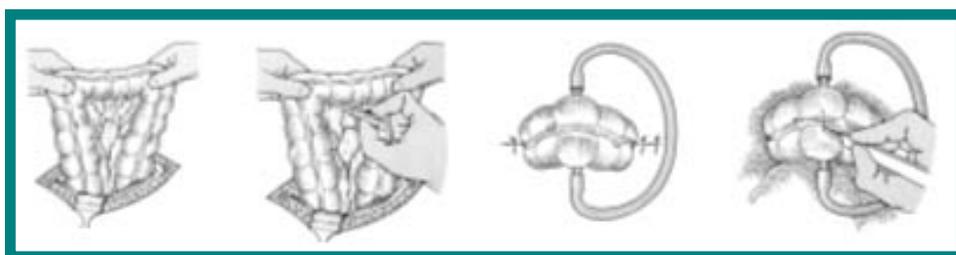


Fig. 4 – Creación de estoma en asa (transversal)

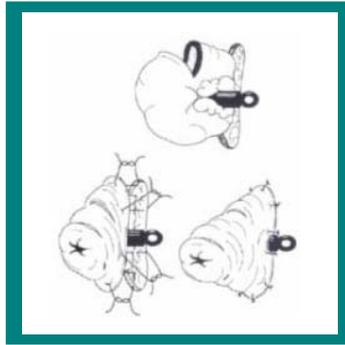


Fig. 5 – Corte transversal

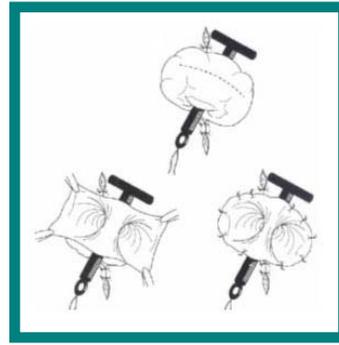


Fig. 6 – Corte longitudinal

Técnicas quirúrgicas

Una colostomía siempre se creará por la necesidad de desviar las heces de su camino normal, al exterior, en diferentes situaciones patológicas; puede ser una consecuencia de la cirugía sobre el colon porque nos hayan extirpado una parte del mismo o su totalidad; o pueden habernos realizado una sutura o tratamiento que precise de la desviación de las heces al exterior antes de que alcancen la zona intervenida (protección de sutura). En este último caso la colostomía será **temporal** y nos reconstruirán el tránsito intestinal en una intervención posterior.

La reconstrucción suele ser una intervención más sencilla, aunque no exenta de riesgos; consiste en quitar el estoma y volver a unir las dos porciones tubulares del intestino, que recupera así su forma normal. Con la reconstrucción se reanuda el tránsito de las heces, que se expulsarán de nuevo por el ano.

Durante el periodo de inactividad del esfínter anal es aconsejable realizar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico para no perder la continencia cuando se recupere el tránsito intestinal normal. Consúltenos.

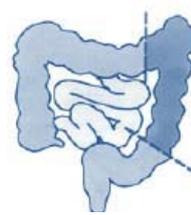
Según el segmento de colon eliminado, la cirugía recibe diferentes nombres:

- **Colectomía:** Extirpación total del colon.
- **Hemicolectomía derecha:** "hemi" del latín medio. "colectomía" del latín extirpación de colon. Por tanto se extirpa el colon derecho o ascendente.
- **Hemicolectomía izquierda.** La cirugía elimina el colon izquierdo o descendente.
- **Colectomía transversa:** Se extirpa el colon transverso.
- **Sigmoidectomía.** Se extrae el colon sigmoide o sigma.

En el siguiente cuadro vemos gráficamente las intervenciones quirúrgicas más usuales realizadas en el colon.



Hemicolectomía derecha



Hemicolectomía izquierda



*Hemicolectomía
transversa*



Sigmoidectomía

3. ¿Qué tengo que hacer cuando llegue a casa?

Higiene

¿Cómo realizo la higiene del estoma?

Aunque al principio nos parezca un proceso delicado, con el tiempo, la higiene y colocación de la bolsa será una tarea sencilla y rápida que formará parte de nuestra higiene diaria.

Lavaremos el estoma con agua, jabón y agua templada, con la misma fuerza con la que frotamos cualquier otra parte del cuerpo. A continuación aclararemos bien el jabón y secaremos, a golpecitos suaves, con una celulosa. **Nunca debemos utilizar secador con aire caliente por riesgo de quemadura.**

Podemos utilizar el mismo jabón o gel que utiliza para la higiene del resto del cuerpo siempre que tenga un pH neutro. No es necesario usar suero fisiológico, gasas, yodo, etc., porque el estoma **no** es una herida que haya que curar.

No debemos asustarnos si al frotar, el estoma sangra un poco. Si es así, podemos hacer una ligera presión en la zona con la esponja fría. Se debe utilizar el frío para cortar la hemorragia pero **nunca hielo.**

No debemos utilizar lociones, colonias o cremas que no hayan sido recomendados por los especialistas, puesto que podemos provocar irritaciones y dificultar la adhesividad de los dispositivos.

La ducha

En la mayor parte de los servicios de cirugía se intenta realizar la higiene en la ducha a partir de 2º-3º día después de la cirugía y a criterio de la enfermera responsable.

En nuestro domicilio, tras el alta hospitalaria es más recomendable la ducha que el baño. Quizás necesitemos ayuda en los primeros días pero sólo en aquellos movimientos que no podamos realizar; es decir es recomendable intentar tener la mayor autonomía posible lo que mejorará nuestra autoestima y favorecerá la recuperación, tanto física y psicológica.

Les podemos recomendar:

- Utilizar jabones de pH neutro.
- Si nos han recomendado lavar la herida de la operación lo haremos en último lugar, al final de la ducha, una vez que hemos enjabonado y aclarado otras zonas más sucias del cuerpo y con una esponja limpia.
- Podemos elegir entre ducharnos con o sin bolsa. Todos los dispositivos están preparados para mantenerse pegados a la piel aunque los mojemos.
 - En el caso de ducharnos sin bolsa debemos evitar que el agua esté demasiado caliente y que la presión del agua no sea muy fuerte cuando entre en contacto con el estoma.
 - Si nos duchamos con la bolsa tener en cuenta que el agua puede estropear el filtro por lo que deberemos taparlo con las pegatinas que se incluyen en las cajas para este fin.

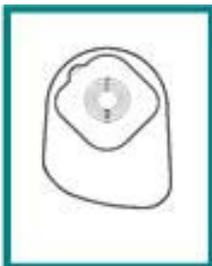
Bolsas y su colocación

En esta sección conoceremos los distintos tipos de bolsas que existen y sus indicaciones más generales. Queremos aclarar que la elección del dispositivo adecuado es una tarea más complicada de lo que podría parecer, puesto que hay que valorar las características individuales, anatómicas y quirúrgicas de la persona. Por ello les recomendamos el asesoramiento profesional por parte de una enfermera con conocimientos de ostomía.

¿Qué bolsas suelen usarse para una Colostomía?

Cerradas o abiertas:

Las **cerradas** son las que habitualmente están indicadas para las colostomías. Al estar cerradas no podemos vaciar el contenido de la bolsa sino que debemos cambiarla. Están indicadas para deposiciones formadas.

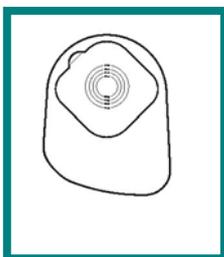


Las **abiertas** disponen de un sistema de vaciado por la parte inferior. En una colostomía pueden ser útiles si las heces son líquidas o para vaciar un exceso de gases. Si utiliza bolsas abiertas le recomendamos ver la Guía rápida de Ileostomía.

Existen en el mercado bolsas cerradas y abiertas tanto en una como en dos piezas.



Una pieza: Son aquellas bolsas que se pegan directamente a la piel; llevan incluido el adhesivo. Se recortan a la medida del estoma, se retira el film protector del adhesivo y se pegan a la piel.



Cada vez que sea necesario cambiarla, debemos despegar el adhesivo, lo que supone una mayor agresión de la piel. Por tanto, no serán aconsejables si tenemos que realizar muchos cambios de bolsa o tenemos la piel muy delicada.



Fig. 7 Lámina o disco

Dos piezas: Constan de dos partes. Una placa o disco que incluye el adhesivo para pegar a la piel, y la bolsa propiamente dicha, que se acopla al disco o placa por diferentes sistemas.

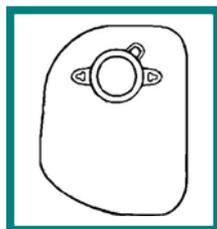


Fig. 8 Bolsa

Estos sistemas nos permiten cambiar la bolsa sin tener que despegar de la piel el adhesivo. Por tanto estarán indicadas en todas aquellas situaciones que debamos proteger especialmente la piel, como por ejemplo si realizamos más de dos cambios al día de bolsa o en pieles dañadas.



Transparentes u opacas:

Se aconseja utilizar bolsas transparentes tras la cirugía mientras sea conveniente vigilar el aspecto, las características de las heces y el ritmo intestinal. Cuando todo se normalice podemos utilizar bolsas opacas y beneficiarnos de su discreción.



Diferentes tamaños:

Tras la cirugía se recomienda usar bolsas tamaño "maxi" hasta que se normalice el ritmo intestinal; tras este periodo de adaptación podemos elegir otros tamaños más discretos dependiendo de la cantidad de deposición que hagamos.



Es bastante habitual utilizar una bolsa más pequeña durante el día, para salir a la calle, para viajar, para hacer deporte..... y otras más grandes durante la noche, en situaciones de diarrea o si no vamos a poder cambiarnos en unas horas.

¿Cómo se coloca una bolsa de colostomía?

Empezaremos por preparar todo el material que vayamos a necesitar. Para ello haremos un repaso mental de lo que vamos a realizar hasta que nos acostumbremos.

Siempre debemos lavarnos las manos antes y después del procedimiento. No son necesarios guantes estériles, pero sí "no estériles" para los cuidadores de personas con colostomía. Si somos nosotros mismos los que realizamos el cuidado del estoma es suficiente con lavarse las manos antes y después.

Colocación de bolsas de una pieza

La colocación de una bolsa de una pieza es tan sencilla como retirar el protector del adhesivo y pegar en la piel, haciendo coincidir el estoma con el orificio que hemos recortado a nuestra medida.

Para realizar un cambio de bolsa de Colostomía de una pieza podemos realizar los siguientes pasos:



Retirar la bolsa que deseamos cambiar. Despegar una esquina de la parte superior e ir despegando poco a poco sin tirones. Es mejor ir separando la piel del adhesivo que tirar de la bolsa para despegarla; esto provocará mayor irritación.



Lavar el estoma con agua templada y jabón neutro. Se puede utilizar una esponja suave y limpiar el estoma sin miedo, como una parte delicada del cuerpo pero sin ser una herida. Un ligero sangrado es normal por la gran vascularización de la mucosa del estoma. Secar a golpecitos suaves con una celulosa o toalla.



Medir el estoma. Cambiará de tamaño en los dos primeros meses tras la cirugía. El orificio del adhesivo tiene que ser de la misma forma y tamaño que el estoma para proteger la piel periestomal.



Recortar el adhesivo de la bolsa realizando un orificio con las medidas del estoma.



Colocar la bolsa pegando el adhesivo de abajo a arriba e intentando que se adapte a todos los pliegues de la piel

Se debe de empezar a colocar de abajo a arriba ; ir presionando levemente y de forma continua para que quede bien pegado y sacar las posibles burbujas que puedan quedar. Ir adaptando el adhesivo a cualquier irregularidad de la piel. (Parecido a cuando forramos un libro con papel adhesivo).

Una vez pegado es conveniente mantener la mano sobre la zona del adhesivo para proporcionar calor y favorecer la adhesividad.

Un truco; si utilizamos bolsas opacas no tendremos la visión del estoma a través del plástico. Podemos plegar el adhesivo hacia afuera (doblarlo por la mitad) y poner primero la media luna inferior y luego la superior. Así centraremos o adaptaremos mejor el orificio al estoma.

Colocación de bolsas de dos piezas

Como sabemos las bolsas de dos piezas son aquellas que van unidas a una placa adhesiva (irá pegada a la piel) de forma que nos podremos cambiar de bolsa sin despegar el disco de la piel (2P)



Retirar la bolsa que deseamos cambiar. Podemos retirar primero la bolsa y luego el disco o retirarlo todo a la vez. Despegar una esquina de la parte superior e ir despegando poco a poco sin tirones. Es mejor ir separando la piel del adhesivo que tirar de él; esto provocará mayor irritación.



Lavar el estoma con agua templada y jabón neutro. Se puede utilizar una esponja suave y limpiar el estoma sin miedo, como una parte delicada del cuerpo pero sin ser una herida. Un ligero sangrado es normal por la gran vascularización de la mucosa del estoma. Secar a golpecitos suaves con una celulosa o toalla.



Medir el estoma. Cambiará de tamaño en los dos primeros meses tras la cirugía. El orificio del adhesivo tiene que ser de la misma forma y tamaño que el estoma para mantener protegida la piel periestomal.



Recortar el adhesivo. Trasladar la medida al disco y recortar.



Pegar el disco haciendo coincidir el orificio recortado con el estoma.



Acoplar la bolsa al disco según indicación del fabricante.



Comprobar que hemos unido bien el disco y la bolsa.

La colocación de la pieza adhesiva de estas bolsas se realiza igual que si fuera un sistema de una pieza. Es decir, medir, recortar y pegar de abajo a arriba.

A continuación acoplaremos la bolsa a la placa siguiendo las instrucciones del producto. Existen diferentes formas de adaptación; a presión, con pieza

de seguridad y últimamente mediante adhesivo. Todos ellos están preparados para resistir un tirón accidental. Es conveniente comprobar si está bien acoplado mediante un pequeño tirón. Algunos sistemas incluyen un sonido ("clic") para facilitar la tarea a las personas invidentes.

¿Cuándo debemos cambiar la bolsa?

Si utiliza bolsas de *dos piezas*, siempre cambiaremos el **disco adhesivo** cuando tengamos sospecha de fuga o comience a despegarse. Si el disco adhesivo se mantiene en buenas condiciones, podemos mantenerlo 3 ó 4 días pegado a la piel e ir cambiando la bolsa.

- Si utiliza bolsas de **dos piezas cerradas** deberá cambiar la bolsa todos los días o cuando el contenido supere la mitad de la capacidad; un mayor peso puede favorecer que el disco adhesivo se despegue.
- Si utiliza bolsas de **dos piezas abiertas** vaciar la bolsa cuando se supere la mitad de la capacidad

En caso de dispositivos de **una pieza**

Si utiliza bolsas de **una pieza cerradas** es aconsejable cambiar la bolsa a diario o cuando el débito supere la mitad de la bolsa.

Si utiliza bolsas de **una pieza abiertas** puede vaciar el contenido siempre que supere la mitad de la capacidad y cambiarla, como mínimo, una vez al día.

¿Cómo y por qué medimos el estoma?

Las heces son muy agresivas e irritantes para la piel pero no para la mucosa del estoma. La mejor manera de proteger la piel de irritaciones es mantenerla cubierta con el adhesivo de la bolsa, especialmente diseñado para este fin. Por ello debemos recortar el adhesivo con la misma medida y forma que el estoma; éste sí tiene que quedar libre para permitir la salida de las heces, pero no debe quedar piel alrededor al descubierto.

Tras la cirugía el estoma irá reduciendo su tamaño durante los dos primeros meses y por tanto se recomienda medirlo cada 4 ó 5 días y ajustar el recorte a esta nueva medida. Posteriormente los cambios no son tan rápidos y es suficiente medirlo cada 15 días ; habitualmente una vez al mes.

Existen diferentes tipos de medidores como los de tipo calibre, las plantillas con círculos o semicírculos de diferentes medidas, etc., pero siempre podremos utilizar una cinta métrica, una regla o cualquier otro sistema de medir.

Es aconsejable tomar medidas para hacer un dibujo, que una vez recortado en el papel, nos pueda servir de plantilla; trasladaremos la plantilla al adhesivo y marcaremos con un bolígrafo o rotulador para facilitar el recorte.

¿Cómo recortamos el adhesivo?

Hay bolsas precortadas y recortables. En el caso de tener que recortarlas recomendamos hacerlo con tijeras de punta roma y algo curvas que nos faciliten cortar en círculos.

Podemos encontrar este tipo de tijeras en establecimientos de venta de material quirúrgico-ortopedias o pedírselas al laboratorio del que utilizamos las bolsas.

Sólo utilizaremos un sistema precortado cuando el estoma se adapte perfectamente a la medida y a la forma que ya viene definida.

"No utilizaremos precortadas en los primeros meses tras la cirugía."

Alimentación

Recomendaciones dietéticas al alta

En los días posteriores a la cirugía habremos pasado por diferentes etapas; nos habrán mantenido con sueros hasta la recuperación del movimiento intestinal, momento en el que se prueba tolerancia con agua, manzanilla, caldo....., para ver que tal nos sienta. En caso positivo, nos habrán ido aumentando la dieta de forma progresiva.

Lo más habitual es que abandonemos el hospital tomando una dieta suave de fácil digestión, dependiendo de los días de ingreso y de las complicaciones que se pueden producir.

Una vez en casa seguiremos añadiendo otros alimentos de forma progresiva. Es normal que inmediatamente después de la cirugía, esté alterado el ritmo intestinal y la digestión de los alimentos, pero poco a poco iremos recuperando la normalidad.

Es muy importante ir añadiendo los nuevos alimentos de uno en uno y observar como son las características y frecuencia de las deposiciones con cada nueva incorporación.

De forma orientativa podemos seguir el siguiente plan de **aumento de dieta**.

Cuando volvemos a casa, lo más probable es que podamos tomar una dieta que incluya:

- Leche desnatada: Si no la toleramos bien, probar con leche sin lactosa.
- Carnes con poca grasa, pollo y aves, cocidos, asados o a la plancha.
- Pescados blancos poco grasos. Pescadilla, Merluza, Gallo, Lenguado,....
- Huevos cocidos o en tortilla.
- Pan blanco.
- Aceite de oliva y mantequilla.
- Jamón cocido.
- Arroz y pasta hervidos.
- Patata cocida o asada.
- Azúcar.
- Agua sin gas.



En una segunda fase, podemos incluir en nuestra dieta:

- Carnes rojas con poca grasa, asadas, cocidas o a la plancha.
- Frutas en zumo o en puré (melocotón, manzana, plátano).
- Verduras de bajo contenido en fibra, cocidas o en puré (calabacín, berenjena, tomate....).
- Quesos suaves y poco grasos.
- Mariscos.
- Té o café.



En una tercera fase, podemos probar a incorporar:



- Carnes y embutidos.
- Legumbres.
- Verduras enteras (lechuga, zanahoria...) o con mayor contenido en fibra (judías verdes, alcachofa, puerro...).
- Pescados más grasos: Salmón, sardinas, atún, etc
- Otras frutas (peras, uvas....).
- Bollería.
- Quesos más grasos.
- Refrescos, cerveza y vino.

Finalmente probaremos la tolerancia a los yogures y la leche entera.

Es recomendable no condimentar mucho las comidas para evitar olores fuertes y desagradables.

En cuanto a métodos de cocción es preferible los métodos sin grasa, hervidos, asados o a la plancha que los rebozados y los fritos que provocarán digestiones más lentas y pesadas.

Otras recomendaciones. Cómo comer bien.

Además de saber que alimentos nos conviene es importante tener en cuenta otras consideraciones que favorecerán la digestión y eliminación de los alimentos:

- Comer despacio y masticando bien los alimentos; esto disminuirá la ingesta de aire y por tanto tendremos menos gases con la deposición.
- Intentar respetar unos horarios regulares de comidas
- Son aconsejables 5-6 tomas de alimento al día de menos cantidad y evitar las comidas copiosas.
- No tumbarse inmediatamente después de las comidas. Reposar sentados.
- Tomar entre 1,5 y 2 litros al día de líquidos si no existe contraindicación médica. Es recomendable no beber durante las comidas; es preferible beber una hora antes o dos horas después de las comidas.
- Los líquidos que bebemos se eliminan con la orina y por tanto el beber más o menos líquido no se corresponde con heces más o menos líquidas.
- Intentar evitar el aumento de peso, que puede crear problemas en la adaptación de las bolsas.

Alteraciones en la absorción intestinal

En general, la extirpación de zonas terminales del colon y recto no conlleva alteraciones en la absorción de nutrientes, por lo que **no** suelen darse casos de deshidratación, deficiencias nutricionales o electrolíticas. Si es recomendable añadir sal a las comidas si no existe contraindicación médica.

Las restricciones dietéticas, si tenemos una colostomía, se van a reducir a alimentos que produzcan heces líquidas, malolientes o gran producción de gas.

Recomendaciones en caso de diarrea

La diarrea se caracteriza por la evacuación frecuente de heces acuosas y es un síntoma de otros trastornos como procesos infecciosos, tratamientos de quimioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal, estrés, etc.

En las ileostomías consideraremos diarrea si las heces son más líquidas y en mayor cantidad que lo habitual.

Cuanto más líquidas sean las heces mayor facilidad tendrán para crear una fuga.

En caso de aparecer diarrea debemos consultarlo con nuestro médico. Como recomendaciones generales podremos:

- Tomar alimentos astringentes
- Aumentar la ingesta de líquidos y electrolitos para compensar las pérdidas por la diarrea. Podemos tomar el conocido suero casero (agua, limón, sal, azúcar y bicarbonato), algunos de los preparados comerciales de farmacia o bebidas isotónicas como las que utilizan los deportistas.
- El yogurt nos ayudará a regular el ritmo intestinal.
- El café y el alcohol pueden provocar diarrea. El té es astringente.
- No tomar antidiarreicos sin prescripción facultativa.

Recomendaciones en caso de estreñimiento

Las heces formadas nos van a facilitar su recogida en la bolsa, pero si son demasiado duras pueden producir obstrucciones y daños en la mucosa del estoma.

Los tratamientos de radioterapia y quimioterapia, el bajo consumo de líquidos y fibra y la falta de ejercicio pueden ser algunas de las causas del estreñimiento.

Debemos de consultar con el médico si se ha superado la frecuencia habitual de deposición de cada persona y las heces son duras o se expulsan con dificultad.

Para solucionar el estreñimiento podemos seguir los siguientes consejos.

- Aumentar el consumo de fibra de tipo fermentable. La cantidad recomendada diaria está entorno a los 20 gr.
- Tomar abundantes líquidos si no existe contraindicación.
- Realizar ejercicio de forma moderada que favorecerá el movimiento del intestino.
- No tomar laxantes sin prescripción médica

Recomendaciones en caso de flatulencias

Los olores y los gases son causa de gran preocupación en las personas ostomizadas. Los dispositivos modernos cuentan con filtros y materiales plásticos que neutralizan los olores. Podemos afirmar con rotundidad que una persona ostomizada no huele mal si la bolsa está bien adaptada.

Algunos alimentos aumentan y otros reducen los gases y el olor de las heces. Ver tabla

Tenemos que tener en cuenta.

- Masticar bien los alimentos; disminuir el aire ingerido.
- No masticar chicle.
- Las bebidas carbonatadas aumentan la cantidad de gases.
- Fumar aumenta las flatulencias

Soluciones dietéticas a problemas gastrointestinales

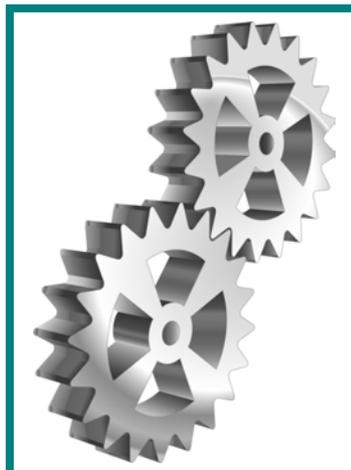
<p>Alimentos que se digieren de forma incompleta</p>		<p>Aceitunas, apio, champiñón, espinacas, guisantes, lechuga, repollo y pepino Frutos secos (nueces, avellanas) Piña Palomitas de maíz Zanahorias</p>
<p>Alimentos recomendados en caso de estreñimiento</p>		<p>Verduras Ensaladas Frutas (naranja, kiwi) Zumos Pan y cereales integrales Fruta seca</p>
<p>Alimentos recomendados en caso de diarrea</p>		<p>Pasta Arroz Zanahoria cocida Pescado o pollo a la plancha Zumo de Limón, plátano Manzana rallada Leche sin lactosa Pan blanco</p>

<p>Alimentos que producen gases</p>		<p>Bebidas carbónicas (cola, gaseosa) Legumbres (judías blancas, garbanzos) Espárragos Verduras (coliflor, brócoli, coles de Bruselas, repollo)</p>
<p>Alimentos que aumentan el mal olor de las heces</p>		<p>Ajo, cebolla Col Legumbres (judías blancas, garbanzos) Espárragos Huevos Pescados (azul)</p>
<p>Alimentos que reducen el mal olor de las heces</p>		<p>Yogur, cuajada y requesón Perejil Mantequilla</p>

Movilización

Después de la intervención quirúrgica es muy recomendable evitar la inmovilización y el reposo en cama.

En el hospital seguramente nos hayan levantado al sillón en los 2-3 días posteriores a la cirugía, según nuestro estado.



En las cirugías abdominales, la anestesia paraliza el movimiento propio del intestino (peristaltismo); el movimiento (levantarse al sillón, andar, ir al baño) favorece la recuperación del ritmo intestinal. Si no hemos recuperado el peristaltismo no podremos probar tolerancia a líquidos, no nos podrán quitar el suero ni avanzar en el estado de recuperación.

La inmovilidad y el reposo en cama sólo retrasarán el proceso de recuperación.

Una vez en casa, es recomendable andar por casa e intentar poco a poco salir a la calle a dar un paseo. Dependiendo de las posibilidades y situación de cada persona, nos pondremos unos objetivos más ambiciosos (salir a pasear) o menos (levantarse al sillón), pero lo importante es que cada vez intentemos mejorar el objetivo anterior. Cada día un pasito más hacia delante

Otras consideraciones

Colostomías temporales

Un gran número de Colostomías se realizan de forma temporal. Es aconsejable que aprendamos a vivir con un estoma como si este fuera definitivo; un pequeño tanto por ciento de ostomías temporales se convierten en definitivas. En este periodo de espera no podemos dejar de utilizar y ejercitar el esfínter anal; se recomienda realizar ejercicios de contracción y relajación del esfínter y evitaremos posibles incontinencias cuando se reconstruya el tránsito intestinal. Consúltenos.

Síndrome del recto fantasma

Tras la cirugía puede producirse el Síndrome de Recto Fantasma, que consiste en la necesidad de hacer deposición por el recto, aunque se haya practicado una colostomía, y que desaparece al sentarse en el WC. Es probable que por el ano expulsemos el moco que la mucosa intestinal sigue fabricando. Este síndrome desaparece tras un tiempo variable después de la cirugía según las personas, pero puede durar meses.

4. Consejos prácticos

- Un estoma no es una herida sino la mucosa del intestino que en la cirugía han abocado a la piel.
- Para la higiene sólo es necesario agua y jabón. No deben usarse antisépticos como el yodo, ni suero fisiológico ni otros productos que no hayan sido aconsejados por el médico o la enfermera. Utilizar un esponja suave y para secar, papel de celulosa.
- El orificio del adhesivo debe ajustarse a la forma y tamaño del estoma para que las heces no puedan estar en contacto con la piel. Las fugas son escapes de heces entre el adhesivo y la piel, lo que provocará irritaciones importantes.
- En los dos primeros meses tras la cirugía, el estoma va reduciendo de tamaño, y por tanto tendremos que medirlo para que se ajuste bien el adhesivo.
- No debemos utilizar para secar el secador de pelo por riesgo de quemaduras.
- Un ligero sangrado cuando tocamos y manipulamos el estoma es normal y cesa en poco tiempo. Si se mantiene el sangrado debemos consultar al médico o la enfermera
- Necesitará unas pocas bolsas de repuesto para los primeros días hasta que su médico de cabecera le haga las recetas y pueda adquirirlas en la farmacia. Las bolsas de ostomía habitualmente se comercializan en cajas de 30 unidades que se identifican con el Código Nacional (CN) oficial de los productos sanitarios en España. El CN de las bolsas de ostomía comienza por "4", lo que significa que están subvencionadas por el Sistema Nacional de Salud. La mayor parte de los accesorios (povos, desodorantes....) no están subvencionados. Si le surge algún problema para la localización de sus bolsas, llámenos y mediamos con los laboratorios.



5. Signos a vigilar

Existen algunos cambios fisiológicos en el estoma durante las primeras semanas tras la cirugía; es probable que vaya aclarándose el color hasta un rojo o rosa húmedo y se reduzca su tamaño. Esto es normal.



Debemos consultar siempre al médico o a la enfermera si:

- Existe sangrado severo, tanto en la mucosa como si se expulsa junto con las heces. También si el aspecto de las heces es negruzco.
- El color del estoma torna a negro o azulado.
- Se produce un dolor abdominal agudo y severo, fiebre o distensión abdominal.
- El estoma no es funcionante, es decir, no hemos hecho deposición ni expulsado gases en un tiempo mayor al habitual de cada persona. Para comprobar que no expulsamos gases debemos de tapar el filtro con las pegatinas que vienen en la caja; notaremos que la bolsa se va hinchando.
- Si se produce diarrea debemos consultar con el médico o la enfermera para evitar deshidrataciones. La diarrea se define como un aumento de la cantidad, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el ritmo intestinal normal de cada persona. Puede acompañarse de fiebre, dolor abdominal, sequedad de boca y sed.
- Salida del efluente por otro sitio distinto al estoma (fístulas)
- Aparición de pus en el estoma y fiebre.

**EN NUESTRA PÁGINA WEB ENCONTRARÁ INFORMACIÓN MÁS
AMPLIADA SOBRE CÓMO VIVIR CON UN ESTOMA**



www.tecuidamos.org

**Tu bienestar,
nuestro compromiso**



**Teléfono de
asistencia:**

902 10 30 46