

# ATENCIÓN AL PACIENTE OSTOMIZADO CUIDADOS ENFERMEROS

---

## PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

Cristina Casado Sánchez

TRABAJO FIN DE GRADO I



## **ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b> .....	3
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
1. A. METODOLOGIA ENFERMERA .....	6
1. B. JUSTIFICACIÓN .....	7
<b>2. OBJETIVOS A DESARROLLAR</b> .....	9
<b>3. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO QUE SE LLEVO A CABO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PREVISTOS.</b> .....	10
3. A. FASE DE VALORACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PACIENTE QUE APARECE EN LITERATURA ....	11
3. B FASE DE ESTIPULACIÓN DE PACIENTE TIPO PARA EL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO .....	17
3. C IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD, OBJETIVOS E INTERVENCIONES MÁS EFICACES EN FUNCIÓN A LOS PROBLEMAS.....	18
<b>4. FASE DE CREACIÓN DEL DOCUMENTO</b> .....	<b>25</b>
<b>5.DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO QUE SE LLEVARÁ A CABO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PREVISTOS(CRONOGRAMA)</b> .....	29
<b>6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA</b> .....	31
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	32
<b>8.ANEXOS</b> .....	36

## **RESUMEN**

**Introducción:** Actualmente se puede ver que en España existe un colectivo de 70.000 personas con estomas, lo que vendría a significar 1'5 por cada mil habitantes. Los problemas principales cuando se realiza una ostomía, que es la salida artificial de una víscera hueca o de un conducto a través de la pared abdominal, son todas las repercusiones que este suceso produce y que acompañan al paciente de manera transitoria o en algunos casos incluso definitiva.

**Justificación y objetivos:** Se encuentra actualmente la necesidad de una figura que guíe y acompañe a este tipo de paciente durante todo el proceso, y se ha encontrado que el profesional sanitario idóneo para esto, es el enfermero. Es durante todo este proceso donde el profesional de enfermería desarrolla su máxima responsabilidad. Me propongo entonces, investigar y crear un plan de curas estandarizados que permita ser una pauta para los profesionales, que ayude a abordar la necesidad actual y que los capacite a realizar un abordaje holístico y completo de este tipo de pacientes.

**Metodología:** Estudio de desarrollo profesional a partir de la revisión de la literatura publicada del 2007-2017 en las bases de datos Pubmed, Cuiden plus, Scielo y Cochrane. El marco conceptual utilizado para el PCE, es el modelo de Orem con su teoría de autocuidado mediante la valoración de los requisitos de autocuidado. Los problemas de salud y problemas de colaboración se mencionaron terminología NANDA International y los Resultados y las Intervenciones según criterios NOC y NIC respectivamente.

**Conclusiones :** Esta propuesta de PCE se muestra como un proyecto que permite ofrecer una atención al paciente única, interdisciplinaria y lo más ajustada a las necesidades activas reales que existen. Se crea esta herramienta para facilitar la valoración integral y poder hacer el mejor abordaje posible.

**Palabras claves:** estoma, ostomía, cuidados enfermeros

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Currently it is possible to be seen that in Spain there is a group of 70,000 people with stomata, which would mean 1'5 per thousand inhabitants. The main issues when performing an ostomy, which is the artificial delivery of a hollow viscera or a conduit through the abdominal wall, are all the repercussions that this event produces and accompany the patient in a transient or even in some cases definitive.

**Justification and objectives:** There is currently a need for a person to guide and accompany this type of patient throughout the process, and it has been found that the healthcare professional is the nurse. It is during this whole process where the nursing professional develops his / her maximum responsibility. I propose, then, to investigate and create a plan of standardized cures that can be a guideline for the professionals and that helps to address the present necessity and that enables them to realize a holistic and complete approach of this type of patients.

**Methodology:** Professional development study based on the review of published literature from 2007-2017 in Pubmed, Cuiden plus, Scielo and Cochrane databases. The conceptual framework used for PCE is the Orem model with its theory of self-care through the assessment of self-care requirements. The health problems and collaboration problems mentioned NANDA International terminology and the Results and Interventions according to NOC and NIC criteria respectively.

**Conclusions:** This proposal of PCE is shown as a project that allows to offer a single patient care, interdisciplinary and as adjusted to the actual active needs that exist. This tool is created to facilitate the integral assessment and to be able to do the best possible approach.

**Keywords:** stoma, ostomy, nursing care

## **1. INTRODUCCIÓN**

La realización de una ostomía es la intervención más antigua que se conoce del tubo digestivo descrita por Praxógoras de Kos en el año 350 A. C. en Grecia. En términos médicos, definimos el estoma como “la comunicación natural o artificial entre un órgano o cavidad del organismo y el exterior”; y el término ostomía, lo utilizamos para hacer referencia a “la intervención quirúrgica que se realiza con objetivo de crear la comunicación artificial entre víscera órgano o conducto y la pared abdominal”<sup>(1-3)</sup>.

El paciente con estoma digestivo es aquel usuario al que le han realizado una intervención quirúrgica produciendo una derivación fisiológica de parte del aparato digestivo con la finalidad de excretar los productos de desecho del organismo mediante la salida de parte del tracto intestinal hacia el exterior<sup>(4,5)</sup>.

La formación del estoma digestivo se utiliza con finalidad terapéutica en casos de enfermedades que afectan al tracto intestinal, los diagnósticos más comunes son los de neoplasias (35%) y el de enfermedades inflamatorias intestinales (11%). Otras patologías que pueden necesitar la instauración de una ostomía para su tratamiento son: traumatismos anales o abdominales (8%), poliposis cólica, anastomosis ileo-anal o colo-anal, incontinencia anal, fístulas recto-vaginales o recto-vesicales y proctitis actínica<sup>(6-9)</sup>.

Existen diversos tipos de estoma, que se forman mediante una intervención quirúrgica a partir de secciones del intestino, todos ellos se nombran a partir del órgano del que se origina algunos ejemplos serían ileostomía, colostomía y yeyunostomía, o a partir de los uréteres como urostomía. También se pueden distinguir en relación a la función, la temporalidad y la zona que se exterioriza (Ver anexo 1). En la actualidad clínica los que más se instauran son las colostomías y las ileostomías<sup>(10,11)</sup>.

Según la *American Cancer Society* una ilioestomía es “una abertura en la pared abdominal en la que se exterioriza el extremo terminal del íleon y es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma, ubicado en el lado inferior derecho del abdomen” y una colostomía es “la exteriorización del colon (ascendente, transverso ó sigmoideo) a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial del contenido fecal que usualmente se puede encontrar ubicado en el lado izquierdo del abdomen”<sup>(5)</sup>.

Las complicaciones principales que se documentan al realizar este tipo de técnica se deben de tener muy presentes, ya que, pueden presentarse de manera precoz (post-intervención), o de manera tardía (posteriores a un proceso previo correcto de cicatrización).

Las más comunes son: edema (10%), retracción (5%), prolapso (entre 2%-10%) y hemorragia (2%)<sup>(12,15)</sup>. (Ver anexo 2)

## **1. A. METODOLOGIA ENFERMERA**

La instauración de una estoma produce una serie de reacciones en el individuo que comportan cambios importantes en la vida cotidiana del paciente, unos cambios especialmente drásticos y complejos que conllevan alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, ritmo intestinal), cambios psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) por eso es importante acompañar durante todo el proceso a este tipo de usuarios para ayudarles adaptarse a esta nueva situación<sup>(16,17)</sup>.

Uno de los objetivos de enfermería es conseguir que la persona con estoma conviva con normalidad a pesar de los cambios que puedan afectar a su vida cotidiana. Por ello, el equipo de enfermería debe conseguir que el paciente aprenda a cuidar su estoma, acepte física y psicológicamente su nueva imagen corporal y sea capaz de detectar posibles complicaciones. Existen varios factores que influyen en la adaptación del usuario a este nuevo proceso uno de los más importantes es la capacidad de desarrollar la autonomía en la propia gestión de su cuidado. Ayudar a desarrollar esta capacidad de autocuidado será primordial para que estos usuarios tengan mejores resultados en salud <sup>(18-21)</sup>.

Para poder llevar a cabo esa formación en autocuidado se debe desarrollar un método racional, lógico y ordenado. El mejor método que tienen los profesionales de enfermería para garantizarlos es el Plan de Cuidados Estandarizado o PCE.

El uso del PCE aporta una estructura que facilita el racionamiento clínico, que ayuda a tratar a la persona de forma integral y se centra en las acciones que debe ejecutar el paciente. El PCE se define como "la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes con un mismo diagnóstico médico, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones"<sup>(22,23)</sup>.

Para poder hacer un correcto PCE se deben realizar cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación <sup>(21-24)</sup>.

Actualmente para poderlo hacer de forma sistemática y soportada legalmente se puede elaborar utilizando taxonomía estandarizada como los Diagnósticos enfermeros (NANDA), los resultados esperados (NOC) y las intervenciones (NIC) <sup>(25,26)</sup>.

El plan de cuidados estandarizado ofrece la adaptación de intervenciones a las necesidades individuales del paciente. Su uso asociado con una teoría enfermera permite una atención integral y holística que conducirá hacia la capacitación de los individuos en la habilidad de autocuidado <sup>(27,28)</sup>.

Según la organización Panamericana de salud el Autocuidado (AC) se define como "*las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. Son prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades*" <sup>(12)</sup>.

En la disciplina enfermera se aborda este pensamiento desde la teoría de Dorothea Orem que desarrolla un modelo partiendo de la necesidad básica de autocuidado del individuo mediante la teoría del autocuidado (TA). Para ella el AC es “una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Además, describe tres requisitos de autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos algunos de ellos son: la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso etc.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: todos aquellos determinantes que facilitan las condiciones necesarias para la vida y la maduración: en la niñez adolescencia adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud poco favorables o negativos.

No solo describe el autocuidado y todos los aspectos vinculados a este, sino que, desarrolla también una teoría que explica que sucede en los organismos cuando el autocuidado no es efectivo la llama teoría del déficit de autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado (TDA) define el déficit “como la incapacidad para el autocuidado continuo de manera eficaz y completa”. También puede ser que la demanda de acción sea mayor que la capacidad de la persona para actuar ya sea por incapacidad o por falta de ganas de emprender acciones requeridas ,en cuanto existe un déficit de autocuidado para la teorista es el equipo de enfermería quien cubre esa necesidad de forma profesional (agencia de enfermería)<sup>(29,30)</sup>.

Por último, desarrolla la teoría de sistemas de enfermería (TSE) en el que explica que el equipo sanitario de enfermería puede compensar ese déficit mediante una acción: totalmente compensatoria, parcialmente compensatoria o de apoyo educativo <sup>(30,31)</sup>.

### **1. B. JUSTIFICACIÓN**

Actualmente en España se encuentran dificultades para encontrar datos epidemiológicos en relación a las ostomías pero gracias a la atención especializada se puede saber que en España existe un colectivo de entre 70.000 a 100.00 usuarios portadores de un estoma digestivo, lo que vendría a significar 1’5 por cada mil habitantes <sup>(32)</sup>.

En función al tipo de estoma se halla un 75% de colostomías, 12% de ileostomías y 13% de urostomías. En Catalunya en el año 2014 existían más de 11.300 pacientes ostomizados y la cifra va en aumento ya que cada año se diagnostican más de 2.300 casos nuevos <sup>(15,32)</sup>.

Además, se ha visto por un estudio sobre la relación coste-efectividad de la atención especializada en Ostomías realizado desde el instituto de investigación de ANTAE en España, que una atención controlada, programada y continuada garantiza en este tipo de pacientes una mejor gestión de su propia salud, una mejor adaptación y mejores resultados clínicos comportando una mejora de un 15% en los resultados de salud y una reducción del 48% los costes sanitarios <sup>(33)</sup>.

Para pacientes con un estoma digestivo evacuador se quiere demostrar que la teoría de Orem del autocuidado engloba de manera más general todas las nuevas necesidades que surgen en los pacientes y les puede ayudar de manera más óptima a esa adaptación a la nueva situación haciéndoles responsables de la gestión de su propia salud <sup>(34-37)</sup>.

Por ello se propone al profesional de enfermería como vector de cambio, por la cercanía durante todo el proceso asistencial hacia el paciente y por su capacidad de proporcionar continuidad asistencial en el tiempo. Para hacerlo de la manera más sistemática y generalizable posible se ha propuesto un plan de cuidados estandarizado que permite ser una pauta para los profesionales, que ayude a abordar la necesidad actual y que los capacita a realizar un abordaje holístico y integral de este tipo de pacientes <sup>(38)</sup>.

Este estudio se ha basado en la descripción de la atención a todos aquellos usuarios con estomas a nivel digestivo con funcionalidad evacuadora ya sea de nivel temporal o permanente. El plan que se ha diseñado es vital para la mejora de calidad de vida de estos pacientes, ya que, es aplicable en múltiples y diversos contextos por lo que permitirá ser usado en un gran número de casos y acercará una atención más adaptada a este tipo de población; siendo seguramente un plan costo-efectivo y eficaz.



## **2. OBJETIVOS A DESARROLLAR**

### **OBJETIVO GENERAL DEL TFG**

- Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado para pacientes con una estoma digestiva con finalidad evacuadora cuya temporalidad sea definitiva o transitoria.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir el perfil del paciente tipo con un estoma digestivo evacuador.
- Definir al paciente tipo con un estoma digestivo evacuador al que va dirigido el plan.
- Identificar los problemas de salud empleando la teoría de Orem en la valoración según el rol bifocal de Carpenito para elaborar complicaciones potenciales y los diagnósticos de enfermería usando la taxonomía NANDA.
- Enumerar los objetivos a asumir y sus indicadores mediante la metodología NOC.
- Desarrollar las intervenciones y actividades estándar a realizar mediante la terminología NIC.

### **3. DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO QUE SE LLEVO A CABO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PREVISTOS.**

Inicialmente se realizó una valoración mediante una abstracción de aspectos generales que estuvieran relacionados con este tipo de intervención y con los pacientes mediante una revisión de la literatura hasta que se obtuvieron los datos necesarios para realizar un correcto análisis de la problemática actual publicada en libros, artículos de revistas impresas y/o electrónicas.

El método utilizado fue el siguiente:

1. Estrategia de búsqueda → varió en función a la base de datos en la que se buscó:

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>FILTROS</b>
<b>PUBMED</b>	[(Ostomy AND Nursing care)] [(Stoma AND Quality of life)] [(Ostomy AND education)]	Menos de 10 años Humanos
<b>CUIDEN PLUS</b>	Ostomía y cuidados enfermeros y calidad de vida	Revisión
<b>SCIELO</b>	[(Ostomy AND Care)]	Todas las colecciones Todos los idiomas A partir del 2007
<b>COCHRANE PLUS</b>	[(Ostomy)]	Inglés

2. Criterios de inclusión y exclusión:
  - a. Criterios de inclusión: artículos que hablaban de estomas digestivos, que hablaban de adultos y publicados en los últimos 10 años.
  - b. Criterios de exclusión: todos aquellos que no hablasen de los cuidados enfermeros en estos pacientes o que no sean casos clínicos de revisiones.

Además, para desarrollar este plan de cuidados se utiliza como referencia el modelo conceptual de Dorothea Orem, perteneciente a la Escuela de Necesidades, que se basa en el paradigma de la integración con tendencia humanista siguiendo la metodología enfermera mediante un PCE.

Esta valoración inicial permitió analizar los requisitos universales, los requisitos de desarrollo y las demandas de autocuidado que suelen presentar estos pacientes, obteniendo así, los problemas habituales, actuaciones actuales y definiendo al paciente tipo.

El paciente tipo se ha formado en base a la suma de todos los ítems contemplados en la valoración de Orem y ha ofrecido un perfil del usuario general.

En segundo lugar, se realizó el diagnóstico, donde en base al perfil general del paciente con estoma que nos define la literatura, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión que definieron el perfil del paciente al que se le podrá aplicar el PCE diseñado al que se le llamo “paciente tipo”. Además se enumeraron los principales diagnósticos que se tuvieron en cuenta utilizando la taxonomía NANDA.

Y finalmente, se llevó a cabo la planificación, donde se elaboró el PCE que contempló los problemas de salud (diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración) más relevantes en estos pacientes, así como, los criterios de resultados, intervenciones y actividades para cada uno de los problemas de salud, haciendo uso de la taxonomía NOC y NIC y teniendo en cuenta el modelo teórico planteado.

### **3. A. FASE DE VALORACIÓN Y DEFINICIÓN DEL PACIENTE QUE APARECE EN LITERATURA**

#### ***3. A.1. Condicionantes básicos***

En base a lo que la literatura ha mostrado se puede definir al paciente estándar en función a los ítems siguientes:

<b>FACTOR</b>	<b>EVIDENCIA</b>
<b>EDAD</b>	La literatura muestra que la población que puede ser portadora de un estoma es muy amplia aunque se observa una tendencia de aparición de la necesidad de esta intervención en población principalmente comprendida entre los 20 -70 años <sup>(1,14,39)</sup>
<b>SEXO</b>	El sexo de la persona portadora de ostomias predominante es el masculino <sup>(1,39)</sup>
<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>	Se observa como más de un 50% de los pacientes ostomizados tienen un diagnóstico de cáncer colorrectal además de comorbilidad asociada. <sup>(1-5)</sup>
<b>COMPLICACIONES</b>	Se presentan en un 50% de los casos a los 15 días posteriores a la intervención y un 77% presentan alteraciones en el tejido periestomal <sup>(1-5,39)</sup>
<b>AUTONOMIA</b>	El grado de autonomía se ve afectado y necesitan ayuda para restablecerlo <sup>(1,6,8,9-11,39)</sup>

#### ***3. A.2. Requisitos de autocuidado universal***

La evidencia científica describe las alteraciones más habituales que suelen padecer estos usuarios cuando se someten a una ostomía. Dichas alteraciones se describen a continuación como déficits de autocuidado haciendo siempre una valoración en base a la teoría de Orem.

Cuando se habla de la capacidad de autocuidado del requisito de mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimento suficiente la literatura nos indicó que suele existir déficit de autocuidado. En concreto, el déficit se manifestaba en el aporte o mantenimiento de agua.

Los pacientes portadores de un estoma especialmente aquellos que tenían una ileostomía manifestaban incapacidades para mantener un equilibrio entre la ingesta oral y la producción de desecho. Se ha de tener en cuenta que un colón intacto absorbe una media de 250-500 cc de líquidos por lo tanto se necesitará un aumento mínimo de 1-2 tazas de líquido para que cubra las nuevas posibles pérdidas y evite la deshidratación. Por otro lado, un exceso de líquidos también se ha visto que puede ser contraproducente, ya que, una hiperhidratación produciría un déficit de electrolitos que se manifestaría en forma de hipopotasemia, hipocalcemia o déficit de vitamina D. (1.39)

En cuanto a la capacidad de autocuidado del requisito de alimento se ha observado que las necesidades nutricionales se encuentran modificadas en relación al segmento de intestino que se elimina, el estado funcional del trayecto intestinal intacto y la salud en general del usuario. Todos los individuos con ostomía que han perdido una porción de su intestino deben modificar su dieta para adaptarse a las deficiencias de absorción de vitamina y minerales que puedan presentar por ejemplo déficit de vitamina B12 y K. (Anexo3)<sup>(39)</sup>

Se debe de informar a este tipo de usuarios de las nuevas pautas que deberán de ejecutar en su alimentación. Por lo general, después de la cirugía se inicia con una dieta baja en fibra y baja en residuos. La razón es que la cirugía hace que el intestino se hinche. Esto se resuelve en aproximadamente a la sexta a octava semana.

Uno de los componentes que se restringía era la fibra, ya que, al ser un componente de origen vegetal poco soluble tiene tendencia a dar más volumen al desecho y a acumularse en el estoma produciendo en ocasiones que se derive en una oclusión del mismo. <sup>(39-40)</sup>

Algunas de las recomendaciones que se mostraban fueron:

-Progresión: agregar alimentos específicos uno a uno para valorar sus efectos; si puede ser uno cada 3 días mejor, ya que, facilita un control más exhaustivo de los efectos en el sistema digestivo y se ha de comer regularmente si es posible en pequeñas cantidades y frecuentes.

-Dieta: se debe comer unos alimentos variados siguiendo las preferencias individuales considerando los requerimientos de alimentación que surjan, evitar los alimentos fritos o azúcares refinados, ya que pueden, crear irritación o diarrea de difícil control. Existen alimentos que facilitarían el manejo de la ostomía. (Anexo 3)

-Intolerancias: es habitual la manifestación de intolerancias y una de las que más tendencia tiene en manifestarse es la de la lactosa. Las manifestaciones de una intolerancia serían distensión abdominal, aumento en el desecho líquido, diarrea y/o gases excesivos. <sup>(1,39-40)</sup>

## **2. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación.**

En cuanto a la capacidad de autocuidado del requisito de la provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación se ha observado que la literatura describe que existe un déficit de la provisión.

Se ha visto que los usuarios asocian el estrés de la situación con dos conceptos principalmente: la falta de control sobre los desechos y la visión del estoma como un elemento limitante para sus vidas.

La persona ostomizada se convierte en incontinente, lo que se vive con rechazo y es uno de los principales motivos de inadaptabilidad. Que se llene el dispositivo colector sin ningún patrón establecido y la emisión involuntaria de gases son temas recurrentes que producen en el usuario sensación de descontrol y miedos. <sup>(1,41-43)</sup>

Para poder ofrecer a este tipo de usuario una formación precisa y útil que les permita realizarse unos buenos cuidados y mantener un buen autocuidado en relación a los procesos de eliminación se encuentra que es necesario realizar una formación adaptada al tipo de paciente, al tipo de estoma y a los desechos que este produzca.

El estoma que se describe en una colostomía es un estoma circular con un diámetro aproximado de 2.5 cm, de forma plana o con relieve mínimo sobre la piel con una coloración rosada como corresponde a la mucosa del colon y que durante la primera semana, puede presentar una coloración rojiza y aspecto edematoso que irá desapareciendo progresivamente. El estoma típico de una ileostomía, en cambio, es prominente con una salida aproximada de entre 2.5 y 4 cm del plano de la pared abdominal con un aspecto rosado también. <sup>(1,41-43)</sup>

En relación a los desechos habituales que se encontrarán diferenciamos los productos producidos por las colostomías que serán heces más sólidas cuanto más se avance en el colon, de manera que cuanto más cerca del recto se encuentre la colostomía, las deposiciones serán más parecidas a las expulsadas por el ano y el patrón de deposiciones no variará mucho al que se tenía previamente a la cirugía. En las ileostomías en cambio, el residuo habitual será líquido o semilíquido y puede contener partículas de residuos de alimento no digeridos con un flujo no controlado y de eliminación periódica. En ambas puede aparecer uno de los problemas más habituales que son el estreñimiento o la diarrea. (Anexo 4) <sup>(1,41-43)</sup>

La fluidez de las deposiciones en las ileostomías, conlleva a un aumento de la probabilidad de fugas. Un 53% de los usuarios ha referido haber realizado más de un cambio del dispositivo colector de desechos por miedo a fugas y gases, y afirman que disponer de un dispositivo que les contenga de manera efectiva esos productos de desecho les aporta más confianza y les facilita el mejor manejo de su ostomía.<sup>(1,41-43)</sup>

### **3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana**

En relación a la capacidad de autocuidado del requisito de mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana asociados se ha observado que la literatura describe un déficit.

Se describe en la literatura que el proceso de instauración de un estoma que se inicia en el entorno hospitalario y finaliza en el hogar comporta un proceso de adaptación muy duro. La nueva realidad les conlleva asumir cambios y, en función de ellos, reorganizar la vida. La información preoperatoria se reconoce como una gran ayuda en el proceso, ya que, posibilita al paciente hacer un ejercicio cognitivo previo a la cirugía, mentalizándose y asumiendo la situación antes de que se produzca, aunque se ha visto, que es durante el postoperatorio cuando la persona toma realmente conciencia de su nueva situación, debiendo enfrentarse a ella, asumirla e iniciar el reajuste personal.<sup>(3,44)</sup>

A partir de las vivencias de los participantes, durante la gestión de su estoma se muestra que desarrollan el significado que le otorgarán a la ostomía. Estas vivencias de manera inicial pueden ser de rechazo y/o conductas que dificulten la interacción con otros usuarios, detectar y reconducir esos sentimientos hacia conductas adaptativas que les permitan desarrollar estrategias basadas en el apoyo sociofamiliar les permitirá aliviar el estrés físico y emocional aumentando el grado de autonomía en la gestión de sus cuidados.<sup>(3,44-45)</sup>

### **4. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

Si se habla de la capacidad de autocuidado del requisito de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano se ha observado que la literatura describe un déficit.

Los pacientes ostomizados presentan cambios importantes como la pérdida del control esfinteriano, ruidos intestinales, cambio canalización de gases, incomodidad a causa del olor y de estar al pendiente del llenado de la bolsa, irritación de la piel periestomal, cambios psicológicos por la modificación de la imagen corporal, falta de seguridad en sí mismo, pérdida de la autoestima, temor, depresión, estrés.<sup>(1)</sup>

No solo se ve afectada la autoestima si no que también existen pruebas que revelan que el impacto negativo de una ostomía repercute directamente en el estado funcional disminuyendo capacidades adquiridas con anterioridad. <sup>(1,46)</sup>

Para que el usuario deje de percibir su estoma como un peligro y actúe de manera preventiva se ha visto que la mejor herramienta es favorecer la autonomía. Una mayor percepción de control sobre el estoma crea una visión menos amenazante, mejora la anticipación a los problemas que se pueden generar, permite elaborar soluciones prácticas para los usuarios y atenuar la visión de éste como un elemento limitante en sus vidas. <sup>(1,46)</sup>

### **5. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal.**

En cuanto a la capacidad de autocuidado de promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal se ha observado que la literatura describe un déficit.

Algunos de los problemas más comunes que presentan son:

-Falta de información sobre los conceptos básicos que precisa conocer para convivir con la ostomía: cuidados básicos, higiene, alimentación, vida sexual, actividad social y laboral, etc.

-Sentimiento de abandono: por la rápida estancia en el centro hospitalario.

-Incapacidad de controlar de forma eficaz el funcionamiento de su ostomía: por falta de un profesional experto que dedique tiempo de la atención a esa formación.

-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 precoz. <sup>(1, 7,10-14)</sup>

El circuito correcto de actuación se describe de la siguiente manera:

Durante los primeros días tras la intervención quirúrgica se debe establecer una fase de vigilancia por parte del personal sanitario para poder detectar las posibles apariciones de las complicaciones precoces. Durante esta fase es cuando se debe establecer un contacto precoz con el personal que le ayudará al manejo de su estoma para que inicie de manera rápida la gestión de su estoma. Fomentar que el paciente sea consciente del su estoma y empiece a manejarlo facilitara el proceso de adaptación. <sup>(10-14, 19,21)</sup>

Para que pueda llegar a ser autónomo en la gestión de su estoma, es importante enseñarle de manera progresiva el autocuidado de su estoma, esa formación mínimo debería incluir la capacitación del usuario en el manejo del dispositivo de forma autónoma, su higiene, conocimientos sobre la influencia de la dieta en el funcionamiento de la ostomía, su higiene, cuidados de la piel periestomal, contención del olor, detección de las complicaciones y orientación sexual. <sup>(19,21)</sup>

A medida que se acerca el alta hospitalaria es cuando puede surgir más ansiedad tanto en el paciente como en su familia y es fundamental asegurar la continuidad de sus cuidados en la consulta de estomaterapia o por parte de otro profesional experto. En la consulta previa al alta hospitalaria, debe recibir la información adecuada sobre el uso de los dispositivos y los múltiples productos disponibles para la higiene y la prevención y/o tratamiento de las posibles complicaciones. Después del alta hospitalaria, el paciente ostomizado debe continuar su programa de visitas en la consulta de estomaterapia o profesional de enfermería responsable.

Aplicando esta trayectoria se ha visto que se mejora la capacidad de autocuidado favoreciendo mejores resultados en salud. Algunos de los factores que se han relacionado con una menor eficacia de autocuidado eran edad, menor nivel académico y grado de dependencia alto <sup>(1, 7,10-14, 19,21)</sup>.

### ***3. A.3.Requisitos de autocuidado de desarrollo***

Este tipo de intervención según lo que muestra la evidencia se crea un descontrol a nivel general que puede afectar a los requisitos de autocuidado del desarrollo gravemente.

Se ha visto que la adaptación es más fácil si existía una formación en la fase pre y post, que es incluso más alta si el profesional que la ofrecía era una estomaterapeuta y que si se promovían actuaciones en base al los procesos de vida y la madurez que presentaban los usuarios se realizaban actuaciones que se percibían como más eficaces y alcanzables y por lo tanto les permitían un mayor control de la situación.

En este perfil de paciente se manifiestan continuamente nuevas necesidades que necesitan en ocasiones de un agente de cuidado para completarlas. La evidencia muestra que una gestión terapéutica mantenida por parte de los profesionales con los usuarios disminuye los problemas vinculados a una ostomía, la frecuencia de cambio de dispositivo y por ello se ven satisfechas las principales necesidades que presenta durante ese periodo vital.



La atención que cada paciente recibirá se verá modificada en relación al perfil de éste y la etapa en la que el usuario se encuentre, ya que, se contemplarán diferentes requisitos a cubrir en relación al momento de desarrollo y la maduración que experimente el ostomizado.

### **3. A.4. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud**

Se tendrán en cuenta los siguientes requisitos a la hora de cubrir los déficits de autocuidado de la desviación de la salud durante el proceso de instauración de un estoma digestivo:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada
2. Tener consciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.
4. Tener consciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico.
5. Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse como ser humano con un estado de salud particular y necesidad de formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.

## **3. B FASE DE ESTIPULACIÓN DE PACIENTE TIPO PARA EL PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO**

### **3. A.1. Condicionantes básicos. (Selección del paciente tipo)**

<b>FACTOR</b>	<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>
<b>EDAD</b>	En paciente tipo tendrá una edad comprendida entre 20-70 años
<b>SEXO</b>	De ambos sexos
<b>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS</b>	Sin deterioro (cognitivo)
<b>COMPLICACIONES</b>	El paciente tipo se detectará en el momento preoperatorio para poder actuar de manera precoz y evitar las máximas complicaciones posibles. Se podrá aplicar el plan de cuidados a todos aquellos pacientes hasta máximo 15 días post intervención
<b>AUTONOMIA</b>	Con un Barthel mínimo de 60
<b>VOLUNTARIEDAD</b>	Que quieran participar en su proceso de autocuidado.

Se excluirán todos los pacientes que no cumplan con todos los criterios de exclusión

**3. C IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD, OBJETIVOS E INTERVENCIONES MÁS EFICACES EN FUNCIÓN A LOS PROBLEMAS**

<i>(0002)Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.</i>		
<b>R/C:</b> desinformación, diarrea, dolor abdominal.		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p>(1009) Estado nutricional: ingestión de nutrientes</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (100901) ingestión calórica.</li> <li>• (100904) ingestión de hidratos de carbono.</li> </ul> <p>(1854) Conocimiento: dieta saludable.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (185401) Objetivos dietéticos alcanzables</li> <li>• (185402) Peso personal óptimo</li> </ul>	<p>(1100) Manejo de la nutrición</p> <p>(5240) Asesoramiento nutricional.</p> <p>(460) Manejo de la diarrea.</p> <p>(4120) Manejo de líquidos.</p>	<p>(124003) Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.</p> <p>(124029) Enseñar al paciente y la familia comparar alimentos de bajo costo y nutritivos.</p> <p>(11003) Determinar las preferencias del paciente.</p> <p>(110007) Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta.</p> <p>(46007) Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes y añadir fibra de forma gradual.</p>

<b>(0028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos.</b>		
<b>R/C:</b> alteraciones que afectan a la absorción de líquidos, conocimiento insuficiente, pérdida activa de volumen de líquidos.		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p>(601) Equilibrio hídrico.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(60107) Entradas y salidas diarias equilibradas</li> <li>(60101) Presión arterial.</li> </ul> <p>(602) Hidratación.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(60201) Turgencia cutánea</li> <li>(60202) Membranas mucosas húmedas</li> </ul>	<p>(4180) Manejo de la hipovolemia.</p> <p>(4130) Monitorización de líquidos.</p>	<p>(418005) Vigilar las fuentes de pérdida de líquido (hemorragia, vómitos, diarrea).</p> <p>(418012) Fomentar la ingesta de líquidos por vía oral.</p> <p>(413001) Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación.</p> <p>(413003) Determinar si el paciente presenta sed o síntomas de alteraciones de líquidos (mareo, aturdimiento, náuseas, irritabilidad).</p> <p>(418026) Promover la integridad de la piel (evitar fricción y humedad excesiva y proporcionar nutrición adecuada, según corresponda).</p>

<b>(00046) Deterioro de la integridad cutánea.</b>		
<b>R/C:</b> Humedad, agentes externos corrosivos.		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p>(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(110101) Temperatura</li> <li>(110111) Perfusión tisular.</li> </ul> <p>(1615) Autocuidado de la ostomía.</p>	<p>(3660) Cuidados de las heridas.</p> <p>(480) Cuidados de la ostomía.</p>	<p>(366003) Monitorizar las características de la herida incluyendo drenaje color tamaño olor.</p> <p>(366028). Enseñar al paciente y a la familia los procedimientos de cuidado de la herida.</p> <p>(48001) Instruir al pacientes/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía.</p> <p>(48002) Hacer que el paciente/allegados muestren uso del equipo.</p>

<p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(161501) Funcionamiento ostomía.</li> <li>(161509) Controla complicaciones relacionadas con el estoma</li> </ul>		<p>(48003) Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario.</p> <p>(48006) Vigilar las posibles complicaciones postoperatorias como obstrucción íleo paralítico, fístula de la anastomosis o separación mucocutánea.</p> <p>(48007) Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.</p> <p>(48010) Ayudar al paciente a practicar autocuidado.</p>
---	--	---

<b>(00120) Baja autoestima situacional.</b>		
<b>R/C:</b> reto situacional a la propia valía, subestima de la habilidad para gestionar la situación, conducta indecisa.		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p>(1205) Autoestima.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(120501) Verbalizaciones de autoaceptación.</li> <li>(120502) Aceptación de propias limitaciones</li> </ul> <p>Modificación psicosocial: cambio de vida.(1305)</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(13001) Establecimiento de objetivos realistas</li> <li>(130503) Expresiones de productividad</li> </ul>	<p>(5230) Mejorar afrontamiento.</p> <p>(5400) Potenciación del autoestima.</p> <p>(5250) Apoyo en la toma de decisiones.</p>	<p>(523001) Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.</p> <p>(523004) Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.</p> <p>(523006) Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.</p> <p>(523015) Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>(540011) Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.</p>

<b>(00197) Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.</b>		
<b>R/C:</b> aceleración del vaciado gástrico, déficit de conocimientos.		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p>(501) Eliminación intestinal.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (50101) Patrón de eliminación</li> <li>• (50103) Control de heces</li> </ul> <p>(1015) Función gastrointestinal.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (101501) Tolerancia alimentaria</li> <li>• (101508) Ruidos abdominales.</li> </ul>	<p>(430) Control intestinal.</p>	<p>(43002) Monitorizar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen, color, según corresponda.</p> <p>(43009) Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.</p> <p>(43012) Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.</p> <p>(43013) Disminuir la ingesta de alimentos flatulentos, según corresponda.</p>

<b>(00053) Aislamiento social.</b>		
<b>R/c:</b> alteración de la apariencia física, afrontamiento de nueva imagen corporal.		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p>(1503) Implicación social.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (150303) Interacción con miembros de la familia</li> </ul> <p>(1200) Imagen corporal.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (120001) Imagen interna de sí mismo</li> <li>• (120003) Descripción de la parte corporal afectada</li> </ul>	<p>(5100) Potenciación de la socialización.</p> <p>(4310) Terapia de la actividad.</p>	<p>(510001) Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas.</p> <p>(510002) Animar al paciente a desarrollar relaciones.</p> <p>(510020) Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por el paciente.</p> <p>(431001) Determinar las capacidades del paciente de</p>

		participar en actividades específicas.
--	--	--

<b>(00078) Gestión ineficaz de la salud.</b>		
<b>R/C: Complejidad del sistema sanitario, percepción de barreras, régimen terapéutico complejo</b>		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p>(3100) Autocontrol: enfermedad aguda.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(310003) Controla signos y síntomas de las complicaciones.</li> <li>(31002) Sigue las precauciones recomendadas</li> </ul> <p>(1608) Control de síntomas.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(160801) Reconoce el comienzo de un síntoma</li> <li>(160809) Utiliza los recursos disponibles</li> </ul>	<p>(5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento.</p> <p>(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.</p>	<p>(561801) Informar al paciente/allegados acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento.</p> <p>(561807) Describir las actividades previas al procedimiento.</p> <p>(560201) Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</p> <p>(560207) Identificar cambios en el estado físico del paciente.</p> <p>(560217) Describir el fundamento de las recomendaciones para el control.</p>

<b>(00118) Trastorno de la imagen corporal.</b>		
<b>R/C: alteración en la estructura corporal, cambio de estilo de vida</b>		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
<p>(1200) Imagen corporal.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(120002) Congruencia entre realidad corporal ideal e imagen corporal</li> <li>(120007) Adaptación al cambio en el aspecto físico</li> </ul>	<p>(5220) Mejora de la imagen corporal.</p>	<p>(522001) Determinar las expectativas corporales del paciente, en función de estadio de desarrollo.</p> <p>(522002) Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.</p>

		(522015) Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido cambio.  (52207) Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
--	--	--

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>		
<i>(00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud.</i>		
<b>R/C:</b> expresión del usuario		
<b>Resultado NOC</b>	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
(1615) Autocuidado de la ostomía.  Indicador: <ul style="list-style-type: none"><li>• (161501) Describe el funcionamiento de la ostomía</li><li>• (161502) Describe el propósito del estoma</li></ul>	(430) Control intestinal.  (480) Cuidados de la ostomía.	(43002) Monitorizar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.  (43005) Monitorizar los signos y síntomas de diarrea o estreñimiento.  (43009) Enseñar al paciente os alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado.  (48001) Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía.  (48002) Hacer que el paciente/allegados hagan uso del equipo.  (48004) Aplicar el dispositivo que se adapte adecuadamente.  (48005) Observar la curación del estoma.  (48006) Vigilar las posibles complicaciones postoperatorias.  (48010) Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.

		<p>(48014) Ayudar al paciente a planificar la rutina de cuidados.</p> <p>(48015) Instruir al paciente como monitorizar la presencia de complicaciones.</p> <p>(48016) Instruir al paciente acerca de los mecanismos para reducir el dolor.</p>
--	--	--

<b>(00132)CP :Dolor agudo</b>		
<b>Secundario a:</b> proceso quirúrgico, infección.		
	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
	<p>(2210) Administración de analgésicos.</p> <p>(1400) Manejo del dolor.</p>	<p>(221001) Determinar la ubicación, características y gravedad del dolor.</p> <p>(221010) Controlar signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.</p> <p>(140006) Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.</p> <p>(140009) Evaluar con el paciente y el equipo, la eficacia de las medidas pasadas de control de dolor.</p> <p>(140014) Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, tiempo que durará e incomodidades que se esperan.</p>
<b>(00004)CP :Riesgo de infección</b>		
<b>Secundario a:</b> procedimiento invasivo		
	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>



	(703)Severidad de la infección	(6550)Protección contra la infecciones.  (6540) Control de infecciones.  (6550) Vigilancia.  (2440) Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
<b>(00206)CP :Riesgo de sangrado</b>		
Secundario a: procedimiento quirúrgico		
	<b>Intervención NIC</b>	<b>Actividades</b>
	(4010)Prevención de hemorragias	(401001)Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. (401003)Observar si hay signos y síntomas de hemorragia(franca o oculta) (401007)Administrar hemoderivados si precisa

#### **4. FASE DE CREACIÓN DEL DOCUMENTO**

El PCE se registrará en hojas de recolección de datos las siguientes variables: edad, sexo, talla ,peso, antecedentes patológicos ,complicaciones ,tiempo de evolución con el estoma , autonomía, voluntariedad ,motivo del estoma

**HOSPITAL TECNOCAMPUS MATARÓ- MARESME**

**PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE PORTADOR DE OSTOMIA**

ESPACIO RESERVADO PARA LA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

**CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE TIPO**

- Edad de 20 a 70 años
- Sin antecedentes patológicos de enfermedades de deterioro cognitivo
- Menos de 15 días post intervención
- Autónomo para las actividades básicas de la vida diaria (barthel60-100).
- Quiere participar en el proceso de autocuidado

- Edad:                      Antecedentes patológicos:
- Sexo:                      Alergias:
- Talla:                      Autonomía (Puntuación Barthel):
- Peso:                      Medicación habitual:

*Cualquier paciente que no cumpla la totalidad de los ítems no será incluido*

**VALORACIÓN DE ENFERMERIA**

**VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS DE OREM**

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	DEFICIT	MOTIVO
Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficiente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Provisión de cuidados en procesos de eliminación	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Equilibrio soledad/interacción	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Prevención de peligros y bienestar	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Funcionamiento y el desarrollo humano en grupos sociales en función al potencial, conocimiento y limitaciones	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**CARACTERISTICAS DEL ESTOMA:**

- Motivo del estoma:
- Tiempo evolución del estoma:
- Tipo de estoma: Plano  Relieve
- Coloración:                      Complicaciones:

**CARACTERISTICAS DEL MATERIAL EXPULSADO:**

- Tipo:                                      Ritmo de expulsión
- Color:                                      Volumen diario:
- Textura: líquida  semilíquida  semiformada  sólida

## PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

ETIQUETA DEL PROBLEMA:				
Factores r/c				
Fecha de Creación				
Fecha Resolución				
Escala linkert 1(nunca demostrado) 5 siempre demostrado				
Indicadores de resultados(NOC)	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Etiqueta Noc:	1 2 3 4 5			
Intervenciones NIC	Fecha			
Etiqueta Nic	1 2 3 4 5			
Actividades realizadas	Fecha			
Nombre de la actividad				

ETIQUETA DEL PROBLEMA:				
Factores r/c				
Fecha de Creación				
Fecha Resolución				
Escala linkert 1(nunca demostrado) 5 siempre demostrado				
Indicadores de resultados(NOC)	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Etiqueta Noc:	1 2 3 4 5			
Intervenciones NIC	Fecha			
Etiqueta Nic	1 2 3 4 5			
Actividades realizadas	Fecha			
Nombre de la actividad				

ETIQUETA DEL PROBLEMA:				
Factores r/c				
Fecha de Creación				
Fecha Resolución				
Escala linkert 1(nunca demostrado) 5 siempre demostrado				
Indicadores de resultados(NOC)	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
Etiqueta Noc:	1 2 3 4 5			
Intervenciones NIC	Fecha			
Etiqueta Nic	1 2 3 4 5			
Actividades realizadas	Fecha			
Nombre de la actividad				

### PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

PC	PRESCRIPCIÓN	ACTUACIONES
Derivados del tratamiento		
Derivados de las pruebas		
Derivados del propio diagnóstico		

### PROBLEMAS HABITUALES DEL PACIENTE TIPO EN FUNCIÓN A LA LITERATURA

- Mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficiente. Destacan en este ámbito las alteraciones como: deshidratación, hiperhidratación, hipopotasemia, hipocalcemia, déficit de vitamina D B12 o K.
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación. Destacan en este ámbito las alteraciones como: diarrea, estreñimiento, fugas, falta de control.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción humana Destacan en este ámbito las alteraciones como: estrés y vergüenza
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar. Destacan en este ámbito las alteraciones como: alteración de la imagen, disminución autoestima.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo. Se observan alteraciones como: falta de control, falta de información.















**5.DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO QUE SE LLEVARÁ A CABO PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PREVISTOS(CRONOGRAMA)**

Septiembre 2016								Octubre 2016								Noviembre 2016								Diciembre 2016							
Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
35				1	2	3	4	39					1	2	44		1	2	3	4	5	6	48					2	3	4	
36	5	6	7	8	9	10	11	40	3	4	5	6	7	8	9	45	7	8	9	10	11	12	13	49	5	6	7	8	9	10	11
37	12	13	14	15	16	17	18	41	10	11	12	13	14	15	16	46	14	15	16	17	18	19	20	50	12	13	14	15	16	17	18
38	19	20	21	22	23	24	25	42	17	18	19	20	21	22	23	47	21	22	23	24	25	26	27	51	19	20	21	22	23	24	25
39	26	27	28	29	30			43	24	25	26	27	28	29	30	48	28	29	30					52	26	27	28	29	30	31	
								44	31																						

Enero 2017								Febrero 2017								Marzo 2017								Abril 2017							
Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
52						1		5		1	2	3	4	5	9		1	2	3	4	5	13						1	2		
1	2	3	4	5	6	7	8	6	6	7	8	9	10	11	12	10	6	7	8	9	10	11	12	14	3	4	5	6	7	8	9
2	9	10	11	12	13	14	15	7	13	14	15	16	17	18	19	11	13	14	15	16	17	18	19	15	10	11	12	13	14	15	16
3	16	17	18	19	20	21	22	8	20	21	22	23	24	25	26	12	20	21	22	23	24	25	26	16	17	18	19	20	21	22	23
4	23	24	25	26	27	28	29	9	27	28					13	27	28	29	30	31			17	24	25	26	27	28	29	30	
5	30	31																													

Mayo 2017								Junio 2017								Julio 2017							
Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do	Nº	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
18	1	2	3	4	5	6	7	22				1	2	3	4	26						1	2
19	8	9	10	11	12	13	14	23	5	6	7	8	9	10	11	27	3	4	5	6	7	8	9
20	15	16	17	18	19	20	21	24	12	13	14	15	16	17	18	28	10	11	12	13	14	15	16
21	22	23	24	25	26	27	28	25	19	20	21	22	23	24	25	29	17	18	19	20	21	22	23
22	29	30	31					26	26	27	28	29	30			30	24	25	26	27	28	29	30
															31	31							

COLOR	SUCESO
	PRESENTACIÓN TFG
	REGISTRO TFG /ENTREGA PRIMERA SOLICITUD
	TRIBUNAL SEGUIMIENTO
	TRIBUNAL FINAL
	JORNADA TFG I Y II
	EVALUACIÓN
	ENTREGA MEMORIA DE SEGUIMIENTO
	REUNIÓN TFG
	PUBLICACIÓN ASIGNACIÓN PROVISIONAL
	PUBLICACIÓN DEFINITIVA
	JORNADA PARA TUTORES
	SESIÓN CON TUTORA + SEGUIMIENTO ONLINE



## **6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Este PCE pretende aportar un método sistemático y organizado para la administración de cuidados de enfermería, orientado a dar una solución a los problemas identificados en la literatura, que permite desarrollar unos cuidados individualizados y estandarizados, respetando procedimientos y protocolos asistenciales basados en la evidencia científica, y es el punto de inflexión para cubrir la actual necesidad que manifiestan estos usuarios.

Utilizando este plan estandarizado de los cuidados que han de llevar a cabo los profesionales de enfermería durante la estancia del paciente, se podrán obtener unos resultados de salud más altos para el paciente, una disminución de los costes en salud y un incremento de la calidad asistencial. Este PCE se ofrece como herramienta flexible y adaptable a cualquier nueva necesidad que pueda aparecer durante la instauración permitiendo su adecuación en función al entorno sanitario donde se realice fundamentando y enriqueciendo la práctica clínica diaria.

Esta propuesta de PCE se muestra como un proyecto que permite ofrecer una atención al paciente que ingresa en la unidad única, interdisciplinaria y lo más ajustada a la situación real de éste. Se tienen en cuenta aspectos de adecuación del documento que faciliten la utilización, como: el acceso al mismo, los ítems a valorar y el seguimiento continuo de la información, junto a las posibilidades de modificación y revisión por parte del personal sanitario integrante de la unidad. Además, la información aparece de manera estructurada y en base a lo que la evidencia científica identifica como puntos con necesidad activa de abordaje permitiendo así detectar posibles necesidades no contempladas con anterioridad y facilitando el desarrollo de estudios que permitan seguir avanzando en investigación en la atención a ostomías.

Realizar el PCE basado en el modelo de atención de Orem permite abordar la necesidad de este tipo de pacientes de una manera más óptima, ya que, promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo, fomentando su autonomía y como conocemos una de las principales metas que enfermería se plantea es asistir a las personas para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Cuidado y manejo de la ostomía [monografía en Internet]\*.RNAO.Ontario; 2009 [acceso 27 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia\\_022014.pdf](http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf)
2. Juárez Ruiz JL, López Galiano MC, Rojas Aguilar Y. Evolución histórica de las ostomías y cuidados enfermeros en cirugía. Rev Paraninfo Digital (Jaén). 2011;5.
3. Martín Muñoz B, Panduro Jiménez MA, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. The coping process in people who have a recently ostomy surgery. Index enferm(Gran).Ago.2010;19(2).
4. Bodega Urruticoechea C. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. ENE. Ago. 2013; 7(3).
5. American Cancer Society.Colostomía: una guía[monografía en Internet]\*.ACS.Georgia [acceso 28 de diciembre de 2016].Disponible en: <https://old.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002823-pdf.pdf>
6. Charúa-Guindic L, Benavides-León C, Villanueva-Herrero J, Jiménez Boadilla B, Abdo-Francis J, Hernández-Labra E.Calidad de vida del paciente ostomizado.Cir Cir(Mex).Mar.2011;70(159).
7. Corella J, Vázquez A. Estomas. Manual para enfermería.1ªEdición.Alicante; 2005.
8. Gómez del Río N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE. Dic. 2012;7(3).
9. Hernán Ferreira A.Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. Enfermagen.Jul.2013; 22(3): 687-94.
10. Madrid.org[Sede Web]\*.Colostomía,ilíostomía,urostomía.Hospital general universitario Gregorio Marañón.Madrid;2010[acceso 29 de diciembre de 2016].Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271685145339&ssbinary=true>
11. Vinaccia Alpi S, Margarita Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud y la enfermedad crónica:estudios colombianos.Redalyc.2012;6(1)
12. Organización panamericana de la salud.Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina[monografía en Internet]\*.OPS;2006[acceso 17 de enero de 2017].Disponible en: [http://www7.uc.cl/prontus\\_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf](http://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf)
13. Hierro J, Abeg G, Galindo F.Complicaciones de las colostomías. Cir Dig. 2009; 3(311):1



14. De Miguel Velasco M, Jimenez Escovar F, Parajo Calvo A. Módulo 3:Complicaciones de los estomas[Monografía en internet]\*.Abaco;2005[acceso 10 de enero de 2017].Disponible en: <http://campusabaco.org/pdf/Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf>
15. Cruz-Castañeda O , Cano-Garduño MA , Pat-Castillo L , Sánchez-Bautista N , Espinosa-Estévez JA , Rivas-EspinosaJG4 Et al. Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal.Conamed.2009:1-5
16. Sillas Gonzalez DE, Jordán Jinez ML. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarrollo.Cientif Enferm. 2011,19(2):1-3
17. Arrais F, de Souza P, Leite T, Gimenez M. Nursigns care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. Acta Paul Enferm.2008, 21(1):94 – 100.
18. Hernández F, Gómez P. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente atomizado. Reduca. 2011;3(2) :504-533
19. Bonill de las Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso-Montoro C, Morales-Asencio JM, Rivas-Marín C, Fernández-Gallego MC. Conviviendo con estomas digestivos: estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal.Rev.Latino-Am.014;22(3):394-400
20. Congreso Nacional de ostomias.El paciente ostomizado en el entorno de una asociación. Asociación Vasca de Ostomizados e incontinentes;2005.Bilbao
21. Pat Castillo L, Espinosa Estevez JM,Sánchezz Bautista MA,Cruz Castañeda O,Cano Gardiño MA,Gabriel Rivas ME et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomia. ENEO-UNAM.2010;7(2):1-6
22. Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R.Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. Metas de Enferm. 2014;17(1): 23-31
23. Hospital general universitario de Ciudad Real. Planes de cuidados[monografía en internet ]\*.Ciudad Real;[acceso 15 de Enero de 2016].Disponible en: <http://www.hgucl.es/areas/area-de-enfermeria/planes-de-cuidados/>
24. OME.ES[Sede Web]\*.Madrid:Antonio A. Arribas Cachá[acceso 15 de febrero de 2017].Disponible en : <http://www.ome.es/index.cfm>
25. BOE.ES[Sede Web]\*.Madrid:Ministerio de la presidencia y para las administraciones territoriales;[actualizada 18 de enero del 2010,acceso 20 de febrero 2017].Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-1419](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-1419)
26. Fernández Flórez R.Interrrelaciones nanda-nic de los diagnósticos prevalentes en atención especializada.[monografía en internet]\*.Asturias:Consejería de salud y servicios sanitarios y Gobierno del principado de Asturias;2010[acceso 20 de febrero de 2017].Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Formacion/AS\\_Formacion/Metodologia%20enfermera/GUIA%20NN%20INTERACT.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/GUIA%20NN%20INTERACT.pdf)
27. Marriner Tomey A. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ª. Ed. Editorial Elsevier – Mosby. Madrid, España. 2007.

28. Rivera NL. Autocuidado y agencia de autocuidado. *Avances de enfermería*. 2007;25(1):91-98.
29. Rivero N, González M, Núñez M, Hornedo I, Rojas M. Valoración ética del modelo de Dorothea Orem. *Rev habn cienc méd [revista de internet]*. 2007;6(3)
30. Lopez AL, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invest. Educ. Enferm*. 2006;24(2):90-100
31. Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol*. 2011;10(3): 163-167
32. Sociedad española de enfermería experta en estomaterapia. Enfermeros piden mejoras en la atención a los pacientes [monografía en internet]\*. Madrid. ELE; 2014 [acceso 11 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://estomaterapia.es/>
33. ANTAE. Estudio coste efectividad de la atención especializada en ostomía [monografía en internet]\*. Barcelona: ANTAE; 2012 [acceso 12 de febrero de 2017]. Disponible en : [http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs\\_revista/EstudioOstomias.pdf](http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/EstudioOstomias.pdf)
34. De Souza Mendonça R, Valadão M, Castro L, Caldas Camargo T. A Importância da Consulta de Enfermagem em Pré-operatório de Ostomias Intestinais. *RBC*. 2007;53(4):431-435
35. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron*. 2014;36(6)
36. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *EG(Chil)*. 2010;19:1-14
37. Perez Garcia M, Ramos Mateos MA. Demanda asistencial e implantación de la consulta de ostomías de la Planta de ostomías de la Planta 11I/C del Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Idea(Mad)*. 2014;35:1-56
38. ISICS.ORG. El Consejo General de Enfermería reclama la implantación de la enfermera estomaterapeuta en todo el SNS [Monografía en internet]\*. Madrid: Consejo general de colegios de enfermería en España [acceso 20 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/>
39. Centro de salud O Castrillón. La dieta en pacientes con colostomía [monografía en internet]. A Coruña: Fistera; 2011 [acceso 1 de abril del 2017]. Disponible en : <http://www.fistera.com/salud/2dietas/colostomia.asp>
40. Arenas J, Rivera R, Abilés J, Moreno F y Faus V. Hipomagnesemia severa en paciente con ileostomía de alto débito [monografía en internet]\*. *Nutr. Hosp(Mad)*; 27(1)
41. Campo C, Caparrós Sanz R, Martín Bedia L, Mendoza Garcia S, Puente Muñoz M. Psychological evaluation of patients with an ostomy. *Journal of wound, Ostomy and continence nursing* 23:8. 122006
42. Haugen V, Blis D, Savik K. Perioperative factors that long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of wound, Ostomy and continence nursing*. 2006. 33(5):525-535

43. Norman MA, Harvey J, Stewart J, Andrews L, Hill AG. The effect of the quality of live of patients living with stomas: a pilot study. ANZ J Surg. 2007; 77(10): 883-5.
44. Bressmer S Brown j christanson T Cote J Cutting D Hoeflik J et al .Basics of ostomy for healthy professionals .Coloplast Canada.2008
45. Persson E, Larsson BW. Quality of care after ostomy surgery: a perspective study of patients. Ostomy Wound Manag. 2008; 8(51): 35-40.
46. TsengHC,WangH,Grant M,Wendel W.Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies.kaohsiungjournal of medical sicences,20(2):70-77 2004
47. Nanda International.NANDA Diagnósticos Enfermeros 2015-2017. Definiciones y clasificación.3ªEd.Madrid:Elsevier;2015
48. Sue Moorhead.Clasificación de Resultados de Enfermería(NOC). 5ªEd. Madrid: Elsevier; 2008.
49. Sue Moorhead.Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ªEd. Madrid: Elsevier;2008

## 8.ANEXOS

### ANEXO 1.TIPOS DE ESTOMAS:

<b>En función a....</b>	
<b>El órgano que se exterioriza</b>	<b>Digestivo:</b> el órgano que se exterioriza es del sistema digestivo. <b>Urológico:</b> el órgano que se exterioriza es de la vía urinaria. <b>Traqueal:</b> la tráquea es la que se exterioriza.
<b>La función</b>	<b>Drenaje:</b> para eliminar de cualquier producto no beneficioso. <b>Nutrición:</b> aportar nutrientes al organismo. <b>Eliminación:</b> evacuar las sustancias de desecho generadas por el organismo ya sean orina o heces.
<b>Temporalidad</b>	<b>Temporal:</b> permiten una reconstrucción posterior <b>Permanente:</b> se elimina cualquier parte del tracto que permita la posterior recuperación de la funcionalidad.

### ANEXO 2. COMPLICACIONES:

#### PRECOCES:

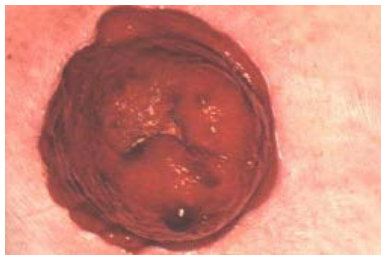
1. Edema: es el aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa del estoma. El cuidado principal a realizar es aumentar el perímetro de la bolsa de contención como principal agente irritativo.



2. Infección: Cuadro inflamatorio con calor y rubor, dolor y supuración alrededor del estoma es especialmente peligroso porque puede conducir a necrosis. Si es localizada se puede tratar con cuidados locales con suero y povidona yodada.



3. Hemorragia o hematoma: Si la hemorragia es de la mucosa, sangre rosada y brillante, se puede solucionar realizando terapia de oclusión o algún punto hemostático. En cambio se sospecha que la hemorragia es interna, sangre más oscura, puede ser por rotura de un vaso de la pared abdominal es importante detectarlo y frenarlo a tiempo incluso si para ello es necesario volver a intervenir al paciente.



4. Retracción: es el hundimiento del estoma debajo de la piel, puede producirse por infección o necrosis aunque suele ser producido por una incorrecta liberación. Si se produce la desaparición total se debe reintervenir.

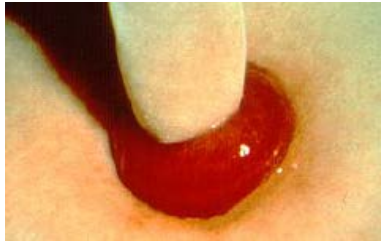


5. Necrosis: Condición que se establece por un aporte insuficiente de sangre al estoma que produce isquemia. Se debe de probar realizar liberación de la unión cutáneo-mucosa o si se sospecha de lesión más extensa resección de la zona isquémica y volver hacer ostomía.



**TARDÍAS:**

1. Estenosis: es el estrechamiento del orificio del estoma ,por debajo de la medida necesaria para asegurar una adecuada evacuación, se debe a la fibrosis progresiva alrededor de la oclusión .Es fácil de detectar realizando un palpación valorando el calibre el lugar y la firmeza.



2. Hernia: es la protrusión de la colostomía por un defecto de la pared abdominal o por excesiva laxitud muscular .El uso de fajas compresivas contrarrestan la presión abdominal.



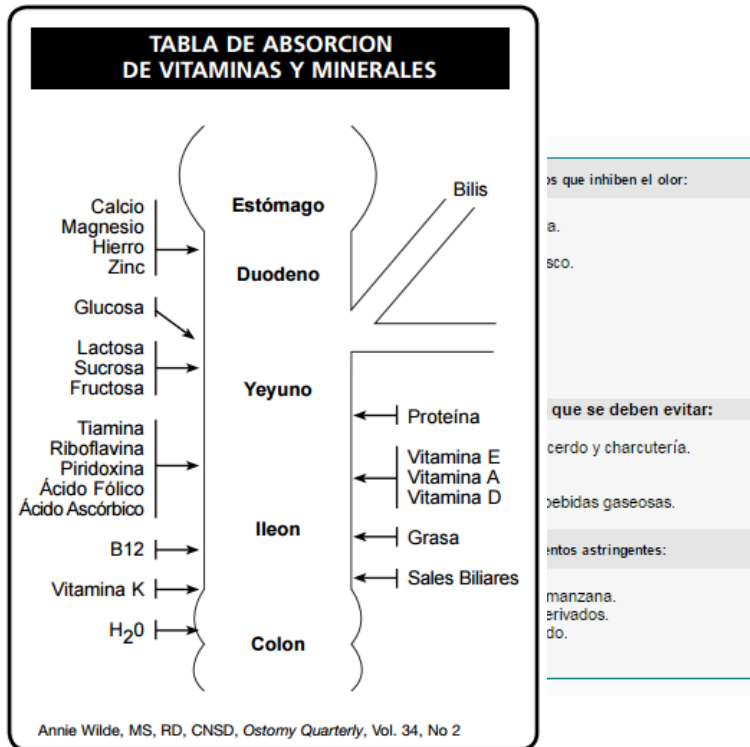
3. Prolapso: Protusión del asa intestinal por encima del plano cutáneo abdominal, en una longitud superior a aquella que cuando se construyó. Puede acabar produciendo isquemia y necrosis.



4. Lesiones cutáneas y o mucosas : suelen ser lesiones pequeñas fruto de la erosión de los productos de evacuación o por los propios sistemas de contención de esos productos .Las más comunes son las ulcera cutáneas, los granulomas ,las fistulas y la irritación.



### ANEXO3 Y 3: TABLA DE ABSORCIÓN Y DIETA



### ANEXO 4: TIPOS DE OSTOMIAS Y RECOMENDACIONES

TIPOS DE OSTOMIAS Y RECOMENDACIONES					
Ostomía	Efluente	Protección de la piel	Tipo Bolsa	Sistema 1 pieza	Sistema 2/3 piezas
<b>Colostomía terminal o sigmoide</b>	Heces semisólidas o formadas	Sí	Bolsa cerrada	Uso habitual	Dermatitis Diarreas Piel delicada Falta habilidad manual
<b>Colostomía transversa</b>	Heces semilíquidas a veces sólidas.	Sí	Bolsa cerrada /abierta	Uso habitual	Dermatitis Diarreas Piel delicada Falta habilidad manual
<b>Ileostomía</b>	Heces líquidas y de forma continua	Imprescindible. Heces muy irritantes	Bolsa abierta	Ocasionalmente	Uso habitual
<b>Urostomía</b>	Orina, salida constante y por goteo	Imprescindible. Orina muy irritante	Bolsa abierta drenable	Ocasionalmente	Uso habitual

