

LUZ

EN LA PALABRA

► MIEMBRO DE FEDAO



La
Asamblea
de la
Asociación.



Junta
de la
FEDAO
en
Zaragoza.



Jornadas de
Información-
Formación.



*Iglesia de San Antón,
una joya del siglo XIV*



Junta Directiva FEDAO

FEDAO

Asociaciones Miembros

En representación de: "ARGIA"
Asociación Vasca de Ostomizados
e Incontinentes

Caserío Landáburu nº 9 - 2º oficina 6
48004 Bilbao
Tlf. y fax: 944129921
avoargia@euskalnet.net

D. Fernando Fernández Tapia
PRESIDENTE

En representación de: "ADO Aragón"
Asociación de Ostomizados de Aragón

Cervantes 45 - 6º B
50006 Zaragoza
Tlf. 976223505
adozaragoza@hotmail.com

Dña. Mª Luisa Sein Echaluze Solves
SECRETARIA

En representación de: "ACO Cataluña"
Asociació Catalana D'ostomitzats

Avda. Ntra. Sra. de Bellvíge 20 (Hotel
D'Entitats)
08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)
Tlf. 932635576
a.c.o.@acato.e.telefonica.net

D. Jordi Roig i Marcet
PRESIDENTE

En representación de: "ADO Pontevedra"
Asociación de Ostomizados de
Pontevedra

1ª Travesía de Couto San Honorato 3 - Bajo
36204 Vigo (Pontevedra)
Tlf. y fax: 986283312
adoponte@gmail.com

D. José Luis Rosales Orellana
PRESIDENTE

En representación de: "AGADO Cádiz"
Asociación Gaditana de Ostomizados

Avda. de la Serrana 6 local 5
11404 Jerez de la Frontera (Cádiz)
Tlf. 956180127

D. Rafael Vargas Sánchez
PRESIDENTE

En representación de: "AOMA Madrid"
Asociación de Ostomizados de Madrid

Centro cívico "El Cerro"
C/ Manuel Azaña s/n
28820 Madrid
Tlf. 916693833
asociacion.aoma@gmail.com

D. Eugenio de Lucas Marejil
PRESIDENTE

En representación de: "EOCB"
Expatriate Ostomates of Spain
(Ostomizados extranjeros de España)

Apartado de correos 336
03730 Jávea (Alicante)
Tlf. 966460063 Fax: 966461563
ostext@terra.es

Dña. Cynthia Robinson
PRESIDENTA

En representación de: "AROS" Araba
Ostomizados
(perteneciente a la AECC)

Prado 8 - 4º dcha.
01005 Vitoria
Tlf. 945263297 y 945136329
alava@aecc.es

D. Alfredo Ibisate Ordax
PRESIDENTE

En representación de: "AOSGUI"
Asociación de Ostomizados
de Guipúzcoa

Paseo Zaralegui 100 (Edificio Txara - 1
Lankide)
20015 Donostia
Tlf. 943482603 Fax: 943482589

D. Juan María Larrea
PRESIDENTE

Estamos en el 20 Aniversario del registro público y oficial de nuestra Asociación aunque las labores de asistencia a los Ostomizados venían de más atrás.

Generalmente cuando en semejante período de una empresa cualquiera, se vuelve la vista atrás tratando de hacer memoria y balance, suele ser normal la sensación de que el tiempo ha pasado con gran rapidez. Sin embargo no tengo la sensación de que esto se cumpla en nuestro caso. Y me pregunto por qué nuestra andadura parece muy larga y el recuerdo de las primeras Personas atendidas está casi presente.

Después de pensarlo encuentro una explicación que me parece plausible. El camino parece realmente largo porque ha sido muy trabajoso. Siempre, y en cada momento, las dificultades han sido muchas.

Aun hoy arrastramos las dificultades y la fatiga. Seguimos, por ejemplo, sin disponer de unos locales donde desenvolvemos con un mínimo de holgura y comodidad. La estrechez aumenta porque aumenta la demanda. Baste anotar que estamos llegando a la atención acumulada de casi 1.800 Ostomizados. El Dr. realiza más de 500 Consultas anuales personales y directas, además de las que se resuelven telefónicamente.

A finales del año 2005 fuimos capaces, desafiando una vez más a la falta de medios y escasa colaboración de los estamentos oficiales al respecto, de organizar un Congreso Nacional con Sede en Bilbao, para profesionales por un lado y para Asociaciones de Ostomizados de todo el Estado por otro. De la Convivencia, Estudio y Discusiones entre los representantes de todas las Asociaciones se obtuvieron unas conclusiones con las que se elaboró lo que dimos en llamar el “Manifiesto de Bilbao”. Igualmente, durante el Congreso, se pusieron los cimientos para la promoción de la F.E.D.A.O (Federación Española de Asociaciones de Ostomizados).

Este año de 2007, además de estimular la dinamización de actividades con la colaboración del máximo número posible de Asociados, hemos trabajado y seguimos trabajando para llevar a buen puerto la ampliación de nuestra Sede para disponer de un mínimo y algo más que un mínimo de comodidad en las instalaciones.

Queremos tener presencia eficaz de ayuda en todos los Centros Sanitarios para remediar y, más que remediar, evitar en lo posible el desencadenamiento en cascada, de los problemas inherentes a la Ostomía cuando se produce en la ignorancia del verdadero y real alcance de la nueva situación.

¡Ahí seguimos y seguiremos en el empeño!. A este fin, estamos tratando de conseguir un grupo de SOCIOS COLABORADORES que mediante una discreta cuota anual nos ayuden a cubrir el lógico aumento de la renta mensual y los gastos ordinarios de funcionamiento. Brindamos pues a toda la población, la oportunidad de colaborar en una buena causa.

Gracias, Amigos.

ÍNDICE	Página
Asamblea de la Asociación	2-5
CONSULTAS: Ostomizados	6-9
Junta de la FEDAO en Zaragoza	10-11
Jornadas de Información-Formación	12-16
Una Historia Personal.....	17-20
NECROLOGICA:	
Eloisa Hernaiz.....	20
REPORTAJE:	
Iglesia de San Antón.....	21-24



Mesa Presidencial

Asamblea de la Asociación



Público asistente



Panorama de asistentes

25 de Abril a las 16'30 horas en segunda convocatoria conforme al Orden del día remitido a todos los nuestros Asociados.

Se procede por parte de la Presidenta a dar la bienvenida a nuestros Socios

1°.- En el primer punto del Orden del Día se procede a la lectura, por parte de la secretaria, del acta de la Asamblea celebrada el 8 de junio de 2006, que queda aprobada por unanimidad.

2°.- Se informa sobre el estado de cuentas y Presupuesto 2007 por parte del Tesorero.

3°.- Se procede a informar, por la Presidenta sobre la Memoria del año 2006.

4°.- Se somete a aprobación por parte de la Asamblea de la Memoria de 2006, aprobación del Estado de Cuentas y de los Presupuestos para el año 2007 quedando aprobados por unanimidad.

5°.- Se informa sobre el estado de nuestra Asociación, de las carencias que tenemos en la Consulta, de la necesidad de una nueva Sede para el bien y la intimidad de los asociados. Necesidad también generada por el número de Asociados que día a día va en aumento. Explica cómo

financiar el Proyecto y se barajan distintos sitios en función de las subvenciones que consigamos.

El local que, una amplia representación de los Socios, ha dado por bueno es más amplio y está situado en la misma planta del que ocupamos ahora. Se ha prenegociado con los Padres carmelitas.

La Consulta será más amplia y con lavabo dentro de la misma. La sala de espera tendrá un sitio para recibir con la intimidad adecuada al Ostomizado que viene por primera vez.

Se espera disponer de un despacho para sede de la FEDAO y espacios para Grupos de Trabajo y actividades Lúdicas y Culturales entre los Asociados además de los servicios sanitarios pertinentes.

Para las obras necesarias de acomodación no se va a pedir ninguna aportación extra a los Socios; su costo será sufragado por las subvenciones que consigamos y las aportaciones de un grupo de Socios Colaboradores. Se aclara que este paso sólo se dará con la absoluta seguridad de que la realización del proyecto no va a suponer un cargo para nadie.

6°.- Actualización de Cuotas: Por parte del Tesorero se procede a explicar los motivos por los cuales se



Grupo informal

somete a aprobación de elevar la cuota anual de 30 a 40 euros que no son otros que hacer frente a los gastos fijos de la Asociación mirando también al incremento que supondrá la renta de la ampliación de locales.

7º y 8º.- Se procede a explicar los pasos dados en la creación de FEDAO (Federación Española de Asociaciones de Ostromizados).

A partir de este punto del Orden del Día, la Asamblea pasa a ser Extraordinaria según el art, XV de nuestros Estatutos dado que se procede a renovar algunos cargos en la Junta Directiva. El Presidente Teófilo Robles dimitió, por razones personales, y le agradecemos su trabajo en la Presidencia. La vicepresidencia también ha quedado libre por el fallecimiento de la muy querida Eloisa Hernaiz.

La nueva Junta queda así constituida:

PRESIDENTA:	NIEVES YOLANDA DE LA HOZ CENTENO
VICEPRESIDENTA:	SILVIA GÓMEZ FERNÁNDEZ
SECRETARIA:	TERESA OLAZÁBAL CASTELLANOS
TESORERO:	JOSÉ MARÍA PINEDO CEMBRANA
VOCALÍA 1ª:	KARMELE GÓMEZ
VOCALÍA 2ª:	VICENTE ALONSO SÁNCHEZ
VOCALÍA 3ª:	MONTSERRAT SAN JUAN PÉREZ
VOCALÍA 4ª:	JOSÉ IGNACIO ANSOLEAGA DEUSTO

9º.- Ruegos y Preguntas: La Secretaria explica el programa, ya comenzado, de búsqueda de Socios Colaboradores y la organización de grupos de Trabajo.

Sin más temas que tratar, la Presidenta, da por finalizada esta Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria.

La reunión se completa con una convivencia entre sorteo de regalos y la degustación de una fina repostería a riesgo de quebrantar el régimen de algún que otro diabético.

Teresa Olazábal



Nueva vocal



Nueva vocal



Grupo informal



Momento de la asamblea



Un descanso en la asamblea

OSTOMIZADOS (ENTERO Y UROSTOMIZADOS)



Dr. Bienvenido Díaz

ASOCIACIÓN. GRUPOS DE AYUDA.

En algún otro momento hemos dejado constancia de que los progresos en la Cirugía han tenido que ver principalmente con las posibilidades de control en la adecuada recogida del efluente intestinal o urinario, en modo que la Ostomía no sea más onerosa que la propia enfermedad.

En los primeros años 50 se comenzaron a formar los primeros GRUPOS DE AUTOAYUDA entre los Ileostomizados; concretamente el primero de ellos, formado por 8 mujeres Ileostomizadas, tuvo lugar en el Hospital Monte Sinaí de Nueva York en 1952 bajo la inspiración del Dr. LYONS. La bondad de la iniciativa se demostró rápidamente e hizo que se extendiera enseguida a otras ciudades americanas y pasase la experiencia en 1956 a Birmingham en Inglaterra. Sucesivamente al resto del mundo.

"AMIGOS QUE PUEDEN Y DESEAN AYUDARTE". En todo el mundo se ha demostrado que los Problemas de los Ostomizados solo han sido bien comprendidos y enfocados por otros Ostomizados. Estos grupos organizados han constituido el mejor estímulo para los buenos Cirujanos (digo buenos en el sentido más puro y humanístico de la palabra) concienciados y deseosos de solucionar problemas muy específicos y tan reales como la vida misma. Es un Colectivo en el que por razones, quizá no totalmente explicadas, se desarrolla especialmente el deseo de ayudar. Para mí, con mi amplia experiencia en el trato de cada día con los Ostomizados, la explicación se basa en estos hechos:

1.- La Ostomía causa un tremendo impacto que sacude hasta los cimientos la estructura psicológica de una persona. Es un hecho universal en todas las Culturas el sentimiento de rotura de la propia **I M A G E N CORPORAL**.

2.- El Ostomizado que ha contado con una Ayuda y Atención delicada al respecto, toma paulatinamente conciencia de que no es difícil recomponer el equilibrio de su Personalidad. La valoración de las primeras Ayudas en esa tarea de "recomposición" es mucho más contrastada en aquellos que fueron atendidos después de un tiempo de inicuos sufrimientos.

3.- El Ostomizado siente el placer en hacer

un pequeño esfuerzo de Ayuda porque con ello sabe que consigue ese "gran Milagro" de prevenir una amarga experiencia.

4.- Cuando se hace un obsequio o un favor, solo se degusta en profundidad el "placer de dar" o de servir si se tiene la seguridad de haber acertado en lo que el otro necesita o más desea. Pues bien, el Ostomizado, frente a otro que lo ha sido recientemente o lo va a ser de inmediato, tiene siempre esa certeza de saber "dónde duele más".

La Asociación Vasca de Ostomizados e Incontinentes "ARGIA" fue registrada en Junio de 1987 y dentro de la ASOCIACIÓN lo que tendrá más importancia como Servicio, será el llamado GRUPO DE AYUDA. Este será el elemento de Contacto con la Persona que ya es o que VA A SER Ostomizada.

Este Grupo está dispuesto a:

INFORMAR
ACONSEJAR
Y AYUDAR ¡AHORA!

Y espera siempre la llamada y la visita de cualquiera que lo necesite.

El ostomizado toma conciencia de que no es difícil recomponer su equilibrio

La Asociación es también una Escuela de Formación e Información en todas las materias tanto Sanitarias como de Asistencia Social y como tal Asociación necesita también a su vez, de la altruista colaboración de todos los beneficiarios.

SERVICIOS DE "ARGIA"

(Que sus Socios podrán disfrutar gratuitamente por el mero hecho de serlo)

CONSULTA MÉDICA
Por Médico-Cirujano ESPECIALISTA

AULA "ARGIA"
Programas de Formación y Educación SANITARIA

GRUPO DE AYUDA
(Voluntarios Visitadores en el Hospital)

Puedo dar fe, personalmente, del gran y beneficioso influjo que tiene entre los nuevos Ostomizados que acuden por primera vez a la Consulta de nuestra Asociación, la presencia de una Persona ostomizada gestionando las labores administrativas de la misma. Esa

constatación es a veces por sí misma, motivo suficiente de rehabilitación.

Siempre es pues momento y ocasión de hacer una reiterada llamada a los Profesionales de los Hospitales especialmente en sus Servicios de Cirugía y Urología, para que mediante una correcta información mantengan la Ayuda de los GRUPOS al fácil alcance de los nuevos Ostromizados.

SITUACION ACTUAL*

La situación del tema en nuestra Comunidad Autónoma con referencia más precisa a Vizcaya, es que el Diagnóstico de las patologías en cuestión se hace en todo tipo de Consultas. El Tratamiento quirúrgico se hace de un modo igualmente atomizado en todo tipo de Centros tanto Públicos como privados, grandes y menos grandes.

Tiempo atrás no se tuvo en cuenta y tampoco hoy suficientemente, que la Calidad de Vida de cada uno de estos Pacientes va a depender principalmente del esmero en la confección técnica de la Ostromía.

La capacitación técnica de los Cirujanos, en la Comunidad, está fuera de toda duda pero, sin embargo, insuficiente o prácticamente inexistente a veces, la relación personal con el Paciente a un nivel que permita una mínimamente correcta y suficiente información en los temas que nos ocupan. Hay que reconocer también en descargo de su posible responsabilidad que el Cirujano no dispone normalmente del tiempo que se necesitaría y el Paciente y la familia no tienen tampoco el margen suficiente de sosiego para madurar el proceso psicológico que se les ha presentado generalmente de improviso.

Tanto las posibles deficiencias en el resultado técnico de la Ostromía como las deficiencias en el proceso de Información, aparte de afectar decisivamente a la Calidad de Vida por su repercusión en la generación de olores, suciedad, dermatitis periestomales, dolores residuales, etc., condiciona en forma muy determinante la cuantía de los Costos en materiales colectores. Estos materiales que, dicho sea de paso son de muy buena y creciente calidad, son también muy caros y todos de importación.

El suministro de estos materiales en los Hospitales se hace de un modo más bien anárquico. Son tan notables las deficiencias en las especificaciones, que los Ostromizados que recalán en el Hospital saben y tienen muy claro que no deben distraerse para traer sus propias bolsas. Estas deficiencias condicionan muchas veces el hecho de que los Pacientes salen del Hospital con verdaderos problemas de ulceraciones periestomales más que simples dermatitis propiamente dichas.

El cirujano no dispone normalmente del tiempo que se necesitaría

Los Cirujanos se suelen desentender completamente de los problemas relacionados con el cuidado de la Ostromía y de tal modo asumen los Pacientes ese desentendimiento por parte del Médico, que ni siquiera suelen exponerlo o pedir explicaciones en las Consultas posteriores.

Cuando el Paciente sale del Centro Hospitalario se encuentra, en muchas ocasiones, a solas con su tragedia como niño perdido.

Desde siempre, el Hospital haciendo dejación de lo que sin duda serían sus obligaciones, abandonó a su suerte a estos Pacientes dejando la atención subsidiaria en manos de las casas comerciales quienes bien que mal llenaron ese vacío asistencial compaginándolo con sus intereses. A muchos Pacientes les significó una, más que buena, única ayuda.

Hoy por hoy el punto de partida en nuestra Comunidad es menos malo que en el resto de España debido a que poco a poco se va notando la labor desde la Asociación. Atención directa a más de 1.700 Pacientes y su círculo familiar con un paulatino incremento en la mentalización que esta labor supone tanto a nivel social general como en los conocimientos del personal sanitario.

COSTO ECONOMICO. SOBRE TODO EN EL PASADO

Me he encontrado en la Consulta, con cierta frecuencia, a pacientes que están gastando en materiales del orden de 300 a 600 € al mes malviviendo entre sufrimientos difícilmente catalogables y sin posibilidad alguna de vida social. En estos casos es también frecuente que :

- *Después de hablar con ellos,
- *Darles las correspondientes y pertinentes explicaciones de sus problemas de base,
- *Ayudarles de este modo a hacer una correcta reinterpretación de todo su proceso,
- *Estimular y potenciar los mecanismos de defensa adecuados
- *Acomodarles un material acorde a sus necesidades
- *Y contactar con otras Personas ya recuperadas de su "espanto"...

Pasen en pocos días a la normalización de sus actividades, y ajustando la mejora en su Calidad de Vida, el gasto farmacéutico baje a menos de 100 – 120 €/mes. Se puede asegurar que un alto gasto de materiales va unido inversamente proporcional a su CALIDAD DE VIDA.

En la Asociación se hacen al año más de 500 visitas médicas

personales aparte de las numerosas consultas telefónicas. Sería difícil calcular el alto número de estancias hospitalarias que se evitan desde la misma así como la frecuentación infructuosa de los servicios de Urgencias.

En muchas ocasiones el Paciente se me lamenta no haber contactado antes con nosotros, lo que le hubiese ahorrado graves quebrantos, inútil sufrimiento y hasta el haber dejado un buen puesto de trabajo. Sigue habiendo lagunas en la información sobre la existencia de un grupo de gente que ¡AYUDA!

MEJORAS DESEABLES

Es claro que, a pesar de que partimos de una situación mejor que los Ostomizados en el resto de del Estado se pueden y, por tanto, se deben mejorar las condiciones que nos permitan acercarnos a una verdadera atención integral plenamente satisfactoria. Las mejoras a propugnar tienen que tener los siguientes fines:

1º.-Elevar y NORMALIZAR definitivamente el nivel en la CALIDAD DE VIDA de este Colectivo mediante un eficiente proceso educativo de INFORMACIÓN que deberá ser siempre SENCILLA, CLARA, CONSISTENTE y FIABLE junto a un correcto ADIESTRAMIENTO en el manejo de los Materiales.

2º.-RACIONALIZAR LOS COSTES con el uso adecuado de los materiales más apropiados, siempre en complemento, refuerzo y apoyo del fin primero de mejorar la CALIDAD DE VIDA .

Ambos principios son perfectamente compatibles y, mejor diría con la experiencia de miles de horas de trabajo en estas lides que me asiste, mutuamente relacionados.

SOLUCIONES

Las Soluciones deben apuntar siempre al cumplimiento de los fines arriba establecidos. En cuanto al primero hay que tener muy claro que el IMPACTO del fenómeno de la OSTOMIA no es solo para el Paciente -que en muchas ocasiones no es ni siquiera el más intensamente afectado- sino también para toda la Familia en un radio más o menos amplio. Toda la Familia puede quedar imbuida de sentimientos de Culpabilidad, Ansiedad, Miedo, Desconcierto, Rechazo.... por falta de una INFORMACION OBJETIVA, RACIONAL y sin MISTERIOS de todo lo que rodea la Enfermedad de ese miembro del grupo familiar. Es por estas razones que los programas de Recuperación deben también estar dirigidos a los Familiares. Ellos deben también asumir la nueva situación; y esta INFORMACIÓN les conducirá a prestar el Apoyo que el Paciente necesita. No hay por qué dramatizar. Pero hay que partir de la seguridad de conseguir que tanto para el Paciente

como para la Familia, todo debe volver a ser y parecer normal.

Para conseguir este primer fin del Proyecto contaremos de forma irrenunciable, en consonancia con las mejores tradiciones de las organizaciones de este tipo en nuestro mundo occidental, potenciando la labor de la Asociación Vasca de Ostomizados "ARGIA". (Dicho sea de paso es un referente serio en toda España de una organización de este tipo).

Su labor y sus programas, dentro de las limitaciones de medios, han ido siempre en esta dirección y sus éxitos son sin duda muy notables dentro de la más exquisita reserva.

En estos momentos son ya casi 1.800 Personas ostomizadas las han pasado por la Consulta y servicios de la nuestra Asociación. Este número que, como hemos dicho, no es estrictamente de individuos sino de familias, es lo suficientemente significativo como para que podamos hablar con sentido de la realidad.

La Asociación "ARGIA" puede facilitar las cosas. Es muy sencillo. Que tenga la información primera en un modo adecuado y que llame el propio Paciente o haga que llamen por él.

En muchas ocasiones
el paciente se lamenta
de no haber
contactado antes con
nosotros

Las palabras del Cirujano pueden ser o parecer frías, faltas de afecto, profesionales, como repetidas muchas veces, técnicas, impersonales,... Pero otro

Ostomizado sabe perfectamente dónde se esconde ese "Yo" dolorido, y el bálsamo de sus palabras llegará precisamente hasta allí. Estas palabras sí le resultan creíbles. Estos programas pueden ser llevados a efecto con unos resultados ya contrastados y con un mínimo costo.

Los programas de Educación Sanitaria y las Informaciones tanto para el Paciente como para la Familia deben ser ofrecidos por un profesional que SUBJETIVA y OBJETIVAMENTE no deje fisuras a deficiencias mal disimuladas por la simple buena voluntad. Deberá ser capaz de leer e interpretar correctamente lo que muchas veces está escrito "entre líneas" -por razones obvias-, en los Informes Médicos donde no es infrecuente que estén expresados los Diagnósticos con una búsqueda ambigüedad, solo implícitamente registrados los Pronósticos y dadas a entender las Técnicas Quirúrgicas para quien "sabe navegar" en esas aguas. Comprender bien todos estos detalles puede condicionar la verdadera recuperación de la fuerte sacudida en el equilibrio de la personalidad del Paciente y la liberación de ciertos posibles sentimientos negativos entre los familiares. El aplicar un material de Ostomía adecuado es necesario, es el hecho más tangible pero aun con serlo mucho, no es el eslabón más transcendente. Estamos hablando siempre de Personas y de reponer su ESENCIAL nivel en la Calidad de Vida

RESUMIENDO

- La OSTOMÍA sacude brusca e intensamente los cimientos de la Personalidad y rompe el concepto de la propia IMAGEN CORPORAL.
- La propia IMAGEN se rompe y la mente del neo-Ostomizado camina como por inercia por derroteros de una idea más o menos severa de ESTIGMATIZACIÓN. Esta situación requiere atención rápida.
- De este circuito que se inicia solo se puede salir con una AYUDA inteligentemente prestada por un profesional sensibilizado y ENTENDIDO.
- Esta Ayuda, lo será fundamentalmente mediante y a la luz de una INFORMACIÓN CLARA, SENCILLA, CONSISTENTE y FIABLE.
- Estimo de capital importancia, para garantía de credibilidad, la Ayuda de OTROS OSTOMIZADOS que desde la ASOCIACIÓN, ofrezcan testimonio inequívoco de que el problema es frecuente y evidentemente superable.
- Igualmente es importante que la FAMILIA PARTICIPE en los elementos de la Formación e Información.
- Ayudará mucho el correcto uso de los MATERIALES ADECUADOS al margen de intereses, que minimicen desde el principio las posibles incomodidades en la recogida de los efluentes.
- La Educación e instrucciones en el uso de los Materiales deberá conducir a la más completa INDEPENDENCIA en AUTOCUIDADOS.
- Sería muy conveniente que el propio Paciente tenga la oportunidad de AYUDAR A OTRO, en el momento y modo apropiado que este otro acceda a la condición de OSTOMIZADO.
- La que creo experiencia general de que el correcto uso de los medios y materiales sanitarios reduce los costos, es especialmente válida en estos temas de la Ostomía. Repito, por comprobación personal, que el uso más racionalizado y en un Paciente psicológicamente rehabilitado aumenta la Comodidad y REDUCE CLARAMENTE LOS COSTOS.

Creo haber dejado bien sentado más arriba e insinuado en varias ocasiones que para reponer a una Persona, cualesquiera que sean sus galas morales, culturales, físicas, psíquicas o intelectuales, de eso que hemos llamado SACUDIDA DE LOS CIMIENTOS DE LA PERSONALIDAD, además de conseguir la colaboración del propio interesado, hace falta que quien lo intente posea la humilde seguridad de haberse esforzado por buscar y comprender los sentimientos profundos que amarran el ser humano a la vida y a su grupo, el concepto de ese Sujeto concreto del valor de su propia Imagen e, incluso, sus conceptos sobre lo trascendente.

Sobre esa disposición anímica y mental habrá de tener unos conocimientos que le permitan valorar, a través de la conversación con el Paciente y la familia e Informes clínicos aportados, el Diagnóstico, catalogación Histológica y PRONÓSTICO además de la técnica quirúrgica utilizada y de la existencia o no de complicaciones.

Solo con la cobertura de todos estos valores humanísticos y técnicos estará garantizada la confianza mutua necesaria para adentrarse insensiblemente en el íntimo santuario de las claves psicológicas. ¿Cómo comprender si no, el significado del beso que te da un hombre que supera los 90 años llorando, que se cambia solo sus bolsas, para expresarte emocionado y sin palabras, la naturaleza del terreno que estás pisando?.

Vuelvo a recalcar el inestimable valor de las razones hechas humanidad en el testimonio de quienes superaron la misma situación. El asociacionismo relacionado con este tema y entre los de nuestra mentalidad tiene mucha más fuerza que la yo suponía cuando lo promoví. He comprendido que la Ostomía es un fenómeno que retrotrae a las Personas, de cualquier nivel, a terrenos muy iniciales. Quedó dicho, con razón, que la Ostomía es un potente estresor en todos los Ambientes y Culturas. Añadamos también, niveles culturales o de conocimientos.

En cualquiera de las opciones que se adopte quiero, y por lo que a mi criterio y disponibilidad respecta, dejar expresa constancia :

- 1º.-Debe vigorizarse la Asociación de Ostomizados en la mejor línea de los países más avanzados de nuestro entorno occidental como ambiente en el que es más fácil y natural la RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA y SOCIAL.
- 2º.-Mantener y potenciar la Consulta en el entorno de la Asociación. Es conveniente alejar la dependencia del Hospital.
- 3º.-Desde el ámbito de la Asociación "ARGIA", estaríamos dispuestos a complementar el Programa de EDUCACIÓN SANITARIA de los Pacientes y Familiares ya en marcha, con otro de ejecución continuada y paralela apropiado para la Enfermería que tenga relación con estos Pacientes.

Bienvenido DÍAZ SÁNCHEZ

Cirujano General del Hospital de CRUCES y miembro de la Asociación Española de Coloproctología.

Promotor y Consultor de la Asociación Vasca de Ostomizados "ARGIA"

Texto reducido del Estudio hecho en Octubre de 1996 (pertinentemente actualizado) a petición de un cargo de Osakidetza.



Representantes de "ARGIA" en la FEDAO

Junta en Zaragoza

En Zaragoza y 10 de Noviembre se reúnen representantes de todas las Asociaciones que componen la FEDAO (Federación Española de Asociaciones de Ostromizados).

Saludos a todos los asistentes, por parte del Presidente y bienvenida especial a la nueva Asociación de Ciudad Real.

Se somete a Aprobación el estado de cuentas de la Federación.

Se sugiere desde la Secretaría que los Proyectos de FEDAO surjan de los mismos de las Asociaciones y que puedan tener valor para todos.

Pontevedra propone una CONVENCIÓN nacional a un año vista.

La Tesorera comenta que actualmente no hay potencial económico para desarrollar Proyectos.

Se Vota y Aprueba a mano alzada que el Coordinador de los Grupos de Trabajo sea José Luis Rosales, Presidente de ADO (Pontevedra).

AOMA (Madrid) expone la conveniencia de crear una página Web, realizada por personal informático, para relacionar a todas las Asociaciones y lo presenta como PROYECTO.

El Presidente se compromete a enviar una copia de los proyectos ya aprobados y abonados para tenerlos como ejemplo.

Cada Asociación hará constar en su Membrete su condición de Miembro de FEDAO.

Se aprueba comprar un teléfono móvil para la Secretaria.

Y se acuerda una nueva reunión de la Junta Directiva para Abril o Mayo de 2008.

Varios momentos de la Junta



JORNADAS DE INFORMACIÓN - FORMACIÓN



Asistentes a las charlas

En este año de 2.007 hemos dado un paso más en la participación de los Asociados en la promoción de diversos Proyectos en beneficio de todos. Dentro de esa nueva dinámica hay que encajar la potenciación de lo que siempre hemos llamado **JORNADAS DE EDUCACIÓN SANITARIA**.

Desde un principio se siguieron con un interés variable en cuanto a asistencia por diversas razones. Entre ellas, no la menos importante, la no disposición de un amplio espacio físico donde poder desarrollar el trabajo.

En este año hemos roto ese inconveniente con la inestimable colaboración de la Fundación BOLUNTA que nos presta su Salón de Actos con su equipamiento técnico.

Este dato, unido a una mejor promoción dentro de la reactivación del espíritu de colaboración de muchas más Personas, ha hecho que el número de asistentes a cada charla se haya incrementado sustancialmente hasta un número de 70-80 Personas por Charla.

La verdad es que en estas CHARLAS el tiempo vuela y, como es lógico habiendo tanta materia interesante de qué hablar, cada día queda materia pendiente.

El Dr. Díaz nos recrea tanto por sus conocimientos como por su estilo y sencillez al exponerlos.

Cuántas y cuántas cosas de la vida diaria que mayormente hemos ignorado y que ahora, al verlas lógicas en la clara sencillez de las exposiciones, su comprensión nos sitúa en la realidad y nos ayuda tanto a superar las “negruras” de los primeros momentos de la nueva situación de Ostomizado.

Nuestro infortunio, por llamarlo de alguna manera, cede su primer aspecto dramático a la positiva y sana interpretación de que todo esto ha valido la pena por la segunda oportunidad de la vida. Oír al Dr. Díaz nos hace comprender que ese “billete de vuelta” en los andenes de la “Stazione Termini” de la enfermedad, nos lleva a darle un nuevo valor a la vida. El sol, el aire, la lluvia, la primavera, la amistad, el amor... y tantas otras cosas han cobrado un valor del que no éramos conscientes porque simplemente estaban ahí. El deambular de la existencia nos va llevando insensiblemente al ocaso. Pero ¡ojo!, volvemos del ocaso. Le hemos dado la espalda y el horizonte ha cambiado. Y es que el hablar con el Dr. Díaz tiene estas cosas.

Para Noviembre ya está anunciado el tema de “Los Problemas Psico-Sociales y Familiares del Paciente Ostomizado”, con especial invitación a los Socios Colaboradores. En Diciembre “La PIEL, caballo de batalla de los Problemas Peri-Ostomales”.

Yolanda de la Hoz.



Momentos en las charlas

RESUMEN del PROGRAMA

- | | | | |
|----------------|--|-----------------|---|
| 1 ^a | Conocimientos iniciales. Nueva situación. Definiciones. Afrontamiento de una nueva situación. Imagen corporal. | 10 ^a | Urostomizados. Anatomía y fisiología del sistema urinario. |
| 2 ^a | Conocimientos básicos de anatomía y fisiología del aparato digestivo. | 11 ^a | Patologías del sistema urinario. |
| 3 ^a | Conocimientos sobre nutrición. mecanismos biológicos de la nutrición. Dietas para ostomizados. | 12 ^a | La incontinencia en general. Problema social. Envergadura. Soluciones. materiales. |
| 4 ^a | Topografías anatómicas. Datos de laboratorio. El porqué de algunas exploraciones clínicas. | 13 ^a | Urostomías. Técnicas, problemas y cuidados. |
| 5 ^a | Diversas enfermedades del aparato digestivo. | 14 ^a | El ostomizado y su familia. Entorno psicologico y social de la ostomía. Problemas. |
| 6 ^a | Técnicas de la ostomía. Cuidados. Efluentes y materiales. | 15 ^a | La piel, caballo de batalla de la calidad de vida del ostomizado. |
| 7 ^a | Problemas psicológicos del ostomizado. Técnicas y modos de afrontamiento del problemas. | 16 ^a | La ostomía y la sexualidad. Conocimientos biológicos. Problemas. El embarazo en la ostomizada. |
| 8 ^a | Tratamientos coadyuvantes: Radioterapia y Quimioterapia. | 17 ^a | Miscelánea: Materiales de ostomía. Tratamientos del dolor. Movimientos asociativos de ostomizados. "ARGIA". |
| 9 ^a | Información. Cuantía. Deficiencias. Comprensibilidad. | | |

TEMARIO

módulo desarrollado para distintas Jornadas.

Fisiología Genital.

Disfunciones Sexuales en los Ostromizados.
Ostomía y Embarazo.

El OSTOMIZADO y su Familia.

Necesidades Psico-Sociales.
Demandas de AJUSTE.
Ajuste Emocional.
Ajuste Social.
Ajuste Familiar/Marital.
Dificultades de Apoyo Social.

Colostomía-Sigmoidostomía:

Generalidades. Cualidades
ORGANOLÉCTICAS de las
Heces en su trayecto. Problemas derivados.
ILEOSTOMÍA: Problemas Específicos.
Soluciones.

La Piel, caballo de batalla de la calidad de vida del ostromizado.

Estructura.
Fisiología.
Patologías.
Cuidados en relación a la OSTOMÍA.
Patología de la Piel en relación a la Ostomía.

La Piel.

I.-Anatomía y Fisiología.

- A.-Estructura. -Capas de la Piel:
- Composición
 - Estructuras
- Epidermis:
 - *Estrato Córneo. (Queratina).
 - *E. Lúcido.
 - *E. Granuloso.
 - *E. Espinoso o Mucoso. (Melanina).
 - Dermis o Corion:
 - *Grosor.
 - *Capas: Dermis Papilar. D. Reticular:
 - Fibroblastos
 - Fibras: Colágena.Elastina. Reticulina.
 - Intersticio: Mucopolisacáridos.

3.-Anejos Cutáneos:

- *Unidades Pilo-Sebáceas
- *Glándulas Apocrinas
- *Glándulas Ecrinas
- *Uñas: Estructuras queratinosas duras.

4.-Componentes Adicionales:

- *Vasos
- *Nervios
- *Linfáticos

B.-Funciones:

- Protección Contra: Pérdida de Agua. Cambios de Temperatura. Traumas menores. Invasión de Microorganismos.
- Sensación: Variaciones de Temperatura. Presión. Dolor.

Localización(Propioceptores).

3.-Regulación del Calor: Transpiración.

6.-Órgano de Excreción: Ecrina y Apocrina. Sudor (Agua+Na). Sebo.

C.-Infecciones Bacterianas y Micosis.

Manto ácido de Protección de Marchionini.

Patología de la Piel en relación a la Ostomía.

Patofisiología de la Piel Peri-OSTOMAL.

Variables que influyen en INTEGRIDAD de la Piel periOstomal:

- Composición del Efluente.
- Consistencia del Efluente.
- Cantidad del Efluente.
- Patología de Base y Tratamiento.
- Medicaciones Intercurrentes.
- Construcción Quirúrgica y Localización.
- Habilidad de los Cuidadores.
- Habilidad e Interés del Paciente en los AUTOCUIDADOS.
- Disponibilidad de Materiales Adecuados.

Definiciones en OSTOMIA.

Concepto de IMAGEN CORPORAL.
Interpretación Social.
Superación Psicológica.
Desmitificación del ESTIGMA.

Anatomía del Aparato Digestivo.

Fisiología del Aparato Digestivo.

Técnicas y Materiales Especiales:

IRRIGACIÓN. OBTURADORES.

Anatomía del Aparato Génito-Urinario.

Fisiología del Aparato Génito-Urinario

Digestión y Absorción Intestinal.

Dietas para Ostomizados.

Nutrición en General.

Nutrición Parenteral.

Predigestión.

Problemas Técnicos Generales:

Ruidos. Olores. Dermatitis.

Soluciones Técnicas. Materiales

Asociaciones de OSTOMIZADOS:

Origen. Motivaciones. Historia. Ayuda.

Contribución a superar nuestros Problemas específicos.

UROSTOMIA: Tipos.

Problemas Específicos y Soluciones.

Fisiología Genital.

Fisiología de la ERECCION.

Concepto de la Erección.

Bases Anatómo-Fisiológicas.

Control Neurógeno.

Mecanismos Fisiológicos:

Erección Psicógena. Erección Refleja.

Erección Mixta.

Fisiología de la EYACULACION.

Concepto de la Eyaculación.

Control Neurógeno.

Mecanismos Fisiológicos. Fases:

Fase de Estimulación.

Fase de Emisión.

Fase de Expulsión.

Fase de Orgasmo.

Fase de Detumescencia.

Fase Refractaria.

UROSTOMIAS. Técnicas, problemas y

Urostomías. Complicaciones.

1.- Fugas Anastomóticas.

2.- Obstrucción del Flujo Urinario.

3.- Deterioro del Flujo arterial a la Urostomía.

4.- Infecciones.

5.- En la propia Ostomía:

Estenosis.

Retracción.

Traumatismo.

Prolapso.

6.- Hernia Paraostomal.

Hiperplasia Pseudoepitelial. Hiperqueratosis.

Producción de moco y advertencia.

Formación de Cristales. Causas y medidas

Aspectos Psicológicos de la Ostomía.

Actitudes de Respuesta ante la Cirugía de la Ostomía:

1.- Ira.

2.- Depresión.

3.- Miedo.

4.- Vergüenza y culpabilidad.

5.- Rechazo.

6.- Pérdida de autoestima.

7.- Soledad emocional.

Proceso de la Aflicción:

1.- Shock e Incredulidad.

2.- Recobrando la Conciencia.

3.- Restitución.

4.- Resolviendo la Pérdida.

Similitudes Fisiológicas de los Ostomizados:

1.- Pérdida de un Órgano.

2.- No control del esfínter.

3.- Evacuación desde la Superficie de la Piel.

4.- Se ha creado un Nuevo Órgano con cambios en la imagen.

Variables Psicológicas que afectan a la Aceptación:

1.- Proceso Patológico Subyacente.

2.- Edad y Situación Vital del Paciente.

3.- Estilos de Adaptación Previos.

4.- Simbolismo Individual de la Ostomía.

5.- Instrucción Básica y Comprensión.

6.- Soporte Emocional de la Familia o Equivalente.

Rol de la Ostomoterapeuta:

- 1.- Valoración para determinar el conocimiento que el paciente tiene de su Proceso, resultado de la Cirugía, Mecanismos de Superación y sistemas de Soporte.
- 2.- Refuerzo de los procedimientos de AUTOCUIDADOS, ayudas suplementarias y Equipos.
- 3.- Provisión de materiales escritos que refuercen la Enseñanza, fuentes de suministro, favorecer el Contacto personal con otros Ostomizados, Asociación.

Entorno psicológico y social de la OSTOMIA.

Problemas Emocionales y Psicológicos del Paciente Ostomizado.

CALIDAD de Supervivencia frente a Porcentajes de Supervivencia.

Modelo Transaccional de A. Lazarus.

Ostomia=Estresante Complejo.

Estigma: Ocultar?, Revelar?.

Estrategias de Afrontamiento:

Información

Apoyo y Refuerzo.

El Ostomizado y su Familia.

Necesidades Psico-Sociales.

Demandas de Ajuste.

Reacciones personales y sociales a la ostomía.

Problemas:

Técnicos.

Ajuste Emocional.

Ajuste Social.

Ajuste Familiar/Marital.

Ajuste Laboral.

Información y Apoyo social.

Dificultades de Apoyo Social:

Sentimientos Acerca del estado del paciente.

Creencias acerca de la Conducta adecuada.

Contradicciones.

Conductas contradictorias.

El "YO" amenazado necesidad de Aclarar la situación.

Maneras de Aprender.

Retroalimentación Negativa. (Feed back).

Yolanda de la Hoz



Atentos a la explicación

Tengo 63 años... Soy tornero Hace seis meses que me operaron...

Tengo 63 años... Soy tornero... Hace seis meses que me operaron... Fui a Urgencias después de varios días bastante mal de la tripa... Estuve en la muerte por una Peritonitis... Me tuvieron que operar de urgencia... Y otra vez por complicaciones... Me ha quedado una hernia en la cicatriz que me molesta... Tuve que estar ingresado casi mes y medio... Me dijeron que tenía una Diverticulitis... Me quitaron parte del intestino grueso y bago mis necesidades a una bolsa... Me arreglo más mal que bien porque la salida no me ha quedado bien del todo y por la hernia de la cicatriz... Los médicos me han dicho que me pueden volver a colocar el intestino, para hacer por su sitio...

Le quiero consultar por lo siguiente que me tiene "muy descolocado", para resumir:

Me han quitado la parte de intestino que estaba mal y me han dejado el Recto en su sitio.

El Recto me lo han cerrado por arriba y ha quedado desconectado del resto del intestino.

Las heces tienen que salir por la abertura que me han hecho.

Hasta aquí todo encaja con lo que me explican mis médicos, pero hay algo de lo que no me han hablado y que me preocupa y molesta mucho:

1.- Por el Ano sigo manchando sucio y, a veces, con algo de sangre.

2.- Con frecuencia tengo ganas muy intensas de hacer por abajo, voy al baño y no hago nada. El no "hacer nada", de acuerdo con lo que me han explicado pero, ¿por qué tengo esas ganas tan intensas de vaciar por abajo si no hay nada?.

Claudio.

Amigo Claudio: Como tu caso es relativamente frecuente y describes bastante bien lo que te ha pasado y te pasa, voy a aprovechar para contestarte haciéndolo de un modo amplio para que sirva a muchas personas a quienes sucede lo mismo que a ti en mayor o menor grado.

Hay cientos de miles de Personas, sobre todo en la edad madura, que presentan lo que los médicos llamamos una Diverticulosis: esto significa la presencia de abundantes Divertículos en el intestino. Se trataría de una especie de pequeños "abollonamientos" de la pared del intestino grueso que siguen comunicados con la luz del mismo por un cuello estrecho. Pueden presentarse en toda su longitud aunque se concentran especialmente en el colon Sigmoide que es el trayecto previo a la ampolla rectal.

La simple presencia de estos divertículos en el colon no representa problema clínico alguno. Pero puede suceder que en un determinado momento, y sin que exista una causa fija desencadenante, uno de esos divertículos se inflama y produce una -generalmente grave- infección abdominal de primera focalización en el lado inferior izquierdo del abdomen que es precisamente la situación anatómica del colon Sigmoide.

La DIVERTICULITIS significa simplemente la Infamación de un Divertículo. (Como Apendicitis es la inflamación del Apéndice)

Aunque no lo dices, es probable que durante esos días que esperaste para acudir al Hospital sentiste molestias más intensas en esa parte del abdomen, falta de apetito, puede que sensación nauseosa, probablemente algo de fiebre que fue en aumento quizá hasta fiebre alta y, finalmente, un dolor especialmente intenso que te obligó a llamar al médico y después la ambulancia y todo lo demás.

Una vez en Urgencias, el Médico te abre una Historia clínica y te explora. Con lo que le cuentas y esa exploración orienta unos Análisis y unas Pruebas para confirmar su diagnóstico provisional de que se trata probablemente de una DIVERTICULITIS perforada que te condiciona ese dolor tan especial y que exige una intervención quirúrgica en cuanto estén a punto todos los datos pertinentes con el fin de evitar cualquiera de las posibles, y relativamente frecuentes, complicaciones.

Confirmado, con las pruebas practicadas, el diagnóstico y estado evolutivo de "Diverticulitis perforada de Sigma con Peritonitis Fecaloidea", el Cirujano entra en quirófano con una idea bastante clara del proceder a seguir. Lo que ha hecho, según lo que me cuentas, es exactamente lo que con más probabilidad se debe hacer. Ha practicado lo que los cirujanos hacemos constar en los protocolos e informes como intervención quirúrgica tipo HARTMANN en honor al Cirujano de este nombre. Consiste

sencillamente en: EXTIRPAR la parte de intestino afectado, CERRAR la parte distal sana y ABOCAR a la piel la parte proximal confeccionando, según arte, una SIGMOIDOSTOMÍA (abocamiento a la piel de lo que queda del Sigma o el colon descendente). Por supuesto que, además de lo dicho, ha hecho un lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal con suero abundante a fin de evitar infecciones puntuales dentro de la cavidad.

Hablar de Peritonitis fecaloidea es hablar de “palabras mayores”, tanto, que antes del desarrollo de los Antibióticos modernos y las correspondientes técnicas anestésicas había que entenderlo como mortal de necesidad en plazo de horas. Para nuestros mayores resultaba una palabra tan seria como “final de trayecto”.

La perforación del intestino grueso ya, por sí misma, es muy grave porque en su luz existen gran cantidad de gérmenes de un alto grado de virulencia. En este caso esa gravedad es mayor porque la perforación se ha producido sobre una zona de sufrimiento y con la formación de un absceso (pus) en la zona del Divertículo responsable. El “sufrimiento” del intestino se difunde generalmente en la parte anterior al punto crucial del problema porque la esperable reacción inflamatoria ha condicionado una estenosis progresiva de la luz del sigma. Se van almacenando las heces por su dificultad de paso y someten a distensión más de lo normal al intestino proximal. La Distensión causa el DOLOR no agudo pero progresivo, el almacenamiento sin paso causa la INAPETENCIA y el Absceso que materializa la infección el dolor y la FIEBRE. El DOLOR INTENSO del final del proceso es causado por el derrame de las heces en la cavidad peritoneal con su impacto bacteriano tremendamente irritativo para el peritoneo. Aquí tienes que de peritoneo se sigue la PERITONITIS. Teóricamente podría empalmar los dos extremos sanos del intestino una vez extirpada la parte afectada, pero esta decisión sería muy temeraria porque la experiencia nos dice que ese empalme, o Anastómosis primaria como decimos los Cirujanos, tendría muchas probabilidades de soltarse provocando una dehiscencia de la sutura con unas consecuencias de mayor gravedad que la situación primera.

Damos por supuesta la experiencia quirúrgica y los conocimientos de todo lo expuesto concretado en un Paciente como caso particular con los condicionantes de edad, conformación anatómica, estado general, patologías intercurrentes (tales como cardiopatías, insuficiencias renales o respiratorias, anemia...) y posibles intervenciones quirúrgicas previas, etc., etc...

Todo ese correlato de situaciones facilita la posible existencia de complicaciones en el postoperatorio. Sólo pensando en la contaminación de la cavidad abdominal con su extensión más o menos generalizada y delimitando al aspecto quirúrgico, el Cirujano va a estar pendiente, casi “de oficio”, de tres: a) Formación de algún absceso en la cavidad abdominal aun a pesar del abundante lavado de esa cavidad y de la cobertura antibiótica. b) Infección de la herida quirúrgica por su inevitable contacto de contaminación a pesar de todas las medidas de la mejor asepsia en el procedimiento. c) Problemas de adherencias por la pérdida de la lisura de la fina capa del peritoneo, subsiguiente a la irritación infecciosa; estas adherencias pueden condicionar una oclusión intestinal. Alguno de estos inconvenientes ha causado en nuestro amigo Claudio esa segunda

intervención que nos refiere, el alargamiento de su estancia en el Hospital y la aparición de esa Hernia en el espacio de la cicatriz (hablamos en lenguaje quirúrgico de eventración). Eventración otra vez facilitada por esa segunda intervención que ha hecho sufrir más los bordes de la herida y seguramente una infección en la misma.

LAS DUDAS

Una vez que hemos situado el problema en su generalidad, paso a contestarte a tus dudas que, fundamentalmente son dos:

1º- “Por el Ano sigo manchando sucio y, a veces, con algo de sangre”

2º- La sensación de querer hacer por abajo en contra de la lógica de los hechos.

En cuanto a lo primero, ya sabemos que te han dejado en su sitio la ampolla rectal y quizá también algo del Sigma. Ese tramo del tubo digestivo, hasta el Ano, está completamente sano y recubierto internamente por una capa de Mucosa, capa de la pared intestinal que toma su nombre del hecho de producir, típicamente, moco. Ese moco, en mayor o menor cantidad, buscará su salida por el único sitio que puede salir: el Ano.

Por otro lado es posible que, en su aislamiento quirúrgico, haya quedado dentro alguna pequeña porción de HECES.

El extremo de ese muñón rectal se ha suturado. En la actualidad lo hacemos generalmente con una máquina grapadora apropiada. Esa sutura tiene que cicatrizar como una herida que es.

Con lo explicado se comprende fácilmente que el moco que se produce y se eliminará por el ano puede estar algo sucio por los restos de heces que puedan haber quedado y por alguna mínima cantidad que pudiera sangrar el cierre del muñón. Y una gota de sangre en un vaso de agua hace un océano. Aun en mínima cantidad es escandalosa.

Pero nuestro Amigo Claudio hace hincapié en algo más específico y que he dejado para el final porque requiere una explicación más sustanciosa y que sea convincente. De un fenómeno relativamente frecuente y del que los Pacientes no reciben normalmente todas las explicaciones que liberen su mente de “cosas extrañas”.

¿Por qué tengo esas ganas tan intensas de vaciar por abajo si no hay nada?.

Ese síntoma, los médicos lo conocemos como TENESMO. Explico primero lo que pasa en el caso de Claudio y después amplío a otros aspectos.

Todo el intestino lleva en la estructura de su pared elementos del Sistema Nervioso Autónomo que permite y controla el movimiento típico y necesario del intestino, en un régimen de independencia de la voluntad del individuo.

Haces una buena comida, te entretienes hablando en la sobremesa o de cualquier otro modo, te pones a trabajar o te tumbas a dormir la siesta. No estás pendiente en absoluto de

No estás pendiente
en absoluto de lo
que pasa dentro de
la tripa

lo que pasa dentro de la tripa. Pero gracias a la autonomía y exacta coordinación y sincronización de tantos fenómenos de estímulos y respuestas de las que no eres consciente, tu nutrición se produce con normalidad. La “maquina” está muy bien diseñada. ¿Qué te parece que tuvieras que estar pendiente del funcionamiento del Corazón, la Respiración, la Digestión...?. ¿Si todas estas y más funciones se parasen porque te has dormido o distraído?.

Este sistema nervioso mantiene un tono muscular en todo el trayecto intestinal que hace que su pared se adapte con minuciosa exactitud al contenido ya sea éste sólido, líquido o gaseoso. Eso lo llamamos Peristalsis. Esta adaptación producto de la peristalsis va acompañada de unas contracciones que llamaremos también peristálticas y que produce un empuje de las heces siempre en el mismo sentido boca-ano.

Sólo en el punto final, donde se produce el desenlace de este proceso de avance de las heces con su vertido al exterior, sólo ahí, interviene la voluntad mediante el control del Esfínter del ano. Sí, es la voluntad la que tiene la llave de esa “puerta” para eliminar según la conveniencia del momento social. La voluntad tiene la llave pero abrirá siempre a petición de los estímulos que los terminales nerviosos están lanzando al nivel de la conciencia.

En el caso de nuestro amigo Claudio, ha existido una manipulación quirúrgica con cortes y suturas que ha “descolocado” un poco el automatismo. Este “desorden” imprevisto introducido en el sistema hace que, de vez en cuando, esa parte distal y aislada del trayecto se manifieste con unas contracciones, como si la ampolla estuviese repleta y, en consecuencia, urgiendo a vaciar. Recordemos que esa porción del intestino sigue teniendo la estructura nerviosa autónoma. Todo eso que rompe el orden de los mecanismos automáticos, choca con la racionalidad y el conocimiento encriptado en la “memoria” biológica. Afortunadamente no tiene más consecuencias que la molestia de esa “incongruencia” entre lo que conocemos y esperaríamos y la realidad de que la eliminación parece una frustración del sistema. En tu caso, amigo Claudio, todo volverá a sus cauces cuando te recompongan el trayecto original. Un poco de “aguantoformo” y tratar de racionalizar las cosas tratando de dominar mentalmente sabiendo que el tal vaciado urgente sólo es una quimera que pasará.

TENESMO MÁS DIFÍCIL DE COMPRENDER

Hemos explicado aunque sin definir lo que entendemos por TENESMO. He aquí una buena definición: “Deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar o defecar (tenesmo vesical o rectal, respectivamente), causado por lo común por una irritación del cuello vesical o del ano”.

Aprovechamos la ocasión para dar un paso más allá de lo que le sucede a nuestro amigo Claudio.

El Tenesmo del que hemos hablado cuenta con un substrato orgánico como es la porción distal del intestino que, estando como está en buenas condiciones, response simplemente a los estímulos del propio sistema nervioso autónomo albergado en su propia pared. Es un mecanismo productivo porque vacía o puede vaciar una mayor o menor cantidad de moco segregado en su trayecto.

Ahora bien, lo más frecuente en la Cirugía que da lugar a una Ostomía es que no quede nada del Recto y Ano. Y aun sin haber órgano subyacente se puede producir, y se produce con frecuencia con variable intensidad, el fenómeno del TENESMO. A veces esta intensidad es tal que resulta sumamente molesto con una sensación de “urgencia” inaplazable de evacuar. Esta sensación resulta más molesta por lo incomprensible que le resulta al Paciente a tenor de las explicaciones que ha recibido o, quizá diríamos con más precisión, que no ha recibido. Digamos, y dejémoslo aquí, que este fenómeno no es el mismo tenesmo que hemos definido aunque la percepción subjetiva sea exactamente la misma y generalmente más intensa hasta confundirse muchas veces con el Dolor.

¿Cómo se puede comprender la urgente necesidad de evacuar, precisamente por ahí, si está todo cerrado y cosido?.

-Efectivamente todo cerrado y cosido y la sensación es nítidamente esa. Se ha desarrollado algo parecido a lo que denominamos el síndrome del “miembro fantasma”. Me explico:

Cuando una Persona ha perdido, por las razones que sean, una pierna cuya amputación ha sido necesaria, pongamos por encima de la rodilla, puede suceder y sucede que esa persona sienta dolor, por ejemplo, en el dedo gordo del pie de esa pierna que hace muchos años que no existe. Maldita la gracia pero es así.

Al efectuarse la amputación, el Cirujano tuvo que seccionar el “cable” multifilar que engloba todas las conducciones nerviosas tanto SENSITIVAS como motoras de la pierna en cuestión. Recalco las sensitivas porque son las que nos interesan. Además cada tipo y punto de origen de esas sensaciones tiene su línea: frío, presión, tacto, calor o DOLOR. Estamos hablando del nervio Ciático. Las líneas sensitivas conducen centrípetamente las informaciones captadas en los terminales nerviosos hasta la esfera consciente del cerebro. Cada unidad conductiva solo puede llevar un tipo de información, de un punto determinado y cuando sea estimulado.

En la sección del nervio ciático no están los receptores terminales, pero siempre que, a través de de la reparación biológica cicatricial, algo estimule esas fibrillas que conducían el dolor (tracción, presión frío...), éstas se verán conminadas a conducir estímulos dolorosos hasta la conciencia y esa persona sentirá realmente dolor y además con la referencia proveniente del sitio donde estaban ubicados los receptores originales.

Otro ejemplo: Prácticamente todos tenemos la experiencia de haber recibido una fuerte sacudida en la cara, sea proveniente de un inesperado tortazo o golpe de cualquier otro origen, un solemne estornudo, por ejemplo. La “remoción” que se produce en las vías transmisoras desde la retina hace que veamos estrellas porque esas vías solo pueden transportar sensaciones de luz. (La expresión amenazante de “vas a ver las estrellas” se refiere a otro fenómeno que no tiene nada que ver con la cuestión del momento).

Apliquemos estos conceptos para explicar el Tenesmo. La cirugía de una amputación de Ano-Recto es realmente agresiva aunque está bien reglada. El Cirujano no tiene visión directa de las “líneas” que transportan las, no necesariamente muy variadas sensaciones, desde esta porción intestinal y su esfínter final. Hay terminales que detectan la distensión de la

Este sistema
nervioso mantiene
un tono muscular en
todo el trayecto

pared rectal para informar de que el espacio de la ampolla rectal está ocupado. La transmisión de esos estímulos cuando llegan a los “centros de decisión” es como una demanda de proceder al correspondiente vaciado en beneficio de la economía de todo el organismo.

La respuesta puede ser precisamente el mandato de vaciar. Y esta insistencia irrefrenable de vaciar puede llevar hasta la contracción dolorosa. Claro que aquí no podemos tener el arco completo y las respuestas no pueden tener una manifestación realmente contráctil porque tampoco existe el órgano a contraerse. Todo esto que explicamos así se refiere únicamente a un puro juego virtual y, sin embargo, el efecto final en la conciencia es, demasiadas veces, aparatosamente molesto. Todo este juego ha de producirse en los puntos de interrupción provocados por un corte, cauterización del bisturí eléctrico, desgarro, traumatismo o distensión. Todo ello aderezado con la correspondiente reacción inflamatoria y, tal vez, en los granulomas reactivos secundarios a los procesos de cicatrización.

Nuevamente repito que estos fenómenos tan molestos son relativamente frecuentes.

HABLEMOS DE TRATAMIENTOS

A la hora de los tratamientos debemos distinguir entre la situación en que existe el substrato del órgano soporte del problema. Hablamos pues del caso de Claudio como estándar de referencia.

1º.- Se trata de una situación generalmente temporal. A la espera de una Reconstrucción del tránsito por su camino normal.

2º.- Se concreta finalmente en un fenómeno productivo (eliminación de moco).

3º.- Aun en los peores casos su intensidad no pasa de una cierta moderación.

4º.- Teniendo una correcta explicación de cómo y por qué sucede no suele ser necesario tratamiento alguno salvo el propio control mental.

El verdadero problema es cuando, tal como hemos dicho, no existe el substrato orgánico sobre el que se asiente el síndrome.

1º.- Se trata de una situación definitiva en el tiempo No hay Recto ni Esfínter anal que permitiera alguna posibilidad de reconstrucción..

2º.- No se concreta en nada productivo que ofrezca el mínimo consuelo de la materialidad.

3º.- Todo es “imaginario” salvo el, a veces, lancinante deseo urgente de evacuar para calmar la situación y hasta el dolor, Las situaciones se presentan con intermitencias e intensidades variables. Es frecuente que contra toda racionalidad, al Paciente le sirva de única ayuda el sentarse en el inodoro “siguiendo la corriente” de lo que pediría el devenir de la función cuando ésta no está alterada.

4º.- En los casos más leves puede bastar el esfuerzo de “reeducación” en la interpretación de lo ficticio de la sensación.

5º.- Cuando nada de lo dicho soluciona con una cierta efectividad, tendremos que recurrir a una Unidad del Dolor. Y la última actuación de los Médicos de esta Unidad sería la de anular lo más selectivamente posible las vías aferentes que vehiculan la información errónea de los supuestos terminales que ya no existen.

Respondió el Dr. Díaz

Nuevamente repito que estos fenómenos tan molestos son relativamente frecuentes

ELOISA HERNAIZ



Falleció siendo Vicepresidenta de nuestra Asociación.
Ella, ya en toda su madurez como persona.
A quienes estuvimos en su entorno nos ha dejado ejemplo de.

Desinteresada Colaboración
Trabajo
Discreción
Firmeza Ética
Sencillez y “Estilo” en la relación cercana.

La vimos afrontar la muerte
con la misma Dignidad y Entereza
que nos mostró en su vida.

Gracias, ELOÍSA. Descansa en Paz.
Te recordamos con cariño



Iglesia de San Antón



Vista del Escudo de Bilbao

La Iglesia de San Antón es, sin duda, la construcción más emblemática de la Villa de Bilbao hasta el extremo de que su torre, juntamente con el Puente del mismo nombre y lugar, figuran en el Escudo de la Ciudad.

El primitivo puente era más antiguo que la Iglesia y servía ya de paso del Río Nervión a los Peregrinos de Santiago de Compostela que, desde Francia, seguían esta ruta del Norte.

En 1334, Don Alfonso XI Rey de Castilla, decidió construir un Alcázar en ese punto para el control del acceso a la Villa de Bilbao que sólo 34 años antes había recibido el reconocimiento oficial de PUEBLA o Villa por Don Diego López de Haro.

No muchos años después, en 1366, la fortaleza fue derribada y dejó el sitio para la construcción de la Iglesia en cuestión aunque cuando se inauguró aun quedaban restos del “Alcázar e castillo viejo”.

Dado el crecimiento de la población se hizo necesaria la ampliación y en 1478, previa la voladura de la gran peña

sobre el río, se proyectó la definitiva Iglesia.

Vista actualmente, su planta es casi cuadrada (32x28 metros) con tres naves siendo la central casi el doble de alta que las laterales, detalle éste tan propio, aunque no en tal grado, del estilo Gótico en que está construida buscando la luz a través de sus ventanales.

los graciosos arbotantes de doble arcada para el reparto de fuerzas que mantengan la sobrealtura de dicha nave central. La cabecera no tiene ábside siendo el frontal plano.

En la base de la parte sobresaliente de la nave central existe un Triforio de fina factura que la rodea en su totalidad.

La puerta de entrada quedó situada a los pies de la nave izquierda y abriendo lateralmente al norte para no dificultar el tráfico del Puente que entonces, se anclaba en ese extremo de la Iglesia.

Las excavaciones actuales han mostrado que la planta primitiva era de una sola nave de ábside poligonal. Al

**En 1478 se
proyectó la Iglesia
definitiva**

cambiar la situación del Puente, el ábside desapareció y la nave derecha sufrió un recorte en chaflán.

Dos elementos arquitectónicamente muy valiosos se construyeron con posteridad al trazado actual de la Iglesia. Nos referimos a la Portada con un alzado renacentista sobre la misma, hecho ya en 1559 y que sirvió de elegante tribuna para que las autoridades municipales presidieran los festejos que se celebraban en la Plaza Vieja. Dicha plaza “Vieja” fue sustituida en tiempos modernos por la actualmente existente en el otro extremo del Casco Viejo y llamada precisamente Plaza Nueva. El otro elemento es la Torre que arranca a los pies de la nave derecha y sobre la orilla del Río; El hueco de su base forma el extremo distal de dicha nave derecha. Ya hemos dicho que, junto con el Puente, adorna el Escudo de la Villa.

Hacia 1510 se procede a completar la fábrica con la construcción de las Capillas laterales y el Coro. Capillas:

Lezama-Leguizamón. A finales del siglo XVII pasa a ser capilla oficial del Consulado.

Capilla de Ntra. Sra. de la Piedad o de Martínez de Recalde. Comunicada con la anterior.

Capilla de San Roque.

Las tres Capillas, independientemente de las devociones respectivas contienen valiosas piezas artísticas que merecen su visita y contemplación pausada. Por remarcar algo, la pieza del Retablo de la Piedad en todo su conjunto.

En 1774 se construye el elegante remate final del campanario de la torre.

Pórtico, Sacristía y Despachos en 1902.

En el Coro un Órgano de la firma Cavaille-Coll de París y que en 2001 celebró, con muy buena salud y remozado, su primer centenario.

Todas las cosas de las que he hablado son componentes históricos, valores artísticos representativos de las corrientes de cada momento y Sociología religiosa de nuestra ciudad. Todo esto es venerable por su valor de expresar las devociones de nuestros antepasados de quienes somos herederos a todos los efectos para lo bueno y de lo que no lo sea tanto.

Algo muy atípico en la construcción de las iglesias y que hemos reseñado muy de pasada, es el hecho de que el frontal correspondiente al lugar que en su nave central suele ocupar el Retablo, sea plano aun existiendo el antecedente de que el ábside de la primera iglesia fuese poligonal. Esta es la situación actual.

La razón desencadenante de hacernos eco de la Iglesia de San Antón guarda relación, dentro del sucinto repaso que hemos hecho de sus rasgos distintivos, es el proceso de limpieza general y restauración a la que se ha precedido en estos últimos años.

Los responsables de todos estos trabajos se



Coro y órgano



Detalle del órgano



Retablo de la Piedad



Retablo en su entorno



Vista del Retablo

encontraron con una iglesia en la que, prácticamente, no había Retablo y su lugar normal es un frontal plano. Las piezas de ese mínimo retablo existente eran: Un Cristo de talla y factura muy bella, probablemente pre-Renacentista, dos buenas tallas de San Pedro y San Pablo y dos Relieves de buena gubia con motivos de la última Cena y el Lavatorio de los pies. Ciertamente elementos muy escasos que más que un Retablo parecerían los restos de un expolio o de un desgraciado accidente.

¿CÓMO RESOLVER EL RETABLO para completar airosamente las obras del Templo?

La iniciativa e idea de conjunto pertenece a D. Rafael Menchaca, Sacerdote que en la Diócesis de Bilbao lleva el control de los contenidos teológicos y la estética ornamental de los elementos artísticos que acompañan la expresión de la fe y la liturgia en las Iglesias.

Bien podemos calificar de inspiración genial su idea de completar las imágenes existentes con Pinturas. La primera presentación de su proyecto a los Sacerdotes relacionados con la Parroquia de San Antón no fue convincente. Reacción que podemos considerar lógica. Ya hemos dicho que la idea resulta genial por novedosa.

En una segunda presentación a sus "colegas" se acompaña de un boceto con la disposición combinada de Superficies y Relieves y, ahora sí, todos entienden y admiran la congruencia del conjunto.

La iniciativa e idea de conjunto pertenece a D. Rafael Menchaca

Además D. Rafael trae en la manga el As que remata su propuesta. Y ese As es, sin duda otro gran acierto, el dueño de la paleta que pondrá el color. Ha encontrado el Pintor con la suficiente garantía artística para un encargo de semejante calibre y responsabilidad.

La encomienda recae en Iñaki García Ergüín cuyo curriculum artístico-profesional está más allá de toda ponderación entre los entendidos en la materia. Sólo quedaría la duda en el sentido de que, dentro de su extensa y acreditada obra, ha trabajado relativamente poco los temas religiosos. Pero el propio Rafael se encargará de facilitarle e inspirar el necesario ajuste evangélico para la correcta comprensión teológica de los fieles, incluso de los más exigentes devotos.

En mi obligada modestia no puedo repartir etiquetas de Quién es Quién y clasificar las calidades de cada obra según su estilo y época. Entiendo y amo el arte como el resultado creativo, exponente en sí mismo de la capacidad de unos pocos por cada generación para expresar lo más bello y que además de bello por las modas del momento, merezca el reconocimiento como tal por la posteridad. Tal vez esto es mucho decir, pero no sirve por sí sólo para valorar el arte religioso con función, diríamos, litúrgica y catequética. Y es que, en la obra de arte religioso, la concreción que condensa los rasgos más finos de la intelectualidad y el genio creador, son un medio y no un fin en sí mismos.

Iñaki García Ergüín nace en 1934. Bilbaíno que ejerce de tal con la elegancia que da su universalidad de pensamiento, amplios reconocimientos internacionales y la vasta panoplia de su obra.

Sería muy prolijo, y no es momento, hablar de pormenores de sus Premios, Exposiciones dentro y fuera, reconocimientos de la Crítica nacional y extranjera, etc...

Citemos simplemente a D. José Camón Aznar en el Prólogo del Libro "GARCÍA ERGUÍN", de gran envergadura en el formato y alarde tipográfico de "Artes Gráficas Grijelmo" (Bilbao 1976), de la pluma de Raúl Chávarri. Magnífico estudio de la Pintura de Iñaki con su Paleta ya en plenitud de formas y colores.

Dice Camón Aznar. "Podemos decir que es ahora cuando el artista se posesiona a la vez de la realidad y de su intimidad..... y que el proceso de su pintura ha encontrado su culminación ...".

Y se atreve a aconsejar: "Que conserve de la realidad la luz, aunque la destaque con fiereza en su envoltura de las formas y que mantenga ese color ceñido y denso, en el cual se unen el intimismo y la realidad en toda su potencia óptica".

Yo contemplo el Retablo no como un crítico de arte, donde no tengo autoridad alguna, sino como sencillo y convencido creyente. Con esta actitud solo me cabe admirar la conjunción de la clarividencia de las ideas con su ejecución en el sublime juego de la Luz y Colores del artista. Y en este caso acepto plenamente el contenido y me agrada que ese contenido venga envuelto en la belleza.

Nada más entrar en la Iglesia de San Antón, su recinto ejerce en el ánimo un efecto de quietud que invita al silencio y a la contemplación como si la rápida captación de la armonía del conjunto te invitase a relajar la mente. Sensación también de cierta seguridad, como si te hubieses acogido "a sagrado" como en los viejos tiempos.

La Iglesia es un habitáculo todo él al alcance fácil de

una mirada. Lisura y filigrana mezcladas en las estructuras. Altura como de espacio abierto a la luz. Sensación de grande y pequeño a la vez. Rápido efecto de silencio pasando desde el ruido de la calle. Estás dentro de una joya que te rodea sin sentirte atrapado, más bien como sintiendo un magnetismo de seguridad, protección y disfrute.

Inevitablemente quedarás prendido en el Retablo y tendrás la sensación de que su diseño fue así desde el principio y que siempre ha estado ahí. Sólo te faltaría sentarte en uno de los primeros bancos frente al mismo y disfrutar como sólo cada uno puede hacerlo interpretando el mensaje teológico suspendido artísticamente en la imagen y el color.

También te digo que sentarte no es lo primero que te apetecerá porque, estoy seguro, que algo interno te pedirá contemplarlo de pie. Se siente el estímulo debido a la captación de su armonía, que te hace disfrutar desparramando la vista por todo el conjunto, como un impulso que te llevase a caminar por todo él. Te sorprenderás al cabo de un rato que has ido acá y allá buscando inconscientemente el mejor ángulo para entrar en escena y desplazarte en cada panel, valorar por dónde incorporarte al grupo o, quizá también, en qué punto justamente arrodillarte.

Y conectando con Camón Aznar aceptar que efectivamente, Iñaki, ha demostrado muy bien su "posesión de la Realidad y su Intimidad".

Su contemplación resulta un deleite para la vista y para el corazón.

Gracias Iñaki, en nombre de todos los asiduos a la Parroquia. Creo que has satisfecho a todos.

D. Sánchez



San Sebastián



San Roque

¡Tu vida **PUEDE** y **DEBE** ser normal!



ASOCIACIÓN VASCA de OSTOMIZADOS
OSTOMIZATU EUSKALDUNEN ELKARTEA

ARGIA

Llámanos

Tfno: 944 12 99 21



C/ Caserío de Landáburu N° 9, 2°
Dpto 6. 48004 BILBAO.

E-mail: argia@avoiargia.e.telefonica.com



***Colabora con nuestra Asociación
rellena y envíanos este cupón***

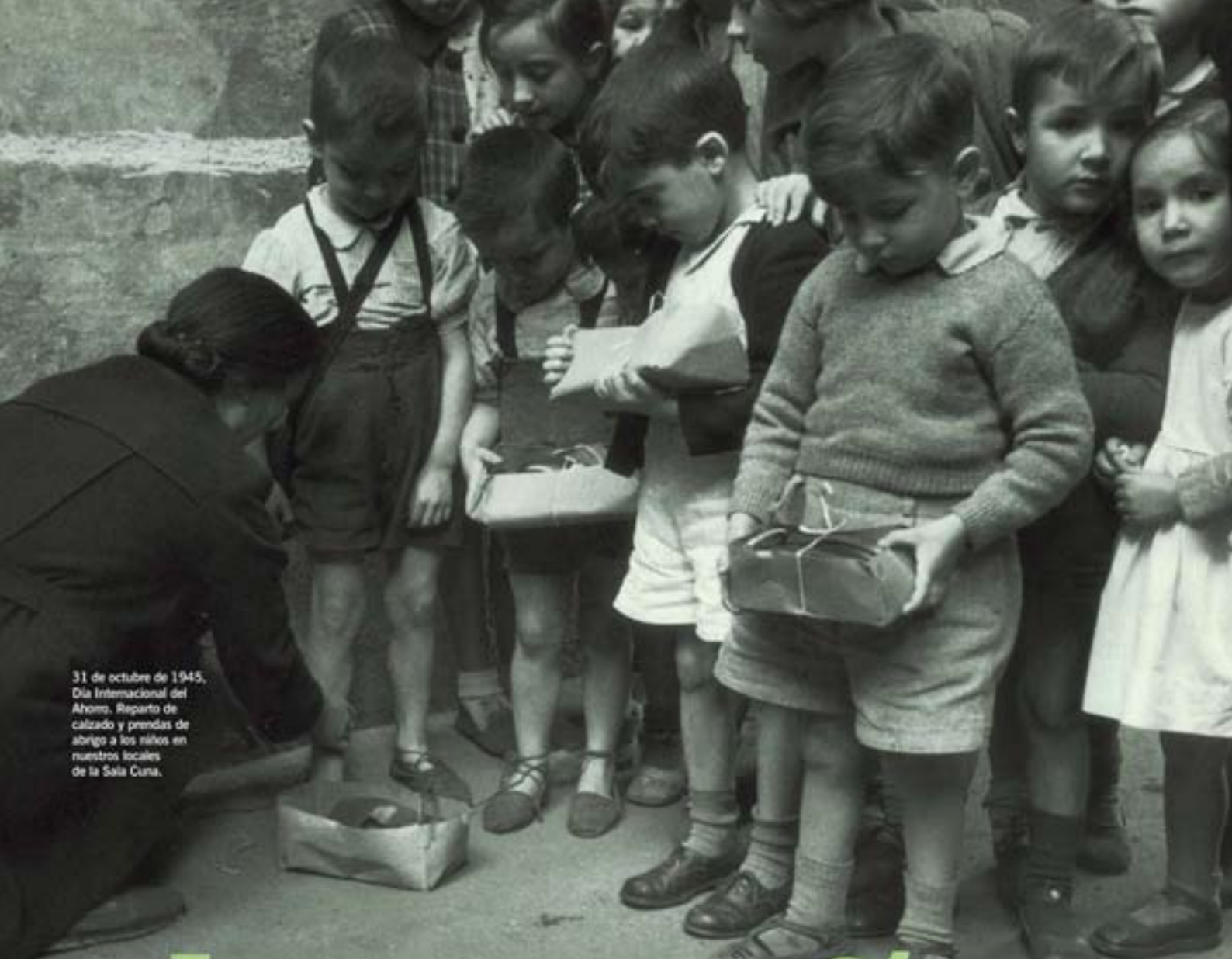
Nombre y apellidos.....

Dirección.....C.P. Localidad.....

Teléfono:.....E. mail.....

Deseo colaborar con la Asociación Vasca de Ostomizados "ARGIA"
con una aportación de.....€

Firmado:



31 de octubre de 1945.
Día Internacional del Niño. Reparto de
calzado y prendas de
abrigo a los niños en
nuestros locales
de la Sala Cuna.

cien años solidarios

Contratando depósitos solidarios

contribuyes a que sigamos financiando proyectos sociales y
ayudando a personas en riesgo de exclusión.

Una labor social que BBK comenzó hace 100 años.

Gracias por tu apoyo.

