

**ESPECIAL
TRABAJOS
PREMIADOS
CONGRESO SEDE
2019**



Comité Editorial

Presidenta:

M^a Inmaculada Pérez Salazar

Enfermera Estomaterapeuta de la Unidad de Coloproctología Hospital Universitario de la Princesa en Madrid. Consulta de Ostomías. Curso de Experto en Estomaterapia en la Universidad Europea en Madrid. Master en Estomaterapia en la Universidad Francisco de Vitoria en Madrid.

Presidenta de SEDE

Subdirectora:

M^a Carmen Vázquez García

Diplomada en Enfermería. Enfermera experta en estomaterapia. Autora del manual Cuidados en ostomías. Edit. Aula DAE. Madrid en 2009. Actualización del manual Cuidados en ostomías. Edit. Aula DAE. Madrid en 2015. Máster De Enfermería en Coloproctología. Enfermera Estomaterapeuta de la Gerencia de Atención Primaria Integrada de Albacete. Secretaria de SEDE

Comité Asesor

Gemma Arrontes Caballero

Diplomada en Enfermería, Universidad Autónoma de Madrid. Curso de Experto en Estomaterapia por la Universidad Europea de Madrid. Master en Coloproctología y Estomaterapia por la Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. Master en Investigación en Cuidados de la Salud, por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor Asociado en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda-Madrid, Consultas de Cirugía General y Digestivo y Consulta de Ostomías. Vicepresidenta de SEDE

M^a Jesús Bernarte Sorribas

Diplomada universitaria en enfermería en la Universidad Complutense de Madrid. Experto en ostomías. Universidad Francisco de Vitoria. Experto en urgencias extrahospitalarias Satse-lain Entralgo. Experto en pacientes con heridas complejas. III Premio de Investigación en Enfermería Geteii-Janssen. Enfermera consulta de cirugía-ostomías y heridas crónicas en el H. U. del Henares (Coslada-Madrid). Vocal de SEDE

Marta Pérez García

Diplomada universitaria en Enfermería (Universidad Pontificia de Comillas). Experta en Enfermería: Cuidados íntegro en el paciente ostomizado (Universidad Europea de Madrid). Experta en Atención Global a personas con heridas crónicas (Universidad Castilla la Mancha). Experto en cuidados y curas de heridas crónicas (Universidad de Cantabria). Docente en cursos de actualización de técnicas de Enfermería del SUMMA. Enfermera del Hospital Universitario Ramón y Cajal

Noelía Díaz Ferrer

Enfermera Graduada por la Universidad de las Islas Baleares. Post Grado "Cuidados Críticos" Escuela de Ciencias de la Salud, adscrita a la Universidad Complutense de Madrid. Experto universitario en Estomaterapia, por la Universidad Alcalá de Henares. Experto universitario en Heridas de Difícil Cicatrización, por la Universidad de Alcalá de Henares. Enfermera de la Unidad de Cirugía General, Plástica Reparadora y Otorrinolaringología, del Hospital universitario Son Llátzer, Palma de Mallorca

Patricia Ferrero Sereno

Supervisora de Enfermería de Urgencias, Radiodiagnóstico y Consultas Externas en Hospital Virgen del Mar de Madrid. Master en Prescripción Enfermera y Seguimiento Farmacoterapéutico. Máster en Gestión Sanitaria para Enfermería: Gestión de Enfermedades Crónicas. Universidad de Valencia

Virgínia García Moreno

Enfermera por la Universidad de Salamanca (2009-2013). Especialista en Enfermería Familiar o Comunitaria. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente trabajo en la unidad de Cirugía General y Digestivo del Hospital universitario de la Princesa en Madrid.

Inés Naranjo Peña

Diplomado en enfermería (DUE). Escuela universitaria Salus Infirmorum (Universidad de Salamanca). Doctorado en Cuidados en Salud (Universidad Complutense de Madrid). Master en Prevención de Riesgos Laborales (Universidad Francisco de Vitoria). Experto en Coloproctología y Estomaterapia (Universidad Francisco de Vitoria). Experto en Estomaterapia (Universidad de Alcalá de Henares). Experto en Heridas Crónicas y Complejas (Universidad de Cuenca). Curso de Formador de formadores (Universidad de Comillas)



Índice

Comité Editorial	Página 02
Editorial	Página 04
Artículo 01 - Premio a la Mejor Comunicación Congreso SEDE 2019: Embarazo y Ostomías: Cuidados de una Paciente Embarazada con Ostomía	Página 07
Artículo 02 - Premio al Mejor Póster Congreso SEDE 2019: Asesoramiento A La Familia en Ostomía Complicada Antes Del Alta Hospitalaria. Caso Clínico	Página 11
Artículo 03 - Premio al Mejor E-Poster Congreso SEDE 2019: Irrigaciones, dentro del Proyecto para Mejorar la Calidad de Vida de Las Personas con una Colostomía Descendente Terminal y Sigmoides dentro de la Consulta de Enfermería de Ostomías	Página 14
Artículo 04 -Intervención no farmacológica para mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos de resección anterior de recto.	Página 18
Normas de Presentación	Página 25
Hazte Socio	Página 28

Los editores y la editorial de la **Revista SEDE** no se hacen responsables de las opiniones **vertidas por** los autores en las publicaciones.



SEDE: UNA SOCIEDAD DE ENFERMERÍA CON HISTORIA, PRESENTE Y FUTURO

La SEDE se constituyó, en Valencia, el día 28 de octubre de 1988, con el nombre de Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia. Sociedad de carácter científico-profesional, como consecuencia del aumento progresivo de necesidades en atención y cuidados integrales al colectivo de Personas Ostomizadas. Y un grupo, de 32 profesionales de enfermería, con inquietudes y ganas de dar respuesta a esas demandas, constituyeron SEDE.

Los objetivos generales que se propusieron fueron:

- Conseguir el reconocimiento oficial del profesional de Enfermería en Estomaterapia
- Potenciar la Formación Continuada y Postgrado de sus asociados
- Desarrollar los Programas de Investigación
- Desarrollar las Relaciones Internacionales y Nacionales con las distintas organizaciones de carácter científico-profesionales.

El Estomaterapeuta, es el profesional de Enfermería, encargado de suministrar y fomentar unos Cuidados de Enfermería de Excelencia, que den respuesta a las necesidades que demandan las Personas Ostomizadas, que son aquellas a las que se les ha realizado una Ostomía.

Una Ostomía, es una exteriorización del intestino en la pared del abdomen, realizada quirúrgicamente, con el objetivo de poder evacuar las heces o la orina.

La SEDE, en su afán de avanzar y progresar, proporcionando la mayor evidencia científica, ha creado su primera Revista Digital, dirigida a profesionales de enfermería, Estomaterapeutas, facultativos, alumnos de enfermería, y a todo el personal enfermero que trabaja en todos los niveles asistenciales de nuestra Red Nacional Sanitaria.

El objetivo principal de la Revista es dar a conocer los trabajos de investigación, casos clínicos, TFG, que realizan los profesionales de enfermería, que en muchas ocasiones no se publican, perdiendo la oportunidad de su divulgación.

Dichas publicaciones aportarán información al resto de profesionales que están, de una manera u otra, en contacto con las personas ostomizadas, ampliando conocimientos en el mundo de las Ostomías, Heridas e Incontinencia.

Por todo ello, nos hemos embarcado, en este magnífico proyecto, con entusiasmo, ilusión y con el convencimiento de que los artículos editados darán respuesta a dudas, aportarán evidencia científica, y así poder trasladar y ofrecer a vuestros Pacientes Ostomizados unos Cuidados de Excelencia.

Y qué mejor manera de comenzar este primer número de la Revista que con el testimonio la hija de una persona ostomizada, una hija orgullosa de su padre, el cual a lo largo de su vida ha superado innumerables retos, como es Víctor Loira.



“El ser humano es listo y miedoso a la vez, es astuto y tenaz cuando ocurre alguna adversidad en la vida, en resumen, el ser humano es un luchador nato. Y aunque en la cumbre de personas luchadoras tenemos al personal sanitario, sobre todo después de esta pandemia que vivimos, puedo decir que mi padre comparte cumbre con todo este colectivo. Porque, entre otras muchas cosas, Víctor Loira es una persona activa, positiva y sobre todo luchadora.

A parte de llevar toda la vida conviviendo con una Enfermedad de Crohn muy activa y puñetera, en mi hogar tuvimos la mala suerte de que en el año 2013 le diagnosticaran ELA, a mi madre. Víctor siempre tuvo una Calidad de Vida muy baja y a pesar de que el equipo médico le recomendaba la ostomía como mejor alternativa a su tratamiento, no se decidía a dar el paso y muchas dudas llenaban sus pensamientos a todas horas. Entre estas dudas rondaban el miedo al cambio de imagen corporal, la idea de dejar de practicar deporte o el no poder manejarse por sí mismo. Pero ahí, en el momento que le dijeron “Tu mujer tiene ELA, te va a necesitar”, su mentalidad cambió por completo, Tenía que estar bien, fuerte y sin ingresos hospitalarios para poder cuidar de su mujer, el mayor gesto de amor que presencié en mi vida.

Pero después del postoperatorio, la sorpresa fue que su calidad de vida se triplicó, ganó autonomía, se redujeron notablemente los ingresos hospitalarios y sobre todo, ganó en felicidad.

A día de hoy sigue practicando más deporte que antes, es el vicepresidente de ASSEII, la asociación que creó hace más de ocho años, y consiguen muchos beneficios para el colectivo e incluso se anima a realizar retos deportivos para visibilizar estas patologías.

Sí, como leéis, ¡Realiza retos deportivos! Siempre con una finalidad muy concreta, o visibilizar, o sensibilizar o conseguir mejoras para el colectivo de ostomizados y ostomizadas. Sin ir más lejos, en el 2018 se propuso dar la vuelta a Galicia en patinete y bicicleta para revisar los baños adaptados que habían conseguido instalar en todos los hospitales de nuestra comunidad autónoma.

En el 2019 también fue en bicicleta hasta Guadalajara para honrar a un compañero de lucha ostomizado que por desgracia ya no está.

En el 2020 participó en su primer UltraMan en Asturias, prueba que consistía en nadar 10km, andar en bici 440km y correr 84km, una meta inalcanzable para la mayoría de mortales. Este chico no para, hasta en el confinamiento participaba en charlas online con la otra punta del mundo.

Si es que cuando os comentaba que era importante e incluso famoso, no os imaginabais todo esto, ¿verdad? Si buscas su nombre en Google te salen muchas cosas, y a parte, tiene mucho mérito volcarse de esa forma por los demás, transmitiendo esa positividad y energía con la que vive la vida. Gracias a su lucha y su tenacidad, sin quererlo, consiguió que su hija en vez de ser docente como siempre soñó, se dedicara a la profesión más bonita del mundo, que es la enfermería.

Y sin quererlo, es un ejemplo a seguir por todo el colectivo de personas ostomizadas y con EII. Es un luchador, un superviviente de las adversidades.

Orgullosa de su padrejiji.

Cintia Loira García”



Aprovecho esta oportunidad, para animaros a que nos enviéis vuestros trabajos y así ayudar a mejorar la difusión de nuevas técnicas e inquietudes clínicas, que a buen seguro contribuirán a que nuestro colectivo de Estomaterapeutas siga avanzando y mejorando día a día.

Por todo ello hemos querido comenzar este primer número, realizando un homenaje a las profesionales que en el Congreso de Vigo fueron premiadas por sus trabajos de investigación, que mejor plataforma que visibilizar el esfuerzo y dedicación de la enfermería.

Muchas gracias, y bienvenidos a nuestra Revista.



Inmaculada Pérez
Presidenta SEDE



Embarazo y Ostomías: Cuidados de una Paciente Embarazada con Ostomía

Pérez López, Concepción¹; Pérez Rodríguez, Pino²; Benítez Santana, María Leticia¹; Medina Arribas, María José¹; Curbelo Clemente, Coromoto³; Rodríguez González, Eugenia³.

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

²Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria

³Hospital Dr. José Molina Orosa

pínoperezrguez@gmail.com

RESUMEN:

Las enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) son la segunda causa por la que se somete a los usuarios a cirugía de formación de ostomía de eliminación. Estas suelen manifestarse en edades tempranas, por lo que muchas mujeres diagnosticadas de estas enfermedades se encuentran en edad fértil. Por consiguiente, es normal que se den casos en los que usuarias portadoras de ostomía se queden embarazadas. Sin embargo se han encontrado pocas referencias bibliográficas que traten el cuidado de la embarazada ostomizada. Los objetivos de nuestro trabajo han sido realizar una búsqueda bibliográfica sobre el cuidado de las ostomías en el embarazo y describir el caso de una usuaria portadora de ostomía embarazada. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Scopus y Medline, con las palabras clave: ostomía, embarazo, enfermedad inflamatoria intestinal. En la consulta de estomaterapia hemos atendido el caso de una embarazada portadora de ileostomía que presenta en tres ocasiones oclusiones intestinales que se resuelven con lavados a través del estoma. En la búsqueda bibliográfica se han hallado dieciséis artículos que tratan el tema de la embarazada portadora de ostomía específicamente, ninguno elaborado en España. En dos de ellos se emplean sondas para lavados ostomales en casos similares de oclusión intestinal. Se ha logrado resolver las complicaciones presentadas en nuestra paciente, pero se evidencia la necesidad de contar con una guía de cuidados estandarizados donde se expongan las principales complicaciones que suelen presentar y la mejor forma de tratarlas basando nuestras actuaciones en la evidencia científica.

PALABRAS CLAVE:

Ostomías, Embarazo, Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

INTRODUCCIÓN:

Se han encontrado referencias que estiman que existen entre 70000 y 100000 personas ostomizadas

en nuestro país (1, 2). El cáncer colo-rectal es la principal etiología por la que somete a los pacientes a la cirugía de formación de ostomía, seguido de las enfermedades inflamatorias intestinales (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa). El cáncer de colon suele diagnosticarse en adultos mayores de 50 años (3). Mientras que en las enfermedades inflamatorias la edad media de diagnóstico se sitúa en torno a los 30 años (4). Esto conlleva que muchas mujeres diagnosticadas de estas enfermedades se encuentren en edad fértil. Teniendo en cuenta que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que se someten a cirugía abdominal pueden acabar portando una ostomía temporal (5), se dan algunos casos en los que usuarias con enfermedad inflamatoria intestinal y portadoras de ostomía se quedan embarazadas. Estas usuarias no sólo sufren los cambios propios del embarazo, sino que tienen que acarrear con el estrés habitual del cuidado del estoma y los cambios que se pueden presentar en este (6, 7). Complicaciones habituales del embarazo como son las náuseas y vómitos en el primer trimestre pueden resultar muy perjudiciales para las ostomizadas por el riesgo de deshidratación.

La presencia de un estoma durante el embarazo no es un evento frecuente, por lo que pueden surgir dudas ante el manejo de estas usuarias. Sin embargo, las guías y manuales para el manejo de las ostomías no acostumbran a contemplar los cuidados y las complicaciones que suelen padecer estas pacientes y se han hallado pocas referencias bibliográficas que hablen del embarazo en mujeres ostomizadas.

OBJETIVOS:

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre el cuidado de la ostomía en el embarazo

Describir el caso de una usuaria portadora de ostomía embarazada

METODOLOGÍA:

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Scopus y Medline. Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido



“ostomías”, “embarazo” y “enfermedad inflamatoria intestinal” y se ha realizado tanto en español como en inglés.

En la consulta de la enfermera estomaterapeuta del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín hemos encontrado el siguiente caso clínico:

Se trata de una mujer de 36 años que padece enfermedad de Crohn diagnosticada cuando tenía 15 años. Fue intervenida quirúrgicamente varias veces por fístulas y estenosis anal durante el proceso de la enfermedad. En 2014 le realizan resección ileocecal y colostomía terminal laparoscópica que requirió reintervención por desprendimiento del estoma durante el postoperatorio. En agosto de 2017 es sometida a cirugía de urgencia para drenaje de celulitis en el flanco izquierdo del abdomen. Finalmente es reintervenida nueve días más tarde resultando la formación de una ileostomía. En un periodo de estabilidad de su enfermedad de base se quedó embarazada (febrero de 2018). Partía de un peso de 53kg y aumentó 11kg durante el embarazo. Previo al embarazo se encontraba en tratamiento con Humira y lo suspendió durante este. Alrededor de la semana 20 tuvo que reiniciarlo por empeoramiento de su enfermedad de base. Por indicación de su médico suspendió de nuevo su tratamiento un mes antes de dar a luz. Durante el embarazo el estoma se prolapsó unos centímetros, además, durante la fase final del embarazo, sufrió en tres ocasiones oclusiones intestinales por la opresión del feto con un margen de una semana de diferencia junto con un cuadro de deshidratación.

No fue necesario tratar el prolapso que presentó la paciente en su estoma. Las obstrucciones intestinales precisaron de tratamiento en la consulta. Se le canalizó una vía periférica y comenzamos con sueroterapia para hidratarla por indicación médica. Por nuestra parte resolvimos la obstrucción introduciendo una sonda foley 16 por el estoma para hacer lavados con suero fisiológico tibio, introduciendo suero con una jeringa de 50ml y extrayendo de nuevo. Dejamos puesta la sonda durante horas. El resultado fue la extracción de contenido fecal a través del estoma. Se le enseñó a la paciente a colocarse la sonda por el estoma en caso de que fuera necesario. A posteriori se recomendó continuar con dieta triturada para evitar “tropezones” que podían obstruir la luz de la ostomía. Después de unos días se resolvió el cuadro. Finalmente se le programó una cesárea en la semana 37. Para la cesárea se le recortó la base y se colocó el dispositivo ladeado. La cesárea programada fue un éxito y no se presentó ningún problema tras haber dado a luz a un niño de 2,605k.

RESULTADOS:

En la búsqueda bibliográfica realizada se han hallado dieciséis artículos que tratan el tema de la embarazada portadora de ostomía específicamente, sólo uno en español y el resto en inglés.

Siete de ellos estudian varios casos de embarazadas ostomizadas, otros cinco exponen un caso clínico concreto y cuatro realizan una búsqueda bibliográfica.

Se ve reflejada en la bibliografía que la ostomía no es un impedimento para el embarazo y que la mujer ostomizada puede tener un embarazo y parto normal (8, 9, 10). Los casos de elección de cesárea que se han recogido son por causas ginecológicas (9, 11). La ostomía más habitual en mujeres embarazadas son las ileostomías, aunque también se han registrado casos de portadoras de colostomías y urostomías en los estudios encontrados. (8, 11)

Las enfermeras de ostomías y las matronas son las figuras de referencia y de mayor accesibilidad para este tipo de embarazadas. El cuidado de estas pacientes requiere de la atención de un equipo multidisciplinar que incluya matrona, enfermera estomaterapeuta y el médico. (6, 12)

El estoma sufre cambios durante el embarazo con el agrandamiento del abdomen, por lo general aumenta de tamaño y se vuelve más ovalado. Es posible que se necesite un tamaño y tipo de dispositivo diferente con un orificio de corte personalizado para garantizar un ajuste adecuado (6, 7, 13). Tras el parto el estoma suele volver a su estado anterior (7). Otras modificaciones que puede requerir la embarazada ostomizada son la demanda de cinturones de apoyo y los cambios en la técnica de irrigación (6).

Las náuseas y vómitos propios del primer trimestre del embarazo deben llevar un control especial en estas usuarias, ya que pueden presentar deshidratación. Los signos de alarma que reflejan los artículos encontrados son vomitar más de una vez al día, boca seca y/u orina concentrada. En estos casos convendría ponerse en contacto con su médico. (6)

En todos los artículos se recogen complicaciones relacionadas con el estoma que suelen presentar o han presentado las mujeres incluidas en su estudio. Aunque también se recogen casos en los que las usuarias no han sufrido ningún tipo de complicaciones. Las complicaciones que pueden aparecer son obstrucción intestinal, estreñimiento, hernia paraostomal, sangrado, estenosis, retracción o laceración y prolapso (6, 7, 11, 12, 14). Es importante durante todo el embarazo vigilar la piel periestomal para controlar la aparición de erosiones. Los vómitos en cualquier trimestre pueden provocar prolapso y hernia paraostomal que pueden requerir



intervención quirúrgica después del parto. El prolapso puede precisar cirugía durante el embarazo si la circulación al intestino no puede manejarse con un tratamiento conservador o está comprometida. En algunos casos, se puede reducir mediante una presión suave y continua hasta la parte más distal del estoma, devolviendo así el intestino al lugar intraperitoneal. (6, 14)

Las obstrucciones intestinales pueden ser un serio problema para la ostomizada, suelen producirse en el segundo y más frecuentemente en el tercer trimestre y son complicadas de diagnosticar, siendo el dolor el principal síntoma (6, 14). Las técnicas diagnósticas descritas para su identificación son las radiografías y ultrasonidos que a veces pueden dar un diagnóstico incorrecto (15). Se han encontrado la exposición de dos casos clínicos en los que han empleado la resonancia magnética para el diagnóstico diferencial de la obstrucción que además aporta información sobre la causa de esta. (16, 17) Algunos artículos recomiendan la cirugía como principal método de reparación de la obstrucción (10, 14). Uno de los escritos diferencia entre la obstrucción intestinal por presión uterina y la que se produce por adhesiones intestinales. Explica que la obstrucción por adhesiones requiere intervención quirúrgica en la mayoría de los casos, mientras que cuando se produce por la presión que ejerce el feto sobre los intestinos suele poderse manejar con tratamiento conservador (18). Algunas técnicas no quirúrgicas expuestas en la literatura y que resultaron exitosas ante la obstrucción intestinal incluyen lavado ileal, masaje, botellas de agua caliente y una dieta elemental (19, 20). Dos de los casos leídos manejan la obstrucción introduciendo una sonda por el estoma, uno de ellos emplea un tubo de drenaje y el otro una sonda foley número 14 (17, 18).

Dos de las revisiones bibliográficas encontradas indagan en técnicas de relajación que la enfermera puede aplicar para reducir la ansiedad y el estrés de la embarazada ostomizada así como el tratamiento de cierta sintomatología como las náuseas y vómitos. Algunas de estas técnicas son terapias de relajación, reducción del estrés basado en el mindfulness, hipnosis e imagen guiada. (6, 21)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La usuaria embarazada portadora de ostomía protagonista de este caso clínico ha presentado dos de las complicaciones habituales que refleja la bibliografía: el prolapso y la obstrucción intestinal, siendo esta última de gravedad ya que en caso de no poder resolverla podría haber acabado en una intervención quirúrgica.

Hemos encontrado otros dos casos clínicos en la literatura en los que han empleado sondas para la apertura de la luz del estoma. Además uno de ellos ha aplicado la misma técnica utilizando una sonda foley y suero fisiológico para drenar el contenido fecal. En nuestro caso hemos empoderado a la paciente enseñándole la técnica para que pueda realizarla ella misma en caso necesario.

Se han encontrado pocos artículos que manejen el cuidado de la ostomía durante el embarazo y no es un tema que se trate en las guías de cuidados de los estomas. Sin embargo, se nos presentan casos de este tipo en la consulta que tenemos que atender. Se ha logrado resolver las complicaciones presentadas en nuestra paciente gracias a la experiencia de la enfermera estomaterapeuta, pero se evidencia la necesidad de contar con una guía de cuidados estandarizados donde se expongan las principales complicaciones que suelen presentar y la mejor forma de tratarlas basando nuestras actuaciones en la evidencia científica. Con este trabajo se demuestra la necesidad de realizar un estudio en el que se recojan casos de mujeres embarazadas portadoras de ostomías, donde se reflejen las complicaciones que suelen padecer para poder prevenirlas y conocer los mejores tratamientos para ellas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Coca Pereira C, Fernández de Larrainoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. *Metas Enferm.* 2014; 17(1): 3-9.
2. Asociación de Ostomizados de Madrid. La Asociación de Ostomizados de Madrid en el Día Mundial del Ostomizado intentando "Borrar el estigma" [Internet]. Madrid; 2014 [Actualizado 14 de septiembre de 2012, fecha de acceso: 17 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.asociaciondeostomizados.com/noticias/13/La-Asociacion-de-Ostomizados-de-Madrid-en-el-Dia-Mundial-del-Ostomizado-intentando/>
3. Asociación Española Contra el Cáncer [internet]. España [Actualizada en 2018, acceso 16 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es>
4. Confederación ACCU, Crohn y Colitis Ulcerosa [internet], España; 1995 [Actualizada en enero de 2019; acceso 16 enero 2019]. Disponible en: <https://www.accuesp.com>
5. Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 2016



6. Aukamp V, Sredl D. Collaborative Care Management for a pregnant woman with an ostomy. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2004; 10(1): 5-12.
7. Takahashi K, Funuyama Y, Fukushima Y, Shibata Y, Ogawa H, Sasaki I. Pregnancy and delivery in patients with enterostomy due to anorectal complications from Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis*. 2007; 22: 313-318.
8. Van Horn C, Barrett P. Pregnancy, delivery, and postpartum experiences of fifty-four women with ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 1997; 24 (3):151-162.
9. Ojerskog B, Kock NG, Philipson BM, Philipson M. Pregnancy and delivery in patients with a continent ileostomy. *Surg Gynecol Obstet*. 1988; 167(1): 61-4.
10. Abplanalp D. Obstetric considerations in stoma patients. *J Ostet Gynecol Neonatal Nurs*. 1976; 5 (5): 44-45
11. Gopal KA, Amshel AL, Shonberg IL, Levinson BA, Vanwert A, Vanwert J. Ostomy and pregnancy. *Dis Colon Rectum*. 1985; 28: 912-916.
12. Whiteley I, Gullick J. The embodied experience of pregnancy with an ileostomy. *J Clin Nurs*. 2018; 27 (21-22): 3931-3944.
13. Hudson C. Ileostomy in pregnancy. *Proc R Soc Mec*. 1972; 65: 281-283.
14. Pliego Pérez AR, García Pérez JD, Neri-Ruz ES. Estomas durante el embarazo, caso clínico y revisión de la literatura. *Ginec Obstet Mex*. 2001; 69: 449-452.
15. Meyerson S, Holtz T, Ehrimpreis M, Dhar R. Small Bowel Obstruction in Pregnancy. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90 (2): 299-302.
16. Mc Kenna DA, Meehan CP, Alhajeri AN, Regan MC, O'Keeffe DP. The use of MRI to demonstrate small bowel obstruction during pregnancy. *Br J Radiol*. 2007; 80: 11-14.
17. Spring A, Lee M, Patchett S, Deasy J, Wilson I, Cahill RA. Ileostomy obstruction in the third trimester of pregnancy. *Colorectal Dis*. 2012; 14: 631-632.
18. Porter H, Seeho S. Obstructed ileostomy in the third trimester of pregnancy due to compression from the gravid uterus: diagnosis and management. *BMJ Case Rep [Revista en línea]*. 2014. [Acceso 22 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
19. Priest FO, Gilchrist RK, Long JS. Pregnancy in the patient with ileostomy and colectomy. *JAMA*. 1959; 169 (3): 213-215
20. Phillips M, Curtis P, Karanjia N. An elemental diet for bowel obstruction in pregnancy: a case study. *J Hum Nutr Dietet*. 2004; 17: 543-545.
21. Sredl D, Aukamp V. Evidence-based nursing care management for the pregnant woman with an ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2006; 33 (1): 42-49.



Asesoramiento A La Familia En Ostomía Complicada Antes Del Alta Hospitalaria.

Caso Clínico

Pascual de la Fuente, Belén; Llorente Herranz, Rosa María

Hospital General de Segovia

bpascualde@saludcastillayleon.es

RESUMEN:

En términos generales, en España, las unidades de Coloproctología no se plantean, sin contar con la presencia de una enfermera estomaterapeuta. Aun así, todavía encontramos hospitales en los que los cuidados especializados para estos pacientes están por desarrollar, teniendo unas cifras del 35% de hospitales que no tienen acceso a dicha atención especializada.

Presentamos el siguiente caso clínico:

Paciente de 81 años, con diagnóstico de sarcoma de partes blandas a nivel rectal avanzando se desestima intervención quirúrgica por la gran extensión de la neoplasia. Cursa con suboclusión intestinal por lo que se decide realizar colostomía en asa paliativa de descarga. Tras buena evolución postoperatoria y colostomía funcionante, es dado de alta a los 8 días de intervención, sin recibir ningún tipo de educación sanitaria acerca del cuidado y manejo de su estoma. Se le proporciona únicamente dispositivos inadecuados para su ostomía.

Intervención realizada en hospital privado y en otra provincia distinta a su domicilio.

¿Cómo llegan a contactar con una estomaterapeuta los familiares del paciente?

La hija del paciente es profesional sanitario y conoce la existencia de la consulta especializada en ostomías y heridas. Pide valoración de su padre porque se siente desbordada ante el desconocimiento del manejo y la mala evolución de la ostomía.

PALABRAS CLAVE:

Ostomía, Estomaterapeuta, Intervenciones, Cuidado.

OBJETIVOS:

- Conseguir la cicatrización de la piel periestomal evitando la fuga del efluente.
- Evitar la progresión de la dehiscencia en la unión mucocutánea, evitando el hundimiento del asa intestinal.
- Control de la infección del tejido subcutáneo (borde izquierdo del estoma)
- Educación al paciente y familia para seguir un adecuado manejo del estoma.
- Educación al paciente y familia para conseguir su autonomía y disminuir ansiedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Caso clínico. Estudio observacional descriptivo.

RESULTADOS

- Con dispositivos y accesorios adecuados se consigue la cicatrización total de la piel periestomal.
- Con la utilización de dispositivos adecuados evitamos la progresión de la dehiscencia y se consigue el control de la infección.
- La familia colabora y es capaz de abordar adecuadamente el manejo del estoma de forma autónoma.
- La familia y paciente abordan la situación con mayor tranquilidad, por su autonomía y saber a quién acudir si necesitan ayuda.

DISCUSIÓN

1- Desbridamiento de zona desvitalizado margen izquierdo, con apósito de cura en ambiente húmedo, sellado con pasta. ACCESORIOS UTILIZADOS: Polvos secantes (gestión de exudado), pasta hidrocoloide, aros convexos adaptados a la medida del estoma.

DISPOSITIVO: Sistema dos piezas 90mm. Por último sellado con pasta.



19/11/18 (El tamaño es 85mm x 20 mm aprox)



2- Retirada de puntos para evitar desgarro, resto de cura igual a la previa



22/11/18

3- Retirada del resto de puntos, cura igual, paso a dispositivo de 70 mm



24/11/18

4- Ya no precisa utilización de polvos secantes, resto cura igual

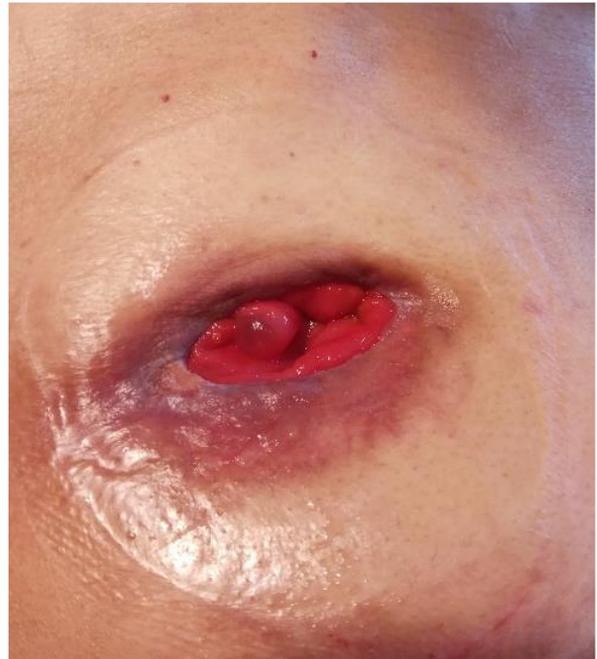


3/12/18



7/1/19

5-pasta para relleno y sellado, con dispositivo de 1 pieza convex



19/1/19 (55MMX25MM)

CONCLUSIONES:

Los pacientes y familia con una ostomía necesitan una adecuada educación sanitaria antes del alta hospitalaria, pues el desconocimiento de un adecuado manejo les genera una enorme ansiedad y complicaciones evitables. Además, es necesario dar información sobre a quién tiene que acudir, proporcionar material adecuado e informar dónde y cómo conseguirlo tras el alta.

La consulta especializada en ostomía es coste-efectiva, reduce el coste sanitario y mejora la calidad de vida del paciente ostomizado.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. de Frutos Muñoz R et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de Enferm* mar 2011; 14(2): 24-31
2. Gómez del Río, N., Mesa Castro, N., Caraballo Castro, C., Fariña Rodríguez, A., Huertas Clemente, M., Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE, Revista de Enfermería*, 7 (3). Disponible en: <file:///C:/Users/ESNW/Downloads/279-1161-2-PB.pdf>
3. Bodega Urruticoechea, C et al. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE, Revista de Enfermería*. Agosto, 2013; 7(3)
4. García Jiménez, A. Cuidados de Enfermería en Pacientes Ostomizados. Madrid. 2011. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/1F0085C5-F722-4EFD-9BC1-03DCA0648AAB/0b9a493d-2590-45b3-9e53-09daa9d006f5/Cuidados_Enfermer%C3%ADa_Pacientes__Ostomizados.pdf



Irrigaciones, dentro del Proyecto para Mejorar la Calidad de Vida de las Personas con una Colostomía Descendente Terminal y Sigmoide dentro de la Consulta de Enfermería de Ostomías

Alacís Ríudavets, Leticia; Obarrio Fernández, Sílvia; Prado Sánchez, Beatriz; Muntaner Ríutort, Elena.

Unidad de Hospitalización Quirúrgica del Hospital General Mateu Orfila. Menorca. Islas Baleares.

sicartum@hotmail.com

RESUMEN:

Existen numerosos estudios sobre calidad de vida en las personas ostomizadas, con diferentes variables, pero todos concluyen que para un paciente ostomizado uno de los aspectos más preocupantes y angustiosos es el tema de la incontinencia fecal y los cambios que sufre su imagen corporal. Esto provoca un gran impacto emocional, además de una serie de alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que dificultan su adaptación.

Con la ayuda de este estudio hemos querido evaluar la eficacia de la irrigación como método de continencia fecal en pacientes portadores de colostomía terminal descendente y sigmoide y su relación con la mejora de la calidad de vida.

El método utilizado para llevar a cabo la relación entre ambos parámetros ha sido a través de un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. Se aplicó en la consulta de enfermería de ostomías y se formó a aquellos pacientes que cumplían unas características específicas. Tras ello concluimos que se trata de una técnica desconocida y que se debería apoyar, promover y fomentar más, por los numerosos beneficios y seguridad que aporta a los pacientes.

PALABRAS CLAVE:

Irrigaciones, Colostomía Terminal Descendente, Colostomía Sigmoide, Consulta De Enfermería De Ostomías, Calidad De Vida.

SUMMARY:

There are numerous studies on quality of life in ostomized people, with different variables, but they all conclude that for an ostomy patient one of the most worrying and distressing aspects is the issue of fecal incontinence and the changes that their body image undergoes. This causes a great emotional impact, in addition to a series of biological, psychological and social alterations that make it difficult for them to adapt.

With the help of this study, we wanted to evaluate the efficacy of irrigation as a method of fecal

continence in patients with descending and sigmoid terminal colostomy and its relationship with the improvement of quality of life.

The method used to establish the relationship between both parameters was through a retrospective longitudinal descriptive study. It was applied in the ostomy nursing consultation and those patients who met specific characteristics were trained. After that, we conclude that it is an unknown technique and that it should be supported, promoted and encouraged more, due to the numerous benefits and safety it brings to patients.

KEY WORDS :

Irrigations, Descending Terminal Colostomy, Sigmoid Colostomy, Ostomy Nursing Consultation, Quality Of Life.

INTRODUCCIÓN:

Gracias al programa internacional de Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados a través de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (CCEC® / BPSO® por su nombre en inglés) a partir del año 2015 se ha implantado la Guía de Práctica Clínica (GPC): Cuidado y Manejo de la Ostomía en el Área de Salud de Menorca. A raíz de este programa y con el fin de aplicar la evidencia científica en cuidados a la práctica diaria, mediante la implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP), en un centro comprometido con la excelencia en cuidados, se creó una consulta de enfermería para el paciente ostomizado. Una de las actuaciones dentro de la consulta de enfermería de ostomía es pasar un cuestionario sobre calidad de vida; y otra actuación es la de impartir formación sobre irrigaciones.

Cuando hablamos de ostomía nos referimos a la abocación artificial de una víscera hueca o de un conducto a través de la pared y piel del abdomen. Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos. Las razones por las cuales se puede llevar a cabo una ostomía son diversas como, por ejemplo, infección abdominal, diverticulitis perforada, lesión al colon o al recto, bloqueo parcial o completo del intestino



grueso (oclusión intestinal), cáncer colorrectal, fistulas o heridas en el perineo, reflujo vesicoureteral, malformaciones congénitas, carcinoma vesical, incontinencia urinaria, cistitis intersticial, extrofia vesical, carcinoma uretral...

La realización de estomas de eliminación es necesaria para tratar diferentes enfermedades; pero supone una secuela que produce un gran impacto en la vida del paciente. Afecta a la pérdida de control, la autoimagen, y la capacidad de relacionarse laboral y socialmente con otras personas. El paciente ostomizado sufre una serie de alteraciones biológicas, psíquicas y sociales relacionadas con un cambio de imagen corporal y la pérdida del control del esfínter, provocando, entre otras cosas, una disminución de su autoestima. Este conjunto de cambios y alteraciones provocan una situación de estrés dentro del proceso de duelo que supone el ser portador de una ostomía, y dificulta el proceso de adaptación a la nueva situación.

Al hablar de irrigación en colostomías hacemos referencia a una técnica que consiste en instilar agua tibia a través del colon para estimular el peristaltismo y promover la eliminación intestinal periódica y controlada. Dicho procedimiento está indicado en pacientes portadores de colostomía sigmoidea y descendente terminal; lo que permitirá al paciente prescindir de bolsa de continencia y garantizará un aumento de su autonomía.

La opción de la irrigación debe ofrecerse a aquellos pacientes que además de cumplir una serie de criterios de inclusión, cumplan unos requisitos mínimos sobre capacidad de aprendizaje para la ejecución de la técnica, además de disponer de destreza manual y buena visión

MÉTODO:

Los objetivos del estudio son los siguientes:

- Describir los pasos para la educación sobre la técnica de irrigación a personas con una colostomía descendente terminal o sigmoide.
- Valorar si hay beneficios sobre la calidad de vida de las personas que se irrigan.

Con la finalidad de alcanzar los objetivos fijados y evaluar si la irrigación supone un aumento de la calidad de vida en aquellos pacientes que la practican, hemos llevado a cabo un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, en una unidad de hospitalización quirúrgica de un hospital de segundo nivel en la Consulta de Enfermería de Ostomías.

El tamaño de la muestra seleccionada es de 33 personas colostomizadas, debiendo cumplir una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión:

- ser portador de una colostomía descendente terminal o sigmoide.
- haber tenido la cirugía realizada hace más de un mes.
- tener destreza manual.
- no tener problemas visuales.
- ser portador de un estoma sin complicaciones (estenosis, retracciones, prolapsos...).
- no estar a tratamiento de radioterapia o quimioterapia actualmente.

Los criterios de exclusión:

- ser mayor de 75 años.

El estudio se realizó en el periodo comprendido entre octubre 2015 y agosto 2017 en un hospital de segundo nivel.

Se ha demostrado en diversos informes y estudios de enfermeras especialistas en ostomías, que el aumento de la edad está asociado con el fracaso en la irrigación, ya que el envejecimiento dificulta el aprendizaje y la puesta en marcha de la técnica.

Una vez seleccionados los individuos susceptibles, se realizó un taller formativo e informativo de dos horas de duración sobre la técnica de irrigación. A continuación, se mostró un vídeo ilustrativo y se les entregó información escrita y la posibilidad de acudir a la consulta de enfermería para realizar la irrigación y resolver dudas que dificultan la puesta en marcha.

A todas las personas que efectuaron la irrigación se les pasó el cuestionario validado de calidad de vida StomaQ-oL antes y después de realizar la irrigación. Con la ayuda de este cuestionario, se recopilaban datos, que se compararon para conocer si la puesta en marcha de la técnica había influido en su situación de salud.

RESULTADOS:

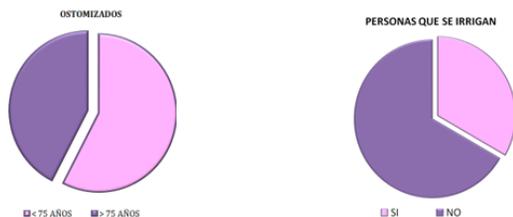
De los 33 ostomizados que se han cogido como muestra, un 57.57 % son susceptibles de poder realizar la técnica de irrigación, ya que cumplen los criterios de inclusión que nos hemos marcado.

Un 57.89% de estos son varones y la edad media es de 65.2 años.

De estos, han acudido a la formación específica sobre irrigación el 78.94%. Siendo finalmente un total de 33.33% de estas, las personas que se irrigan.



Tras la puesta en práctica de la técnica y la implantación del método como un hábito, refieren sentirse con menor ansiedad y más seguros al no llevar bolsa.



Referente a los datos sobre la calidad de vida de estas personas tenemos los siguientes:

El 100% de los que han iniciado la irrigación, continúan con ella a la fecha. Estos refieren una mejoría en su calidad de vida en la mayoría de los ítems que se evalúan en el cuestionario StomaQ-oL:

Stoma-QOL
Cuestionario de calidad de vida para personas con ostomía

Paciente iniciales _____ Fecha ____/____/20__

Por favor, marque en cada pregunta aquella respuesta que mejor describa cómo se siente usted en este momento

	Siempre	A veces	Raras veces	Jamás
1. Me pongo nervioso/a cuando la bolsa está llena.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me preocupa que la bolsa se despegue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando estoy fuera de casa necesito saber dónde está el aseó más cercano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me preocupa el olor que se pueda desprender de la bolsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me preocupan los ruidos del intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Necesito descansar durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La bolsa condiciona la ropa que me puedo poner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento cansado/a durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Siento que he perdido mi atractivo sexual debido al estoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Duermo mal por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar con la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me disgusta mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me cuesta disimular que llevo una bolsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Evito el contacto físico con mis amigos (por ejemplo al bailar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me resulta difícil estar con otras personas debido al estoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me da miedo conocer gente nueva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me siento solo/a incluso cuando estoy con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo debido al estoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gracias por contestar al cuestionario

Existen 6 ítems del cuestionario relacionados con la bolsa que no son valorables, entre los que se destaca:

- Me preocupa que la bolsa se despegue.
- Que haga ruido.
- Me pongo nervioso cuando está llena.

Pero otros como el descanso nocturno, la autoestima o las relaciones interpersonales han mejorado en el 100% de las personas que se irrigan.

Hay que destacar que no hay ningún ítem del cuestionario que haya disminuido.

DISCUSIÓN:

Las irrigaciones producen numerosos beneficios tal y como aparece reflejado en diferentes estudios y como lo hemos comprobado por nuestra

experiencia. Se ha demostrado una reducción en la frecuencia de evacuación espontánea. Gracias a ello, se puede producir también una reducción del uso de la bolsa de colostomía y se ha evidenciado la disminución de malos olores. Dichos cambios han contribuido y facilitado un mejor descanso, alimentación, vida social y sexual.

De los resultados obtenidos se concluye que estimula el peristaltismo, permite el consumo de una dieta completa, contribuye al mantenimiento óptimo de la zona periestomal y del estoma, secundario a una mejor higiene y limpieza, favoreciendo la comodidad y confort.

Además, tenemos que hacer mención a los costes económicos, algo no tenido en cuenta en nuestro país, ya que casi la totalidad del precio de los dispositivos está financiado por la seguridad social; pero que se debería estudiar.

Nuestra experiencia clínica nos demuestra que se necesita tiempo y dedicación para persuadir a los pacientes y que se convierta en un método eficaz y exitoso.

Se debería fomentar que sean los propios ostomizados quienes con su experiencia expliquen los beneficios en la calidad de vida con las irrigaciones.

En la realización de este estudio no existe ningún conflicto de interés por parte de ninguna de las autoras; y se asegura el anonimato de todos los participantes, así como los códigos éticos empleados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kent DJ, Long MA, Bauer C. Does Colostomy Irrigation Affect Functional Outcomes and Quality of Life in Persons With a Colostomy? 2015;42(April):155–61.
2. Tallman NJ, Cobb MD, Ercolano E, Krouse R, Grant M, Wendel CS, et al. Colostomy Irrigation. 2015;42(October):487–93.
3. Kent DJ, Arnold M, Carole L. Revisiting Colostomy Irrigation. 2015;42(April):162–4.
4. innovative-technologyforcolostomyirrigationassessingtheimpactonp.pdf.
5. Cobb MD, Grant M, Colwell J, Mccorkle R, Tallman NJ, Krouse RS, et al. Current Knowledge and Practice of WOC Nurses. 2015;42(February):65–70.



PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA "EMPOWERMENT DEL PACIENTE OSTOMIZADO"

AUTORAS: Cadenas Marques, Silvia; Fernández Fernández, Patricia; Orra Solís, Nuria; Granel Domingo, Nuria; Vela Huertas, Laura; Vilares Marrondo, Patricia.

OBJETIVOS:

- Crear un programa de educación terapéutica dirigido al paciente ostomizado.
- Registrar la educación terapéutica en los pacientes ostomizados, realizada por enfermería durante el proceso del ingreso hasta el alta y su continuidad por la enfermera estomaterapeuta en consultas externas.
- Informatizar el plan educativo del paciente ostomizado.

MÉTODO:

- Revisión bibliográfica. (Pubmed, Medline y Cochrane).
- Revisión de los cuidados e intervenciones de educación registrados en nuestra unidad, cirugía gastrointestinal del Hospital Clínic Barcelona.

RESULTADOS

161502 Describe el propósito de la ostomía	182905 Medir el estoma para ajuste del dispositivo
182901 Funcionamiento de la ostomía	182907 Complicaciones relacionadas con el estoma
030006 Materiales necesarios para cuidar el estoma	11013 Integridad de la piel
182915 Procedimiento para cambiar la bolsa del estoma	182903 Curas de la piel periestomal
182916 Procedimiento para vaciar la bolsa del estoma	182911 Modificaciones en la Dieta
EVALUACIÓN NOC	
1829 Conocimiento: cura del estoma	
182910 Identificación de alimentos flatulentos	161503 El enfermo se muestra cómodo viendo el estoma
182912 Necesidades para la ingesta adecuada de líquidos	120016 Actitud a tocar el estoma
161510 Controla la cantidad y consistencia de las heces	182917 Conoce los grupos/asociaciones de soporte para optimizar el autocuidado personal
050110 Restreñimiento/050111 Diarrea	16122 Modifica las actividades diarias para optimizar el autocuidado personal
	161519 Expresa aceptación de la ostomía

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE (Cuidados durante el ingreso)	ACTIVIDAD	ESCALA LIKER PARA CADA OBJETIVO DE APRENDIZAJE
1/Conocer el tipo y funcionalidad del estoma. 	Información verbal y escrita: • Qué es un estoma • Tipos (colostomía/ileostomía) • Motivo de realización del estoma • Temporalidad	1. Ninguno No conoce el propósito del estoma ni su funcionalidad. 2. Escaso Conoce que el estoma está relacionado con la cirugía y el proceso patológico. 3. Moderado Conoce que el estoma está relacionado con la cirugía, el proceso patológico y su funcionalidad (salida de heces). 4. Sustancial Conoce que el estoma está relacionado con la cirugía, el proceso patológico, la funcionalidad (salida de heces) y la temporalidad. 5. Amplio Conoce que el estoma está relacionado con la cirugía, el proceso patológico, la funcionalidad (salida de heces/orina) y la temporalidad. Conoce el tipo de estoma. (Ileostomía/colostomía).
2/Higiene del estoma. 	Entrenamiento de la técnica de higiene: • Con dispositivo • Sin dispositivo	1. Ninguno No realiza la higiene del estoma y no conoce los pasos a seguir 2. Escaso Conoce alguno de los pasos para la higiene del estoma y no la realiza 3. Moderado Conoce los pasos para la higiene del estoma y colabora en algunos pasos (puntualmente) del proceso 4. Sustancial Conoce los pasos para la higiene del estoma y realiza la mayoría del proceso, pero necesita supervisión y ayuda 5. Amplio Conoce los pasos para la higiene del estoma y la realiza de manera autónoma
3/Manejo del dispositivo. 	Entrenamiento en las técnicas de: • Vaciar la bolsa • Realizar el cambio de bolsa. • Medir el estoma • Recortar el disco • Cambio de disco • Uso de accesorios	1. Ninguno No realiza el cambio del dispositivo 2. Escaso Conoce parte de las técnicas relacionadas con el manejo del dispositivo y pero no se implica en el cuidado 3. Moderado Conoce las técnicas relacionadas con el manejo del dispositivo y participa en el cambio del dispositivo. 4. Sustancial Conoce las técnicas relacionadas con el manejo del dispositivo y se cambia el dispositivo bajo supervisión / ayuda 5. Amplio Conoce las técnicas relacionadas con el manejo del dispositivo y las realiza de manera autónoma
4/Complicaciones y signos de alerta. 	Explicar los problemas más habituales relacionados con: • La mucosa del estoma • La piel periestomal. • Describir los signos de alerta. • Dar teléfonos de contacto en caso de dudas/problemas	1. Ninguno No conoce las complicaciones, ni signos de alerta principales. 2. Escaso Conoce algunas complicaciones y signos de alerta principales. No los sabe detectar. 3. Moderado Conoce las complicaciones y signos de alerta principales. Las sabe detectar con ayuda. 4. Sustancial Conoce las complicaciones y signos de alerta principales. Y las detecta de forma autónoma. 5. Amplio Conoce las complicaciones y signos de alerta principales. Las detecta de forma autónoma y sabe cómo solucionarlo.
5/Dieta e hidratación. 	• Dar pautas dietéticas y dieta de progresión • Explicar alimentos y bebidas desaconsejados • Explicar el ajuste de la ingesta hídrica en relación al débito del estoma. • Realizar interconsulta con dietética	1. Ninguno Conoce la dieta, pero no la acepta. 2. Escaso Conoce parcialmente la dieta pero no es capaz de aplicarla. 3. Moderado Conoce la dieta, pero no la entiende. 4. Sustancial Conoce la dieta, la acepta pero presenta dudas, y necesita refuerzo. 5. Amplio Conoce la dieta, la acepta y es capaz de aplicarla de forma autónoma.
6/ Conocer la cantidad y el aspecto del débito. 	Explicar características del débito (cantidad, color, consistencia) en función del tipo de estoma	1. Ninguno No cuantifica la cantidad, ni identifica el aspecto del débito 2. Escaso No cuantifica la cantidad, pero identifica el aspecto del débito 3. Moderado Cuantifica la cantidad, e identifica el aspecto del débito, con supervisión /ayuda 4. Sustancial Cuantifica la cantidad e identifica el aspecto del débito, de forma autónoma 5. Amplio Cuantifica la cantidad e identifica el aspecto del débito. Conoce las opciones farmacológicas y las aplica en las posibles complicaciones.
7/El enfermo/cuidador gestiona la autocura del estoma 	• Facilitar la relación terapéutica con la enfermera, enfermo experto. • Abordaje de los cambios físicos y funcionales	1. Ninguno Delega el autocuidado. No acepta la autocura del estoma. 2. Escaso Se interesa en la autocura del estoma pero delega el autocuidado 3. Moderado Acepta parte del proceso de la autocura del estoma, pero delega el autocuidado. 4. Sustancial Se implica en el proceso de autocura del estoma con ayuda de una tercera persona. 5. Amplio Realiza el proceso de autocura del estoma de forma autónoma.

CONCLUSIÓN

- La educación en los pacientes portadores de ostomía es un proceso de aprendizaje basado en la relación terapéutica entre profesionales, paciente y familia, que debe ser integrado en el proceso asistencial.
- El programa de educación terapéutica permite identificar los objetivos alcanzados por el paciente ostomizado y cuales necesitan refuerzo, así como empoderar al paciente y su entorno.
- La incorporación de un programa de educación terapéutica informatizado mejora los estándares de seguridad y calidad asistencial a nivel multidisciplinar y su seguimiento en la consulta de la enfermera estomaterapeuta.



Intervención no farmacológica para mejorar la calidad de vida de los pacientes intervenidos de resección anterior de recto.

Non-pharmacological intervention to improve the quality of life of patients undergoing anterior rectal resection.

Vidal-Morral, Cristina¹; Romero-Culleres, Georgina^{2,3}; Jané-Feixas, Cecília⁴; Vidal-Sánchez, Laura⁵; Arnau-Bartés, Anna⁶; Rosal-Maurell, Anna⁷; Collera-Ormazabal, Pablo^{8,9}. ¹Enfermera estomaterapeuta. Diplomada en Enfermería. Máster de Enfermería en coloproctología y estomaterapia. Servicio de Cirugía. Althaia Xarxa Assitencial Universitària de Manresa, Manresa. ²Doctora en Medicina y Cirugía. Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Althaia Xarxa Assitencial Universitària de Manresa, Manresa. ³Profesora colaboradora en el grado de fisioterapia. Facultat de Ciències de la Salut, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC), Manresa. ⁴Diplomada en Fisioterapia, especializada en la reeducación del suelo pélvico. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Althaia Xarxa Assitencial Universitària de Manresa, Manresa. ⁵Graduada en Enfermería. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Althaia Xarxa Assitencial Universitària de Manresa, Manresa. ⁶Licenciada en Biología sanitaria. Doctora en Salud Pública y metodología de la investigación biomédica. Unidad de Investigación e Innovación. Althaia Xarxa Assitencial Universitària de Manresa, Manresa. ⁷Diplomada en Enfermería. Unidad de Diagnóstico Rápido. Althaia Xarxa Assitencial Universitària de Manresa, Manresa. ⁸Médico en Cirugía General y Digestiva. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Althaia Xarxa Assitencial Universitària de Manresa, Manresa. ⁹Profesor asociado de la Facultat de Medicina. Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVic-UCC).

crevidal@althaia.cat

RESUMEN:

Muchos de los pacientes operados con preservación esfinteriana presentan una alteración de la función intestinal y defecatoria. Esta disfunción es variable en sus síntomas y gravedad, y se manifiesta en forma de urgencia, incontinencia y fragmentación de las heces, con evacuaciones repetidas, incompletas o difíciles. El conjunto de estos síntomas constituye lo que se conoce como síndrome de resección anterior (SRA) que puede influir negativamente en la calidad de vida de los pacientes operados.

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de la estimulación del asa eferente previo al cierre de la ileostomía junto con rehabilitación del suelo pélvico posterior al cierre de esta, en la calidad de vida de los pacientes intervenidos de resección anterior de recto. Para ello se está realizando un ensayo clínico aleatorizado no farmacológico y controlado. El grupo control sigue la práctica clínica habitual mientras que el grupo intervención realiza estimulación del asa eferente previo al cierre de la

ostomía junto con rehabilitación del suelo pélvico posterior al cierre de esta. La variable dependiente principal es la calidad de vida evaluada según el cuestionario EORTC QLQ CR-29, y como variables dependientes secundarias se evalúa el íleo paralítico postoperatorio y el síndrome de resección anterior utilizando la escala LARS.

PALABRAS CLAVE:

Neoplasia Colorectal, Ileostomía, Síndrome Recto Anterior, Trastornos del Suelo Pélvico, Calidad de Vida.

ABSTRACT:

Many of the patients operated with sphincter preservation will present an alteration of bowel function and defecation. This dysfunction is variable in its symptoms and severity, and manifests itself in the form of urgency, incontinence and fragmentation of faeces, with repeated, incomplete or difficult evacuations. The set of these symptoms constitutes what is known as anterior resection



syndrome (ARS), which can negatively influence the quality of life of the operated patients.

The aim of this study is to evaluate the efficacy of stimulation of the efferent loop prior to the closure of the ileostomy along with rehabilitation of the pelvic floor after the closure of the ileostomy in the quality of life of patients who underwent anterior resection of the rectum. A controlled, non-pharmacological randomized clinical trial is being conducted. Control group receive usual clinical practice while intervention group receive stimulation of the efferent loop will be performed prior to the closure of the ostomy along with pelvic floor rehabilitation after the closure of the latter. The main dependent variable is the quality of life assessed according to the EORTC QLQ CR-29 questionnaire, and secondary dependent variables are postoperative paralytic ileus and the low anterior resection syndrome assessed by the LARS scale.

KEYWORDS:

Colorectal Neoplasms, Ileostomy, Low Anterior Resection Syndrome, Pelvic Floor Disorders, Quality of Life.

INTRODUCCION:

El cáncer colorectal es el tumor más frecuente diagnosticado en España. Según las estimaciones realizadas por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) para el año 2021 en España¹, el cáncer próstata será el cáncer más frecuente en hombres seguido del colorrectal. En mujeres, el más frecuente será el de mama seguido del colorrectal.

El tratamiento del cáncer de recto ha progresado en la última década. Hoy es factible ofrecer una cirugía con preservación de esfínteres, realizando anastomosis colorrectales bajas o anastomosis coloanales. Lamentablemente, hasta un 90% de estos pacientes presentarán un cambio en el hábito intestinal post resección y reconstrucción del recto², que va desde un aumento de la frecuencia de las deposiciones hasta incontinencia fecal de distintos grados o disfunción evacuatoria. A este conjunto de síntomas se le ha denominado síndrome de resección anterior baja (SRA) que puede influir negativamente en la calidad de vida de los pacientes operados. Un 25-50% de estos pacientes tendrá una alteración severa en la calidad de vida. Para evaluar el SRA se ha desarrollado un sistema internacional de puntuación (escala LARS), traducido y validado en varios idiomas, que permite cuantificar la gravedad

de la disfunción intestinal y defecatoria de una manera sencilla, facilitando la comparación entre estudios³. En cuanto a la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer colorrectal existen cuestionarios específicos como el EORTC QLQ CR-29⁴.

Habitualmente en ausencia de complicaciones, se suele posponer el cierre de la ileostomía entre los dos y tres meses después de la cirugía inicial o post tratamiento adyuvante.

La complicación más frecuente tras la intervención del cierre de la ileostomía es el íleo paralítico con una incidencia de hasta el 29%. Además de un mayor malestar para el paciente genera una estancia hospitalaria y un gasto sanitario mayores⁵.

La estimulación del asa eferente anterior a la cirugía de cierre de la ileostomía puede activar los mecanismos celulares de absorción y motilidad, para que, una vez realizado el cierre, su retorno a la normalidad sea mucho más rápido. Además, con esta estimulación se puede descartar la existencia de obstrucciones distales a la ostomía que pudieran condicionar un íleo mecánico tras la reconstrucción. Con la estimulación del asa eferente se pretende también realizar una educación del control de esfínteres previa a la cirugía.

La rehabilitación del suelo pélvico para este tipo de pacientes parece estar asociado con mejoras en la función intestinal, el SRA y la calidad de vida^{6,7}.

Se necesita de la realización de ensayos clínicos aleatorizados controlados que aporten evidencia sobre la mejor opción terapéutica no farmacológica para el tratamiento del SRA⁸. Es por ello que nos planteamos la realización de este estudio que tiene por objetivo principal evaluar la eficacia de la estimulación del asa eferente previa al cierre de la ileostomía y la rehabilitación del suelo pélvico después del cierre de la ostomía sobre la calidad de vida de los pacientes intervenidos de resección anterior de recto con una ileostomía de protección. Como objetivos secundarios se pretende evaluar la eficacia sobre el íleo paralítico en la cirugía del cierre de la ileostomía y sobre el síndrome de resección anterior.

METODO:

Diseño del estudio

Ensayo clínico aleatorizado no farmacológico, controlado, abierto con seguimiento a 12 meses de la cirugía del cierre de la ileostomía.



Sujetos de estudio

La población de estudio son los pacientes intervenidos, de forma programada, de una resección anterior baja de recto, con abordaje combinado transanal y transabdominal, con ileostomía de protección por una neoplasia de recto en el Servicio de Cirugía y Coloproctología de Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Se incluyen aquellos pacientes mayores de 18 años, sin deterioro cognitivo (Índice de Pfeiffer: 0-2 errores) y que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado. Se excluyen aquellos pacientes con ileostomía terminal, con tratamiento activo de quimioterapia y/o radioterapia, con alguna complicación del estoma como prolapso de la mucosa o hernia peristomal y/o con incontinencia fecal previa a la cirugía de resección anterior de recto (Escala Wexner superior a 3 puntos).

Aleatorización

La asignación aleatoria de las pacientes al Grupo Control (GC) o al Grupo Intervención (GI) se realiza mediante un programa informático de generación de secuencias aleatorias (<http://www.randomization.com>). Se generó un listado de 9 bloques (4 pacientes por bloque). La generación de la secuencia de aleatorización y el control de la asignación a cada grupo de estudio es responsabilidad de la Unidad de Investigación e Innovación. El reclutamiento de las pacientes es responsabilidad de la investigadora principal. La investigadora no es conocedora del grupo de asignación del paciente hasta que éste no ha firmado el consentimiento informado.

Grupos de estudio:

- Grupo control**
 Los pacientes asignados al grupo control siguen la práctica clínica habitual de nuestro centro. Durante el ingreso hospitalario para la cirugía del cierre de la ileostomía, la enfermera estomaterapeuta (ET) refuerza la información de la posibilidad de la presencia SRA y medidas higiénico-dietéticas a tener en cuenta.
- Grupo intervención**
 Tres semanas antes del cierre de la ileostomía, los pacientes del grupo intervención reciben formación sobre la técnica de la estimulación del asa eferente con el objetivo de favorecer el funcionamiento celular de absorción y motilidad del segmento excluido del intestino. La técnica consiste en introducir por la luz eferente de la ileostomía 250 ml de agua con espesante mediante una sonda Foley. La primera sesión se

realiza en la consulta de ostomías junto con la enfermera ET. Las siguientes sesiones las realiza el paciente en su domicilio cada dos días durante los 21 días previos a la cirugía del cierre de la ileostomía.

A los tres meses del cierre de la ileostomía se deriva a la Unidad del Suelo Pélvico. La rehabilitación consiste en la realización de 15 sesiones individuales basadas en la reeducación de hábitos defecatorios, medidas higiénico-dietéticas, registro defecatorio, ejercicios de tonificación muscular (Ejercicios Kegel), Biofeedback (BF), trabajo con balón rectal para mejorar la sensibilidad y acomodación, reeducación maniobra expulsiva y bloqueo perineal ante las situaciones hiperpresivas.

Período del estudio

La inclusión del primer paciente fue en mayo de 2020. Se prevé que el reclutamiento de pacientes finalice en mayo de 2022.

Procedimiento

La enfermera ET realiza una visita preoperatoria donde se hace el marcaje de la ostomía, se le enseña el dispositivo de ostomía y se refuerza toda la información referente a la cirugía.

Después de la cirugía del cáncer de recto, el paciente realiza un seguimiento ambulatorio en la consulta de ostomías. En esta visita, si el paciente cumple los criterios de inclusión/exclusión del estudio se le ofrece la posibilidad de participar. Si el paciente acepta participar es aleatorizado a uno de los dos grupos de estudio.

Los pacientes asignados al grupo control son citados en la consulta de la enfermera ET al mes del cierre de la ileostomía. La enfermera ET revisa la historia clínica para recoger las variables del estudio. Se les entrega el cuestionario LARS, el cuestionario EORTC QLQ-CR29 para que los autocumplimenten. A los 3, 6 y 12 meses del cierre de la ileostomía la enfermera ET recoge de nuevo el cuestionario LARS y cuestionario EORTC QLQ-CR29 mediante llamada telefónica.

Tres semanas antes de la intervención del cierre de la ileostomía, los pacientes asignados al grupo intervención son citados en la consulta de la enfermera ET. En esta visita reciben formación sobre la técnica de la estimulación del asa eferente. Se le proporciona todo el material y una hoja de información del procedimiento de la estimulación. Esta técnica la realiza en su domicilio hasta el día antes de la cirugía del cierre de la ostomía.



Los pacientes son citados en la consulta de la enfermera ET al mes del cierre de la ileostomía. En esta visita se sigue el mismo procedimiento que en el grupo control. A los 3 meses del cierre de la ileostomía la enfermera ET recoge de nuevo el cuestionario LARS y cuestionario EORTC QLQ-CR29 mediante llamada telefónica. En este seguimiento, el paciente es derivado a la Unidad del Suelo Pélvico. A los 6 y 12 meses del cierre de la ileostomía la enfermera ET recoge de nuevo el cuestionario LARS y cuestionario EORTC QLQ-CR29 mediante llamada telefónica.

Variables de estudio

Variable dependiente principal

Calidad de vida relacionada con su salud evaluada mediante el cuestionario EORTC QLQ-CR29⁹. El cuestionario EORTC QLQ CR-29 incluye cuatro escalas funcionales (imagen corporal, función sexual, disfrute o goce sexual, y perspectivas hacia el futuro) y siete escalas de síntomas (problemas urinarios, síntomas gastrointestinales, efectos adversos de la quimioterapia, disfunción sexual, problemas para defecar, pérdida de peso, y problemas relacionados con el estoma). El cuestionario EORTC QLQ CR-29 consta de 29 preguntas, con una escala de respuesta tipo Likert: 1=Nada; 2=Un poco; 3=Bastante; 4=Mucho. Una puntuación alta en la escala funcional representa un alto nivel de la función de salud o de la calidad de vida, pero una puntuación baja en la escala de síntomas representa, a su vez, un alto nivel de problemas.

Variables dependientes secundarias

Para evaluar íleo paralítico postoperatorio se ausculta el peristaltismo intestinal y se controla la primera emisión de gases y/o heces. Se utiliza la clasificación de la Disfunción Posoperatoria del Tracto gastrointestinal (DTP-GI)¹⁰.

El SRA se evalúa mediante la escala LARS⁴. La escala consta de 5 preguntas: incontinencia a gases, incontinencia a líquidos, frecuencia de deposiciones, fraccionamiento de la defecación y urgencia defecatoria. El rango de puntuación oscila entre 0 y 42 puntos. Los pacientes se categorizan en tres grupos: sin LARS (de 0 a 20 puntos), LARS leve (de 21 a 29 puntos) y LARS severo (de 30 a 42 puntos).

Variables independientes

– Variables sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de estudios según Clasificación Internacional Normalizada de Educación.

- Comorbilidad según Índice de Charlson¹¹.
- Distancia de la anastomosis al margen anal: cáncer de recto bajo (de 0 a 5 cm), cáncer de recto medio (de 5 a 10 cm) y cáncer recto alto (más de 10 cm)¹².
- Tipo de anastomosis.
- Tratamiento neoadyuvante.
- Quimioterapia adyuvante.
- Piel peristomal mediante la escala Discolouration, Erosion, Tissue overgrowth (DET)¹³.

Plan de análisis estadístico

Tamaño de la muestra

Para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula mediante una prueba T-Student bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta un nivel de significación del 5%, y asumiendo que la puntuación media del grupo control es de 44 en el ítem correspondiente a la frecuencia en las deposiciones a los 12 meses del cierre de la ileostomía¹⁴, la media del grupo intervención es de 24 y la desviación estándar de ambos grupos es de 20, será necesario incluir 17 pacientes en cada grupo de estudio.

Las variables cuantitativas se resumirán con la media y la desviación estándar en el caso de seguir una distribución normal. En caso contrario se empleará la mediana y el rango intercuartil (RIC). Las variables cualitativas se mostrarán en valores absolutos y frecuencias relativas. Se evaluará la normalidad de las variables continuas con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para el análisis bivariante se ha utilizará la prueba T de Student para las variables continuas con distribución normal o la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney. Se empleará la Chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas. En las tablas de contingencia, donde las frecuencias esperadas sean inferiores a 5, se utilizará la prueba exacta de Fisher o el método de Monte Carlo.

El análisis se realizará por intención de tratar. El nivel de significación estadística utilizado será del 5% bilateral ($p < 0,05$). Para el análisis estadístico se empleará el programa IBM® SPSS® Statistics v.26 (IBM Corporation, Armonk, Nueva York, Estados Unidos) y R® versión 3.3.2 (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria).



Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundació Unió Catalana d'Hospitals el 28 de mayo de 2019 (CEIC 19/26). Se solicita a todos los pacientes que firmen el consentimiento informado antes de su inclusión en el estudio. El estudio se lleva a cabo de acuerdo con las normas éticas de la Declaración de Helsinki. El ensayo se registró en ClinicalTrials.gov (NCT04569331).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFIA

- Las cifras del cáncer en España 2021. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Disponible en: <https://www.seom.org/es/info-sobreel-cancer/colon-recto>.
- López S, Carrillo K, Sanguineti A, Azolas R, Díaz M, Bocic G, et al. Adaptación transcultural del cuestionario acerca de la función intestinal (LARS Score) para su aplicación en pacientes operados de cáncer de recto medio y bajo. *Rev Chil Cir*. 2017;69(1):44-48.
- Carrillo A, Enríquez-Navascués JM, Rodríguez A, Placer C, Múgica JA, Saralegui Y, et al. Incidencia y caracterización del síndrome de resección anterior mediante el uso de la escala LARS (puntuación de resección anterior baja). *Cir Esp*. 2016;94(3):137-143.
- López S, Carrillo K, Sanguineti A, Azolas R, Díaz M, Bocic G, et al. Adaptación transcultural del cuestionario acerca de la función intestinal (LARS Score) para su aplicación en pacientes operados de cáncer de recto medio y bajo. *Rev Chil Cir*. 2017;69(1):44-48.
- Abrisqueta J, Abellán I, Frutos MD, Luján J, Parrilla P. Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía. *Cir Esp*. 2013;91(1):50-52.
- Visser WS, Te Riele WW, Boerma D, van Ramshorst B, van Westreenen HL. Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcome after a low anterior resection: a systematic review. *Ann Coloproctol*. 2014;30 (3):109-114.
- Lin KY, Granger CL, Denehy L, Frawley HC. Pelvic floor muscle training for bowel dysfunction following colorectal cancer surgery: a systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(8):703-712.
- Dulskas A, Smolskas E, Kildusiene I, Samalavicius NE. Treatment Possibilities for Low Anterior Resection Syndrome: A Review of the Literature. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(3):251-260.
- Calvo O, Oliveros R, Sanchez R. Adaptación cultural del formulario EORTC QLQ CR-29 para su aplicación en pacientes con cáncer de recto en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Rev Colom Cancerol*. 2010;14(4):189-198.
- Mythen MG. Postoperative gastrointestinal tract dysfunction: An overview of causes and management strategies. *Cleve Clin J Med*. 2009;76(supl 4):S66-S71.
- Charlson M, Pompei P, Ales KL, McKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40: 373-83.
- Schlottmann F, Álvarez JM, Sánchez A, Maya ME, Bun ME, Rotholtz NA. Cáncer de recto: impacto de la altura del tumor en los resultados postoperatorios y oncológicos en cirugía laparoscópica. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2017;47(2):110-116.
- García JA, Bueno B, Costa MR, Navalón C, Tello J, Vidal C, et al. Guía de práctica clínica: la irrigación en colostomías. *Coloplast*. 2017;25-26.
- Whistance RN, Conroy T, Chie W, Costantini A, Sezer O, Koller M et al. Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Eur J Cancer* 2009;45(17):3017-3026.



Figure 1. Diagrama de flujo del diseño el estudio.

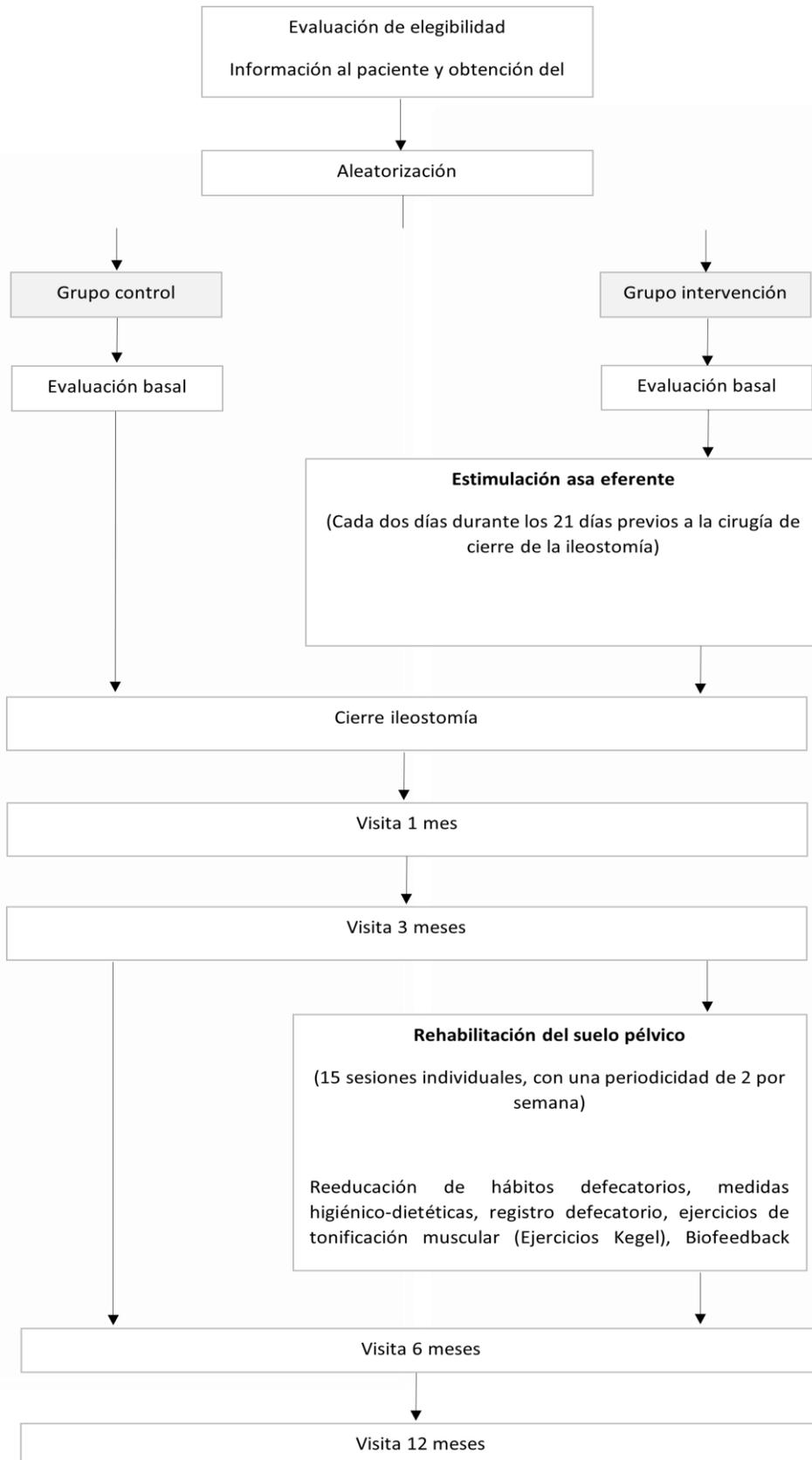


Tabla 1. Resumen de variables según el cronograma del estudio.

	Visita -1	Visita basal	Post cierre ileostomía			
			1 mes	3 mes	6 mes	12 mes
Criterios inclusión/exclusión y consentimiento informado	X					
Aleatorización	X					
Datos sociodemográficos		X				
Comorbilidad (Índice de Charlson)		X				
Distancia anastomosis al margen anal		X				
Tipo de anastomosis		X				
Tratamiento neoadyuvante		X				
Quimioterapia adyuvante		X				
Piel Peristomal (Disclouration, Erosion, Tissue overgrowth)		X				
Calidad de vida (QLQ-CR29)			X	X	X	X
Síndrome resección anterior (LARS score)			X	X	X	X
Causas retirada estudio			X	X	X	X



REVISTA SEDE es una publicación sin ánimo de lucro, abierta a todos aquellos trabajos que difundan el conocimiento científico en el ámbito de enfermería en el campo de la estomaterapia, heridas e incontinencia. Pretende como objetivo difundir aquellos trabajos de investigación, como paso para la difusión de la investigación y el conocimiento enfermero.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES QUE DESEEN COLABORAR CON REVISTA SEDE

1. **GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS**
2. **TIPOS DE ARTÍCULOS**

Como requisito los artículos deben ser **ORIGINALES** relacionados con el ámbito de la estomaterapia, heridas e incontinencia.

Se aceptarán para publicación: trabajos y proyectos de investigación (cuantitativos, cualitativos o mixtos), revisiones bibliográficas, recopilación u opinión, proyectos de práctica clínica (casos clínicos), experiencias, entrevistas e incluso relatos; así como proyectos relacionados con TFG; TESIS DOCTORALES, TFM (TRABAJOS FIN DE MÁSTER); comunicaciones de proyectos científicos presentados en jornadas, congresos... El contenido debe ser **100% científico y objetivo**.

Para que el equipo editorial pueda valorar la idoneidad de su propuesta, debe mandar un correo electrónico a redacción revista@estomaterapia.es con la siguiente información en formato WORD:

- **INFORMACION SOBRE AUTOR/ES:** nombre de autores (máximo 8 autores); Unidad y Centro de trabajo. Correo electrónico de cada uno de los autores. Así como documento justificativo de que los autores consienten la publicación del artículo (se le enviará documento acreditativo al correo) TELEFONO AUTOR PRINCIPAL
- **TÍTULO** (máximo 20 caracteres) del artículo con su **IDEA PRINCIPAL** (En ambos idiomas: ESPAÑOL E INGLÉS)
- **ARGUMENTO DEL ARTÍCULO (RESUMEN** del estudio; de los puntos principales), que describa los objetivos, método, resultados y conclusiones (En ambos idiomas: ESPAÑOL E INGLÉS)

Tras la revisión de su artículo, los editores evaluarán su propuesta y le darán una respuesta. En caso de ser aceptado, se le indicaran las correcciones pertinentes.

Tras la aceptación del artículo, deben de tener como requisito:

- La fuente especificada para escribir es **Arial tamaño 11** para el cuerpo, el interlineado que sea el estándar (1,5) con páginas numeradas en parte inferior derecha. Todo el manuscrito con bibliografía incluida no debe de tener más de 3000 palabras. Tablas, gráficos, imágenes y cuadro se contabilizan aparte del texto y se adjuntan en un documento por separado (6 archivos máximo).
- Nombre del autor/autores con apellidos que incluya centro y unidad de trabajo.
- Deben estar escritos en términos claros, científicos que incluyan los siguientes contenidos, respetando un orden:
 - 1) **TÍTULO** (máximo 20 caracteres) *no incluir abreviaturas.
 - 2) **AUTORES** (Apellidos, Nombre; afiliación institucional) (**MÁXIMO 8 AUTORES**)
 - 3) **RESUMEN** (máximo 250 palabras). Debe describir objetivos, método, resultados y conclusiones.
 - 4) **INTRODUCCIÓN** (problema de estudio, objetivos o preguntas de estudio, relevancia...). Se deben citar las referencias bibliográficas añadidas.
 - 5) **MÉTODO** (descripción detallada y objetiva del proceso seguido para llevar a cabo la investigación) (se pueden presentar diagramas de flujo sobre la metodología empleada)



- 6) RESULTADOS (se pueden presentar tablas sobre resultados) (de forma objetiva, detallada y concisa)
- 7) DISCUSION: de resultados, conclusiones e implicaciones del estudio.
- 8) BIBLIOGRAFÍA (siguiendo normas de Vancouver) AMA, APA (Mínimo 5 y Máximo 20)
- 9) MATERIALES ADICIONALES. Se debe definir si existe conflicto de intereses en la publicación, así como las códigos éticos empleados.

El artículo completo no podrá superar las 2000 palabras de extensión, excluyendo Título, Resumen, Bibliografía y Tablas.

En el caso que el artículo incluya fotografías, SE DEBEN INCLUIR DENTRO DEL TEXTO: Se deben entregar las fotografías en formato jpg. con una resolución de 1600x1200 en una carpeta aparte (pierden resolución al insertar en Word). Se deben de nombrar las imágenes como IMAGEN 1.jpg; IMAGEN2.jpg o similar. Las fotografías deben ser fuente propia, en caso de adjuntar imagen no propia se debe citar la fuente.

- En el supuesto que el artículo sea propiedad intelectual por haber sido ya presentado (revistas, universidades...) se debe de indicar.
- Los motivos por los cuales se pueden rechazar el artículo son:
 - 1.-Se detecte plagio en el documento adjuntado a la editorial.
 - 2.-El artículo no se ajuste a la publicación (en cuanto a temática, idea, enfoque, no contribuye al conocimiento)
 - 3.-El artículo no tiene calidad científica, con metodología débil, deficiente análisis de datos, escritura incorrecta o no presenta los requisitos.

Cuando su artículo sea seleccionado, le enviaremos un correo con la publicación y su fecha. Una vez publicado; se le enviara a su correo el correspondiente documento acreditativo con su respectivo ISSN.

Para su conocimiento el comité editorial y asesor está formado por:

COMITÉ EDITORIAL: Directora y Subdirectora

DIRECTOR/A: M^a Inmaculada Pérez Salazar

SUBDIRECTORES/AS: María del Carmen Vázquez García

EDITOR: SEDE

COMITÉ ASESOR: Gemma Arrontes Caballero, María Jesús Bernarte Sorribas, Marta Pérez García, Noelia Díaz Ferrer, Patricia Ferrero Sereno, Virginia García Moreno, Inés Naranjo Peña

ISSN: En curso

Mail: revista@estomaterapia.es

NORMAS ÉTICAS Y LEGALES

REVISTA SEDE es una publicación científica que somete todos los trabajos para su valoración el sistema de evaluación por pares. REVISTA SEDE se adhiere a las recomendaciones para la realización, información, edición y publicación de trabajos académicos en las revistas médicas elaboradas por el Comité Internacional de Directores de Revistas Biomédicas (ICMJE). Así como; se exige que dichos trabajos han de estar elaborados siguiendo las Recomendaciones Internacionales de Editores de Revistas Médicas (Normas de Vancouver), en su versión actualizada de diciembre de 2015 (<http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>)



El envío del manuscrito ha de ir acompañado de una carta firmada por todos los autores en la que declaren que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- El manuscrito se ajusta a las Normas de Publicación de la revista SEDE
- Los autores declaran tener o no tener ningún conflicto de intereses y lo expresan debidamente.
- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su evaluación y posible publicación en SEDE
- En el caso de contener un apartado de Agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.
- Se han obtenido los permisos necesarios, en su caso, para reproducir textos, tablas, figuras o fotografías de otras publicaciones, así como fotografías originales de personas.
- El manuscrito no ha sido publicado en ninguna otra revista ni enviado al mismo tiempo a otras revistas.
- Si el trabajo ha sido presentado en algún evento científico, se ha hecho constar expresamente en el manuscrito.
- Se cede a SEDE la propiedad intelectual del trabajo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos, o la comprobación por parte del Comité Editorial de su no veracidad, podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.

La aprobación del manuscrito para su publicación será notificada vía mail al primer autor.

En caso de darse una condición de infracción de los derechos de autor, REVISTA SEDE se exime de la **responsabilidad**, recayendo la misma en el autor de dicho artículo.

Cualquier duda QUE SURGAN POR PARTE DE LOS AUTORES en relación o no a las Normas de Publicación aquí descritas, puedes realizarnos cualquier pregunta al correo revista@estomaterapia.es.

Así mismo, todos los autores abajo firmantes declaran:

- Haber participado en la elaboración, diseño, interpretación de resultados, revisión y /o redacción científica del manuscrito
- Haber leído y aceptado la versión final del manuscrito enviada
- Haber aceptado de conformidad el envío a la revista SEDE DIGITAL
- Que ceden a la revista SEDE DIGITAL la propiedad intelectual del trabajo así como su reproducción y distribución.

Nombre del autor

Firma

1.
2.
3.

NO ESTA PERMITIDO CITAR CASAS COMERCIALES, PRODUCTOS REGISTRADOS EN LOS ARTICULOS A PUBLICAR.





HAZTE
SOCIO

SÚMATE
A NUESTROS
PROYECTOS



www.estomaterapia.es

 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
EXPERTA EN ESTOMATERAPIA