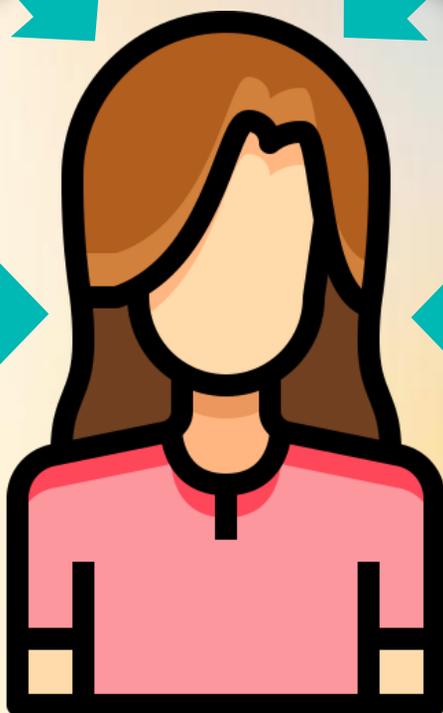


TRATAMIENTOS DE
COMPLICACIONES

CUIDADOS DEL
ESTOMA

EDUCACIÓN
SANITARIA

CONSULTA
OSTOMÍAS



*Proceso de Atención Enfermera a una Paciente Portadora de
Colostomía Secundaria a Traumatismo Anorectal*

*Pacientes Ostromizados.
Necesidades durante la Hospitalización*

*Importancia del Manejo de la Convexidad en el Postoperatorio
Inmediato y Tardío*



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. Curso de Experto en Estomaterapia por la Universidad Francisco de Vitoria. 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 (2009-2012). Especialista en Enfermería Familiar o Comunitaria. Curso de Experto en Estomaterapia por la Universidad Francisco de Vitoria. 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). Enfermera consulta de cirugía-ostomías y heridas en el H. U. Infanta Cristina (Parla-Madrid)



Índice

Comité Editorial	Página 02
Editorial	Página 04
Artículo 01 - Proceso de Atención Enfermera a una Paciente Portadora de Colostomía Secundaria a Traumatismo Anorectal. A Propósito de un Caso.	Página 05
Artículo 02 - Pacientes Ostomizados. Necesidades durante la Hospitalización.	Página 14
Artículo 03 - Importancia del Manejo de la Convexidad en el Postoperatorio Inmediato y Tardío.	Página 19
Normas de Presentación	Página 26
Hazte Socio	Página 29

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



Editorial

Estimados compañeros.

Continuamos trabajando para dar divulgación a los trabajos de investigación que realizan los profesionales de la enfermería.

En el mes de abril celebramos la I Jornada de Investigación conjuntamente con la Universidad Autónoma de Madrid.

La participación de los ponentes resulto de gran interés, y por ello realizaremos la publicación monográfica de las ponencias en nuestro siguiente número de la revista a finales de año.

Desde el Grupo Editorial de la Revista SEDE, seguimos apostando por la investigación, por su visibilidad compartiendo, a través de las publicaciones en la revista, los trabajos que con tanto esfuerzo realiza la enfermería, en el mundo de la ostomía, heridas y disfunción intestinal.

Os seguimos invitando a que enviéis vuestros trabajos, para su publicación en próximos número de nuestra Revista Digital SEDE.

Os esperamos.

¡¡¡Feliz verano!!!



Inmaculada Pérez
Presidenta de SEDE



Proceso de Atención Enfermera a una Paciente Portadora de Colostomía Secundaria a Traumatismo Anorectal. A Propósito de un Caso.

Carlos Manuel Nieves Rodríguez.

Graduado en Enfermería. Unidad de Hospitalización Cirugía General y Digestivo del Hospital Son Llàtzer. Palma De Mallorca. Islas Baleares.

Profesor del Departamento de Enfermería en la Universidad de las Islas Baleares.

carlosnieves23@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: El cáncer de colon es el tumor maligno de mayor incidencia en España, en muchos casos deriva en una ostomía, lo que provoca un cambio en la vida de los pacientes que, gracias a la ayuda de las enfermeras estomaterapeutas, pueden llegar a recuperar su vida normal y superar las complicaciones que pudieran surgir. Por el contrario, las lesiones en el recto y el ano son poco frecuentes, pero a menudo tienen lesiones asociadas graves. La primera prioridad es la atención a las lesiones que ponen en peligro la vida y la estabilización

Objetivos: Realizar un plan de cuidados durante la estancia hospitalaria del paciente, con la finalidad de realizar una adaptación progresiva a su entorno que le ayude a afrontar su nueva situación de cara al alta y mejorar su calidad de vida.

Metodología: Se elabora un estudio observacional descriptivo de un caso clínico.

Resultados: La eficacia de las intervenciones enfermeras se asocian con la necesidad de centrar el cuidado en la persona, proporcionándole una ayuda individualizada y continuada, desde la etapa precoz del preoperatorio, durante la hospitalización y con seguimiento de los cuidados a largo plazo tras el alta.

Conclusiones: El papel de la enfermera en la mejora de la calidad de vida de los pacientes portadores de ostomía es fundamental, pero además es preciso que se incorporen investigaciones de la práctica basada en la evidencia, y una formación continua y actualizada, manteniéndose al día en las novedades sobre intervenciones y estrategias individualizadas en la práctica enfermera.

PALABRAS CLAVE: Estoma. Proceso atención enfermera. Paciente colostomizado. Educación sanitaria. Calidad de vida

ABSTRACT

Introduction:

Colon cancer is the malignant tumour with the highest incidence in Spain, in many cases resulting in an ostomy, which causes a change in the lives of patients who, thanks to the help of stomatologist nurses, can recover their normal life and overcome the complications that may arise. In contrast, injuries to the rectum and anus are rare but often have serious associated injuries. Priority is care for life-threatening injuries and stabilization

Objectives: To carry out a care plan during the patient's hospital stay, with the aim of making a progressive adaptation to his environment that will help him face his new situation before discharge and improve his quality of life.

Methodology: A descriptive observational study of a clinical case is also elaborated.

Results: The effectiveness of the interventions is associated with the need to focus care on the person, providing individualized and continuous help, from the early preoperative stage, during hospitalization and with long-term care follow-up after discharge.

Conclusions: The role of the nurse in improving the quality of life of patients with an ostomy is fundamental, but it is also necessary to incorporate evidence-based practice research, and continuous and updated training, keeping up to date. in the news about individualized interventions and strategies in nursing practice.

KEY WORDS: Stoma. Nursing care process. Colostomy patient. Health education. Quality of life



INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal es el crecimiento descontrolado de las células tumorales en esa parte del intestino. En España, se diagnostican unos 22.000 nuevos casos al año, lo que representa el 12,7% de los tumores en el sexo masculino (12.500 casos) y el 15% en el sexo femenino (9.500 casos). La mayoría de los casos se diagnostican entre los 65 y los 75 años, aunque se registran casos desde los 35-40 años. Éstos últimos suelen tener una predisposición genética. (1,2)

La realización de un estoma constituye una agresión e impacto tanto a nivel físico (ruidos, malos olores, estreñimiento...), como a nivel psicológico (ansiedad, alteración de la imagen corporal, miedo...) en el paciente. Todos estos cambios influirán en su calidad de vida y dificultarán su adaptación al entorno cotidiano tras el alta hospitalaria.

En este aspecto, la labor de los profesionales de Enfermería en el proceso de rehabilitación de estos pacientes es fundamental ya que deben, sobre todo, enseñar al paciente a realizar la correcta higiene y cuidados de su estoma y adaptarse física y mentalmente a su nueva situación, lo que, sin duda, va a repercutir en la mejora de su calidad de vida. Para conseguir estos fines debe de existir una correcta coordinación, entre profesionales y con el paciente, en el momento del alta para poder garantizar un seguimiento eficaz, una continuidad en los cuidados y una adecuada educación sanitaria. (2, 3, 4, 5).

Actualmente en España, según datos publicados en la página web de la Sociedad Española de enfermería experta en estomaterapia (SEDE) España cuenta con 34 ciudades que poseen consulta especializada en estomaterapia, siendo un total de 296 hospitales, entre públicos y privados, los que cuentan con dichas consultas. El profesional experto en estomaterapia en la unidad de cirugía general debe controlar la medición de sus actuaciones y resultados (6,7) a través de la taxonomía NANDA-NIC-NOC y el modelo de Virginia Henderson (VH) para establecer un lenguaje estandarizado común a todos los profesionales de la enfermería para facilitar la comunicación entre niveles, la unificación de criterios y la elaboración de planes de cuidados. (8,9, 10, 11).

En el caso clínico presentado, se pone de manifiesto brindar una atención individualizada debido a las lesiones anorrectales que presenta la paciente y un programa de educación sanitaria para el manejo de los diferentes dispositivos en los cuidados de la colostomía.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Realizar un plan de cuidados durante la estancia hospitalaria del paciente, con la finalidad de realizar una adaptación progresiva a su entorno que le ayude a afrontar su nueva situación de cara al alta y mejorar su calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Carmen es una paciente de 72 años que acude a urgencias tras traumatismo anorrectal. Refiere lesión con pata de taburete rota mientras estaba sentada.

En abril de 2009 se le realiza una hepatectomía izquierda, una segmentectomía del segmento VIII y una colecistectomía, posteriormente comienza seis ciclos de quimioterapia que finalizan sin incidencias en julio de 2009.

El 27 de enero de 2022, ingresa en cirugía por intervención de urgencia por herida anfractuosa en fosa isquiática izquierda que produce desinserción del margen anal izquierdo y desgarró vaginal posterior. El canal anal y recto se presentan íntegros y el esfínter externo seccionado por completo. Presenta un desgarró vaginal posterior. Se practica una cirugía de Reparación perineal + colostomía en asa por traumatismo anorrectal. En zona perineal afectada se presenta una herida de bordes anfractuosos en margen anal izquierdo y región isquiática izquierda.

Tras la intervención quirúrgica permanece ingresada hasta el 14 de febrero del 2022. Durante su estancia nos proponemos un programa de educación sanitaria y aprendizaje para el manejo y abordaje de la colostomía.

1ª sesión: (28/ 01/ 2022)

El primer contacto con Carmen va a tener como finalidad, establecer una relación terapéutica con la paciente y su familia (12).

Le realizamos el registro del historial clínico y la hoja de valoración de Enfermería, en la que se resume la situación del paciente al alta:

1. Necesidad de oxigenación:

- Eupneica.
- No fumadora



2. Necesidad de nutrición:

- Sigue una dieta diabética e hiposódica. La ingesta de líquidos es escasa. Refiere no tener apetito. Ha perdido 10 kg en el último año motivado por su enfermedad de base. Presenta palidez de piel y mucosas, pero se encuentran bien hidratadas.

3. Necesidad de eliminación:

- Portadora de sondaje vesical los primeros días del posoperatorio.

4. Necesidad de movilidad:

- Los paseos le cansan mucho, suele parar cada 50 metros, aunque cada día se esfuerza por caminar un poco más.

5. Necesidad de reposo/ sueño:

- El sueño es reparador.

6. Necesidad de vestirse/desvestirse:

- Totalmente independiente

7. Necesidad de termorregulación:

- Sin síntomas.

8. Necesidad de higiene piel y mucosas:

- Carmen es portadora de colostomía en cuadrante inferior izquierdo del abdomen (4cm x 3cm); herida quirúrgica en zona ano rectal y herida de tubo de drenaje en fosa ilíaca derecha casi cicatrizadas y con buen aspecto.
- Estoma de color rojo muy oscuro debido a la presencia de coágulos y algún sangrado por la pérdida traumática del fiador del estoma.
- La piel periestomal está íntegra pero enrojecida debido a constantes cambios de la placa de colostomía por mala adherencia de la paciente al dispositivo, requiriendo varios cambios en cada turno.
- Se realiza el Test "Ostomy Skin Tool" para valorar de forma estandarizada la piel periestomal.

DET score: 3/15:

- Descoloramiento: 2/5.
- Erosión: 1/5.
- Sobrecrecimiento de tejido: 0/5.

- El dispositivo que utiliza al inicio es de 2 piezas, y se encuentra cómoda con él.

9. Necesidad de seguridad:

- Escalada de calidad de vida de "Montreux".

- Calidad de vida: (percepción del individuo de su posición en la vida y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones).

Bienestar físico (capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio) = 26%.

Bienestar psicológico percepción subjetiva, estado o sentimiento hacia sí mismo) = 20%.

Imagen corporal (es la manera en que te ves y te imaginas a ti mismo) = 5%.

Dolor (ausencia) = 90%.

Actividad sexual = 40%.

Nutrición = 20%.

Preocupaciones sociales (nivel de relación social) = 70%.

Manejo de dispositivos = 60%.

Índice de calidad de vida = 41,76%.

- Autosuficiencia: (grado de independencia de la paciente)

Autosuficiencia: 55%.

Ayuda y consejo = 100%.

- Cuestiones generales:

Adaptación positiva; capacidad de sobreponerse a las adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro = 50%

Adaptación negativa; Disminución progresiva de la reacción innata a un estímulo, que se produce como resultado de la presencia repetida o constante de ese estímulo = 60%

Ayuda = 100%



10. Necesidad de comunicación:

- Sin alteraciones.

11. Necesidad de religión/ Creencias:

- Es cristiana practicante.

12. Necesidad de trabajar:

- Se le concedió la jubilación anticipada por enfermedad.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas:

- Le gusta pasear, viajar y salir con las amigas.

14. Necesidad de adquirir conocimientos:

- Muestra interés en conocer los tipos de bolsas y placas de colostomía.

DIAGNÓSTICOS NANDA Y PLAN DE CUIDADOS:

En las Tablas 1 a 5 se detallan los objetivos enfermeros NOC propuestos para cada diagnóstico con los indicadores asociados y las intervenciones enfermeras NIC con las actividades a realizar, que se obtienen tras la valoración: (13)

(00069) Afrontamiento ineficaz relacionado con falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación Manifestada por expresión de incapacidad para el afrontamiento y solución inadecuada de problemas	
NOC 1302 Afrontamiento de problemas	NIC 5240 Asesoramiento
Indicadores (Escala: 1 nunca demostrado a 5 siempre demostrado)	Actividades
130201 Identifica patrones de superación eficaz 130205 Verbaliza aceptación de la situación 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas 130217 Refiere disminución de los sentimientos negativo	Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlo Demostrar simpatía, calidez y autenticidad Desaconsejar la toma de decisiones al paciente cuando se encuentre bajo un estrés severo y favorecer el desarrollo de nuevas habilidades y sentimientos Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por otros deseados por parte de la paciente y reforzar sus nuevas habilidades
NOC 1300 Aceptación: estado de salud	NIC 5270 Apoyo emocional
Indicadores (Escala: 1 nunca demostrado a 5 siempre demostrado)	Actividades
130020 Expresa consideración por sí mismo positiva 130016 Mantiene las relaciones 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud 130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud	Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos Favorecer la conversación o el llanto como medio de eliminar la respuesta emocional Proporcionar apoyo durante las etapas de negación, ira, negociación, aceptación del sentimiento de pena

Tabla 1



(00078) Gestión ineficaz de la salud relacionado con complejidad del régimen terapéutico manifestado por verbalización de la dificultad para realizar los autocuidados de su ostomía	
NOC 1813 Conocimiento del régimen terapéutico	NIC 5618 Enseñanza del procedimiento/tratamiento
Indicadores (Escala: 1 ningún conocimiento a 5 conocimiento extenso)	Actividades
181305 Descripción de la dieta prescrita 181308 Descripción del ejercicio prescrito 181309 Descripción de los procedimientos prescritos	Dar tiempo al paciente para que conozca el material necesario para realizar el autocuidado de su ostomía Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas y cómo incorporarlas: Debe tomar una dieta equilibrada, evitar bebidas gaseosas, fritos, grasas, salsas, café o alcohol, hacer cocciones suaves como al horno, microondas, vapor, hervido, comer pequeñas cantidades fraccionando la dieta en cinco o seis tomas, ingerir dos litros de agua Enseñar al paciente a planificar las comidas en cuanto a cantidad y tipo de alimentos Evaluar qué tipo de actividad física realiza animándolo a que realice varios períodos de ejercicio al día, alternados de otros de descanso Informarle de los beneficios del ejercicio físico que podrá ir incrementado conforme vaya recuperando las fuerzas debiendo evitar las actividades que supongan aumento de presión en la pared abdominal
NOC 1615 Autocuidados de la ostomía	NIC 0480 Cuidados de la ostomía
Indicadores (Escala: 1 nunca demostrado a 5 siempre demostrado)	Actividades
161503 Se muestra cómodo viendo el estoma 161504 Mide el estoma para ajuste adecuado del dispositivo 161505 Demuestra cuidados de la piel alrededor del estoma 161509 Controla las complicaciones relacionadas con la ostomía 161515 Sigue la dieta recomendada 161518 Busca ayuda profesional según sea necesario 161519 Expresa aceptación de la ostomía	Instruir al paciente en el uso/cambio del dispositivo de ostomía: Limpiar el resto de heces de la piel y del estoma, utilizar jabón neutro y esponja suave lavando la zona del estoma con movimientos circulares suaves, enjuagar y secar con toques suaves sin frotar. Proceder a medir el estoma. El dispositivo debe recortarse como anillo al dedo para evitar que el efluente entre en contacto con la piel periestomal. En este caso usamos una bolsa de dos piezas abierta. Aplicar polvos hidrocolooides en las zonas de piel ulceradas de la unión mucocutánea y moldeables de resina alrededor de todo el estoma para aumentar la adherencia del disco y nivelar el dispositivo, pegando el disco adhesivo de abajo a arriba, acoplar la bolsa, y reforzar con anillo microporo. Si existe vello alrededor del estoma, recortar con tijera Ayudar al paciente a planificar la rutina de los autocuidados, siendo aconsejable realizar el cambio de disco antes de desayunar Enseñar al paciente a que vigile la posible presencia de complicaciones (eritema, fugas...) por problemas en la adaptación del dispositivo. Fomentar la participación en grupos de apoyo de ostomía (asociaciones de ostomizados)

Tabla 2

(00053) Aislamiento social relacionado con alteraciones del aspecto físico debido a la cirugía manifestado por soledad y expresa sentimientos de rechazo	
NOC 1204 Equilibrio emocional	NIC 5330 Control del humor
Indicadores (Escala: 1 nunca demostrado a 5 siempre demostrado)	Actividades
120402 Muestra un estado de ánimo sereno 120403 Muestra control de impulsos 120415 Muestra interés por lo que le rodea 120418 Refiere capacidad para realizar tareas diarias	Animar al paciente a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de forma adecuada Ayudar al paciente a identificar los recursos disponibles y capacidades personales que pueden utilizarse en la modificación de los factores desencadenantes del humor disfuncional
NOC 2002 Bienestar personal	NIC 5230 Aumentar el afrontamiento
Indicadores (Escala: 1 no del todo satisfecho a 5 completamente satisfecho)	Actividades
200201 Satisfacción en la realización de actividades de la vida diaria 200207 Satisfacción en la capacidad de superación 200210 Satisfacción en la capacidad de expresar emociones 200213 Satisfacción en la capacidad de controlar actividades	Alentar al paciente a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos Alentar al paciente a mantener una actitud de esperanza realista Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes, capacidades y estrategias positivas para manejar su estilo de vida Ayudar al paciente a identificar objetivos a corto y a largo plazo, sistemas de apoyo disponibles y a resolver problemas de forma constructiva Presentar al paciente a personas o grupos que hayan pasado por el mismo problema

Tabla 3



(00002) Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para digerir los alimentos debido al traumatismo anorectal manifestado por peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal con un aporte nutricional adecuado

NOC 1004 Estado nutricional	NIC 1100 Manejo de la nutrición
Indicadores (Escala: 1 desviación grave a 5 sin desviación del grado normal)	Actividades
00402 Ingestión alimentaria 100408 Ingestión de líquidos 100403 Energía 100411 Hidratación	Preguntar al paciente si tiene alguna alergia alimentaria Determinar la capacidad de la paciente para satisfacer las necesidades nutricionales (ir a comprar, hacer la comida) Determinar sus alimentos preferidos La dieta de la paciente debe incluir fibra, proteínas, hierro y vitamina Ofrecer comidas ligeras tipo puré y de fácil masticación si presenta inapetencia Pesar a la paciente a intervalos adecuados
NOC 0303 Autocuidados: comer	NIC 5614 Enseñanza dieta prescrita
Indicadores (Escala: 1 gravemente comprometido a 5 no comprometido)	Actividades
030301 Prepara la comida 030314 Finaliza la comida	Evaluar el nivel actual de conocimientos de paciente acerca de la dieta. Las primeras semanas es aconsejable que sea pobre en residuos (con pocas verduras y frutas) hasta que las heces sean consistentes. Debe comer fraccionando la comida en cinco o seis tomas masticando lentamente. Instruir sobre alimentos beneficiosos o perjudiciales Alimentos que provocan flatulencias: espárragos, habas, col, cebolla y ajo Alimentos que reducen las flatulencias: infusiones de tomillo, hinojo y salvia El olor de las heces puede controlarse con mantequilla, yogurt y perejil Alimentos que no se digieren: apio, coco, frutos secos, guisantes y piña Procurar una dieta sin grasas, evitando salsas y fritos. Incluir carnes magras, pescado blanco, claras de huevo Disminuir la ingesta de café y alcohol Evitar bebidas con gas ya que producen distensión abdominal y edulcorantes como el sorbitol porque pueden producir diarrea En caso de diarrea tomar dieta astringente (manzana sin piel, plátano, membrillo, pasta, zanahoria, patata y arroz) En caso de estreñimiento tomar verduras y ensaladas, abundantes líquidos, carne y pescado, legumbre y cereales integrales y frutas enteras

Tabla 4

Diagnóstico NANDA	Objetivo NOC	Indicadores	Valor inicial	Valor final
(00069) Afrontamiento ineficaz	NOC 1302 Afrontamiento de problemas	130201 Identifica patrones de superación eficaz 130203 Verbaliza sensación de control 130213 Utiliza estrategias de superación efectivas	2 2 2	3 4 4
	NOC 1300 Aceptación estado de salud	130020 Expresa consideración por sí misma positiva 130016 Mantiene las relaciones 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud	2 2 2	4 4 4
(00078) Gestión ineficaz de la salud	NOC 1813 Conocimiento del régimen terapéutico	181301 Descripción de la dieta prescrita 181308 Descripción del ejercicio prescrito	2 2	5 4
	NOC 1615 Autocuidados de la ostomía	161504 Mide el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo 161505 Demuestra cuidados de la piel alrededor del estoma 161509 Controla las complicaciones relacionadas con la ostomía 161515 Sigue la dieta recomendada 161518 Busca ayuda profesional según sea necesario 161519 Expresa aceptación de su ostomía	1 1 1 2 2 2	4 4 4 4 5 4
(00053) Aislamiento social	NOC 1204 Equilibrio emocional	120402 Muestra un estado de ánimo sereno 120403 Muestra control de impulsos 120415 Muestra interés por lo que le rodea 120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias	2 3 2 3	4 4 4 3
	NOC 2002 Bienestar personal	200201 Satisfacción en la realización de actividades de la vida diaria 200207 Satisfacción en la capacidad de superación 200213 Satisfacción en la capacidad de controlar actividades	2 2 2	4 4 4
(00002) Desequilibrio nutricional por defecto	NOC 1004 Estado nutricional	100402 Ingestión alimentaria 100408 Ingestión de líquidos 100403 Energía 100411 Hidratación	2 2 2 3	5 4 4 4
	NOC 0303 Autocuidados: comer	030301 Prepara la comida 030314 Finaliza la comida	2 2	5 5

Tabla 5



EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO:

Figura 1. Descripción del estoma primera semana de ingreso.



Al primer cambio que se realiza de placa se observa que la paciente ha presentado sangrado por la colostomía debido a la pérdida accidental del fiador debido a un traumatismo externo. Se visualiza una mucosa del estoma rasgada como consecuencia del decúbito del fiador, sin signos de sangrado activo, pero con restos de coágulos en la zona inferior. El estoma se presenta invaginado pero funcionando. La piel perilesional se presenta enrojecida ya que la paciente no se adapta bien al tipo de placa y se desprende constantemente, con la consecuente fuga del efluente y múltiples cambios requeridos. Se inicia el programa de educación sanitaria a la paciente y a la familia presente en todo momento, mediante los cuidados principales de higiene y limpieza del estoma, cuidados de la piel perilesional, así como los diferentes dispositivos de ayuda en los cuidados de la colostomía. La paciente presenta una baja autoestima por la situación actual y se siente muy preocupada por su futuro, pero se muestra muy colaborante y receptiva de cara a la educación sanitaria que recibe para mantener los cuidados del estoma.

Figura 2. Cuidados del estoma en la segunda semana de ingreso.



La mucosa del estoma presenta un aspecto de color rosado y una piel perilesional menos enrojecida ya que se utiliza medio aro de protección

y pasta para fijar mejor el dispositivo y también evitar la fuga del efluente que resulta muy efectiva. Se continúa usando lamina plana y bolsa abierta (2 piezas). Se disminuyen los cambios de placa cada 48 horas. La familia participa en los cambios de dispositivos presentando un nivel muy alto de autonomía. La paciente se muestra muy colaboradora y presenta una actitud muy positiva en los cuidados. La piel perilesional se protege con un spray barrera para evitar la dermatitis. Se inicia también la educación nutricional de caras al alta de la paciente.

Figura 3. Cuidados del estoma en la tercera semana de ingreso y alta de la paciente.



En la última semana de ingreso, se ha conseguido una piel periestomal íntegra con el uso de productos barrera y se ha reducido el cambio de placa a 3-4 días mediante la colocación de placa convexa de 60mm y bolsa abierta, con un manejo excelente por parte de la paciente y familia. Se continúa utilizando pasta debido a que el estoma continúa invaginado pero con una buena adherencia de la paciente al dispositivo implantado de 3 piezas con el cual es dada de alta. Se han cumplido con los objetivos propuestos en 3 semanas de ingreso en la unidad de cirugía general con un manejo excelente por parte de la paciente y colaboración de todo el equipo de enfermería.

DISCUSIÓN:

Los cuidados son el foco de atención y la razón de ser de enfermería. Por ello, con la presentación de este caso, se pretende mostrar, al igual que en otros estudios, como el que cabe destacar el de García Cuenca L. (17), que la intervención de enfermería experta en estomaterapia, organizada y continua, puede producir resultados notables en la adaptación y la calidad de vida de las personas con estoma de eliminación, para así conseguir su autonomía, aumentar su seguridad y evitar las complicaciones del estoma. (14,15, 16).



CONCLUSIONES:

Para el éxito del plan de cuidados, la paciente siempre debe ser parte activa en la toma de decisiones.

En nuestro caso:

Se ha aumentado su bienestar físico y psicológico, lo que favorece su incorporación progresiva a sus tareas cotidianas, gracias a las recomendaciones higiénico-dietéticas.

La paciente ha adquirido los conocimientos y las herramientas necesarias para realizar el autocuidado de su ostomía. Se adapta favorablemente al cambio del dispositivo de tres piezas.

Se ha mejorado la autoestima y la aceptación de su imagen corporal, aumentando su motivación por el ejercicio físico y por reanudar su vida social y actividades de ocio.

Este caso clínico muestra la imprescindible labor de enfermería en la Atención bio-psico-social de la paciente ostomizada y la importancia de la Educación sanitaria para la autonomía y aceptación de ésta. (17,18). El trabajo en equipo es imprescindible para poder conseguirlo.

Por otra parte, distintos estudios (19,20) consideran que el personal de enfermería debe ampliar sus conocimientos y aumentar su comprensión de los sentimientos que surgen a los pacientes con ostomías durante el proceso de adaptación, reconocen que precisan reforzar los fundamentos teóricos y mantener un adecuado nivel de actualización de conocimientos tanto en estudiantes como en enfermeras, componentes fundamentales para el desarrollo de habilidades afectivas que permitan la atención adecuada a estos pacientes en la práctica asistencial y con un enfoque en cuidados holísticos para mejorar la calidad de vida del paciente.

APORTACIÓN Y RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

El presente trabajo aporta un método sistemático y organizado para la administración de cuidados de enfermería, orientado a dar una solución a los problemas identificados a una paciente colostomizada, y nos permite desarrollar unos cuidados individualizados y estandarizados, respetando los procedimientos y protocolos asistenciales basados en la evidencia científica.

Transcurrido el periodo de aprendizaje, se observa que la paciente ha mejorado notablemente sus habilidades para el autocuidado de su ostomía (sabe cómo cambiar el dispositivo, el mejor horario para hacerlo, completa su higiene personal sin dificultad, conoce cómo actuar en caso de fugas), ha aprendido la importancia de conocer la dieta correcta para el adecuado funcionamiento de su ostomía, a la vez que realiza ejercicio físico en la medida de sus posibilidades.

Mediante la propuesta de elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado, se han conseguido unos resultados de salud más altos para la paciente y familia, una disminución de los costes en salud y un incremento de la calidad asistencial.

Por último, se hace imprescindible la labor de la enfermera de consultas de estomaterapia, como una figura clave y referente dentro del cuidado de las ostomías y para un seguimiento continuo en los próximos días y meses como un soporte fundamental en la práctica clínica enfermera basada en la evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. El cáncer colorrectal en cifras. FCAECC (Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer) Fuente: Globocan 2002 (2005). Disponible en: <http://www.fundaciongrupoimo.com/aecc/cifrascolon.pdf>
2. Bonill de las Nieves C., Celdrán Mañas M., Hueso Montoro Cuevas Fernández-Gallego M. Rivas Marín C.; Sánchez Crisol I. et al. Vivencias y experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos
3. De Luna Bertos L., Ramos Torrecillas E., Rodríguez Pérez J., Díaz Rodríguez. Importancia del personal de enfermería en el cuidado integral del paciente ostomizado. Evidentia 2010 abr.-jun.; 7(30). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n30/ev7191.php>
4. Frida Hernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina. Madrid.



5. García Cuadrado I., Albarán Chamorro A., Cuerva Murillo C., Pereda Guardado R., Muñoz Martín P., Pérez Fernández J.; Análisis del cuidado enfermero del paciente ostomizado posquirúrgico. ¿Cuidamos todos igual?. Rev. Paraninfo Digital, 2011; 13. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n13/p082.php>
6. Charúa-Guindic L., Benavides-León C., Villanueva-Herrero J.A., Jiménez- Bobadilla B., Abdo-Francis J.M., Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Unidad de Coloproctología, Servicio de Gastroenterología, Hospital General de México; Marzo-Abril 2011. México.
7. Williams J. British Journal stoma care nursing: what the community nurse needs to know. Community Nurse 2017; 12 (8): 342-346.
8. Pérez García S. Validación del modelo de cuidados estandarizado con las taxonomías enfermeras NANDA – NOC – NIC en personas portadoras de una colostomía terminal en seguimiento tras el alta hospitalaria. Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Madrid. 2019.
9. Pérez García S.; Estomaterapia: una década de cuidados especializados Sociedad Española de Estomaterapia (SEDE); Madrid. 1997. p 9-10.
10. Uso de NIC-NOC en los diagnósticos NANDA de los enfermeros ostomizados de los enfermeros ostomizados. 2004; Disponible en: <http://estomaterapia.com/congreso2004/documentos/Comunicaciones/nic.noc.pdf>.
11. El paciente ostomizado en el entorno de una asociación: Conclusiones del Congreso Nacional de Ostomías. Los problemas de la Atención Integral del paciente ostomizado en el entorno de una asociación. Conclusiones del Congreso Nacional de Ostomías. Bilbao 3 Diciembre de 2005.
12. Johnson M, NANDA, NOC, and NIC linkages: nursing diagnoses, outcomes, & interventions. North American Nursing Diagnosis Association. Elsevier. 6ªed. 698 págs. 2016.
13. Cots Morral I., Valoración al paciente candidato a practicarle una ostomía de eliminación. Necesidades Virginia Henderson. Biblioteca Las casas, 2012.
14. Lucía Roa Castillo X., Yamile Rodríguez Castañeda R.; Diagnósticos de enfermería más relevantes en los pacientes ostomizados a partir de la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Santafé de Bogotá, D.C. 2018.
15. Percepción de calidad de vida del paciente colostomizado permanente que asiste a la asociación colombiana de ostomizados; Pinzón Sarmiento AF. Universidad Pontificia Javeriana, Facultad de Enfermería. Bogotá.
16. Sanz Cardenal G., Martín Mateos C., Calvo Ibañez R.: Un lenguaje común: Calidad e internacionalización de los cuidados enfermero. Hospital Río Hortera Valladolid, España. 2008.
17. García Cuenca L., Izaguerri Blázquez Mª T, Morona Amorós A.B, Moldeando el cuidado enfermero. Unidad de Cirugía; Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid 2010.
18. P. Fernandes de Sousa Longarito C., Vivir con ostomía: la atención de enfermería en una vida con significado. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo. Portugal. 2007
19. Silva NM, Santos MA dos, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25(2950):1-11.
20. Hueso-Montoro C, Bonill-de-las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Milena S, Amezcua-Martínez M, Morales-Asencio JM. Vivencias y afrontamiento ante el cambio de imagen corporal en personas con estomas digestivos. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 Dic [citado 17 Abril 2022];24(2840):1-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692016000100438&script=sci_arttext&tlng=es



Pacientes Ostomizados. Necesidades durante la Hospitalización.

Ramos-Mateos María Antonia, enfermera experta estomaterapeuta. Unidad de hospitalización cirugía general y digestiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

Pérez García Marta, enfermera experta estomaterapeuta. Unidad de radiodiagnóstico. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

Huidobrio Bajo Gregorio. Enfermero experto estomaterapeuta. Unidad de hospitalización de cirugía general y digestiva. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

toí_ramos@yahoo.es

RESUMEN:

Objetivo general: Conocer las necesidades no cubiertas del paciente ostomizado durante la hospitalización.

Metodología: Mixta (cualitativa/cuantitativa) mediante entrevistas semiestructuradas y revisión de historia clínica, en pacientes que cumplieran criterios de inclusión.

Resultados: Se realizaron 24 entrevistas. Edad media de 57,09 años. Nivel de estudios primarios el 54,17%. Categorías temáticas: Causas de preocupación, información sobre cuidados y fuentes durante la hospitalización, temas relevantes y motivo de implicación del cuidador principal en el domicilio y cambios sugeridos por pacientes.

Conclusiones: Las necesidades relacionadas con los cuidados del estoma parecen cubiertas pero se detectan deficiencias en la información dada sobre alimentación, vestido, ocio y acceso al material. Se deben facilitar medios al paciente para resolver posibles problemas hasta la cita con la estomaterapeuta.

Palabras Clave: Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Mejoramiento de la Calidad, Participación del Paciente, Estomas Quirúrgicos, Cuidados Posoperatorios.

ABSTRACT:

General objective: To know the unmet necessities of the ostomy patient during hospitalization.

Methodology: Mixed (qualitative/quantitative) through semi-structured interviews and review of medical records, in patients who met inclusion criteria.

Results: 24 interviews were conducted. Mean age of the patients was 57.09 years old. Level of primary studies 54.17%. Categories of study: Causes of concern, information on care and sources during hospitalization, relevant topics and reasons for the involvement of the primary caregiver at home, and changes suggested by patients.

Conclusions: The needs related to stoma care seem to be covered, but deficiencies are detected regarding the information given about food, clothing, leisure and access to material. Means should be provided to the patient in order to solve potential problems until the appointment with the stomatherapist.

Keywords: Health Services Needs and Demand, Quality Improvement, Patient Participation, Surgical Stomas, Postoperative Care.

INTRODUCCIÓN:

Los cambios sociodemográficos, económicos, políticos y tecnológicos hacen que las personas y la ciudadanía demanden cada vez más información y conocimiento sobre su salud-enfermedad. Con ello, se generan nuevas necesidades que los profesionales deben conocer y abordar, contribuyendo así el Sistema sanitario a impulsar el empoderamiento definitivo en salud de ciudadanos y pacientes mediante el desarrollo de sus capacidades y habilidades, con el objetivo de conseguir una autogestión óptima de su proceso de salud que redundará en una mejor calidad de vida (1-4). Pero el desarrollo de estas políticas va orientado y se han desarrollado sobre todo en el ámbito extrahospitalario, con el paciente y su proceso crónico.

La calidad de la atención que percibe el paciente está determinada por la diferencia entre las expectativas y la percepción de los resultados reales, siendo una responsabilidad de los servicios el dar participación a los usuarios o pacientes tanto para conocer sus necesidades y expectativas como para ver en qué nivel consiguen satisfacerlas. En muchas ocasiones, la atención de los centros sanitarios puede ser excelente mientras que los pacientes o usuarios no la perciben como tal, y viceversa (5,6).

Las personas portadoras de un estoma de eliminación experimentan, tras la intervención quirúrgica, una serie de cambios y problemas que afectan a todas sus dimensiones (física, psicológica, social y la espiritual) y requieren, por parte de la enfermera que les asiste, un amplio conocimiento de cuidados especializados para abordarlos (7,8).



En las unidades de hospitalización las enfermeras aplican a los pacientes ostomizados cuidados estandarizados (7,9), pero para conseguir empoderarles además, se deben conocer sus expectativas, y necesidades sentidas para darles respuesta.

Existen muchas publicaciones sobre el paciente ostomizado con variedad de temática: guías de actuación/recomendaciones en ámbito intra/extrahospitalario, tratamientos, complicaciones, educación, calidad de vida, impacto en familiares/cuidador principal, actuación, formación y experiencia de las enfermeras responsables de estos pacientes (8-18). Pero los investigadores no han encontrado estudios que se centren en la detección de necesidades sentidas del paciente ostomizado, durante la hospitalización. Por ello nos planteamos el presente estudio, cuyos objetivos son:

Objetivo general: detectar las necesidades no cubiertas del paciente ostomizado, durante la hospitalización.

Objetivos específicos:

1. Conocer características clínicas y sociosanitarias de los pacientes
2. Detectar si las necesidades habituales han sido cubiertas por enfermería durante el ingreso hospitalario.
3. Conocer cuáles son las fuentes de información a las que recurren los pacientes durante el ingreso y al alta inmediata.

METODOLOGÍA:

Se plantea un estudio en las unidades de hospitalización de cirugía general y digestivo, en un hospital de tercer nivel en Madrid, durante 2019. Se utiliza una metodología mixta cualitativa/cuantitativa, mediante entrevistas semiestructuradas y revisión de historia clínica. Los participantes eran pacientes portadores de colostomía/ileostomía, adultos, autónomos antes de la cirugía, sin deterioro cognitivo ni graves deterioros sensoriales, que han sido dados de alta hospitalaria y que aún no han acudido a la consulta de estomas de enfermería realizada habitualmente a la semana del alta hospitalaria. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, nivel de estudios, motivo y tipo de ostomía, estancia media de hospitalización, presencia/implicación del cuidador principal, domicilio al alta inmediata, uso de internet/redes sociales, uso de dispositivos móviles, recursos de información, nivel de satisfacción con enfermería, temas y momento de información sobre cuidados relacionados con el estoma. Los datos clínicos se obtuvieron de la historia clínica. El resto,

se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas, realizadas telefónicamente por los investigadores (enfermeros), a los 2-3 días del alta hospitalaria. El guion de las entrevistas constó de 45 preguntas: 14 abiertas, 25 con respuesta dicotómica y 6 cerradas con varias opciones de respuesta. El nivel de satisfacción con la enfermería se valoró con escala Likert de 4 puntos (1=excelente, 2=bueno, 3=regular, 4=malo). Para el análisis de los datos, se utilizó el programa Excell de Microsoft 2010 si eran cuantitativos, y la categorización del método de Taylor-Bogdan, si eran cualitativos. Las variables categóricas se expresan en frecuencias y porcentajes. Las variables continuas se expresan como media e intervalos.

El estudio contó con el beneplácito del Comité de Ética del Hospital.

RESULTADOS:

Se realizaron 24 entrevistas. Edad media: 57,09 años. Varones el 66,66%. Nivel de estudios: nulo (0%), primarios (54,17%), medios (16,66%) y superiores (29,17%). Tipo de ostomía: ileostomía (70,83%), colostomía (29,17%). Tipo de cirugía: urgente (29,17%), programada (70,83%). Causas del estoma: cáncer (45,84%), enfermedad inflamatoria intestinal (28,83%), otras (33,33%). Estancia media de hospitalización: 16,21 días [6-60].

Domicilio en el momento de la entrevista: domicilio habitual (75%), domicilio del cuidador principal/familia (25%). El 20,83% vivían solos habitualmente, pero sólo el 4,16% permanece en soledad en su domicilio habitual.

Acceso y uso de las tecnologías para obtener información:

- El 37,5% no utilizan nunca internet en su vida cotidiana.
- El 41,67% manifestaron no utilizar nunca internet para buscar información relacionada con la salud, teniendo todos ellos dispositivos portátiles con acceso a internet.

Nivel de satisfacción con la enfermería:

- "Te escucha y dedica el tiempo suficiente": excelente (83,33%), bueno (12,5%), regular (4,17%).
- "Explica bien lo que hace falta transmitir" y "Da buenos consejos y tratamiento": excelente (87,5%), bueno (8,83%), regular (4,17%).
- "Es amable y útil" y "Responde a tus preguntas": excelente (95,83%), regular (4,17%).



Categorías temáticas encontradas de las variables cualitativas:

1. *Causas de preocupación durante la hospitalización:* la principal, es cómo adaptarse a su vida cotidiana teniendo una ostomía (“no poder hacer deporte”, “inseguridad con las bolsas”, “los olores”, “la convivencia”, “el ver la bolsa”). Los cuidados del estoma es lo que más dudas plantea al alta (“...el no saber limpiarlo”, “tener algo nuevo y no saber tratarlo”). Se detecta en algún caso, preocupación por la cirugía, por el proceso patológico o desconocimiento sobre su estado de salud por falta de información (“no sé bien que me han hecho o qué va a pasar ahora”, “yo no sabía lo que me iban a hacer, ni lo que era esto...”)
2. *Información sobre cuidados:* Reciben información del manejo el estoma, el 100% de los pacientes y de los cuidadores principales; sobre higiene el 95,83%; alimentación 66.7%; vestimenta 33,33%; ejercicio 41,67%: material para autocuidados 91,67%. En algún caso el paciente percibe información contradictoria (“Unas enfermeras me dicen que puedo ducharme con disco y otras que no, y no sé muy bien qué hacer”). El 20,83% de los pacientes no recibió refuerzo de la información por escrito. Se tuvieron en cuenta la disponibilidad y destrezas del cuidador principal en el 79,17% de los casos.
3. *Fuentes utilizadas para aclarar las dudas durante el ingreso:*
 - Personal sanitario: La enfermera es una figura referente para aclarar dudas en la mayoría de los casos. Cabe destacar un caso en que “no preguntaba a nadie” y otro que preguntaba “al que pasaba por allí”.
 - Otros pacientes: el 37,5% de los pacientes declararon haber intercambiado información, experiencias y dudas con otros ostomizados durante la hospitalización.
 - Internet: solo el 20,83% afirmaron haber buscado información en internet durante el ingreso.
4. *Temas relevantes para el paciente ya en el domicilio:* los cuidados del estoma y modo de conseguir el material necesario, la alimentación, aseo y vestimenta son temas que los pacientes manifiestan ser importantes para ellos. Cuando surgen las dudas, los recursos de algunos pacientes han sido llamar a la consulta de ostomías, preguntar a conocidos también ostomizados y/o anotar todas las dudas para preguntar a la enfermera en la consulta de estomaterapia. En un caso el paciente no sabe cómo resolver o a quién preguntar sus dudas.
5. *Persona que realiza los cuidados del estoma en el domicilio:* El 62,5% de los pacientes realizan los cuidados del estoma de manera autónoma; el 29,17% los realiza de manera conjunta con el cuidador principal y en el 2% de los casos los realiza exclusivamente el cuidador principal. Los motivos alegados para la intervención del cuidador principal son la falta de destrezas/habilidad manual (“No recorto bien”), la inseguridad de los pacientes (“No me siento muy seguro yo solo”), la convalecencia tras la cirugía (“Estoy muy débil aún. He perdido mucho peso”), estar en proceso de adaptación del estoma (“No me veo bien en el espejo para cambiarme”) o la negación de la situación (“No quiere ni mirarse la bolsa”).
6. *Cambios sugeridos por los pacientes. Plantean mejoras relacionadas con la intimidación y la infraestructura (habitaciones con aseo individuales) y más dedicación del personal sanitario.*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Durante la hospitalización los cuidados del estoma son el tema que más preocupa a los pacientes, siendo la información facilitada suficiente para la mayoría de los pacientes. La enfermera es la fuente más relevante para aclarar las dudas. Sorprende el escaso número de pacientes que admiten recurrir a internet, pero estas cifras concuerdan con otros estudios/informes publicados (19).

Aunque el nivel de satisfacción con la enfermería es mayoritariamente excelente, se detectan deficiencias al alta, al no tener todos los pacientes la información de manera homogénea y en ocasiones contradictoria sobre alimentación, vestimenta, ejercicio, ocio y modo de conseguir el material. Por tanto podemos concluir que las necesidades habituales durante el ingreso no han sido totalmente satisfechas. Las diferencias formativas de los profesionales, los canales de transmisión de información y los condicionantes particulares del paciente (situación clínica, estrés, capacidades cognitivas, nivel de formación, etc.) puede ser una justificación de estos resultados.

La figura del cuidador principal/familia es relevante y tenida en cuenta por enfermería durante la hospitalización, implicándoles en los cuidados, confirmando su apoyo y soporte para el paciente ya en el domicilio.

Aunque a través de la consulta de estomaterapia, se siga y ayude al paciente en su proceso de adaptación de una manera individualizada (10), debe



revisarse la información facilitada al paciente y el modo y momento de transmitirla durante la hospitalización, para conseguir una comunicación más efectiva. También se deben facilitar medios y/o fuentes donde el paciente pueda recurrir para solventar sus dudas y/o problemas hasta la cita con la estomaterapeuta. Esto último implicaría la formación de los profesionales para facilitar fuentes de información en internet/redes sociales seguras, tal y como algún estudio ya ha reflejado (20).

En cuanto a los cambios sugeridos por los pacientes, los profesionales tienen poco margen de mejora de las infraestructuras, pero deben estudiarse estrategias que aumenten la eficacia de la atención.

Limitaciones: Los entrevistadores eran enfermeros que trabajaban en parte, en las mismas unidades donde estaban los pacientes, pudiendo por ello influir en parte de las respuestas durante las entrevistas.

Los autores declaran que parte de los datos fueron presentados en el XXIII Encuentro Internacional de Investigación en cuidados (Investen) celebrado en Barcelona en 2019.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio de sanidad, Consumo y Bienestar Social. Memoria de implementación 2014-2015 y evaluación preliminar. España; 2018. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Memoria_Segimiento.pdf
2. Contel JC. La atención integrada y el reto de la cronicidad. *Enferm Clin.* 2018;28(1):1-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.12.002>
3. European Patients Forum. Carta sobre empoderamiento de los pacientes [Internet]. Robert Bosch Stiftung; [citado 7 Nov 2018]. Disponible en: http://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/charter/charter_es-final.pdf
4. Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía [Internet]. Junta de Andalucía; [actualizado 2018]. Diccionario empoderamiento para la salud; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.osman.es/diccionario/definicion.php?id=12408>
5. Moreno S, Palomino PA, Frías A, Pino R. En torno al concepto de necesidad. *Index Enferm.* 2015 Dic;24(4): 236-239. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300010>.
6. Rodríguez MP. Grande M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 7 Nov 2018]. Tema 14.1. Disponible en: http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf
7. Cots I, Villalba E. Guía de cuidados de enfermería a la persona portadora de un estoma, según patrones funcionales. Biblioteca Lascasas, 2011;7(2). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0590.php>
8. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto, Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. 2009. [Consultado 7 Noviembre 2018]. Disponible en: <http://rnao.ca/bpg/language/cuidado-y-manejo-de-laostomia>
9. Coloplast Ostomy Forum. Coloplast Productos Médicos, S.A. Editor. Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado. 2015. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/doc-interes/send/19-documentos-de-interes/562-guia-para-la-planificacion-y-el-registro-del-cuidado-del-paciente-ostomizado>
10. Mota M, Gomes G, Petuco V. Repercussions in the living process of people with stomas. *Texto contexto - enferm.* 2016; 25(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0104-070720160001260014>
11. Ferreira E, Barbosa MH, Sonobe H, Barichello E. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. *Rev. Bras. Enferm.* 2017 Apr;70(2):271-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0161>
12. Galvão C, Souza L, Pinheiro L, Dantas M, Sousa R, Fernandes IK. Caracterización de ileostomizados atendidos en un servicio de referencia de ostomizados. *Enferm. glob.* 2017;16(46):1-36. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.230551>
13. Bonill-de las Nieves C, Capilla C, Celdrán-Mañas M, Morales-Asencio JM, Hernández-Zambrano SM, Hueso-Montoro C. Percepción de las personas ostomizadas sobre la atención de salud recibida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2017;25:e2961. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2059.2961>



14. Michelato N, dos Santos MA, Rodrigues S, Galvão CM, Megumi H. Aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2950. DOI: 10.1590/1518-8345.2231.2950
15. Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, Sintonen H, Körner H, Erichsen C. Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. Int. J. Surg. 2016;36:121-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijvsu.2016.10.031>
16. Laila MD, Kevin MD, Melinda MD, Raman MD, Oliver MD. Stoma creation: does onset of ostomy care education delay hospital length of stay? Am. J. Surg 2016;211:954-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.01.019>
17. Mauricio VC. Processo educativo desenvolvido por enfermeiros voltado para inclusão laboral de pessoas con estomia [tesis]. Faculdade de Enfermagem: Universidad do Estado de Rio de Janeiro; 2015. 266 p. Portugués.
18. Maurício VC, Dantas NV, Pereira C, Oliveira M. A visão dos enfermeiros sobre as práticas educativas direcionadas as pessoas estomizadas. Esc Anna Nery. 2017;21(4). Portugués. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0003
19. Vázquez R, Martínez M. Los ciudadanos ante la e-sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario. España: Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información -ONTSI-; Abr 2016. Ministerio de Industria, energía y turismo. Disponible en: https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-sanidad.pdf
20. Fernández LM, Gordo MA, Laso S. Enfermería y Salud 2.0: recursos TICs en el ámbito sanitario. Index Enferm. 2016 Jun;25(1-2):51-5.



Importancia del Manejo de la Convexidad en el Postoperatorio Inmediato y Tardío.

M^a Carmen García Fernández. Estomaterapeuta Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

mamengarciafernandez76@gmail.com

RESUMEN:

Se nos presenta un caso de un estoma complicado en el postoperatorio inmediato, estoma plano quedando en el borde de la piel periestomal y en pliegue cutáneo de abdomen. Como complicación a los 6 días de la cirugía presenta signos de infección con la consiguiente dehiscencia de la unión mucocutánea. Se plantea la utilización o no de dispositivos convexos para control de fugas.

Se realiza una revisión de la literatura de investigación del uso de la convexidad y nos revela una serie fragmentada de citas relacionadas con la convexidad y una escasez de evidencia y aplicaciones de dichos productos. Se encontró una reunión de consenso internacional en octubre de 2015. Donde utilizando procesos estructurados, se convocó a 15 enfermeras expertas de 9 países para revisar, discutir y votar sobre un grupo de declaraciones de consenso. Propuestas diseñadas para proporcionar una base para la toma de decisiones clínicas, al seleccionar un sistema de bolsa de ostomía o accesorios que incorporan convexidad.(1) Por otra parte en 2021 se realizó un encuesta a 332 especialistas en el cuidado de ostomías que ejercen en los Estados Unidos. La mayoría tenía más de 10 años de experiencia en el cuidado de pacientes con ostomías. Los resultados indican que el uso de la convexidad durante el período posoperatorio es frecuente para proporcionar un sellado seguro y un tiempo de uso predecible.(2).

Con todo lo expuesto nos decidimos a la utilización de los dispositivos convexo con la mayoría de los diagnósticos resueltos al alta hospitalaria.

2. PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 81 años de edad, independiente para las actividades de la vida diarias. Vive con su mujer 15 años más joven que él. Tiene vida activa ,camina cada día 40-50Km. Tiene una alimentación variada y equilibrada.

Antecedentes personales:

- Dermatitis atópica en tratamiento con Varicitib®.
- Glaucoma en tratamiento con Xalatan®.
- Diabético que llegó a tomar ADO, pero en la actualidad se controla con dieta y ejercicio.
- No alergias conocidas.

El 27/04/2021 acude a urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de 5-7 días de evolución.

Se realiza TAC abdominopélvico en el que se observa dilatación de asas del colon secundario a neoformación en colon descendente. Se decide intervención quirúrgica urgente resecando tumor y realizando colostomía en región paraumbilical izquierda. No se realiza marcaje del estoma al ser cirugía urgente en el turno de noche y no haber enfermera formada para dicha tarea.

A los 4 días presenta signos de infección de herida quirúrgica que precisa de drenado y la colocación de drenaje tipo penrose para facilitar el drenado por capilaridad.

En la valoración del estoma se observa estoma poco protruido quedando en el borde de la piel periestomal y en pliegue cutáneo de abdomen

A los 6 días de la cirugía presenta signos de infección con la aparición de signos inflamatorios (dolor, calor y rubor) y supuración en la zona periestomal, con drenado de líquido seropulento entre los puntos de sutura.



(Figura 1)

Se decide retirar un punto para favorecer el drenado y facilitar las curas. Después de resolver la infección tendremos una dehiscencia de sutura de la unión muco-cutánea de la colostomía que tendremos que resolver.





(Figura 2)

3. OBJETIVOS:

Principales:

- Resolución de la infección periestomal. Drenando la colección de líquido seropurulento y evitando la entrada en la cavidad de material fecal.
- Contener la dehiscencia de sutura de la colostomía y favorecer el cierre por segunda intención de dicha dehiscencia.
- Cuidado de la piel periestomal al tener de antecedente dermatitis atópica.

Secundarios:

- Evitar fugas con los dispositivos adecuados.
- Educación Sanitaria para el autocuidado en el manejo del estoma y los dispositivos.
- Involucrar a un cuidador principal en el cuidado del estoma, en este caso a su mujer.

4. METODOLOGÍA:

Se realiza valoración de enfermería según los Patrones funcionales de M. Gordon, detectando patrones alterados. Después se realiza el plan de cuidados con los diagnósticos NANDA alterados, con objetivos a alcanzar (NOC). Y el listado de actividades (NIC) para conseguir los objetivos.(3,4).

En el Anexo 1 se detallan NANDA, NOC, NIC aunque en la metodología se desglosen los diagnósticos referentes al estoma y piel periestomal.

La protocolización de las técnicas y actividades de enfermería nos permite unificar criterios de actuación.

En el caso de nuestro paciente el seguimiento de un plan de cuidados garantiza la resolución de problemas y la detección precoz de complicaciones:

1. NANDA:00044 Deterioro de la integridad cutánea r/c incisión quirúrgica abierta

NOC: 1103 Cura de heridas por segunda intención.

NIC: 3660 Cuidado de herida

NIC: 110303 Resolución de la secreción purulenta Se decide drenar el líquido seropurulento, realizando cultivo para identificar el microorganismo.(Figura 1)

Se pautan curas cada 24h lavando con suero fisiológico con jeringa para poder llegar al fondo de la cavidad.(Figura 2) Después se rellena dicha cavidad con **apósito de alginato con plata**



(Figura 3)

que es altamente absorbente. Permite recortarlo para adaptarlo a diferentes profundidades. Tiene un efecto antimicrobiano continuo y permite retirarlo en una sola pieza, evitando la posibilidad de restos de apósito en la cavidad.

2. NANDA: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, factores mecánicos y excreciones o secreciones.

NOC: 1101 Integridad tisular : piel y membranas mucosas.

NIC: 0480 Cuidados de la ostomía.

NIC: 3590 Vigilancia de la piel.



Después de la cura de la zona de infección, necesitamos sellar dicha zona para evitar la contaminación con heces y la irritación de la piel. Para conseguir dicho objetivo utilizamos **Anillo Moldeable de hidrocoloide**, reforzando en la zona del apósito con **Resina Moldeable** por su capacidad de adaptarse a la forma requerida.



(Figura 4).

Se decide dispositivo con **Convexidad suave** de 2 piezas abierta, al tener estoma plano. Dicha convexidad ejerce una presión moderada para evitar fugas y cuidar que la dehiscencia no aumente.



(Figura 5)



(Figura 6)

Como se ve en la figura 6 el dispositivo no queda bien ajustado y hay riesgo de fuga. Para ajustar todos los dispositivos entre sí y para favorecer la movilización del paciente se decide acoplar **Cinturón**. Añade seguridad. Así el paciente puede incentivar la movilización sin miedo a fugas.



(Figura 7)



Se utiliza spray retira adhesivos para retirar los restos que queden en piel para evitar el dolor al retirarlos en las curas y evitar lesiones en la piel de nuestro paciente con antecedentes de dermatitis atópica.

3. NANDA:00126 Conocimientos deficientes r/c complejidad del proceso

NOC: 1829 Conocimientos: cuidados de la ostomía

NIC: 5606 Enseñanza individual.

9480 Cuidados de la ostomía.

5614 Enseñanza dieta prescrita.

Con la pandemia de Covid 19 se prohibieron los acompañantes en la unidad de cirugía. Para continuar con la labor del autocuidado y la de incluir en el plan de cuidados a un cuidador principal. Se realiza un vídeo del cuidado del estoma y del manejo de los dispositivos para mandar a dicho cuidador principal. Con una llamada posterior para aclarar dudas. Favoreciendo así la enseñanza en el autocuidado y evitando la ansiedad que genera la falta de información. Al ser un documento tan gráfico e ilustrativo nos aseguramos de que no se olvide ningún paso importante en el cuidado. Pudiendo revisarlo las veces que fueran necesarias para su aprendizaje. En pacientes de edad avanzada con problemas de memoria es una intervención muy adecuada para la enseñanza individual.

En la primera revisión en la consulta de ostomías a los 7 días del alta hospitalaria se realiza valoración de enfermería según los Patrones funcionales de M. Gordon, detectando patrones alterados. Se puede observar la posición del estoma en un pliegue cutáneo.



(Figura 10)

Y se registran fugas de al menos una al día.

1. NANDA: 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, factores mecánicos y excreciones o secreciones.

NOC: 1101 Integridad tisular : piel y membranas mucosas.

NIC: 0480 Cuidados de la ostomía.

NIC: 3590 Vigilancia de la piel.

Se decide el cambio de convexidad suave a **convexidad fuerte**, bolsa cerrada de 3 piezas. Al estar la dehiscencia casi resuelta y la unión mucocutánea del estoma consolidada se decide aumento de la presión periestomal. Se añade **Cinturón** para que proporcione una seguridad adicional. Al tener un pliegue tan profundo el borde del disco se levanta, para evitar el problema se añade **Arcos de sujeción elástico** gracias a su adhesivo extra permite mayor adaptabilidad en los pliegues profundos como el de nuestro paciente. (Figura10)

5. RESULTADOS

En la reunión de expertos de octubre de 2015 después de diferentes puntos de vista. Donde había panelistas que expresaron su preocupación, de que la convexidad en el período posoperatorio inmediato, podría aumentar el riesgo de separación mucocutánea al aumentar la presión y las fuerzas mecánicas en la base del estoma recién formado. Mientras que otros opinaron que la separación mucocutánea durante el período posoperatorio temprano es más probable que se vea influenciada por otros factores específicos del paciente, como la nutrición perioperatoria, compromiso inmunológico, presencia de distensión abdominal posoperatoria y técnica quirúrgica que por la presión. También comentaron sobre experiencias con múltiples pacientes que desarrollaron dehiscencia pero que nunca utilizaron la convexidad. Varios panelistas indicaron que usar la convexidad para lograr un sellado seguro y predecible es más importante en el período posoperatorio inmediato que el posible riesgo de dehiscencia. Ante este panorama solamente llegaron a un consenso sobre una declaración simplificada que decía "**En el período posoperatorio inmediato, se puede considerar la convexidad**".

El documento del 2022 donde la encuesta a 332 especialistas en el cuidado de estomas indicó que el **79 % habían usado un sistema de bolsa convexa independientemente de cuándo se realizó la cirugía.**



Con toda esta información nos animamos a la elección de dispositivos convexos y nos ayudó a conseguir los objetivos. Casi todos están resueltos al alta hospitalaria:

- La infección se resolvió durante el periodo de ingreso con apósitos de **alginato con plata**.
- **Anillo Moldeable, Resina Moldeable** y Dispositivo con **Convexidad Suave** de 2 piezas abierta junto con **Cinturón** han permitido que la dehiscencia esté casi en resolución aislando dicha zona de heces y evitando fugas. Y la convexidad suave no aumentó para nada la separación mucocutánea del estoma. Así la calidad de vida del paciente mejora, junto con su seguridad y confort..

Podemos ver una comparativa de la dehiscencia los primeros días de las curas y el día del alta en las figuras 8 y 9.



(Figura 8)



(Figura 9)

El cambio del dispositivo de convexidad moderada a fuerte se decidió al realizar la nueva valoración en la consulta y tener alterado el patrón 2. Con el diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad y excreciones. En las siguientes revisiones se valora la ausencia de fugas con el consiguiente aumento de la calidad de vida de nuestro paciente al poder de nuevo realizar sus tareas diarias y sociales.

6. CONCLUSIONES:

Con nuestra experiencia en este caso y otros similares podemos decir que el postoperatorio inmediato podemos plantear la utilización de convexidades suave y valorar cuando podemos aumentar dicha convexidad si se precisa.

Se recomienda el desarrollo de guías de práctica clínica asistencial basados en ensayos controlados aleatorios o ensayos clínicos no aleatorios, que evalúen la eficacia de varios productos que incorporan convexidad. Es determinante saber que se debe valorar en los pacientes para determinar la convexidad

Es importante que las enfermeras especialistas en ostomías trabajen codo con codo con los fabricantes de dispositivos y así poder definir tipos de convexidad y utilidades .

Sin olvidar la importancia de la ubicación correcta de la ostomía preoperatoria, la construcción quirúrgica de la ostomía y el seguimiento cuidadoso de los pacientes se han descrito en estudios retrospectivos, prospectivos y revisiones sistemáticas como los factores más importantes en la prevención de las complicaciones relacionadas con la ostomía. El caso presentado es buen ejemplo de ello al realizar el estoma sin el marcaje reglado preoperatorio .

El seguimiento en consulta de la enfermera especialista en ostomías es primordial para terminar el plan de cuidados con éxito y evitar complicaciones tardías.



ANEXO 1. (3,4)

PATRON	DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS	INTERVENCIONES
P1 percepción manejo de la salud	00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.	1902 Control del riesgo	6654 Vigilancia Seguridad. 3660 Cuidados de las heridas 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso. 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento.
	00078 Gestión ineficaz de la salud. 00081 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c complejidad del régimen terapéutico.	1813 Conocimiento régimen terapéutico. 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión 1813 Conocimiento régimen terapéutico	4420 Acuerdo con el paciente. 5270 Apoyo emocional. 5230 Aumentar el afrontamiento. 4410 Establecimiento de objetivos comunes 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento. 5602 Enseñanza: procesos de enfermedad
P2 Nutrición /Metabolismo	00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c proceso postquirúrgico . 00044 Deterioro de la integridad cutánea r/c incisión quirúrgica abierta. 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutanea r/c humedad, contacto de secreciones.	0601 Equilibrio de líquidos 1103 Cura de heridas por segunda infección. 1101 Integridad tisular.	4120 Manejo de líquidos 2080 Manejo de líquidos /electrolíticos. 3660 Cuidado de herida 1870 Cuidados de drenaje. 110301 Granulación. 110302 Epitelización 110303 Resolución de la secreción purulenta. 110304 Resolución de la secreción serosa 3590 Vigilancia de la piel. 0480. Cuidados de la ostomía
P3 Eliminación	No alterada		
P4 Actividad y ejercicio	No alterada		

ANEXO 1. (3,4)

PATRON	DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS	INTERVENCIONES
P5 Sueño	00095 Insomnio r/c factores ambientales y malestar físico.	0003 Descanso	1850 Mejorar el sueño. 6482 Manejo ambiental confort.
P6 cognitivo/perceptual	00250 Dolor 00126 Conocimientos deficientes r/c complejidad del proceso	02102 Nivel de dolor 1829 Conocimientos cuidados de la ostomía	01400 manejo de dolor. 5606 Enseñanza individual. 9480 Cuidados de la ostomía. 5614 Enseñanza dieta prescrita
P7 Auto percepción / autoconcepto	00146 Ansiedad r/c con la situación potencialmente estresante.	01211 Nivel de ansiedad. 1402 Autocontrol de la ansiedad. 1302 Superación de problemas.	5230 Aumentar el afrontamiento. 5820 Disminución de la ansiedad. 5380 Potenciación de la seguridad. 5618 Enseñanza procedimiento de tratamiento
P8 Rol/ Relaciones	00148 Temor r/c la situación potencialmente estresante 00118 Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía mutilante	1404 Autocontrol del miedo. 1200 Imagen corporal.	4655 Contacto terapéutico. 5820 Disminución de la ansiedad. 5220 Mejora de la imagen corporal. 5220 Potenciación de la imagen corporal.
P9 Sexualidad reproducción	No valorado en el posoperatorio		
P10 Adaptación/tolerancia al estrés	0069 Afrontamiento inefectivo r/c falta de confianza para afrontar la situación	1320 Afrontamiento de problemas	5230 Mejorar el afrontamiento.
P 11 valores y creencias	No alterado.		
PROBLEMAS INTERDISCIPLINARIOS			
	Dolor agudo secundario a intervención quirúrgica	1605 Control del dolor	160505 Utilizar los analgésicos de forma apropiada. 1400 Manejo del dolor.
	Infección secundaria a herida quirúrgica en abdomen	1103 Cura de heridas por segunda infección	3660 Cuidado de herida 110301 Granulación 110302 Epitelización 110303 Resolución de la secreción purulenta. 110304 Resolución de la secreción serosa

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: 2792-8462

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