

Revista SEDE

ARTÍCULO 1:
HEMORRAGIA
RECURRENTE DE
ESTOMA EN BRICKER

ARTÍCULO 2:
CUIDADOS DE
ENFERMERÍA
DERIVADOS DE LA
CISTECTOMÍA RADICAL
ROBÓTICA

ARTÍCULO 3:
EVALUACIÓN DE LA
SATISFACCIÓN DE LOS
PACIENTES
CISTECTOMIZADOS EN
LA CONSULTA DE LA
ENFERMERA
ESTOMATERAPEUTA

ARTÍCULO 4:
PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA:
EXPERIENCIA DE
MUJERES EN EDAD
REPRODUCTIVA SIN
HIJOS, CON UNA
OSTOMÍA DE
ELIMINACIÓN
DEFINITIVA

ARTÍCULO 5:
APLICACIÓN Y USO DE
LAS NUEVAS
TECNOLOGÍAS EN LA
ATENCIÓN DEL
PACIENTE OSTOMIZADO
DURANTE LA PANDEMIA

JULIO 2024



Comité Editorial

DIRECTORA

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

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 Integrada de Albacete

COMITÉ ASESOR

M^a Jesús Bernarte Sorribas

Diplomada Universitaria en Enfermería en la Universidad Complutense de Madrid. Experto en Ostomías. Universidad Francisco de Vitoria. Master en Coloproctología en la Universidad Francisco de Vitoria. Experto en Urgencias Extrahospitalarias Satselain 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). Presidenta de SEDE

Marta Pérez García

Diplomada Universitaria en Enfermería (Universidad Pontificia de Comillas). Experta en Enfermería: Cuidados integral 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

Patricia Ferrero Sereno

Jefa de estudios del Grado de Enfermería en la Universidad Alfonso X 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

Virginia García Moreno

Enfermera por la Universidad de Salamanca (2009-2012). Especialista en Enfermería Familiar o Comunitaria. Curso de Experto en Estomaterapia por la Universidad Alcalá de Henares. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Enfermera en la Unidad de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid. Vocal de SEDE

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). Master en Coloproctología en la 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)

Margarita Poma Villena

Licenciada en Enfermería (Universidad Peruana Cayetano Heredia). Máster en Coloproctología y Estomaterapia (Universidad Francisco de Vitoria). Máster en Investigación en Cuidados de la Salud (Universidad Complutense de Madrid). Experto Universitario en Heridas Complejas (Universidad Castilla - La Mancha). Experto Universitario en Cuidado Integral del paciente ostomizado (Universidad Francisco de Vitoria). Experto Universitario en Urgencias y UCI (Universidad Complutense de Madrid). Miembro de la Comisión de Investigación de Enfermería Corporativa (CIEC) de Quironsalud. Tutora de Alumnos de Enfermería Talents Beats (Universidad Francisco de Vitoria). Consulta de Enfermería Hospital Universitario La Luz. Madrid

Nancy M. Camacho León

Licenciada en Enfermería (Universidad Peruana Cayetano Heredia-Escuela de Enfermería de la Marina). Máster en Ostomías para Enfermería (TECH Universidad Tecnológica). Experto Universitario en Estomaterapia (Universidad de Alcalá). Experto Universitario en Prescripción Enfermera (Universidad a Distancia de Madrid Udima). Experto Universitario en Procesos e Intervenciones Enfermeras al Paciente Adulto en Situaciones Comunes de Hospitalización (Universidad Católica de Ávila). Enfermera referente en Cuidados de Ostomías en el Paciente Hospitalizado del HLL.(2016-2019). Tutor principal de prácticas clínicas con alumnos del 2º Grado de Enfermería Universidad de Nebrija en HLL (2018-2019). Actividad Docente en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra, Madrid. Enfermera referente en Ostomías, consulta de Cirugía Gral y Digestiva-Coloproctología en Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Índice

Comité Editorial	<u>Pág. 2</u>
Editorial	<u>Pág. 4</u>
Artículo 01 - Hemorragia Recurrente de Estoma en Bricker	<u>Pág. 5</u>
Artículo 02 - Cuidados de Enfermería derivados de la Cistectomía Radical Robótica	<u>Pág. 10</u>
Artículo 03 - Evaluación de la Satisfacción de los Pacientes Cistectomizados en la Consulta de la Enfermera Estomaterapeuta	<u>Pág. 16</u>
Artículo 04 - Proyecto de Investigación Cualitativa: Experiencia de Mujeres en Edad Reproductiva sin Hijos, con una Ostomía de Eliminación Definitiva	<u>Pág. 21</u>
Artículo 05 - Aplicación y Uso de las Nuevas Tecnologías en la Atención del Paciente Ostomizado Durante la Pandemia	<u>Pág. 26</u>
Normas de Presentación	<u>Pág. 32</u>
Hazte Socio	<u>Pág. 35</u>

Estimados lectores y compañeros

Continuamos con nuestro compromiso como equipo editorial, presentaros una nueva edición de “vuestra” revista, dedicada a la continua evolución de nuestra profesión.

Este número aborda temas de gran relevancia y actualidad.

Nuestra edición también explora las últimas tendencias en educación para la salud, donde se desarrollan metodologías de aprendizaje, para enfrentarnos a los nuevos desafíos y retos para mejorar la atención a los pacientes.

Los planes de cuidados van evolucionando de forma significativa adaptándonos, a nuevas herramientas que hacen más fácil nuestro trabajo diario.

En esta edición nos orgullece presentaros investigaciones y proyectos que contribuirán al cuerpo de conocimientos de nuestra disciplina enfermera, desde la implantación de protocolos de cuidados hasta la evaluación de intervenciones en casos clínicos, reflejando nuestra apuesta por la mejora continua de la practica basada en la evidencia.

El trabajo realizado hasta este momento por los numerosos profesionales, que han apostado por dar visibilidad a sus trabajos en nuestra revista, durante estos tres años de vida nos ha motivado a todo equipo editorial conjuntamente con la Junta Directiva de SEDE a celebrar nuestra II Jornada Científica.

La I Jornada Científica SEDE se celebró en el año 2022, la próxima tendrá lugar en diciembre del este año 2024.

Por ello con toda nuestra gratitud y admiración, en esta próxima Jornada queremos premiar el esfuerzo, y dedicación, de nuestras compañeras que tomaron la decisión valiente, de publicar sus artículos en la revista SEDE, ¿¿y cómo?? A través de la convocatoria de dos tipos de premios, el premio al mejor estudio de investigación basado en la evidencia y premio al mejor caso clínico.

Dichos premios se entregarán el Dia de la celebración de la Jornada Científica SEDE. Por todo ello solo me queda desearos que disfrutéis con los contenidos de este número de la revista y desearos felices vacaciones.

Un cordial saludo de todo el equipo editorial

Inmaculada Pérez
Directora Revista SEDE

HEMORRAGIA RECURRENTE DE ESTOMA EN BRICKER

RECURRENT HEMORRHAGE FROM STOMA IN BRICKER

Martín Asensio, Ana¹; Gómez Porcel, Ascensión²; Baixauli Puig, Montserrat³.

¹ Enfermera asistencial de la Unidad de Hospitalización Urología. Hospital Clínic de Barcelona.

² EPA unidad Uro-oncológica. Hospital Clínic Barcelona.

³ Enfermera asistencial Unidad de Diagnóstico Urológico. Hospital Clínic Barcelona.

amartinas@clinic.cat

PALABRAS CLAVE

Hemorragia, Ostomía, Cuidados ostomía.

RESUMEN

Objetivo: La hemorragia del estoma es una complicación poco frecuente de las derivaciones tipo Bricker. Puede provocar complicaciones para el paciente y causa un impacto negativo tanto nivel físico como emocional. El objetivo del estudio es elaborar un plan de cuidados adaptado a las necesidades de un paciente que presenta episodios reiterativos de hematuria/sangrado por Bricker.

Métodos: Se elabora un plan de cuidados adaptado las necesidades del paciente según el modelo conceptual Marjory Gordon y taxonomía NANDA, NOC, NIC. Los datos del paciente se obtienen a través de la historia clínica y de la observación directa.

Resultados: Se presenta el caso de un hombre Hombre de 70 años con historia de Tumor Vesical con cistoprostatectomía radical con derivación tipo Bricker. Presenta episodios reiterativos de hematuria/sangrado por Bricker con coágulos y caída de hemoglobina, que requiere transfusión y altera el estado emocional del paciente.

Tras realizar el análisis, los patrones que presentaban alteración eran: el nutricional metabólico y el de auto percepción- autoconcepto.

Se priorizaron dos diagnósticos enfermeros: Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos y el Temor. Una vez identificados los diagnósticos, se planificaron las intervenciones enfermeras para conseguir los objetivos de resultado autocontrol del miedo y severidad de la pérdida de sangre. Las intervenciones han sido positivas para al paciente, se resolvió el proceso agudo y se ha recuperado la seguridad y la autonomía en el autocuidado de la urostomía.

Conclusión: La enfermera estomaterapeuta tiene un papel fundamental en el cuidado de estos pacientes, aplica cuidados individualizados, asesora y acompaña, resuelve complicaciones y establece nexos de unión con otros profesionales para buscar soluciones.

ABSTRACT

Objective: Stoma hemorrhage is a rare complication of Bricker ileal conduit diversions. It can cause complications for the patient and causes a negative impact on both a physical and emotional level. The objective of the study is to develop a care plan adapted to the needs of a patient who presents repetitive episodes of hematuria/Bricker's bleeding.

Methods: A care plan is prepared adapted to the patient's needs according to the Marjory Gordon conceptual model and NANDA, NOC, NIC taxonomy. Patient data is obtained through clinical history and direct observation.

Results: The case of a 70-year-old man with a history of Bladder Tumor with radical cystoprostatectomy with Bricker ileal conduit diversion is presented. He presents repetitive episodes of hematuria/Bricker's bleeding with clots and drop in hemoglobin, which requires transfusion and alters the patient's emotional state.

After carrying out the analysis, the patterns that showed alteration were: the nutritional metabolic pattern and the self-perception-self-concept pattern. Two nursing diagnoses were prioritized: Risk for imbalance fluid volumes and Fear. Once the diagnoses were identified, nursing interventions were planned to achieve the outcome objectives of self-control of fear and severity of blood loss. The interventions have been positive for the patient, the acute process was resolved and security and autonomy in self-care of the urostomy has been recovered.

Conclusion: The stoma nurse has a fundamental role in the care of these patients, applies individualized care, advises and accompanies, resolves complications and establishes links with other professionals to seek solutions.

INTRODUCCIÓN

La cistectomía radical es el tratamiento de elección del para el cáncer de vejiga musculo-invasivo y en ocasiones puede indicarse para tumor no musculo-invasivo de alto riesgo. El conducto ileal tipo Bricker es la técnica de derivación urinaria de elección en la actualidad (1). La hemorragia del estoma es una complicación poco frecuente de las derivaciones urinarias tipo Bricker. La hemorragia suele asociarse a la existencia de varices periestomales y representa un 5% del total de episodios hemorrágicos por varices (2).

El sangrado activo y recurrente de la mucosa estomal aumenta la morbilidad de forma significativa, conlleva episodios de anemia que si no se corrigen pueden alterar el estado hemodinámico. También comportan un riesgo de mortalidad entre el 3-4 % (3).

Los efectos adversos causan un impacto negativo tanto a nivel físico como emocional, comprometen al enfermo y al cuidador

La enfermera estomaterapeuta tiene un papel fundamental en el cuidado de estos pacientes, aplica cuidados individualizados, asesora y acompaña, resuelve complicaciones y establece nexos de unión con otros profesionales para buscar soluciones.

REPORTE DEL CASO

El paciente es un hombre 70 años, sin antecedentes de interés, intervenido de cistoprostatectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker por tumor vesical no musculo invasivo de alto riesgo en 2007. En un principio, el paciente consulta por sangrado esporádico del estoma, de diferente intensidad, que le tiñen la orina de la bolsa de urostomía (Imagen 1).



Imagen 1: hematuria proveniente de la urostomía (imagen cedida por el paciente).

En el estoma se objetivan tres pequeñas zonas sangrantes y la piel periestomal está íntegra (Imagen 2 y 3). Utiliza dispositivo dos piezas con adhesivo plano. Los puntos sangrantes se trataron mediante fulguración con nitrato de plata. Se descarta mala praxis en el uso de los dispositivos que puedan provocar lesiones en el estoma. Es autónomo en el cuidado de la ostomía.



Imágenes 2 y 3: puntos sangrantes de la urostomía (imágenes cedidas por el paciente).

En esta fase el paciente mantiene el autocuidado y la serenidad.

Después de dos meses presenta episodios reiterativos de hematuria/sangrado por Bricker con coágulos y caída de 4 puntos de hemoglobina, que requiere transfusión. El estudio ecográfico muestra hallazgo compatible con fístula arterio-venosa ubicada alrededor de la ostomía, a 1 cm por debajo de la superficie cutánea. El TAC descarta signos de sangrado activo intraabdominal o recidiva tumoral. No hay antecedentes de enfermedad hepática, ni alteraciones analíticas y el paciente niega consumo de bebidas alcohólicas.

Por el sangrado reiterativo del estoma se realiza embolización de la malformación arterio-venosa en dos ocasiones, abril y junio del 2022.

Dada la evolución tórpida del proceso el paciente verbaliza sentimientos de temor relacionados con su estado y la manipulación de la ostomía.

A los cuatro meses de la última embolización ingresa por nuevo episodio de sangrado con anemización y afectación del estado general con requerimientos transfusionales. La piel periestomal se mantiene íntegra. El angioTAC detecta circulación colateral peri-Bricker más signos de hepatopatía crónica más trombosis parcial de la vena mesentérica superior. La biopsia hepática confirma cirrosis hepática. En este momento el paciente reconoce consumo de bebidas alcohólicas a diario.

Se realiza derivación portosistémica intrahepática transyugular –TIPS. Las curas de la urostomía se mantienen con el mismo tipo de dispositivo, disco plano y dos cuerpos, con cambios de disco cada tres días y la bolsa colectora a diario

VALORACIÓN

Se realiza la valoración según patrones de Marjory Gordon (4). Los datos se han recogido de su historia clínica y de la observación directa del paciente.

Describimos los dos patrones que encontramos alterados en el paciente, son los siguientes:

Patrón 2. Nutricional Metabólico: Presenta palidez de piel y mucosas.

Patrón 7. Auto percepción-Autoconcepto: Se muestra muy intranquilo y temeroso por su situación actual. Le asusta la presencia de sangre en el estoma y en la bolsa. Tiene aprehensión cuando ha de higienizar el estoma y cambiar el dispositivo por si se activa e intensifica el sangrado. Tiene miedo y tristeza “por si tiene algo malo” y está muy preocupado porque no sabe cómo se va a resolver su problema. No tiene ánimo para salir a la calle. Le tranquiliza poder acudir de urgencia a la consulta de la enfermera estomaterapeuta en caso de hemorragia o cualquier problema relacionado.

Diagnósticos enfermeros/ NOC-NIC

El análisis del estado del paciente y el juicio clínico enfermero permiten identificar los problemas. Después se formulan los diagnósticos enfermeros de actuación prioritaria según la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association -NANDA (5).

Se ajusta el plan de cuidados a las prioridades del paciente mediante la interrelación diagnóstico- Objetivo de resultado-Intervención enfermera. (Tabla 1) El ajuste es realista y de cumplimiento factible.

Diagnóstico	NOC	Indicadores	NIC
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	- Severidad de la pérdida de sangre - Control del riesgo	- Pérdida sanguínea visible - Identifica factores de riesgo - Disminución de hemoglobina	Prevención de hemorragia Manejo de líquidos Cuidados de la ostomía
Temor	- Autocontrol del miedo	- Planea estrategias - Obtiene información	Apoyo emocional Escucha activa

Fuente: elaboración propia.

A continuación, describimos los diagnósticos que se priorizan en este paciente, se relacionan con los resultados o estados que se esperan mejorar mediante las intervenciones aplicadas por la enfermera estomaterapeuta.

- **Riesgo de Desequilibrio de volumen de líquidos:** Relacionado con la pérdida hemática del estoma. Manifestado por palidez de piel y mucosas y alteración de los valores analíticos de la serie roja, el hematocrito y la hemoglobina.

Resultado NOC:

Severidad de la pérdida de sangre.
Control del Riesgo.

Indicadores de resultado:

- Pérdida sanguínea visible.
- Identifica factores de riesgo.
- Disminución de la hemoglobina.

Intervenciones NIC:

- **Prevención de hemorragias.**

Actividades:

- Vigilar niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre,
- Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas.
- Evitar esfuerzos o levantar objetos pesados.
- Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K.
- Indicar al paciente que evite tomar ácido acetilsalicílico u otros anticoagulantes.
- Manejo de líquidos.
Actividades:
 - Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
 - Monitorizar valores analíticos.
 - Administrar los hemoderivados (concentrado de hematíes) según corresponda.
- Cuidados de la ostomía.
Actividades:
 - Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.

- Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, según corresponda.
- Cambiar el disco adhesivo cada tres días.
- Evitar presiones sobre el estoma.
- Proporcionar apoyo y ayuda mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma.

- **Temor:** Relacionado con la intranquilidad, la temeridad ante su situación actual y el desconocimiento de lo que le puede pasar. Manifestado con la verbalización del paciente, comunica su miedo para la realización del autocuidado de la ostomía y su preocupación ante la posible presencia de sangre

Resultado NOC: Autocontrol del miedo

Indicadores de resultado:

- Planea estrategias para superar las situaciones temibles.
- Obtiene información para reducir el miedo.

Intervenciones NIC

- Apoyo emocional.

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
- Escucha activa.
Actividades:
 - Mostrar interés por el paciente.
 - Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de manera prematura).
 - Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales).
 - Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

DISCUSIÓN

El sangrado del estoma puede deberse a laceración de la mucosa por mal ajuste del dispositivo de urostomía, traumatismo directo, higiene brusca, o por varices del estoma. En los pacientes con este cuadro clínico es de vital importancia descartar patología subyacente, tales como la hipertensión portal y la cirrosis hepática.

Según la gravedad de la enfermedad hepática, el desarrollo de varices en pacientes portadores de un estoma se presenta entre los 19 meses y 24 años posterior a la cirugía (6). En el caso que nos ocupa la hemorragia se presenta a los 14 años de la cirugía. A pesar de que el paciente niega consumo de alcohol, no hay alteración analítica y no hay certeza de enfermedad hepática, el estudio mediante biopsia confirmó la cirrosis.

Las acciones terapéuticas locales tales como realizar presión, fulguración o sutura con punto hemostático, son efectivas de manera temporal, pues la hemorragia es recurrente hasta en el 74% de los casos (3). El análisis del caso que se presenta demuestra que la terapia local de presión y fulguración utilizada, es efectiva de manera transitoria pues la hemorragia se presenta de forma reiterativa.

Se han descrito diferentes tratamientos para el sangrado del estoma pero no hay ninguno estándar establecido. Las opciones terapéuticas contemplan medidas conservadoras y quirúrgicas. Entre las conservadoras se hallan el cuidado local del estoma, medidas compresivas, cauterización, escleroterapia y ligadura con sutura. La derivación portosistémica intrahepática transyugular TIPS, con o sin embolización, es el tratamiento quirúrgico por excelencia.

En el caso presentado el tratamiento quirúrgico mediante TIPS es el único tratamiento efectivo y duradero.

Podemos confirmar que la intervención es positiva para el control de la hemorragia y en consecuencia para el estado general del paciente quien ha retomado el autocuidado de la urostomía en favor de su autonomía.

Cabe concluir al respecto que, la terapia ha incidido de forma beneficiosa y satisfactoria para el paciente tanto a nivel físico como emocional, ahora verbaliza que se siente seguro y ha recuperado la confianza.

Conflicto de interés

Los autores no reportan conflicto de interés referente al presente manuscrito.

BIBLIOGRAFIA

1. Guidelines.EAU [internet] Arnhem The Netherlands. European Association of Urology. 2023. 10 de marzo de 2023. <https://uroweb.org/guidelines>
2. Yao DH, Luo XF, Zhou B, Li X. Ileal conduit stomal variceal bleeding managed by endovascular embolization. *World J Gastroenterol*. 2013;19(44):8156-8159.
3. Young S, Wong J, Rosenberg M, Golzarian J, Frank N. Treatment of peristomal hemorrhage: A review of outcomes and comparison of two minimally invasive techniques. *Diagn Interv Imaging*. 2018;99(12):793-799.
4. Gordon M. Manual de diagnósticos de Enfermería. 11ª ed. Madrid: Mosby-Doyma; 2007.
5. Lenguaje Enfermero. eCuidados [internet]. Madrid. Consejo General de Enfermería de España. 2023. 25 de Marzo de 2023. <http://www.ecuidados.com>
6. Smitha Narayana, Prince Sethi, Uma Motapothula. Peristomal variceal hemorrhage at the ileal conduit site due to extrahepatic portosystemic shunt. *Indian Urology*. 2020 Apr-Jun;36(2): 130-132

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DERIVADOS DE LA CISTECTOMÍA RADICAL ROBOTICA/NURSING CARE DERIVED FROM ROBOTIC RADICAL CYSTECTOMY

Javier Armendáriz Llanos.- Clínica Universidad de Navarra (Sede de Madrid)

jarmendarizllanos@gmail.com

RESUMEN

Los cuidados del paciente con un cáncer de vejiga músculo-infiltrante tratado mediante cistectomía radical robótica son complejos y cuentan con multitud de detalles que se deben valorar para evitar complicaciones. A estas atenciones secundarias a la cistectomía, ya de base complejas, se le deben añadir las nuevas necesidades secundarias al abordaje robótico y aquellas que surjan fruto del estoma urológico.

Objetivo: Desarrollo del plan de cuidados de enfermería desarrollado en torno al tratamiento quirúrgico por cistectomía radical robótica.

Método: Explicación de la dinámica para el desarrollo adecuado de la atención de enfermería. Para ello, se ha utilizado la taxonomía NANDA-NIC-NOC para localizar las principales áreas afectas del paciente, los objetivos y las intervenciones enfermeras para el correcto desempeño del periodo postquirúrgico en el paciente urostomizado.

Resultados: El desarrollo de los cuidados de enfermería estandarizados mediante la taxonomía enfermera ha permitido que estos se den de forma continua, integral y de alta calidad, permitiendo en este caso una correcta recuperación del paciente y adecuación a su nueva situación de paciente ostomizado.

Conclusiones: La valoración de este tipo de casos mediante la taxonomía enfermera permite a la enfermera estomaterapeuta realizar una atención personalizada. Se individualiza el cuidado de cada caso, dándose una planificación,

implementación y evaluación del cuidado enfermero, siendo particular con cada nuevo paciente ostomizado. Esto resulta vital para mantener la excelencia de los cuidados en un contexto quirúrgico y postoperatorio como el posterior al abordaje robótico.

Palabras clave: Enfermera, Cistectomía, Cirugía robótica.

ABSTRACT:

The care of patients with muscle-invasive bladder cancer treated with robotic radical cystectomy is complex and involves a multitude of details that must be considered to avoid complications. To these secondary care needs following cystectomy, which are already inherently complex, must be added the new requirements arising from the robotic approach and those resulting from the urological stoma.

Objective: Development of the nursing care plan focused on the surgical treatment of radical robotic cystectomy.

Method: Explanation of the dynamics for the proper development of nursing care. To achieve this, the NANDA-NIC-NOC taxonomy has been utilized to identify the main affected areas of the patient, the goals, and nursing interventions for the proper performance of the post-surgical period in urostomized patients.

Results: The development of standardized nursing care through the nursing taxonomy has enabled continuous, comprehensive, and high-quality care, allowing for the proper recovery of the patient and adaptation to their new status as an ostomized patient.

Conclusions: Assessment of such cases using the nursing taxonomy allows the stoma nurse to provide personalized care. Care is individualized for each case, with planning, implementation, and evaluation of nursing care tailored to each new ostomized patient. This is crucial for maintaining the excellence of care in a surgical and postoperative context such as that following robotic surgery.

Key words: Nurse, Cystectomy, Robotic surgery.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga (CV) es un tipo de lesión tumoral con alta prevalencia dentro de la sociedad. El CV es el quinto tipo de tumor más común en España, por detrás de colon, próstata, pulmón y mama (SEOM). En 2015, se diagnosticaron 21.093 casos, siendo el octavo cáncer que más muertes provocó (4.536 anuales) (SEOM). El CV puede variar entre diferentes estadios, desde lesiones no agresivas con poca invasión muscular pero una alta prevalencia de recidiva, que obliga a los pacientes a realizar una vigilancia continua y a largo plazo, hasta tumores agresivos y de carácter invasivo, con una alta mortalidad (1).

El tratamiento quirúrgico estrella del tumor de vejiga músculo-invasivo es la cistectomía radical. En la actualidad, existen técnicas quirúrgicas que resultan menos invasivas y reducen la morbilidad intrahospitalaria, permitiendo una recuperación más temprana, mientras se mantiene la seguridad oncológica (2). La más moderna de estas técnicas es la cistectomía laparoscópica asistida mediante robot (CRLR). La CRLR ofrece más beneficios perioperatorios que otras técnicas, como un menor tiempo quirúrgico, estancias hospitalarias más cortas y una menor tasa de complicaciones en los primeros 90 días postquirúrgicos (2). Una de las partes más importantes del procedimiento quirúrgico, por la repercusión que va a tener sobre la calidad de vida del paciente, es la creación de la derivación urinaria (3).

La función de esta es la de sustituir la función de la vejiga natural, permitiendo así al paciente una correcta recuperación tras la cirugía, proteger el tracto urinario superior y la función renal y mantener una buena eliminación urinaria (3, 4).

La obligación de realizar de forma autónoma estos cuidados de la ostomía urinaria a partir del momento quirúrgico, acompañado de un claro cambio en la percepción de la autoimagen, afecta todas las esferas vitales de la persona (5). Este proceso educativo debe ser liderado por la enfermera estomaterapeuta, figura que acompaña al paciente durante todo el proceso quirúrgico y que le ayuda a superar este momento de enfermedad y aceptar su nueva realidad corporal (6). Está demostrado que la falta de educación preoperatoria adecuada sobre el estoma es un factor de riesgo independiente para el alta tardía en pacientes ostomizados (7). Numerosos estudios avalan que la presencia de enfermería estomaterapeuta en los centros de referencia de salud se traduce en múltiples beneficios (8, 9). Entre otros, se pueden destacar una más rápida adaptación de los pacientes ostomizados a su situación, una mejor transmisión de información a los pacientes y prevenir futuros problemas de salud dentro de esta población (6, 8, 9). Se debe valorar a cada paciente de forma individualizada, conociendo sus propias circunstancias y los reparos que pueda tener hacia una cirugía de esta magnitud o la idea de convivir con una ostomía urinaria.

MÉTODO

El presente trabajo desarrolla los cuidados de enfermería que engloban todo el proceso quirúrgico de una CRLR dentro de un caso práctico. El caso clínico abordado en el presente trabajo es el de un paciente varón de 68 años que acude al centro en diciembre del 2022 refiriendo episodios intermitentes de hematuria macroscópica. Fruto de este signo, se le realiza una cistoscopia, donde se localiza un pólipo intravesical.

Con este primer diagnóstico de imagen, se le realiza una resección transuretral de vejiga (RTUV) en enero del 2023 dónde se confirma el diagnóstico de un CV con posible afectación transmural y de ganglios en cadenas ilíacas.

Tras la administración de 3 ciclos neoadyuvante de quimioterapia, se plantea al paciente el abordaje quirúrgico. En el momento que se decide el abordaje mediante CRLR, se comienza a realizar la valoración prequirúrgica de enfermería. En esta primera consulta se comentó con el paciente y familiar las diferentes ventajas y desventajas que tienen la neovejiga Studer (neovejiga continente) y el Bricker (Neovejiga no continente), opciones de estomas urológicos secundarias a la realización de cistectomía. Junto con la explicación recibida por el cirujano en la consulta, fue básica para que finalmente el paciente se decantara por la técnica Bricker. Con esta decisión tomada, se comenzó a realizar una educación prequirúrgica en la que se abordaron diferentes aspectos relacionados tanto con las ostomías como con los dispositivos necesarios para el cuidado, calidad de vida con una urostomía, la nutrición o posibles complicaciones que podían surgir a nivel postoperatorio, entre otros. También se le realizó el marcaje abdominal bilateral. El postoperatorio inmediato transcurrió con normalidad, sin complicaciones asociadas reseñables, siendo dado de alta a su domicilio en el decimosegundo día postoperatorio.

Con el ingreso del paciente en planta, se realizó una valoración general con el sistema de patrones funcionales de Marjory Gordon (10) (Tabla 1).

Patrones funcionales de salud de Marjory Gordon
Patrón 1: Percepción-manejo de la salud
Patrón 2: Nutricional-Metabólico
Patrón 3: Eliminación
Patrón 4: Actividad-Ejercicio
Patrón 5: Sueño-Descanso
Patrón 6: Cognitivo-Perceptual
Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto
Patrón 8: Rol-Relaciones
Patrón 9: Sexualidad-Reproducción
Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés
Patrón 11: Valores-Creencias

Tabla 1. Patrones funcionales de salud.

Fuente: Arroyo-Lucas S, Vásquez-Cruz R, Martínez-Becerril M, Nájera-Ortiz MP. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción de conocimiento. Rev Mex Enf. 2018;6:97-102

Se concluyó en la afectación, de una forma más notable respecto al resto de 6 patrones funcionales de los comentados con anterioridad (P.1, P.2, P.3, P.4, P.6 y P.7). Con esta información se comenzó a diseñar un plan de cuidados basado en la taxonomía NANDA-NIC-NOC (11). Se comenzó seleccionando los diagnósticos NANDA que pudieran conllevar un riesgo para la vida del paciente o bien comprometer gravemente el nivel de calidad de vida del paciente

Tras este sesgo, los diagnósticos elegidos fueron los siguientes:

- 00016.- Deterioro de la eliminación urinaria, siendo la función corporal más alterada a partir de la cirugía y con carácter permanente.
- 00126.- Conocimientos deficientes, ante el desconocimiento de paciente frente a los cuidados sobre el manejo de su urostomía.
- 00132.- Dolor agudo, una de las principales complicaciones en la cirugía mayor abdominal.

RESULTADOS

Una vez realizada la priorización de los diagnósticos de enfermería se realizó la elección de los NOC dentro de los mismo y los indicadores para valorar la evolución de los cuidados del paciente.

Con todo lo anterior, se seleccionaron los NIC y las actividades consecuentes para promocionar la recuperación del paciente, su adaptación a la ostomía y reincorporación a la vida rutinaria con todas las facilidades posibles. La siguiente tabla representa la planificación del mismo (Tabla 2).

DG NANDA	NOC	INDICADORES	NIC
DX NANDA - 00016 - DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	NOC. - [0504] Función renal	[50402] Balance de ingesta y diuresis en 24 horas [50409] Color de la orina [50427] Aumento de la creatinina sérica	NIC. - [0590] Manejo de la eliminación urinaria NIC. - [5510] Educación para la salud
DX NANDA - 00126 - CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	NOC. - [1829] Conocimiento: cuidados de la ostomía	[182903] Cuidados de la piel alrededor de la ostomía [182905] Cómo medir un estoma [182907] Complicaciones relacionadas con el estoma [182908] Pauta para cambiar la bolsa de la ostomía [182909] Materiales necesarios para cuidar la ostomía	NIC. - [480] Cuidados de la ostomía
		[182912] Necesidades de ingesta de líquidos [182915] Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomía [182916] Procedimiento para vaciar la bolsa de ostomía	NIC. - [3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico
DX NANDA - 00132 - DOLOR AGUDO	NOC. - [2305] Recuperación quirúrgica: inmediato	[230504] Presión del pulso [230516] Ruidos intestinales [230520] Drenado de los drenajes/tubos de la herida [230521] Sangrado [230522] Dolor [230526] Náusea	NIC. - [1410] Manejo del dolor: agudo

Tabla 2: Plan de cuidados.
Fuente: elaboración propia.

La evolución de los diagnósticos fue revisada de forma continua según el esquema habitual de la taxonomía Nanda-Nic-Noc, reevaluando con diferentes tipos de escalas Likerts los indicadores afectos.

La evolución del DG: 00016.- DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA se vigiló de forma estricta dada la afectación y reestructuración del sistema urinario tras la cistectomía. Con el **NOC. - [0504] Función renal** se valoraba un empeoramiento o cambio en la dinámica del riñón, pudiendo ser una de las primeras indicaciones de que la orina no se estaba drenando correctamente hacia el exterior. El principal pilar de este seguimiento fue el aumento de la creatinina sérica postoperatoria, que fue evolucionando desde un valor de **0.8** en el momento preoperatorio, hasta un nivel de **2.1** el tercer día postoperatorio, para luego ir descendiendo hasta un **1.3** en el momento de alta con una alteración leve. Una vez que comenzó a tolerar una dieta blanda (4º día tras el ingreso en planta), se hizo especial hincapié en la toma de líquidos por el paciente para procurar una orina más diluida y con menor sedimento y suciedad, realizando una medición de la misma mediante un balance de ingesta y diuresis.

Las valoraciones del color, consistencia y grado de hematuria de la orina que salía por el estoma eran continuas.

El DG 00126.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES se seleccionó por el bajo nivel de conocimiento del paciente acerca del cuidado de una ostomía en el momento preoperatorio. Este fue el motivo para elegir como objetivo el **NOC. - [1829] Conocimiento: cuidados de la ostomía**. El paciente comenzó la educación teórica en el preoperatorio. En este momento se le entregaron un manual y una serie de dispositivos para ostomías para que se familiarizara con el manejo. En el momento de ingreso a la planta se comenzó con la educación práctica. Se usó un dispositivo de dos piezas plano de 55 mm con bolsa transparente para la vigilancia de la orina, estoma y catéteres. En los recambios de dispositivo que se realizaron durante el ingreso, se enseñó a levantar el disco de forma meticulosa, cuidar la piel periestomal y limpiar el estoma. Al tratarse de una ostomía con salida continua de orina, se hizo especial hincapié sobre los cuidados de la piel periestomal y las consecuencias en un contacto continuo entre la piel y la orina. Se repasaron los cuidados necesarios para evitar fugas y los principales indicios que se podrían localizar ante una dermatitis por contacto con el efluente. Se educó también sobre la forma de medir el estoma y recortar el disco de forma proporcional. La buena actitud y habilidad del paciente hicieron que las educaciones y recambios realizados durante el ingreso fueran realmente útiles para prever un comienzo del automanejo en casa sin complicaciones mayores. Por último, el DG 00132.- DOLOR AGUDO fue revisado también durante todo el ingreso, siendo este relativamente tranquilo en lo referente al dolor y las molestias (**NOC.-[2305] Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato**). Presentó sobre todo molestias abdominales los primeros días tras la cirugía. No obstante, se realizaba y registraba una valoración del dolor por turno (c/8 horas) para evitar sufrimiento al paciente, administrando además durante los primeros 5 días todas las dosis de analgésicos pautadas.

En el momento que se decidió el alta del paciente, este presentaba unas cualidades, tanto físicas como referentes al autocuidado, idóneas para la correcta evolución de su estado en casa. No obstante, con el primer seguimiento de enfermería a las 72 horas del alta, el paciente pasa a comentar una mala dinámica para el manejo de la ostomía, un nivel de astenia que describía como inhabilitante y un dolor sordo en la zona del epigastrio que iba acompañado de náuseas. Describía las heces de un color más oscuro de lo valorado durante el ingreso, con un color negruzco. Con todo lo anterior comentado, se recomendó al paciente acudir al centro, donde, tras unos análisis de sangre y un TAC, se confirmó la presencia de una úlcera sangrante en el intestino delgado. Se decidió reingresar al paciente para valoración permitiendo al equipo de enfermería realizar una continuación de la valoración de los diagnósticos de enfermería. Este segundo ingreso confirmó la correcta evolución del paciente que, tras la resolución del cuadro digestivo, presentó una mejoría clara en todos los indicadores seleccionados en el momento preoperatorio para su seguimiento, especialmente en los referentes al manejo de la ostomía (DG 00126.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES).

DISCUSIÓN

Tras analizar el desarrollo del plan quirúrgico y de los cuidados aplicados al paciente, se ha podido realizar una valoración global de la complejidad que atañe este tipo de casos. La cantidad y complejidad de los cuidados de enfermería hacen que estos deban ser desempeñados por profesionales acostumbrados a manejar este tipo de pacientes y que sepan reconocer las necesidades del enfermo.

Dentro de la optimización de los cuidados gracias al uso de la taxonomía enfermera, el bloque quirúrgico actual complica más el correcto desarrollo de las atenciones de enfermería.

En el caso de la cirugía robótica, se tratan de casos con morbilidad perioperatoria cada vez menor, con ingresos más breves y un menor tiempo hasta recuperar la forma física previa a la cirugía. En este contexto, la enfermera estomaterapeuta no solo debe realizar cuidados y educaciones de una mayor complejidad, si no además realizarlos de una forma más rápida y eficaz para favorecer el correcto desarrollo del postoperatorio del paciente.

CONCLUSIÓN

Los beneficios de estructurar los cuidados de enfermería bajo este tipo de taxonomías son varios. Permiten a los profesionales de la salud de enfermería la planificación, implementación y evaluación continua de los cuidados, permitiendo una atención consistente y de alta calidad. Esta estructuración también permite promocionar la actividad del paciente dentro de su propio cuidado, dándole voz en la planificación y desarrollo de la atención sanitaria. Esto permite al profesional localizar de forma más eficaz áreas de mejora. Todo lo comentado cobra especial importancia en la evolución postquirúrgica del paciente ostomizado, cuyos cuidados y educaciones deben asegurar la recuperación postquirúrgica y de la calidad de vida del paciente.

Además, en el contexto actual quirúrgico, la enfermera estomaterapeuta no solo debe conseguir realizar y coordinar los cuidados de la forma comentada, sino que debe ser un profesional de referencia que garantice una preparación prequirúrgica y un seguimiento postquirúrgico acordes a la técnica operatoria. Toda esta modernización quirúrgica debe ir siempre acompañada de una consecuente modernización de la atención estomaterapeuta, cubriendo las necesidades físicas, psicológicas y sociales que requiera el paciente recién ostomizado, para su correcta recuperación y reinserción dentro de la sociedad.

CONFLICTOS DE INTERÉS

No existen conflictos de interés

BIBLIOGRAFÍA

1. Lenis, A. T., Lec, P. M., Chamie, K. y MSHS, M. (2020). Bladder Cancer. *JAMA*, 324(19), 1980
2. May, D., Gills, J. y Delacroix, S. E. (2018). Robotic Cystectomy. *Urologic Clinics of North America*, 45(2), 183–188
3. Tao, S., Long, Z., Zhang, X.-J., Chen, S.-S., Zhu, D., Shi, X.-J., & Tan, W.-L. (2016). Ileal versus sigmoid neobladder as bladder substitute after radical cystectomy for bladder cancer: A meta-analysis. *International Journal of Surgery (London, England)*, 27, 39–45.
4. Pereira, J. F., Pareek, G., Mueller-Leonhard, C., Zhang, Z., Amin, A., Mega, A., Tucci, C., Golijanin, D. y Gershman, B. (2019). The Perioperative Morbidity of Transurethral Resection of Bladder Tumor: Implications for Quality Improvement. *Urology*, 125, 131–137.
5. Sun V, Ercolano E, McCorkle R, Grant M, Wendel CS, Tallman NJ, Passero F, Raza S, Cidav Z, Holcomb M, Weinstein RS, Hornbrook MC, Krouse RS. Ostomy telehealth for cancer survivors: Design of the Ostomy Self management Training (OSMT) randomized trial. *Contemp Clin Trials*. 2018 Jan;64:167-172.
6. Bonill-de-las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso-Montoro C, Morales-Asencio JM, Rivas-Marín C, Fernández-Gallego MC. Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 May-Jun;22(3):394-400.
7. Pietzak, E. J., Donahue, T. F. y Bochner, B. H. (2018). Male Neobladder. *Urologic Clinics of North America*, 45(1), 37–48.
8. Sena JF, Silva IPD, Lucena SKP, Oliveira ACS, Costa IKF. Validation of educational material for the care of people with intestinal stoma. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3269.
9. García-Goñi M. Specializing Nurses as An Indirect Education Program for Stoma Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jun 27;16(13):2272.
10. Arroyo-Lucas S, Vásquez-Cruz R, Martínez-Becerril M, Nájera-Ortiz MP. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción de conocimiento. *Rev Mex Enf*. 2018;6:97-102.
11. Tirado Pedregosa, G., Hueso Montoro, C., Cuevas Fernández-Gallego, M., Montoya Juárez, R., Bonill de las Nieves, C., & Schmidt Río-Del Valle, J. (2011). Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index de Enfermería*, 20(1–2), 111–115.

EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CISTECTOMIZADOS EN LA CONSULTA DE LA ENFERMERA ESTOMATERAPEUTA

EVALUATION OF THE SATISFACTION OF CYSTECTOMIZED PATIENTS IN THE STOMA NURSE CONSULTATIONS

Martín Asensio, Ana¹; Gómez Porcel, Ascensión²; Baixauli Puig, Montserrat³.

¹ Enfermera asistencial de la Unidad de Hospitalización Urología. Hospital Clínic de Barcelona.

² EPA unidad Uro-oncológica. Hospital Clínic Barcelona.

³ Enfermera asistencial Unidad de Diagnóstico Urológico. Hospital Clínic Barcelona.

amartinas@clinic.cat

PALABRAS CLAVE

Cistectomía Radical, Calidad Asistencial, Satisfacción del Paciente, Cuidados Enfermeros..

RESUMEN

Objetivo: Conocer el grado de satisfacción de los pacientes cistectomizados en relación a la atención recibida en la consulta de la enfermera estomaterapeuta.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes cistectomizados con derivación urinaria en los años 2019 y 2020 que acudieron a la consulta de la enfermera estomaterapeuta del Hospital Clínic. El instrumento utilizado fue el cuestionario Baker. Cada ítem se puntuó en una escala tipo Likert (del 1 al 5 según el grado de satisfacción). Los resultados se analizaron de acuerdo a cuatro dimensiones: satisfacción general, cuidados del profesional, tiempo dedicado y profundidad en la relación terapéutica.

Resultados: El total de cistectomías radicales realizadas fue de 118 pacientes (57 y 61, respectivamente). Se realizó un total de 87 entrevistas. La edad media de los pacientes fue 68.7 (DE \pm 8.3). El 82,6% eran varones. El 62% de los pacientes precisaron ayuda de otra persona para el cuidado del estoma. El tipo de derivación urinaria más frecuente fue por técnica Bricker (n= 67, 77%), seguido de neovejiga (n= 16, 18.3%) y finalmente la ureterostomía cutánea bilateral (n= 4, 4.5%). En relación a la satisfacción del paciente, si bien el 95.4% de ellos referían estar muy satisfechos con la visita de la enfermera estomaterapeuta, hasta un 20.6% creen que podrían mejorarse algunos aspectos. El principal aspecto a mejorar identificado está en relación al tiempo dedicado en la consulta, que hasta un 32.1% de los pacientes refirieron que era corto, impidiendo hablar de todos los temas que deseaban hasta en un 16% del total de pacientes. La valoración de los cuidados ofrecidos por la enfermera tuvieron una valoración positiva en más del 85% de los pacientes. En cuanto a la profundidad de la relación terapéutica, al 10.33% de los pacientes les resultó difícil hablar con la enfermera sobre temas personales.

Conclusiones: El principal punto de mejora radicaría en proporcionar un mayor tiempo dedicado en la consulta, que pudiera facilitar la profundización en la relación terapéutica y los cuidados prestados.

ABSTRACT

Objective: To determine the degree of satisfaction of cystectomized patients in relation to the care received in the stoma nurse consultations.

Methodology: An observational, descriptive and cross-sectional study was conducted with patients undergoing cystectomy with urinary diversion in 2019 and 2020 who attended regular visits at the stoma nurse consultations at Hospital Clínic. The instrument used was the Baker questionnaire. Each item was scored on a Likert scale (from 1 to 5 depending on the degree of satisfaction). The results were analyzed according to four dimensions: general satisfaction, professional care, time dedicated and depth in the therapeutic relationship.

Results: The total number of radical cystectomies was 118 patients (57 and 61, respectively). A total of 87 interviews were carried out. The mean age of the patients was 68.7 (SD \pm 8.3). 82.6% were men. 62% of patients required help from another person to care for the stoma. The most common type of urinary diversion was the Bricker technique (n=67, 77%), followed by neobladder (n=16, 18.3%) and finally bilateral cutaneous ureterostomy (n= 4, 4.5%). In relation to patient satisfaction, although 95.4% of them reported being very satisfied with the appointment from the stoma nurse, up to 20.6% believed that some aspects could be improved. The main aspect identified for improvement is in relation to the time spent in the consultation, which up to 32.1% of patients reported was short, preventing up to 16% of all patients from talking about all the topics they wanted.

The evaluation of the care offered by the nurse had a positive evaluation in more than 85% of the patients. Regarding the depth of the therapeutic relationship, 10.33% of patients found it difficult to talk to the nurse about personal issues

Conclusions: The main point of improvement would lie in providing more time dedicated to the consultation, which could facilitate the deepening of the therapeutic relationship and the care provided.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de la asistencia sanitaria como aquella garantía de que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso^{1,2}.

Los primeros estándares de calidad en enfermería fueron redactados por Florence Nightingale a finales del siglo XIX³. Años más tarde, entre 1950-1960, Avedis Donabedian profundizó la calidad asistencial dotándola de doctrina y metodología, dividiéndola en tres dimensiones: estructura, proceso y resultado^{4,5}.

Las tendencias actuales de los sistemas de salud a nivel global invitan a considerar al paciente como parte fundamental del logro de las mejores prácticas en el ámbito de la gestión hospitalaria. Así, en los últimos años, el paciente ha cogido un papel protagonista, convirtiéndose en el motor y centro del sistema sanitario, ya que la información que estos aportan nos permite identificar oportunidades de mejora que nos ayudan a aumentar la calidad del servicio que prestamos^{6,7}.

Estos juicios de valores personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben los pacientes de la institución sanitaria pueden verse influidos de acuerdo al sexo, la edad y el estamento social del paciente⁸.

La hipótesis de trabajo es que a pesar de los avances en los últimos años, la satisfacción global del paciente todavía tiene aspectos de mejoría. El objetivo principal de este estudio es conocer el grado de satisfacción de los pacientes cistectomizados en relación a la atención recibida en la consulta de la enfermera estomaterapeuta, de cara a identificar oportunidades de mejora en su atención.

MATERIAL y MÉTODO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Los sujetos de estudio fueron los pacientes cistectomizados con derivación urinaria que se realizaron la intervención quirúrgica en el Hospital Clínic entre los años 2019-2020, y que acudieron como mínimo a tres visitas en la consulta de la enfermera estomaterapeuta (EET). Se excluyeron aquellos pacientes con barrera idiomática, deterioro cognitivo moderado-alto y trastornos psiquiátricos no controlados.

Las variables del estudio fueron las siguientes: (1) cuantitativas: edad; (2) cualitativas: sexo (hombre/mujer), tipo de derivación urinaria (Bricker, ureterostomía cutánea bilateral, neovejiga), requerimiento de cuidador (sí, no), grado de satisfacción del paciente. Esta última se evaluó mediante el abordaje de cuatro dimensiones: satisfacción general, cuidados del profesional, tiempo dedicado y profundidad en la relación terapéutica. El instrumento del estudio fue el cuestionario Baker, formado por 18 preguntas y puntuado a través de la escala tipo Likert [de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo)].

A los pacientes que cumplían los criterios de selección para la investigación se les explicó el objetivo y la importancia del estudio solicitándoles su participación voluntaria. Previamente a la realización de las encuestas se obtuvieron los consentimientos informados de los pacientes de acuerdo al modelo de consentimiento para recogida de datos clínicos para investigación de nuestro servicio. Las encuestas fueron de tipo autocumplimentadas, para evitar así el sesgo de comportamiento. Las variables se expresaron como medias \pm desviación estándar (DE), número absolutos y porcentajes, o mediana \pm rango intercuartílico (IQR).

RESULTADOS

Se realizó un total de 118 cistectomías radicales durante el periodo de inclusión. A fecha de realización del estudio, 25 pacientes habían fallecido. De estos 93 pacientes restantes, se realizó un total de 87 entrevistas (87/93, 93.5% participación). La edad media fue 68.7 (DE \pm 8.3). El 82,6% eran varones. El tipo de derivación más frecuente fue por técnica Bricker (n=67, 77%), neovejiga (n=16, 18.3%) y ureterostomía cutánea bilateral (n= 4, 4.5%) (Figura 1). Más de la mitad de pacientes (n=54, 62%) precisaron de ayuda de otra persona para el cuidado del estoma.

En relación a la satisfacción general, el 95.4% de los pacientes estaban muy satisfechos con la visita de la EET, si bien hasta un 20.6% refirieron que podrían mejorarse algunos aspectos de la consulta. En cuanto a los cuidados proporcionados por el profesional, el 97.8% de los pacientes los valoraron como adecuados, siendo tratados de forma personalizada y obteniendo consejos acertados de la EET. Sin embargo, el 12.5% de los pacientes creen no haber obtenido una información completa sobre su tratamiento. Referente al tiempo dedicado, el 32% referían que el tiempo de consulta era corto y que les hubiera gustado disponer de más tiempo. Incluso algunos paciente (el 16%) no pudieron hablar de todos los temas que desearon debido a la escasez de tiempo.

Finalmente, en cuanto a la profundidad terapéutica, la gran mayoría de pacientes (97.7%) se sintieron cómodos con la EET hablando sobre aspectos personales, encontrando un clima de facilidad para expresarlos hasta en un 85.05% de los pacientes.

DISCUSIÓN

En este estudio se recoge el grado de satisfacción de los pacientes cistectomizados en la consulta de la EET, que puede considerarse bueno. La valoración de la satisfacción del paciente en los distintos ámbitos sanitarios se ha convertido en uno de los indicadores de calidad asistencial de mayor importancia en los sistemas de salud. Con ello, los profesionales sanitarios pueden identificar oportunidades de mejora que nos ayudan a aumentar la calidad del servicio que prestamos.

Este indicador de calidad asistencial se ha ido instaurando progresivamente en las distintas unidades de hospitalización, los servicios de urgencias o la atención primaria, siendo menos frecuente encontrarla en aquellas áreas de medicina ambulatoria más especializadas, y especialmente en el ámbito del autocuidado. Además, este indicador se hace especialmente más necesario ante aquellas situaciones clínicas que suponen un cambio en los hábitos, dinámicas y autopercepción de los pacientes derivados de su enfermedad, como el hecho de requerir una derivación urinaria tras una cistectomía radical, portando una urostomía.

En el presente estudio, el principal punto negativo identificado es la escasez de tiempo de consulta, que no permitiría abordar todos los aspectos que el paciente considera oportunos. Es por tanto este uno de los aspectos de mejora que nos pueden permitir mejorar los resultados clínicos de estos pacientes.

CONCLUSIÓN

La satisfacción general del paciente cistectomizado en relación a la atención en la consulta de la EET puede considerarse buena. Proporcionar un mayor tiempo dedicado en la consulta podría facilitar la profundización en la relación terapéutica y los cuidados prestados.

Conflicto de interés

Los autores no reportan conflicto de interés referente al presente manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silva J, Ramón S, Vergaray V, Palacios R, Partezani R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Rev.Enfermería universitaria*.2015;12(2)80-87.
2. Villagracia EX, Delgadillo LG, Argüello FJ, González L. Percepción usuaria de la calidad en los servicios de salud del ISSEyM. *Rev. Horizonte sanitario*. 2017;16(1):46-54.
3. Cabadas Aviñón R. La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando? *Cir. mayor ambul.* 2015; 20(2): 79-82.
4. Gardner G, Gardner A, O'Connell J. Using the Donabedian framework to examine the quality and safety of nursing service innovation. *J ClinNurs*. 2014;23(1-2):145-155.
5. Kobayashi H, Takemura Y, Kanda K. Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory. *Scand J Caring Sci*. 2011;25(3):419-425.
6. Gavurova B, Dvorsky J, Popesko B. Patient Satisfaction Determinants of Inpatient Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(21):11337.
7. Alharbi HF, Alzahrani NS, Almarwani AM, Asiri SA, Alhowaymel FM. Patients' satisfaction with nursing care quality and associated factors: A cross-section study. *Nurs Open*. 2023;10(5):3253-3262.
8. Yan J, Yao J, Zhao D. Patient satisfaction with outpatient care in China: a comparison of public secondary and tertiary hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(1):1-7.

9. Fernández MI, Rebagliato O, de Gispert B, Roig H, Artigas J, Bonay B, Guix L, Turmo N. Adaptación de un cuestionario de satisfacción del paciente con la consulta médica y de enfermería. Aten Primaria. 2008;40(12):611-616.

ANEXOS

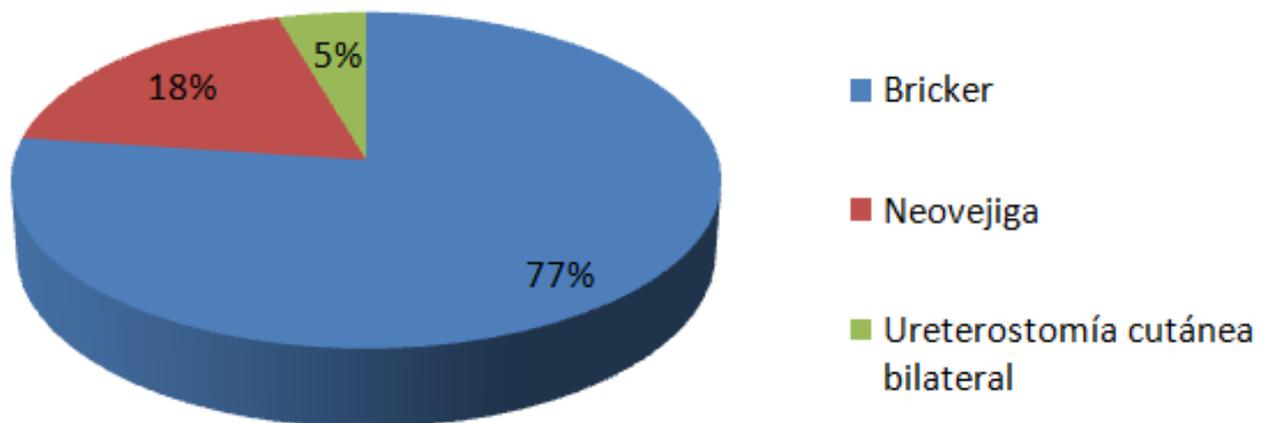


Figura 1. Tipos de derivaciones urinarias

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: EXPERIENCIA DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA SIN HIJOS, CON UNA OSTOMÍA DE ELIMINACIÓN DEFINITIVA

Isabel Mateo Alejo. Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

imateoa@salud.madrid.org

RESUMEN

Introducción/justificación: Existe una creciente incidencia de las enfermedades causantes de la implantación de una ostomía. El estoma, genera un impacto sobre la percepción de la propia imagen, y la capacidad funcional y social se ve afectada en numerosas facetas, en ocasiones, se presenta en pacientes jóvenes que no han tenido tiempo de realizar proyectos vitales (como la maternidad) siendo la enfermedad y la construcción del estoma una barrera para realizarlos.

Objetivo general: Conocer el impacto del estoma en la vida diaria de la paciente y la influencia del mismo en su proyecto vital.

Método: Recolección de datos mediante las técnicas de entrevista semiestructurada y grupos triangulares, muestreo intencional y tamaño de la muestra a determinar durante el transcurso de la investigación, hasta alcanzar el principio de saturación. Se realizará un análisis de los datos de contenido temático, las sesiones de grupo y las entrevistas serán grabadas para proceder a su posterior transcripción y codificación. Si el volumen de datos es grande se utilizará software especializado para el análisis (Nvivo).

INTRODUCCIÓN

Las ostomías digestivas, implican la creación quirúrgica de una abertura en la pared abdominal para externalizar una parte del tubo digestivo, ya sea el colon en el caso de la colostomía o el íleon en la ileostomía. Esta abertura, conocida como estoma, facilita la eliminación de materia fecal hacia el exterior,

gestionada mediante un sistema de bolsa externo.(1)

Alrededor de 70.000 personas en España son portadoras de un estoma (2) y la necesidad de realizarlo puede surgir por diversas razones, como el tratamiento del cáncer, la diverticulitis, el ano imperforado, la enfermedad de Hirschsprung, traumatismos, colitis ulcerosa, poliposis adenomatosa familiar o enfermedad de Crohn. En algunos casos, se opta por esta intervención de manera temporal para permitir la cicatrización del intestino, mientras que, en otros, se realiza de forma definitiva al no ser posible la reconstrucción del tránsito.(1)

Las bolsas recolectoras o dispositivos de ostomía, se encuentran en diferentes variedades para adaptarse a las necesidades de cada paciente.(3)

A pesar de todos los avances realizados para evitar las complicaciones relacionadas con los dispositivos, como pueden ser las fugas de efluente o las dermatitis periestomales, son circunstancias que se siguen produciendo y que afectan de manera significativa a la calidad de vida de los pacientes.(4)

El estoma, genera un impacto sobre la percepción de la propia imagen, y la capacidad funcional y social se ve afectada en numerosas facetas. Estos pacientes encuentran limitaciones en sus actividades físicas y de ocio habituales, problemas para viajar, para ejercer su profesión, dificultades para conciliar el sueño, precisan hacer cambios dietéticos y cambios en su forma de vestir. En el plano psicosocial, pueden tener sentimientos de falta de autoestima, autorechazo o incluso culpa y su vida sexual/afectiva se condiciona o desaparece.(5)

JUSTIFICACIÓN:

Existe una creciente incidencia de las enfermedades causantes de la implantación de una ostomía, como el cáncer colorrectal o la enfermedad de Crohn. En ocasiones, se presenta en pacientes jóvenes que no han tenido tiempo de realizar proyectos vitales (como la maternidad en el caso de las mujeres) siendo la enfermedad y la construcción del estoma una barrera para realizarlos. La metodología cualitativa es la más apropiada para el estudio de las experiencias de estas mujeres, dada la importancia de conocer la perspectiva del propio sujeto que se encuentra en esta situación de cambio vital, sobre todo, cuando se trata de un estoma definitivo.

No se han encontrado en la literatura científica hasta la fecha, investigaciones que aborden este aspecto concreto de la convivencia con una ostomía.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cómo influye un estoma de eliminación digestiva en la vida de mujeres jóvenes sin hijos?

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN:

Objetivo general:

- Conocer el impacto del estoma en la vida diaria de la paciente y la influencia del mismo en su proyecto vital.

Objetivos específicos:

- Explorar su experiencia del diagnóstico de la enfermedad.
- Analizar cómo ha afectado el estoma a su autoconcepto y a su vida afectiva/familiar
- Analizar si le ha influido en su vida social y sobre sus gustos y aficiones.
- Identificar las dificultades que encuentra en su entorno laboral.

DISEÑO:

Método: Teoría fundamentada. Se pretende conocer la vivencia de determinadas personas supeditadas a una nueva condición física y construir conocimiento basado en su proceso de adaptación a la misma.

Población de estudio: Mujeres en edad reproductiva sin hijos, con un estoma de eliminación digestivo permanente.

Muestreo: Teórico e intencional. Selección de pacientes mediante asociaciones de ostomizados y consultas de estomaterapia. Se podrá seleccionar informantes de interés mediante la técnica de bola de nieve.

El tamaño de la muestra se determinará en el transcurso de la investigación, hasta alcanzar el principio de saturación.

Técnicas de recolección de datos:

Para explorar de forma individual las vivencias personales de las participantes, se realizarán entrevistas semiestructuradas.

Para profundizar en las inquietudes, preocupaciones y áreas de mejora que el colectivo percibe sobre su problema de salud, se realizarán grupos triangulares (máximo 3 participantes), para favorecer un mejor abordaje en temas de índole sexual-afectiva, que podrían ser más difíciles de tratar en grupos grandes.

Se realizarán tantas entrevistas y grupos como sean necesarios para alcanzar la saturación del discurso.

A. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Duración aproximada de 45 minutos/1 hora. Se le ofrecerá a la participante la realización de la entrevista en su propio domicilio y en la fecha y hora acordada para su mayor facilidad.

APERTURA: Presentación y agradecimiento por la participación. Entrega de consentimiento informado y explicación del objetivo del estudio incidiendo en la importancia de su opinión para su realización y aclarando que las respuestas no son correctas o incorrectas. Informar de que la entrevista será grabada para poder analizarla posteriormente y que todo lo que en ella se diga será anónimo y confidencial.

GUIÓN:

Bloque 1. Aspectos sociodemográficos:

Edad; Lugar de nacimiento; Nivel de estudios; Ocupación; Personas con las que convive

Bloque 2. Impacto del diagnóstico de la enfermedad:

Explica cómo te sentiste al conocer tu diagnóstico; ¿Cómo recuerdas que reaccionaste?; ¿Qué impacto ha tenido el diagnóstico en tu vida? ¿Cómo te ha afectado?; ¿Has seguido trabajando/estudiando?; ¿Has contactado con alguna asociación de pacientes ostomizados? ¿Cómo fue la experiencia?

Bloque 3. Influencia de la enfermedad en la vida sentimental/familiar:

¿Qué personas te han apoyado durante este proceso?; ¿Qué tipo de apoyo te han prestado?; ¿Todas ellas estaban al principio y se siguen manteniendo a tu lado en la actualidad?; ¿Cómo es tu comunicación con estas personas?; ¿Cuáles eran tus proyectos en cuanto a la vida en familia y la maternidad antes y después de la construcción del estoma?; ¿Cómo te sientes con tu cuerpo desde la operación? ¿Estás cómoda con él?; ¿Te ha afectado en tus relaciones sociales y afectivas el estoma? ¿En qué?

Bloque 4. Influencia de la enfermedad en la vida laboral (si trabaja/estudia):

¿Cómo fue tu actitud ante la vuelta al trabajo?; ¿Hubo algún cambio o adaptación que tuvieras que hacer en tu puesto?; ¿Cómo es la relación con los compañeros de trabajo desde que volviste? ¿Conocen la situación?

Bloque 5. Influencia de la enfermedad en los gustos y aficiones:

Coméntame cuales eran tus aficiones y qué cosas te gustaba hacer en tu tiempo libre; ¿Mantienes las mismas aficiones desde que llevas el estoma o has encontrado limitaciones? En tal caso, ¿Cuáles han sido?

Clausura: Insistir en el agradecimiento por participar, la confidencialidad y el anonimato y asegurar que todos los aspectos han sido abordados, ofrecer la posibilidad de hacer aportaciones finales.

B. GRUPOS TRIANGULARES

Consistirán en sesiones de 1:30h de duración. Criterios de homogeneidad intragrupo: Participantes de similar nivel socioeconómico y lugar de residencia.

Temáticas principales a tratar:

- Barreras que se encuentran en la vida cotidiana como personas ostomizadas
- Impacto en la consecución de objetivos vitales.
- Impacto en la autoestima y las relaciones sociales y afectivas.

Las participantes no se conocerán entre sí y la temática a tratar se desvelará solo en el momento de la sesión.

ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Se realizará un análisis de contenido temático. Las sesiones de grupo y las entrevistas serán grabadas para proceder a su posterior transcripción y codificación. Si el volumen de datos es grande se utilizará software especializado para el análisis (Nvivo).

Fases del proceso:

Preparación del corpus textual:

- Transcripción literal naturalista de todos los datos siguiendo los criterios de confidencialidad (códigos anónimos o nombres ficticios).
- Protección con copia de seguridad de la versión primaria de los datos.
- Agrupación de la información.

Preanálisis:

- Lectura detenida y repetida de los textos hasta la completa familiarización con los mismos.
- Elaboración de un primer listado de intuiciones, interpretaciones e ideas y un esquema provisional de clasificación de los temas.

Análisis:

- Creación de fragmentos de texto con sentido (citas) y codificación de los mismos.
- Elaboración de categorías exhaustivas y mutuamente excluyentes en base a los códigos. Categorización abierta para permitir que las categorías surjan durante el proceso.
- Agrupación de las categorías en categorías superiores (segundo o tercer nivel interpretativo)
- Segmentación de todo el texto por categorías y análisis de sus características para crear un marco explicativo.

Fase final:

- Contraste de los hallazgos. Verificar el valor explicativo del marco que se ha construido y contar con la posibilidad de tener que modificarlo si fuera necesario.
- Redacción final del informe de resultados incluyendo los procedimientos del análisis.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Las diferentes fases de la investigación se desarrollarán siguiendo los criterios de calidad definidos por Carlos Calderón (2002):

1. Adecuación metodológica y teórico-epistemológica:

Correspondencia entre la pregunta de investigación y la metodología y diseño escogido.

2. Relevancia: Pertinencia de las aportaciones de la investigación para mejorar el conocimiento del fenómeno estudiado y capacidad de transferir los hallazgos a otros contextos.

3. Validez: Valoración de la fidelidad de los resultados mediante la evaluación de los procedimientos para generar y analizar información y verificar los resultados, así como el detalle de la descripción del proceso, de manera que puedan ser compartidos por terceros.

4. Reflexividad: Reconocimiento del efecto del investigador o equipo investigador en la investigación y en las interacciones con los participantes.

Para poder cumplir dichos criterios se llevarán a cabo los siguientes procedimientos:

- El equipo investigador recogerá toda la información procedimental en el cuaderno de campo.
- Triangulación de técnicas (entrevista semiestructurada y grupos triangulares).
- Triangulación de investigadores: Varios miembros del equipo evaluarán de forma independiente datos y resultados.
- Se utilizará la lista de comprobación validada CASP. (6)

IMPLICACIONES ÉTICAS:

La investigación es relevante y válida a nivel científico y la participación en la misma comporta beneficios para el colectivo de las personas ostomizadas, en tanto que se profundiza en aspectos sobre su calidad de vida y no es esperable ningún daño físico o emocional para los participantes.

La selección de participantes se realizará conforme al principio de justicia sin discriminaciones por razón alguna.

La participación en el estudio será voluntaria y se respetarán los derechos de intimidad y confidencialidad. Los participantes recibirán consentimiento informado verbal y escrito, asegurándose el investigador principal de la completa comprensión del mismo y podrá ser revocado en cualquier momento sin perjuicio para la participante.

El proyecto será evaluado y aprobado por un comité ético de investigación clínica (CEIC) independiente antes de realizarse.

La autora declara que no existen conflictos de intereses que interfieran en la investigación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. United Ostomy Associations of America Inc. What is an ostomy? [Internet]. [Citado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ostomy.org/what-is-an-ostomy/>
2. Cobos Serrano JL, GCOF. Libro blanco de la ostomía en España. [Internet] Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.; 2018. [Citado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.coloplast.es/Global/Spain/Ostomia/Otros/PDF/Libro%20blanco%20de%20la%20Ostom%C3%ADa.pdf>
3. Tipos de colostomías y sistemas de bolsa recolectora [Internet]. [Citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html>
4. Sætre R, Gotfredsen JL, Nonboe P, Hansen HD, Mathiesen R, Karlsmark T, et al. An ostomy baseplate with a skin-protection technology reduces peristomal skin complications: a randomized controlled trial (the ATTRACT study). Br J Dermatol [Internet]. 30 de marzo de 2023;188(4):474-81. [Citado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjd/article/188/4/474/6882121>
5. Choudhary M, Kaur H. Experiences of Living with Intestinal Ostomy: A Qualitative Meta-Synthesis. Indian J Palliat Care [Internet]. 2020;26(4):421-7. [Citado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7888412/>
6. CASP Critical Skills Appraisal Programme (CASP) and Health Care Libraries Unit (HCLU). [Internet]. [Citado el 23 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

APLICACIÓN Y USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE OSTOMIZADO DURANTE LA PANDEMIA

Blázquez Huerta, Marta*; Acero Martínez, María**; Serrano Bermejo, Elena**; Rivera Cabrero, Mónica**; Ruiz Luján, Vanesa***

* Enfermera estomaterapeuta de hospitalización, Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA); ** Enfermeras de hospitalización quirúrgica (HUFA); *** Supervisora de enfermería de hospitalización quirúrgica (HUFA).

marta.little.h@gmail.com

RESUMEN

Las personas ostomizadas requieren cuidados integrales y especializados que les ayuden a adaptarse a su nueva situación.

Durante la pandemia COVID-19 surge la necesidad de tener una mínima información de los cuidados a seguir en pacientes ostomizados que se encuentran fuera de la unidad de hospitalización quirúrgica. Al ser necesario guardar distanciamiento físico, el uso de los códigos QR se generalizó entre la población general.

El objetivo de nuestra intervención era conseguir que las enfermeras de reciente incorporación o de distintos servicios tuvieran un acceso rápido y sencillo a información imprescindible para dar unos mínimos cuidados a los pacientes ostomizados.

Se elaboró una infografía con un diseño ágil donde concentrar mucha información limitando el uso de papel. La infografía se agrupa en dos partes: una recoge los cuidados imprescindibles a realizar en cada fase del proceso perioperatorio, y otra donde se incluyen ayudas cognitivas sobre cuestiones específicas como códigos nacionales, elección de dispositivo, solicitar consulta de seguimiento al alta, entre otros.

Los distintos temas tienen un código QR asociado para escanear y consultar la información requerida de forma rápida, atractiva y dinámica.

Se distribuyeron infografías en todas las unidades del centro hospitalario y se publicó en la intranet del mismo.

Se realizó una encuesta posterior para ver el impacto de dicho documento. El 77.4% de los encuestados tenían problemas siempre o en algunas ocasiones para elegir dispositivo, el 90% opina que la infografía le resulta sencilla de utilizar y con un acceso cómodo, el 91.5% le parece útil para el cuidado del paciente ostomizado, y un 95.8% lo recomendaría entre otros profesionales.

PALABRAS CLAVE

Periodo perioperatorio; guía de práctica clínica; enfermería basada en la evidencia; estomía.

FINALIDAD

En los últimos años son cada vez más los pacientes que precisan someterse a una cirugía que conlleve la creación de una ostomía. A nivel mundial se estima que el número de pacientes ostomizados asciende a 1,9 millones (1). En España los datos más actualizados nos hablan de 70.000 personas ostomizadas, con 16.000 casos nuevos anuales (2). Paralelamente, el aumento paulatino del número de estomaterapeutas en centros sanitarios (2), junto al incremento en el uso de las redes sociales (3,4) para la educación sanitaria, han ayudado a que la visibilidad de las personas ostomizadas se haya amplificado y desarrollado. No obstante, aún encontramos un gran desconocimiento sobre la realidad diaria que viven las personas ostomizadas, no solo entre la ciudadanía general, sino también entre el propio personal sanitario (5). Los profesionales sanitarios son fundamentales a la hora de comprender y evidenciar los cambios a nivel físico, psicológico y social que sobrellevan las personas sometidas a una cirugía con la creación de un estoma. Dichos profesionales son, además, parte esencial del proceso perioperatorio de estos pacientes, debiendo ofrecer unos cuidados individualizados, actualizados y basados en la evidencia, dirigidos a prevenir o afrontar complicaciones que puedan presentar en su adaptación al estoma (6).

El correcto manejo del estoma por parte del paciente es fundamental para mejorar su adaptación. Cuando este manejo no es adecuado, se ha evidenciado que aumenta el porcentaje de complicaciones postoperatorias (7). El seguimiento por un enfermero/a estomaterapeuta durante toda la fase perioperatoria es clave (8), pero la realidad es que en ocasiones no es posible prestar o tener acceso a esta atención especializada. En estos casos, es necesario disponer de personal sanitario formado y concienciado, con recursos para que el paciente inicie un manejo temprano de su estoma, le aporte seguridad a él y a su familia, pueda chequear unas mínimas destrezas

y preparar al paciente para el alta a su domicilio (5,9).

SARS-CoV-2 es el virus responsable del COVID-19, que causa neumonía y otros síntomas. El virus apareció en Wuhan, China, en diciembre de 2019, extendiéndose a todo el mundo y siendo declarado pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020. La pandemia de COVID-19 puso los sistemas de atención médica en peligro en todo el mundo, haciendo complicada la capacidad de brindar atención de calidad suficiente a los pacientes. El personal sanitario se enfrentó a la necesidad urgente de reorganizar los paradigmas de tratamiento, incluida la cirugía. Se produjo la suspensión o retraso de procedimientos electivos no oncológicos y la reducción o suspensión total de los servicios ambulatorios (10).

En nuestro centro, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), se produce un inevitable descenso de intervenciones programadas y se convierte la unidad de hospitalización quirúrgica en unidad COVID-19. Los pacientes ostomizados intervenidos durante este periodo son ubicados en unidades hospitalarias con personal no entrenado ni familiarizado con su cuidado y manejo, así como personal de reciente incorporación. Estos profesionales deben responsabilizarse de la educación y atención de los pacientes ostomizados sin apenas formación, metodología ni recursos.

Surge pues la necesidad de dotar al personal sanitario de dichos recursos y ayudas para que tuvieran un acceso rápido y sencillo a información imprescindible y así poder ofrecer unos cuidados mínimos a los pacientes ostomizados.

Los códigos QR nos ofrecen gran capacidad de almacenaje y facilidad de uso. Debido a la pandemia de COVID-19 y la necesidad de mantener distancia y evitar contactos, su empleo ha aumentado en muchos contextos.

En el ámbito sanitario nos ayuda como alternativa al papel, disminuyendo la desorganización y pérdida de los protocolos impresos y obsoletos. Únicamente requieren un smartphone para su lectura, permitiéndonos además la actualización continua de contenidos de forma sencilla y gratuita (11,12). En un reciente estudio se ha visto la efectividad usando códigos QR para entrenar a personal sanitario frente a la preparación clásica, con acortamiento en los tiempos de búsqueda de información y mayor satisfacción de los profesionales (12).

Reflexionando en estas ventajas, ideamos una infografía para el proceso de hospitalización del paciente ostomizado desde su ingreso en la unidad hasta el momento de alta domiciliaria utilizando códigos QR. Con esta infografía promovemos una mejora en la calidad de vida de los pacientes ostomizados aportando información para poder ofrecer cuidados basados en la última evidencia actualizada.

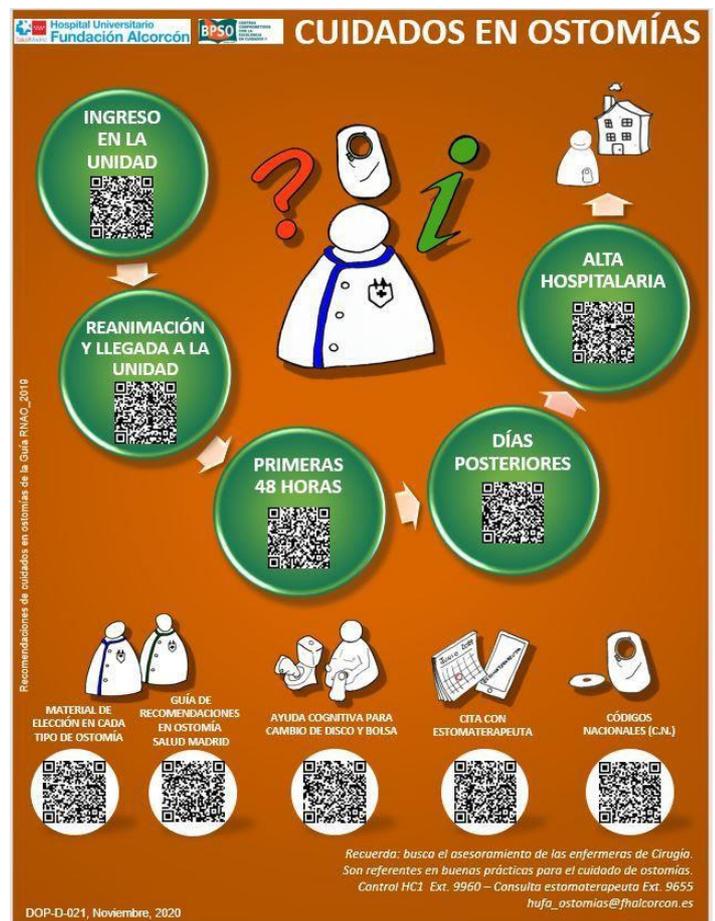
CARACTERÍSTICAS

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) ha implantado la Guía de Buenas Prácticas (GBP) "Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía" (8) en el periodo 2018-2021, con un año de retraso a causa de la pandemia por COVID-19. Durante la época previa a la pandemia los indicadores de resultado de las medidas que se implantaron mejoraron. Debido a la pandemia y al desplazamiento forzoso de los pacientes ostomizados a otras unidades con personal no familiarizado con las recomendaciones de la GBP, se produce una disminución de la mayor parte de indicadores de la guía. El menor número de cirugías, los escasos registros de valoración y formación del estoma o las altas domiciliarias sin cita de seguimiento con el estomaterapeuta, provocaron una disminución en los indicadores de evaluación de la guía.

Tras conocer estos resultados se planteó la necesidad de difundir unos cuidados imprescindibles de una forma sencilla y cómoda. Estas indicaciones tenían que ser adaptadas a los tiempos de pandemia, disminuyendo el uso de papel y siendo accesible para todo el personal sanitario del centro.

Como ya hemos comentado, se decide elaborar una infografía (FIG.1) cuyo objetivo es hacer llegar esta información al personal del resto de unidades y de ese modo poder dotarles de los recursos necesarios para atender a los pacientes ostomizados y sus familias con cuidados basados en la evidencia.

La idea en el diseño de la infografía era incorporar todos los cuidados imprescindibles para las distintas fases del proceso quirúrgico por los que pasa un paciente con ostomía, desde su ingreso en la unidad hasta el momento de alta domiciliaria. Ante la dificultad de reflejar toda esta información en un espacio reducido y de forma clara, solucionamos el problema con el uso de códigos QR.



Se diseñaron códigos QR para cada momento diferenciado y ayudas cognitivas para situaciones concretas. Este contenido está disponible para aquellos momentos en los que un estomaterapeuta no puede atender al paciente y está destinado a personal sanitario menos entrenado en ostomías o con dudas específicas, para personal de nueva incorporación o para alumnos en prácticas.

La infografía se confeccionó con dos partes claramente diferenciadas:

La parte superior agrupa los cuidados imprescindibles a realizar desde que el paciente ingresa en la unidad hasta que llega el día de alta hospitalaria. Todos los QR de esta parte tienen en común un icono sobre cómo realizar el registro de datos en el formulario correspondiente de la historia clínica del paciente.

- En el QR “Ingreso en la Unidad” encontramos qué pacientes pueden precisar estoma y qué actividades de enfermería tendríamos que realizar.
- En el QR “Reanimación y llegada a la Unidad” localizamos qué tenemos que valorar y comprobar durante su estancia en reanimación y a la llegada a planta, además de algunos aspectos de normalidad comunes a ese momento.
- En el QR “Primeras 48h” plasmamos las pautas sobre cómo y cuándo iniciar la educación en el manejo de los dispositivos con el paciente y/o cuidador durante los dos primeros días.
- En el QR “Días Posteriores” se dan indicaciones referentes a cómo continuar la educación del paciente y/o cuidador en esos días: valoración de la actitud del paciente frente al estoma, práctica con dispositivos, educación sobre cuidados básicos y preparación para el alta, entre otros.
- En el QR “Alta Hospitalaria” indicamos los tres ítems que no podemos olvidar entregar al paciente previo al alta: códigos nacionales, material para los primeros días en casa y una cita de seguimiento en la consulta del

estomaterapeuta.

La parte inferior reúne las ayudas cognitivas con información específica en distintos momentos del proceso.

- En el QR “Material de elección en cada tipo de ostomía” podemos visualizar de forma clara el material para abordar un cambio de dispositivo completo según el tipo de estoma.
- En el QR “Guía de recomendaciones en ostomía salud Madrid” encontramos la guía elaborada por la Comunidad de Madrid con indicaciones y recomendaciones sencillas sobre cuidados básicos y aspectos de la vida diaria.
- En el QR “Ayuda cognitiva para cambio de disco y bolsa” visualizamos directrices a seguir con imágenes para el cambio completo de dispositivo paso a paso.
- En el QR “Cita con estomaterapeuta” describimos el modo de pedir cita en consulta del estomaterapeuta.
- En el QR “Códigos nacionales” aparece el listado con los códigos nacionales del material de la casa comercial que ganó el concurso de recursos materiales para ostomías en el HUFA.

RESULTADOS

Tras su elaboración se difundió la infografía por las unidades del hospital con impresiones DIN A3 a color, se presentó a supervisores, se divulgó por correo electrónico y se publicó en la intranet oficial del HUFA. No se presentó en reuniones al personal de las unidades debido a las medidas de distanciamiento COVID-19.

Para conocer la difusión y la satisfacción, así como valorar el impacto de la infografía entre el personal sanitario, se realizó una encuesta mediante formularios de Google. Se recibieron un total de 71 respuestas de las que resaltamos los siguientes resultados:

- Respecto a la categoría profesional, el 66,2% son enfermeras, un 25,4% son técnicos en cuidados auxiliares (TCAE), un 7 % son estudiantes y sólo un 1,4% son médicos. La mayoría de los encuestados trabajan en una hospitalización quirúrgica (46,5%) o una hospitalización médica (32,4%).
- Al pedirles que valorasen su conocimiento y manejo sobre ostomías, el 76.1% de los encuestados respondieron tener un buen o muy buen manejo sobre ostomías. Aún así, únicamente un 22,5% afirmó no tener ninguna dificultad a la hora de elegir dispositivo.
- Respecto a la difusión de la infografía, 19 personas (26,8%) declararon que no conocían su existencia hasta ese momento, siendo mayoría los que la conocían previamente, bien por la difusión en las plantas físicamente (28,2%), bien por mediación de supervisores (18,3%) o compañeros (18,3%), siendo la difusión via e-mail la más baja (8,5%).
- En relación con las características de la infografía, el 90,1% opina que la infografía es sencilla de utilizar, que tiene un acceso cómodo y que los contenidos incluidos son interesantes y de calidad.
- Al 91,5% la infografía le parece útil para el cuidado del paciente ostomizado.
- Un 95,8% de los encuestados recomendaría su uso entre otros profesionales.

CONCLUSIONES

Con la creación y difusión de esta infografía hemos logrado mejorar la continuidad de cuidados y disminuir las complicaciones durante el ingreso de los pacientes ostomizados en el momento de pandemia. Asimismo, hemos obtenido un material donde consultar cómo abordar el cuidado del paciente ostomizado durante el periodo perioperatorio para personal nuevo en la unidad o para los alumnos, y donde poder aclarar dudas específicas que surjan en el cuidado diario de estos pacientes.

En nuestro centro este proyecto fomentó que los impulsores de las diferentes guías de buenas prácticas en periodo de implantación diseñaran sus infografías con este mismo modelo. Así se inició el uso de este medio de difusión de información con los cuidados y recomendaciones propios de su materia para darlos a conocer dentro de las unidades del HUFA.

Durante reuniones entre responsables de centros BPSO se transmitió esta iniciativa y fue reproducida por otros hospitales para difundir recomendaciones entre su personal.

Finalmente se está planificando reforzar en un futuro cercano la difusión de la infografía en las unidades del HUFA, aprovechando que las restricciones a causa de la pandemia han disminuido. Asimismo, se reevaluarán los contenidos para continuar actualizando los cuidados y la información que haya variado en los últimos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández L, Santafosta S, De la Quintana P. Proyecto para la mejora de la calidad de vida de las personas ostomizadas [Internet]. Madrid: Madrid Salud; 2016. Disponible en: <https://bit.ly/3dXo7KW>
2. JPR. Pacientes y enfermeras advierten que aún hay ciudades en España sin consulta específica de estomaterapia [Internet]. iSanidad. 2021. Disponible en: <https://isanidad.com/197139/pacientes-y-enfermeras-advierten-que-aun-hay-ciudades-en-espana-sin-consulta-especifica-de-estomaterapia/>
3. Bujalance Hoyos J, Grinspun D, Viñas Vera C, Pérez Jiménez MT, Jiménez Fernández MS, García Sánchez JA. Las redes sociales en la estrategia de implementación de evidencias en la práctica clínica: experiencia del Hospital Regional Universitario de Málaga, España. Medunab [Internet]. 2020;23(1):107-17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29375/01237047.3571>

4. Las enfermeras estomaterapeutas presentan el primer lipdub de ostomía para dar a conocer la importancia de su papel [Internet]. iSanidad. 2021 Disponible en: <https://isanidad.com/187226/las-enfermeras-estomaterapeutas-presentan-el-primer-lipdub-de-ostomia-para-dar-a-conocer-la-importancia-de-su-papel/>
5. Huddleston H, Roe C A, Wang D. Staff Nurse Confidence in Their Skills and Knowledge and Barriers to Caring for Patients With Ostomies. J WOCN. November/December 2014;41:560-5.
6. Bodega C et al. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7(3).
7. Keng CJ, Lee J, Valencia M, McKechnie T, Forbes S, Eskicioglu C. Transition home following new fecal ostomy creation: A qualitative study: A qualitative study. J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2021;48(6):537-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000814>
8. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Apoyo a Adultos que Esperan o viven con una ostomía [Internet]. Toronto (Canadá): RNAO; 2019. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf
9. Stelton S. CE: Stoma and peristomal skin care: A clinical review: Stoma and peristomal skin care. Am J Nurs [Internet]. 2019;119(6):38-45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.naj.0000559781.86311.64>
10. Nozawa H, Kawasaki A, Hayashi C, Kawai K, Sasaki K, Muroto K, et al. Impact of COVID-19 outbreak on stoma surgery and stoma clinic service: A retrospective study at a single Japanese referral hospital. Int J Clin Pract [Internet]. 2022;2022:4789775. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2022/4789775>
11. Wahsheh HAM, Al-Zahrani MS. Secure and usable QR codes for healthcare systems: The case of covid-19 pandemic. En: 2021 12th International Conference on Information and Communication Systems (ICICS) [Internet]. IEEE; 2021. Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/document/9464565>
12. Ma L, Mu Y, Wei L, Wang X. Practical application of QR code electronic manuals in equipment management and training. Front Public Health [Internet]. 2021;9:726063. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.726063>

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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)

NORMAS DE PUBLICACIÓN

- 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 los 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: María Jesús Bernarte Sorribas, Marta Pérez García,, Patricia Ferrero Sereno, Virginia García Moreno, Inés Naranjo Peña, Margarita Poma Villena, Nancy Marcela Camacho León

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>)

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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