



Revista SEDE

ARTÍCULOS

1

COLOSTOMÍA: REPERCUSIÓN E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA TRAS UNA PERFORACIÓN A NIVEL DE UNIÓN RECTOSIGMOIDEA SECUNDARIA A COLONOSCOPIA.

2

HUMANIZANDO CUIDADOS: BUENAS PRÁCTICAS CON EL PACIENTE OSTOMIZADO

3

MANEJO ENFERMERO DE UNA HERIDA QUIRÚRGICA COMPLEJA CON DEHISCENCIA EN REGIÓN INGUINAL MEDIANTE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA. CASO CLÍNICO

4

USO DEL IRRIGADOR ANAL Y SÍNDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR BAJA.

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

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 Satse-lain Entralgo. Experto en Pacientes con Heridas Complejas. III Premio de Investigación en Enfermería Geteii-Janssen. Enfermera Consulta de Cirugía-Ostomías y Heridas Crónicas en el H. U. del Henares (Coslada-Madrid). 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

Inés Naranjo Peña

Diplomada 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 TalentsBeats (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 y Digestiva-Coloproctología en Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Ana Garnica Goyanes

Diplomada en Enfermería. Máster en estomaterapia y coloproctología. Experto en Enfermería: Terapia Intravenosa y Accesos vasculares. Experto en Enfermería: Cuidado Integral del paciente ostomizado. MD ANDERSON CANCER CENTER MADRID HOSPITAL. Coordinadora de Formación de Enfermería. Responsable de la Consulta de Enfermería de Ostomías

Revista SEDE

Vol. 09

Editorial

Pág 03

Experiencias

Pág 05

Entrevista a la Dra. Elena Bermejo, Cirujana en Coloproctología /Suelo Pélvico, del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Artículo 1

Pág 07

Colostomía: Repercusión e impacto en la calidad de vida. Intervenciones de enfermería tras una perforación a nivel de unión rectosigmoidea secundaria a colonoscopia.

Artículo 2

Pág 15

Humanizando cuidados:
Buenas Prácticas con el Paciente Ostomizado

Artículo 3

Pág 22

Manejo enfermero de una herida quirúrgica compleja con dehiscencia en región inguinal mediante terapia de presión negativa. Caso clínico

Artículo 4

Pág 32

Uso del irrigador anal y síndrome de resección anterior baja

Editorial

UN AÑO MÁS, CON VOCES QUE MARCAN LA DIFERENCIA

A punto de cerrar un año lleno de retos, avances y compromisos, nos encontramos frente al umbral del mes de diciembre, tiempo de reflexión, esperanza y celebración. Este número de nuestra revista digital marca no solo el fin de un ciclo, sino también una oportunidad para reafirmar nuestro compromiso con la excelencia en enfermería especializada: la Estomaterapia.

En este año hemos sido testigos del crecimiento de la investigación científica en nuestro campo. Hemos visto cómo cada artículo publicado, cada estudio riguroso, cada caso clínico compartido no solo aporta conocimiento, sino que también transforma la práctica clínica y mejora la calidad de vida de nuestros pacientes. La ciencia nos da herramientas, pero la vocación profesional es lo que impulsa el cambio.

Queremos agradecer profundamente a todos los profesionales que han contribuido con sus aportaciones: investigadores, clínicos, docentes.

Cada artículo publicado en esta revista es un acto de compromiso con la innovación y el bienestar del paciente. Y si hay algo que caracteriza al trabajo de nuestra Sociedad, es precisamente ese esfuerzo constante por investigar, compartir y mejorar.

En este sentido, no solo animamos a publicar, sino a publicar con propósito. No se trata solo de llenar páginas, sino de dejar huella: en las decisiones clínicas, en la formación, en la conciencia profesional.

Nuestra revista es un espacio para que tu voz sea escuchada, para que tus experiencias y descubrimientos no queden ocultos. Tu investigación cuenta.

Y mientras cerramos este año con una mirada hacia el futuro, queremos también compartir un mensaje de cercanía y cariño:

🎄 ¡Felicidades a todos los profesionales de enfermería!

A todos aquellos que día tras día, sin pedir reconocimiento, cuidan con empatía, con técnica, con pasión. En esta época tan especial, deseamos que la Navidad os traiga Paz, un momento para descansar, reencontrarse y renovar fuerzas.

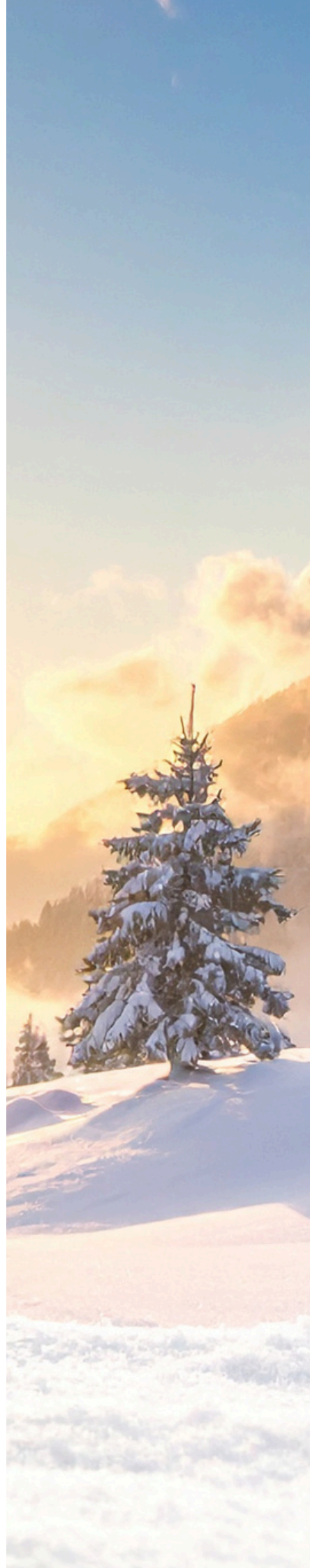
Que este fin de año sea también el principio del cambio: cada artículo publicado, cada estudio llevado a cabo, es una pequeña luz en el camino hacia una Estomaterapia más científica, humana y comprometida.

Con esperanza para lo que viene...

Y con cariño desde este espacio que nos une.

Con afecto y respeto,

Directora revista SEDE
Inmaculada Pérez
Equipo editorial



Entrevista a Dra. Elena Bermejo. Incontinencia Anal

¿Es la incontinencia anal un problema importante de salud a nivel global?

Es un problema muy importante, ya que se estima que afecta a alrededor del 6% de la población mundial, llegando hasta el 20% en el caso de la población anciana. Esto supone que en los próximos años, debido al aumento progresivo en la esperanza de vida, veremos aumentar de forma exponencial los casos de pacientes afectados por esta enfermedad.

¿Cuál es el impacto psicosocial de la incontinencia fecal en cuanto a la depresión y el aislamiento que ocasiona y cómo podemos ayudar en el contexto de la atención médica y la colaboración multidisciplinar?

El impacto de la incontinencia anal en términos de depresión y aislamiento es enorme puesto que se trata de un tema tabú sobre el que aún se habla poco a todos los niveles. Esto hace que en muchas ocasiones los pacientes se sienten tan avergonzados y tan estigmatizados que evitan hablar de ello incluso con sus familiares o amigos más cercanos y les cuesta dar el paso para consultar a su médico o enfermera de Atención Primaria. Por eso es tan importante que cada vez se le dé más visibilidad a esta enfermedad a nivel social, pero también dentro del ámbito sanitario, para que aumente la concienciación y por tanto la detección y con ello se pueda ayudar cada vez a más personas.

¿Cuáles son los criterios para considerar una intervención quirúrgica en pacientes con incontinencia fecal?

No todos los tipos de incontinencia requieren de una intervención quirúrgica, o bien por su grado de gravedad o bien por el tipo de incontinencia que presenta el paciente, y en función de esto es como se elige el tratamiento más adecuado para cada caso. El pilar fundamental del abordaje es el tratamiento inicial conservador, que se basa en modificaciones higienico-dietéticas, en repaso de fármacos u otros agentes favorecedores de los escapes, y en la rehabilitación reglada según las necesidades del paciente. Cuando esto no es suficiente es cuando hay que plantear otros escalones de tratamiento entre los que figura la esfinteroplastia (reparación quirúrgica de una lesión esfinteriana, generalmente de origen obstétrico), la colocación de agentes aumentadores de volumen del espacio interesfinteriano (conocidos como Bulking agents) o la neuromodulación de raíces sacras. Otras opciones no quirúrgicas pero también de amplio uso son la neuromodulación del nervio tibial posterior (NMTP) y la irrigación transanal (ITA).

¿En qué consiste exactamente la neuromodulación del nervio tibial posterior?

Se trata de una técnica mínimamente invasiva que no sólo se utiliza para ciertos tipos de incontinencia anal sino también para el tratamiento de trastornos urinarios como la urgencia miccional, vejiga hiperactiva etc. En el caso de la incontinencia anal su principal indicación es la urgencia defecatoria con o sin escapes.

La técnica consiste en la estimulación del nervio tibial posterior a su paso por la parte posterior del maléolo interno del tobillo mediante una aguja muy fina similar a las que se usan en la acupuntura. La aguja se conecta entonces a un generador que envía impulsos eléctricos a este nervio tibial posterior, el cual comparte las raíces nerviosas de S2-S3 y S4 con los nervios pélvicos que controlan el correcto funcionamiento del aparato urinario y del sistema defecatorio. De esta forma se “modula” o regula la actividad nerviosa de ambos sistemas y mejora su funcionamiento.

Esta terapia se realiza de forma ambulatoria generalmente mediante una fase inicial de 12 sesiones de 30 minutos cada una con una frecuencia variable entre ellas según los centros (generalmente 1-2 sesiones semanales). Una vez finalizada esta primera fase se evalúa la respuesta y la necesidad o no de continuar con sesiones adicionales.

¿Cuáles son los criterios de selección para indicar la NMTP?

En el campo de la incontinencia anal, la urgencia defecatoria (el deseo inminente de defecar que obliga a buscar rápido un baño) y la incontinencia de urgencia (que es el hecho de que se produzcan escapes antes de que de tiempo a llegar al wc) son las que mejor responden a este tipo de tratamiento, sobre todo si hay integridad anatómica del esfínter o si en caso de lesión ésta es muy pequeña. Sin embargo, no tiene indicación en caso de incontinencia anal pasiva (escapes inadvertidos).

¿Cuál es la tasa de éxito aproximada de la NMTP en los pacientes en los que está indicada y cuáles son sus desventajas o limitaciones?

La literatura publicada al respecto reporta una mejoría significativa tras las primeras 12 sesiones de tratamiento del 50-60%. Puesto que se trata de un técnica mínimamente invasiva con pocos o ningún efecto secundario más allá de ligero dolor o enrojecimiento local, existen pocas limitaciones a su uso, pero sus desventajas son que es una técnica que requiere constancia y buena adherencia al tratamiento por el elevado número de sesiones necesarias y que sus efectos, en caso de obtener mejoría, suelen disminuir a medio-largo plazo, objetivándose una pérdida de eficacia que requiere o bien la repetición de la terapia o bien el paso a otras opciones de tratamiento.

¿Cómo se maneja la adherencia al tratamiento de NMTP en pacientes con incontinencia fecal, y qué estrategias se utilizan para optimizar su cumplimiento?

Bueno, estas estrategias no están descritas como tal, pero en mi opinión es fundamental el hecho de que las 12 sesiones consecutivas del tratamiento inicial permiten un seguimiento muy estrecho del paciente durante el cual se van reforzando pautas de alimentación, suplementación con agentes formadores del bolo fecal, y esa frecuencia en el seguimiento permite realizar unos ajustes casi “en tiempo real” que son muy beneficiosos globalmente para el paciente.

Colostomía: Repercusión e impacto en la calidad de vida. Intervenciones de enfermería tras una perforación a nivel de unión rectosigmoidea secundaria a colonoscopia.

Colostomy and quality of life: nursing interventions after a rectosigmoid perforation secondary to colonoscopy.

Carlos Manuel Nieves Rodríguez.

Graduado en enfermería. Unidad de Hospitalización Cirugía general y digestivo del Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. Islas Baleares.

Profesor del departamento de enfermería en la Universidad de las Islas Baleares.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5062-1989>

carlosnieves23@gmail.com

RESUMEN.

Introducción: La calidad de vida es un concepto muy amplio que está influido por múltiples factores. El conocimiento de los mismos es importante para proporcionar un cuidado integral a una persona portadora de una colostomía, ya que presenta diversos problemas que afectan a su vida diaria.

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

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

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

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

Resultados: La calidad de vida de los pacientes se encuentra mermada por la ostomía en las 3 dimensiones: física, psíquica y social. Este empeoramiento depende de diversos factores, de los cuales destacan: el tipo de ostomía, la incidencia de complicaciones, la adaptación al cambio, y la autoestima. Con la cualificación y seguimiento de la enfermera estomaterapeuta en la unidad de cirugía, el marcaje prequirúrgico del punto donde se ubicará el estoma, y la

educación para la salud y el autocuidado, la calidad de vida de los pacientes aumenta a corto, medio y largo plazo.

Conclusiones: La situación de cada paciente es diferente y por ello los cuidados que llevan a cabo las enfermeras y estomaterapeutas en el paciente colostomizado deben ser individualizados, siendo necesario establecer protocolos de atención y actuación de enfermería con objetivos e intervenciones claras y específicas para cada uno de ellos.

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

ABSTRACT

Introduction: Quality of life is a very broad concept that is influenced by many factors. Knowledge of these factors is important in order to provide comprehensive care for a person with a colostomy, as they present with a variety of problems that affect their daily life.

Objectives: To draw up a care plan during the patient's stay in hospital, with the aim of gradually adapting to her environment to help her cope with her new situation and improve her quality of life.

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

Results: Patients' quality of life is impaired by ostomy in all 3 dimensions: physical, psychological and social. This deterioration depends on several factors, of which the most important are the type of ostomy, the incidence of complications, adaptation to change, and self-esteem. With the qualification and follow-up of the ostomy nurse in the surgical unit, pre-surgical marking of the stoma site, and education for health and self-care, the quality of life of patients increases in the short, medium and long term.

Conclusions: Each patient's situation is different and therefore the care provided by nurses and stomatotherapists to colostomised patients must be individualised, making it necessary to establish protocols for nursing care and action with clear and specific objectives and interventions for each patient.

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

INTRODUCCIÓN: La colocación de un estoma (1) implica la pérdida temporal o permanente del control voluntario de la eliminación de heces u orina y la necesidad de emplear una bolsa para recoger el material que se evacua a través de la ostomía. Por otro lado, además de las numerosas complicaciones (2) que pueden surgir en el postoperatorio, la colocación de un estoma, se encuentra sujeta a revisiones periódicas y posibles reintervenciones. Asimismo, el portar un estoma supone una importante distorsión de la imagen corporal (3), ansiedad (4), vergüenza, pérdida de seguridad y la falta

de confianza en uno mismo finalizando en muchas situaciones en un aislamiento social completo. De hecho, el porcentaje de pacientes que presentan síntomas de soledad y depresión es bastante elevado (5).

El impacto que produce el portar un estoma afecta a múltiples esferas de la vida diaria, tanto física y psicológica, como socioemocional y sexual (6). Esta afectación, en conjunto, hace que la calidad de vida (7) del paciente ostomizado se vea notablemente afectada. En este sentido, existen multitud de trabajos publicados hasta la fecha, que respaldan que los pacientes ostomizados presentan un detrimento en su calidad de vida (8). De este modo, estos enfermos se ven en la necesidad de modificar su estilo de vida con el fin de buscar soluciones para adaptarse a su estoma.

Es muy importante la implementación de guías (9) de práctica clínica en el cuidado del paciente ostomizado en las unidades de cirugía general. Las diferentes intervenciones que se llevan a cabo con los pacientes deben ser individualizadas, conjuntamente planificadas con las enfermeras estomaterapeutas (10) y evaluando siempre todas las posibles complicaciones que pueden surgir después del postoperatorio.

OBJETIVO PRINCIPAL:

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

alta y mejorar su calidad de vida.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Antonia es una paciente de 74 años, con antecedentes familiares de cáncer de colon. La paciente es intervenida el 22 de julio del 2024 (Hartmann) por perforación a nivel de unión rectosigmoidea con peritonitis purulenta difusa secundaria a colonoscopia el 17 de julio de 2024. La paciente como complicaciones postoperatorias presenta una acidosis metabólica por lo que requiere varios días de ingreso en la unidad de reanimación postoperatoria.

Al ingreso en nuestro servicio, 07 días después, la paciente presenta una herida quirúrgica abdominal, en el que presenta drenado hemático antiguo, de características serosa por el tercio distal inferior. Referente al estoma, se puede visualizar la mucosa rojiza, hidratada, invaginada. La unión periestomal presenta suturas íntegras, con alguna zona húmeda. La piel periestomal se encuentra íntegra e hidratada. La boca estomal se encuentra visible, pero presenta tendencia a la invaginación.

Tras la intervención quirúrgica, Antonia permanece ingresada en nuestra unidad desde el 29 de julio hasta el 14 de agosto del 2024. Durante su estancia nos proponemos un programa de educación sanitaria y aprendizaje para el manejo y abordaje de la colostomía y plan de curas para el tratamiento de la dehiscencia del estoma.

El primer contacto con Antonia 1ª sesión: (29 / 07/ 2024) va a tener como finalidad, establecer una relación enfermera-paciente y con su familia (13) que le acom-

pañan en todo momento. Le realizamos el registro del historial clínico y la hoja de valoración de Enfermería, en la que se resume las necesidades alteradas:

Necesidad de nutrición: Sigue una dieta diabética e hiposódica. La ingesta de líquidos es adecuada. Refiere no tener apetito. Ha perdido 6 kg en el último año motivado por su enfermedad de base. Presenta palidez de piel y mucosas, pero se encuentran bien hidratadas.

Necesidad de eliminación: Portadora de sondaje vesical los primeros días del posoperatorio.

Necesidad de higiene piel y mucosas: Antonia es portadora de una colostomía en cuadrante inferior izquierdo del abdomen (4cm x 3cm); herida quirúrgica secundaria a la intervención quirúrgica.

Estoma: se presenta la mucosa rojiza, hidratada, invaginada, unos 35 mm redondo. Se visualizan presencia de zonas esfaceladas en zona inferior perimucosa. La piel periestomal está íntegra pero enrojecida y húmeda, debido a algunos cambios de la placa de colostomía por fuga del dispositivo. Referente a la unión periestomal presenta las suturas íntegras. Se realiza el Test "Ostomy Skin Tool" para valorar de forma estandarizada la piel periestomal. DET score: 4/15: [Descoloramiento: 3/5; Erosión: 1/5; Sobrecrecimiento de tejido: 0/5]. El dispositivo que utiliza al inicio es de 2 piezas convexidad suave 55mm, previa colocación de anillo y bolsa abierta. Se establece frecuencia de cambio de lámina cada 48h (valorando necesidad

de la paciente). La paciente nos comenta que encuentra alguna dificultad en el manejo del dispositivo, sobre todo a la hora de realizar el cierre de la bolsa. Se le comenta a la paciente que esa situación es normal al principio de la educación sanitaria en el manejo de los dispositivos sobre todo los primeros días.

Necesidad de adquirir conocimientos: Muestra un interés bastante importante en conocer los diferentes tipos de dispositivos y accesorios en el cuidado de la colostomía y sobre todo demuestra una gran iniciativa a la hora de llevar a cabo el procedimiento de la cura y cuidado del estoma.

DIAGNÓSTICOS NANDA Y PLAN DE CUIDADOS:

En la Tabla 1 se detallan los objetivos enfermeros NOC propuestos para cada diagnóstico con los indicadores asociados y las intervenciones enfermeras NIC, que se obtienen tras la valoración: (11)

Diagnóstico NANDA	Objetivo NOC	Indicadores	Valor inicial	Valor final
(00069) Afrontamiento ineficaz	NOC 1302 Afrontamiento de problemas	130201 Identifica patrones de superación eficaz 130203 Verbaliza sensación de control 130213 Utiliza estrategias de superación efectivas	2 2 2	4 4 4
	NOC 1300 Aceptación estado de salud	130020 Expresa consideración por sí misma positiva 130016 Mantiene las relaciones 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud	2 2 2	4 4 4
	NOC 1813 Conocimiento del régimen terapéutico	181301 Descripción de la dieta prescrita 181308 Descripción del ejercicio prescrito	2 2	5 4
	(00078) Gestión ineficaz de la salud	161504 Mide el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo 161505 Demuestra cuidados de la piel alrededor del estoma 161509 Controla las complicaciones relacionadas con la ostomía 161515 Sigue la dieta recomendada 161518 Busca ayuda profesional según sea necesario 161519 Expresa aceptación de su ostomía	2 1 1 2 2 2	4 5 4 4 5 5
(00053) Aislamiento social	NOC 1204 Equilibrio emocional	120402 Muestra un estado de ánimo sereno 120403 Muestra control de impulsos 120415 120404 Muestra interés por lo que le rodea 120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias	2 3 2 3	4 4 4 4
	NOC 2002 Bienestar personal	200201 Satisfacción en la realización de actividades de la vida diaria 200207 Satisfacción en la capacidad de superación 200213 Satisfacción en la capacidad de controlar actividades	2 2 2	5 5 5
	(00002) Desequilibrio nutricional por defecto	100402 Ingestión alimentaria 100408 Ingestión de líquidos 100403 Energía 100411 Hidratación	2 2 2 2	5 4 4 4
	NOC 0303 Autocuidados: comer	030301 Prepara la comida 030314 Finaliza la comida	2 2	5 5

Tabla 1.

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO:

Figura 1. Descripción del estoma en la primera semana de ingreso.

Figura 1. Descripción del estoma primera semana de ingreso.



En el primer cambio que se realiza de placa, se puede visualizar la mucosa del estoma rojiza, hidratada, invaginada en la zona inferior. La unión periestomal presenta suturas íntegras, con alguna zona de humedad. La piel periestomal se encuentra íntegra e hidratada. La boca estomal se encuentra visible, pero presenta tendencia a la invaginación. Se comienza a visualizar la presencia de zona esfacelada desde las 4 -7.

Se inicia el programa de educación sanitaria a la paciente y a la familia presente en todo momento, mediante los cuidados principales de higiene y limpieza del estoma con agua y jabón, desbridamiento del tejido esfacelado zona 4-7 del lecho estoma, cuidados de la piel perilesional, cuidados de la herida quirúrgica, así como el manejo de los diferentes dispositivos de ayuda en los cuidados de la colostomía. La paciente presenta una baja autoestima por la situación actual de la presencia del tejido esfacelar en la ostomía y se siente muy preocupada por su futuro, ya que le los cuidados que se realizan con el estoma le parecen muy complejos y comenta que no se encuentra capaz de realizar los cuidados de caras a un futuro en su domicilio.

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



Durante la primera semana en nuestra unidad, se mantiene la presencia del tejido esfacelado en zona 4-7. La mucosa del estoma se visualiza con un aspecto de color rosado y la piel perilesional menos enrojecida. Se continua con el desbridamiento del tejido esfacelar. Para el procedimiento de la realización de cura de la ostomía, se realiza higiene con agua y jabón, irrigación del lecho con suero fisiológico.

A continuación, se aplican fomentos de polihexanida (Prontosan ® liquido) 15 minutos. Para mantener el lecho separado del estoma y limpio de heces, se aplican tiras de hidrofibra de hidrocoloide con plata (Aquacel ® Ag) insinuado en la cavidad de la zona inferior. Se realiza sellado con aro plano y pasta. La piel perilesional se protege con un espray barrera para prevenir la dermatitis. Se coloca dispositivo de dos piezas, una lámina de convexidad suave de 55mm y bolsa abierta. Se coloca cinturón a la paciente y faja abdominal. Los cambios de placa se mantienen cada 48 horas y continuidad en la educación sanitaria del cambio de bolsa. Se realiza valoración del estoma por turno, y cambio de dispositivo antes de las 48h en caso de ser necesario.

Figura 3. Cuidados del estoma durante la segunda semana de ingreso.



En la segunda semana de ingreso, la mucosa del estoma presenta buen color casi en su totalidad. Se continúa con el desbridamiento de la zona esfacelada desde las 4-7. La paciente presenta una mejoría considerable respecto a la semana anterior. Se observa el estoma con tendencia a la invaginación. Referente a la unión mucocutánea se visualiza dehiscencia de sutura de 2-7. Se presenta dermatitis en zona de piel periestomal por varios cambios de lámina tras no adherirse correctamente en los últimos días. Referente a la cura, se mantiene higiene y limpieza del lecho con agua, jabón y suero fisiológico. A continuación, se aplican fomentos de polihexanida. Desbridamiento del tejido esfacelar. Se aplican tiras de hidrofibra de hidrocólido con plata (Aquacel® Ag) en zona inferior esfacelada. Se coloca un dispositivo 3 piezas (lámina 55mm convexidad suave + bolsa abierta), y sello con un aro plano y pasta. Se aplica spray barrera y polvos en lesiones periestomales y se coloca cinturón a la paciente. Se establece cambio diario de lámina hasta regeneración completa de tejidos. Cambio de bolsa diario y vaciado según necesidad. La paciente presenta un manejo correcto y gran apoyo familiar en los cambios de dispositivos y cuidados de la ostomía.

Figura 4. Cuidados del estoma durante la tercera semana de ingreso.



En la tercera semana, la paciente comenta que no acaba por encontrarse cómoda con el dispositivo implantado de 3 piezas y no presenta una completa adherencia al dispositivo, así que se decide un cambio de dispositivo de tres a dos piezas (lámina 55 mm convexidad suave y bolsa abierta), con el cual se consolida el cambio de placa a 3-4 días y es dada de alta a final de la tercera semana de ingreso.

Referente a la cura, se mantiene higiene y limpieza del lecho con agua, jabón y suero fisiológico. A continuación, se aplican fomentos de polihexanida. El lecho se presenta sin tejido esfacelar. Se aplican tiras de hidrofibra de hidrocólido sin plata en cavidad de la dehiscencia. Se mantiene con un dispositivo 2 piezas (lámina 55mm convexidad suave + bolsa abierta), y sello con aro plano y pasta. Se aplica spray barrera y polvos en lesiones periestomales y se coloca cinturón a la paciente.

Se establecen cambios cada 72 horas, y se fija fecha para seguimiento en consultas de la enfermera estomaterapeuta tras el alta de la paciente de la unidad de cirugía. Se han cumplido con los objetivos propuestos en 3 semanas de ingreso en la unidad de cirugía general con un grado elevado de autonomía por parte de la paciente, familia

y colaboración de todo el equipo de enfermería.

Figura 5. Cuidados del estoma en la consulta de estomaterapia y seguimiento post- alta de la paciente.



En el seguimiento de la paciente en las consultas de enfermería experta en estomaterapia, se observa el estoma casi a nivel de pared abdominal, sin necesidad de utilizar apósitos de hidrofibra de hidrocoloide. Se han mantenido los cuidados de enfermería y procedimiento de cura de la dehiscencia y se han conseguido unos resultados muy positivos para la paciente.

DISCUSIÓN:

El trabajo destaca el rol fundamental de las enfermeras en la atención integral de pacientes colostomizados, especialmente en el período post-alta hospitalaria. La literatura científica evidencia que el primer mes tras el alta constituye un período crítico donde los pacientes enfrentan dificultades significativas en el manejo del estoma y su proceso de aceptación, incrementándose el riesgo de complicaciones.

La investigación de Ming-Hui et al. (2022) identificó las primeras semanas post-alta como el momento más vulnerable para estos pacientes,

mientras que Chen et al. (2021) demostró que la implementación de cuidados de enfermería continuos mejora sustancialmente la capacidad de autocuidado, reduce complicaciones, alivia el impacto psicoemocional y fortalece las habilidades sociales tanto en el ámbito hospitalario como domiciliario.

CONCLUSIONES:

El éxito del plan de cuidados en pacientes colostomizados requiere la participación activa del paciente en la toma de decisiones, logrando mejoras en el bienestar físico, psicológico y la aceptación de la imagen corporal. El trabajo en equipo multidisciplinar es fundamental para alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos desde el inicio del tratamiento. Se identifica la necesidad de mayor formación profesional en aspectos psicosociales y más estudios actualizados, especialmente para el abordaje de la sexualidad (12) en pacientes ostomizados, tema que presenta dificultades comunicativas debido a su complejidad.

APORTACIÓN Y RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Este trabajo refleja la implementación de un plan de cuidados de enfermería basado en evidencia para una paciente colostomizada, logrando mejoras significativas en autocuidado, calidad de vida y reducción de días de hospitalización. Se necesita destacar el rol fundamental de la enfermera estomaterapeuta como figura clave en el cuidado especializado de ostomías y se enfatiza la necesidad de consolidar esta especialización en la práctica clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2019 Oct 19 [cited 2024 Nov 20];394(10207):1467–80. Available <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31631858/>
2. Luo X, Wang Y, Lu Z, Xu R. The application of continuous nursing in patients with enterostomy is beneficial to improve self-care ability, quality of life and reduce the incidence of complications. *Minerva Surg* [Internet]. 2024 [citado el 21 Nov 2024]; 79(2): 256-258. Disponible en: <https://acortar.link/3EX9FA>
3. Ponce Gómez G, Huerta González S, Carmona Mejía B. Tener una colostomía: transformación de la corporalidad. *Cultura de los Cuidados* [Internet]. 2017 [Consultado 21 de noviembre de 2024]; 48:23-32. Disponible en: <https://dialnet-uniriojaes.cuazro.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=6105908>
4. Jin Y, Zhang J, Zheng M, Bu X, Zhang J. Psychosocial behaviour reactions, psychosocial needs, anxiety and depression among patients with rectal cancer before and after colostomy surgery: A longitudinal study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019 Oct 28 [acceso 22 de Noviembre de 2024];28(19–20):3547–55. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14946>
5. Zhang, Y; Xian, H.; Yang, Y.; Zhang, X.; Wang, X. Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *J Clin Enfermeras*. 2019; 28 : 2880- 2888
- 1.6. García López, R.; Heras García, A. Impacto en la calidad de vida, imagen corporal y sexualidad de las ostomías de eliminación: Una revisión narrativa. Trabajo de Fin de Grado. 4º Grado en Enfermería. UAM / 2020 [Citado el 22/11/2024].
- 2.7. Cabrera T, P. "Percepción De La Calidad De Vida Pacientes Colostomizados Y Relación Con La Enfermera Estomaterapeuta." 2019.
- 3.8. Stavropoulou A, Vlamakis D, Kaba E, Kalemikerakis I, Polikandrioti M, Fasoi G, et al. "Living with a Stoma": Exploring the Lived Experience of Patients with Permanent Colostomy. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Aug 2 [cited 2024 Nov 23]
- 4.11. Lucía Roa Castillo X., Yamile Rodríguez Castañeda R.; Diagnósticos de enfermería más relevantes en los pacientes ostomizados a partir de la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Santafé de Bogotá, D.C. 2018.
- 5.12. Vural F, Harputlu D, Karayurt O, Suler G, Edeer AD, Ucer C, et al. The impact of an ostomy on the sexual lives of persons with stomas: A Phenomenological Study. *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2016 Aug 1 [Consultado el 26 de noviembre del 2024];43(4):381–4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27183537>

Humanizando cuidados: buenas prácticas con el paciente ostomizado

Humanizing care: best practices with the ostomized patient

Inés Naranjo Peña¹; Juliana Maria Calvo Martin²; Esther María Rebollo Martinez³; Jéssica Palenzuela Díaz⁴; Jose Martin Gonzalez⁵.

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Enfermera Estomaterapeuta. Consultas externas Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid; ²TCAE. Consultas externas Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid; ³Enfermera Consultas externas Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid. ⁴Enfermera responsable Consultas externas. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid; ⁵Enfermero supervisor Consultas externas. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid.

ines_naranjo@hotmail.com

RESUMEN

Humanizar implica reconocer a la persona más allá de su estoma, comprender su experiencia subjetiva y acompañarla de forma respetuosa y competente a lo largo de todo el proceso asistencial.

Un plan de humanización en ostomía tiene como objetivo principal mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una ostomía, proporcionándoles apoyo emocional, educación y recursos para facilitar su adaptación a esta nueva realidad.

En el momento actual se trata de un programa consolidado en nuestro centro basado en cuidados humanos en el paciente portador de una ostomía dado que se promueve la atención centrada en la persona, profesionales como agentes de la humanización, liderazgo y organización humanizada e

infraestructuras, entornos y espacios adaptados.

INTRODUCCION

La humanización como concepto en la atención sanitaria gira en torno a dar una respuesta individualizada, de forma integral y holística a las necesidades de las personas, tanto físicas como emocionales, sociales y espirituales, teniendo en cuenta su dignidad y unicidad¹.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) promueve bajo el lema "Trato humano": una política integral de formación en desarrollo humano para los profesionales sanitarios en busca de la protección de los derechos de las personas².

La ostomía, ya sea temporal o permanente, representa mucho más que una modificación anatómica, ya que afecta a la imagen corporal, la autoestima, las relaciones sociales, la sexualidad y la percepción de control sobre la propia vida³. En este contexto, la humanización de los cuidados emerge como un eje fundamental de la atención sanitaria de calidad, especialmente en el abordaje del paciente ostomizado⁴.

Humanizar implica reconocer a la persona más allá de su estoma, comprender su experiencia subjetiva y acompañarla de forma respetuosa y competente a lo largo de todo el proceso asistencial⁵.

La humanización de los cuidados se sustenta en los principios de la atención centrada en la persona⁶:

- Respeto a la dignidad y la intimidad, evitando actitudes estigmatizantes.
- Individualización del cuidado, considerando valores, creencias, contexto sociocultural y capacidades.
- Autonomía y corresponsabilidad, fomentando la toma de decisiones compartida.
- Relación terapéutica basada en la confianza, la empatía y la comunicación efectiva.

En estomaterapia, estos principios adquieren especial relevancia debido a la vulnerabilidad emocional y al impacto psicosocial asociado a la ostomía. Los profesionales de enfermería en el cuidado del paciente ostomizado debemos promover el cuidado humano mediante la relación terapéutica y de ayuda con el fin de promover la adaptación, recuperación y reinserción.

La humanización de la asistencia sanitaria es, en el momento actual, un valor propio de los servicios de salud, integrada como un eje de su gestión y desplegada como una estrategia de mejora continua. Por todo ello, hay que apostar por la humanización de nuestro sistema sanitario, promoviendo acciones de mejora haciendo llegar a nuestra organización todo aquello que suponga un paso adelante como motor de cambio para centrar el cuidado en la persona.

OBJETIVOS

Objetivo principal: Analizar la importancia de la humanización de los cuidados en el paciente ostomizado, destacando su impacto en la adaptación, la autonomía y la calidad de vida desde un enfoque centrado en la persona.

Objetivos secundarios:

- Ofrecer una respuesta personalizada e integral a las necesidades asistenciales no solo del paciente sino también de su familia y trabajando desde la asistencia sanitaria como agentes fundamentales de la humanización.
- Poner en valor el papel de la enfermera experta en estomaterapia como referente clínico y humano.
- Identificar buenas prácticas clínicas humanizadas a lo largo del proceso asistencial (preoperatorio, postoperatorio y seguimiento).
- Establecer estrategias e indicadores de calidad para la evaluación de gestión en humanización en ostomía.

METODOLOGÍA

Nuestro hospital (Hospital Universitario Infanta Cristina; Parla) apuesta por proyectos de empatía y humanización hacia el paciente y familia. Se desarrolla en nuestra unidad (consulta de ostomía) un programa basado en la humanización con la finalidad de mejorar las habilidades de comunicación, estructurar programas de ayuda, ofrecer una atención personalizada y hacerles partícipes de esa atención a nuestros pacientes y entorno.

Este programa está basado en el Manual de Buenas Prácticas en Humanización en Ostomía; mediante este programa se intenta desarrollar un plan de cuidados humanizado adaptado a cada situación en el paciente ostomizado, tomando al paciente como el centro de nuestra atención.

El proyecto consiste principalmente en mantener unos planes de cuidados personalizados en el paciente ostomizado no solo que cubran sus necesidades básicas, sino que también favorezcan las estrategias de afrontamiento eficaz desde una relación terapéutica enfocada hacia unos cuidados integrales y de calidad.

Nuestro modelo se basa principalmente en identificar y cubrir las necesidades humanas en los pacientes ostomizados para la adaptación a su nueva situación desde la consulta de ostomía. Por lo que hemos creado un modelo asistencial basado en las líneas estratégicas del manual de humanización en la consulta de ostomía. Nuestro programa está basado por lo tanto en las siguientes líneas estratégicas:

1. **Bienestar integral** (físico, psicológico, social); promoción de la autonomía del paciente.

2. **Presencia y participación** de familiares/cuidadores en el cuidado del paciente.

- Sensibilización y formación del equipo asistencial.
- Accesibilidad.
- Presencia y participación en procedimientos y cuidados.
- Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia y/o cuidador principal.

3. **Comunicación** en el equipo, con el paciente, familia y/o cuidador principal.

4. **Afrontamiento:** Prevención y manejo. Seguimiento.

5. **Arquitectura / infraestructura humana**

- Privacidad e intimidad del paciente.
- Confort ambiental del paciente, en el área de espera, en el área de personal.

6. **Cuidados al profesional**

- Sensibilidad sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados.
- Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar.
- Prevención y manejo integral de situaciones conflictivas.

El plan de trabajo en el cuidado individualizado en el paciente ostomizado basado en la garantía de su bienestar y calidad de vida; se establece basado en la siguiente metodología:

Evaluación (física, emocional, social)
• Identificación de Necesidades
Asignación de Recursos
• Equipo multidisciplinario: Personal de enfermería (estomaterapeuta), TCAE, cirujano, nutricionistas, psicólogos, oncólogo, entre otros.
• Espacio: Consulta de Ostomías
• Material para educación para el paciente y familia
Planificación del tiempo
• Horarios de consulta
• Tiempos de atención al paciente
Seguimiento y supervisión regular del estado de salud de los pacientes ostomizados
• Detectar necesidades, solucionar problemas, complicaciones...
• Participación del plan de cuidados del paciente y familia

Tabla 1: Metodología del plan de trabajo para la humanización en consulta de ostomía.

La implantación de nuestra consulta de ostomía humanizada se desarrolla con el criterio de poder satisfacer las demandas del paciente con unos cuidados basados en las buenas prácticas y en la excelencia. Por lo que se marcan una serie de pautas en todos los ámbitos para poder facilitar los mejores cuidados humanos. Como actividades previstas en el plan se desarrollan:

- **Asistencia:** Seguimiento continuo del paciente ostomizado desde la consulta; proponiendo un seguimiento regular y disponibilidad de consulta programada y a demanda, tanto presencial como telefónica para poderse comunicarse de manera activa.
- **Acceso:** Consulta de puertas abiertas; consulta como un sitio de referencia donde poder acudir ante cualquier problema y/o duda de salud.
- **Entorno adecuado:** nuestra consulta favorece la privacidad de los pacientes, su intimidad.
- **Enfoque integral individualizado:** Atención integral y personalizada tanto al paciente como a familia.
- **Apoyo emocional:** favorecer la comunicación y el acercamiento mediante la empatía, dejando

exponer al paciente todos sus problemas de afrontamiento: temores, miedos... Comunicación abierta, activa, de confianza, que proporcione seguridad tanto al paciente como a la familia.

- **Satisfacción:** Nuestro modelo basado en la humanización mediante una comunicación activa va dirigido principalmente a satisfacer las demandas del paciente y lograr una mejor calidad del paciente.
- **Asesoramiento profesional:** Ofrecer información en todos los aspectos que pueda demandar el paciente en sus cuidados y problemas de salud. Educar al paciente en todas las herramientas para el conocimiento de todos los cuidados en cuanto a higiene, nutrición, manejo de dispositivos, complicaciones, así como otros aspectos para el afrontamiento en su vida cotidiana.
- **Colaboración/participación:** hacer partícipe al paciente y familia en su plan de cuidados.
- **Trabajo en equipo:** desde la perspectiva multidisciplinar se enfoca el paciente como nuestro centro de atención.

Como métodos de evaluación se considera: el grado de satisfacción de los pacientes con la atención recibida mediante encuestas individualizadas, la participación de los pacientes y su colaboración en los cuidados con un cumplimiento adecuado. Existe una herramienta diseñada a nivel organizativo con la finalidad de facilitar la evaluación en humanización: "Cuestionario de autoevaluación criterios de excelencia en humanización" que se puede aplicar para la evaluación en los diferentes ámbitos asistenciales y en nuestra unidad.

Se aplican indicadores inspirados en el enfoque de **cuidados centrados en la persona**, la **experiencia del paciente** y la **excelencia clínica** en el ámbito de ostomía y continuidad asistencial.

1. Dimensión: Información, educación y toma de decisiones compartida.

Indicador	Definición operativa	Tipo	Fórmula / Medida	Estándar
Educación prequirúrgica estructurada	Paciente recibe educación individualizada sobre ostomía antes de la cirugía	Proceso	% pacientes con registro educativo	≥ 90%
Uso de material educativo validado	Uso de guías, folletos o recursos audiovisuales de calidad contrastada	Proceso	% pacientes que reciben material	≥ 85%
Participación en decisiones	Paciente refiere haber participado en decisiones sobre su cuidado	Experiencia	% respuestas positivas	≥ 80%

Tabla 2: Indicadores de información, educación y toma de decisiones compartida.

2. Dimensión: Prevención de complicaciones y seguridad.

Indicador	Definición operativa	Tipo	Fórmula / Medida	Estándar
Marcaje preoperatorio del estoma	Marcaje realizado por profesional formado	Proceso	% pacientes con marcaje	≥ 95%
Integridad cutánea periestomal	Ausencia de lesiones cutáneas significativas	Resultado	% pacientes sin complicaciones	≥ 75%
Detección precoz de complicaciones	Complicaciones identificadas en fase inicial	Resultado	% detección precoz	≥ 80%

Tabla 2: Indicadores de información, educación y toma de decisiones compartida.

2. Dimensión: Prevención de complicaciones y seguridad.

Indicador	Definición operativa	Tipo	Fórmula / Medida	Estándar
Marcaje preoperatorio del estoma	Marcaje realizado por profesional formado	Proceso	% pacientes con marcaje	≥ 95%
Integridad cutánea periestomal	Ausencia de lesiones cutáneas significativas	Resultado	% pacientes sin complicaciones	≥ 75%
Detección precoz de complicaciones	Complicaciones identificadas en fase inicial	Resultado	% detección precoz	≥ 80%

Tabla 3: Indicadores de prevención de complicaciones y seguridad.

3. Dimensión: Autonomía, empoderamiento y calidad de vida.

Indicador	Definición operativa	Tipo	Fórmula / Medida	Estándar
Autocuidado competente al alta	Paciente demuestra manejo seguro del dispositivo	Resultado	% pacientes competentes	≥ 85%
Nivel de autonomía al mes	Paciente autónomo o semiautónomo al mes del alta	Resultado	% pacientes autónomos	≥ 70%
Impacto en calidad de vida	Evaluación mediante escala validada (Stoma, QoL u otra)	Resultado	Puntuación media	Mejora ≥ 20%

Tabla 4: Indicadores de autonomía, empoderamiento y calidad de vida.

4. Dimensión: Acompañamiento emocional y dignidad.

Indicador	Definición operativa	Tipo	Fórmula / Medida	Estándar
Valoración emocional inicial	Evaluación del impacto emocional tras la ostomización	Proceso	% pacientes valorados	≥ 80%
Respeto a la intimidad	Paciente percibe respeto y trato digno	Experiencia	% respuestas positivas	≥ 90%
Acceso a apoyo emocional	Derivación a psicología o asociaciones cuando procede	Proceso	% derivaciones adecuadas	≥ 70%

Tabla 5: Indicadores de acompañamiento emocional y dignidad.

5. Dimensión: Continuidad asistencial y accesibilidad.

Indicador	Definición operativa	Tipo	Fórmula / Medida	Estándar
Seguimiento precoz postalta	Contacto ≤ 7 días tras el alta	Proceso	% pacientes contactados	≥ 85%
Accesibilidad a la enfermera experta	Paciente dispone de canal de contacto directo	Estructura	Sí / No	100%
Resolución precoz de incidencias	Consultas resueltas sin reingreso	Resultado	% incidencias resueltas	≥ 80%

Tabla 6: Indicadores de continuidad asistencial y accesibilidad.

6. Dimensión: Experiencia del paciente y valor percibido.

Indicador	Definición operativa	Tipo	Fórmula / Medida	Estándar
Satisfacción global	Valoración global de la atención recibida	Experiencia	Puntuación media	≥ 8/10
Confianza en el tratamiento	Paciente expresa seguridad en el manejo del estoma	Experiencia	% respuestas positivas	≥ 85%
Recomendación del servicio	Disposición a recomendar la unidad	Experiencia	NPS adaptado	> 30

Tabla 7: Indicadores de continuidad asistencial y accesibilidad.

RESULTADOS

En el momento actual se trata de un programa consolidado basado en cuidados humanos en el paciente portador de una ostomía. Se observa que el paciente que está familiarizado con nuestra consulta es menos demandante de otras unidades asistenciales (servicio de urgencias, atención primaria, otras áreas médicas) y se muestra con menores miedos y ansiedad que los pacientes a los que no se atienden en las demandas en determinadas consultas.

Nuestro centro ha recibido el Reconocimiento de SEDE (Sociedad Española de Estomaterapia) de Humanización en la consulta de ostomías; junto a otros cuatro hospitales en nuestra comunidad. Se trata del primer sello oficial de humanización en las consultas de ostomía en España, respaldado por el Manual de Buenas Prácticas de Humanización en Ostomía (elaborado por enfermeras estomaterapeutas españolas en colaboración con Proyecto GESTO y Proyecto HU_CI. Esta acreditación destaca nuestro compromiso con la consulta de ostomía en humanización de los cuidados de enfermería y nuestra participación en proyectos de esta índole, así como la progresiva puesta en marcha de las buenas prácticas.

El uso de indicadores aplicados a la humanización en ostomía nos proporciona:

- Atención basada en evidencia y prevención de complicaciones.
- Uso de dispositivos y soluciones adaptadas a la persona, no al revés.
- Refuerzo del rol de la enfermera estomaterapeuta como eje del cuidado.
- Integración de resultados clínicos y experiencia del paciente.

DISCUSIÓN

Se considera que los profesionales son los principales agentes de humanización de la asistencia por lo que deben de estar comprometidos no solo con el cuidado del paciente sino también con la institución para poder llevar a cabo programas de este tipo⁷.

Los resultados de este estudio refuerzan la relevancia de la humanización como eje central de la calidad asistencial, confirmando que no se trata únicamente de un valor ético, sino de un componente clínico con impacto directo en la experiencia del paciente y en los resultados en salud. Carvalho et al. en su artículo "Con algo de cuidado, podemos continuar": experiencias de personas con ostomía define que el cuidado resulta del proceso de cuidar. El cuidado relacionado con personas con ostomías exige acciones específicas en muchas dimensiones, teniendo en cuenta que sufren muchas pérdidas en ese momento, lo que exige atención individual y sistemática⁸.

En el artículo: "Directivas para un Programa de Atención Integral al Ostomizado y Familia: una propuesta de Enfermería"⁹; se define que las políticas públicas sobre los ostomizados, vienen avanzando paulatinamente en el intento de apoyar buenas prácticas y los enfermeros deben pensar en estrategias de acciones de salud que van más allá del enfoque de la enfermedad.

En nuestro programa de buenas prácticas en humanización en ostomía se pretendo lograr una percepción de una atención más cercana, empática y respetuosa se asocia con mayores niveles de satisfacción, mejor adherencia terapéutica y una vivencia menos traumática del proceso de enfermedad, en consonancia con la literatura previa.

CONCLUSIÓN

La humanización de los cuidados en ostomías no constituye un complemento, sino un estándar de calidad asistencial. Integrar la dimensión humana en la práctica clínica permite transformar la

experiencia del paciente ostomizado, favoreciendo su adaptación, autonomía y bienestar.

Apostar por modelos de atención humanizados es una responsabilidad ética y profesional en la estomaterapia contemporánea. La combinación de competencia técnica, comunicación empática y respeto por la persona permite transformar el cuidado en una experiencia más segura, digna y centrada en el paciente, favoreciendo una adaptación exitosa a la ostomía y una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Castaño ÁMH, Escobar OJV, Ramírez OJG. Humanización de la atención en salud: análisis del concepto. *Rev Cienc Cuid*. 2021;18(3):74-85.
2. Torres SBR, Ponce RBM, Padilla MLS, Carpio AR. El profesional de enfermería & el cuidado humanizado. *Educ Salud Bol Científico Inst Cienc Salud Univ Autónoma Estado Hidalgo*. 2022;10(20):83-85.
3. Figueiredo PA de, Alvim NAT. Directivas para un Programa de Atención Integral al Ostomizado y Familia: una propuesta de Enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2694. doi:<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0507.2694>
4. Fonseca AV, Freire SSV, de Paula Codá R. Humanização no cuidado a pacientes estomizados: desafios emocionais e estratégias de enfermagem durante a alta hospitalar. *J Media Crit*. 2025;11(28):e376-e376.
5. Carvalho SORM, Budó M de LD, Silva MM da, Alberti GF, Simon BS. "With some care, we can go on": experiences of people with ostomy. *Texto Contexto-Enferm*. 2015;24:279-287.
6. Alves D de A, Sampaio LRL, Lima LGA, et al. Convivendo com estomias de eliminação: um estudo à luz da Teoria das Representações Sociais. *Enferm Cuid Humaniz*. 2024;13(2). doi:10.22235/ech.v13i2.3975
7. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient - Patient-Centered Outcomes Res*. 2019;12(5):461-474. doi:10.1007/s40271-019-00370-1
8. Carvalho SORM, Budó M de LD, Silva MM da, Alberti GF, Simon BS. "With some care, we can go on": experiences of people with ostomy. *Texto Contexto - Enferm*. 2015;24:279-287. doi:<https://doi.org/10.1590/0104-07072015003710013>
9. Figueiredo PA de, Alvim NAT. Directivas para un Programa de Atención Integral al Ostomizado y Familia: una propuesta de Enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2694.

Manejo enfermero de una herida quirúrgica compleja con dehiscencia en región inguinal mediante terapia de presión negativa. caso clínico.

Nursing management of a complex surgical wound with dehiscence in the inguinal region using negative pressure wound therapy: a clinical case.

Soraya Sassaf López

Graduada en Enfermería Unidad de herida crónica en Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario La Princesa de la Comunidad de Madrid.

sorayasassaf@gmail.com

RESUMEN

Las heridas quirúrgicas complejas con dehiscencia, constituyen un reto clínico debido a su elevado riesgo de infección y al retraso en la cicatrización. La terapia de presión negativa se ha consolidado como una estrategia eficaz en el manejo avanzado de estas lesiones, al favorecer el control del exudado, la reducción del edema, la estimulación del tejido de granulación y la aceleración del proceso de cicatrización. Se presenta el caso clínico de un varón de 21 años con herida inguinal traumática secundaria a la explosión accidental de un petardo, complicada con sobreinfección y dehiscencia quirúrgica. El abordaje mediante un plan de cuidados enfermero estructurado y la aplicación secuencial del sistema de presión negativa, incluyendo el apósito Solventum™ V.A.C.® Peel and Place, permitió una evolución favorable, con una reducción aproximada del 95 % del lecho de la herida y adecuada preservación de la piel perilesional.

ABSTRACT

Complex surgical wounds with dehiscence represent a clinical challenge due to their high risk of infection and delayed healing. Negative pressure wound therapy (NPWT) has become an effective strategy in the advanced management of these wounds, promoting exudate control, edema reduction, granulation tissue formation, and accelerated healing. This case report describes a 21-year-old male with a traumatic inguinal wound caused by the accidental explosion of a firecracker, complicated by infection and surgical dehiscence. Management through a structured nursing care plan and the sequential application of NPWT, including the Solventum™ V.A.C.® Peel and Place dressing, resulted in a favorable outcome, achieving approximately 95% wound bed reduction and preservation of the periwound skin.

Palabras clave: terapia de presión negativa, herida quirúrgica, dehiscencia, cuidados enfermeros; cicatrización.

INTRODUCCIÓN

Las heridas traumáticas por explosivos de baja potencia pueden generar lesiones complejas con afectación tisular profunda y un elevado riesgo de contaminación bacteriana. La aparición de dehiscencia quirúrgica incrementa la probabilidad de infección, prolonga el tiempo de cicatrización y aumenta la carga asistencial. En este contexto, la terapia de presión negativa se ha consolidado como una herramienta fundamental en el manejo avanzado de heridas complejas, al favorecer el control del exudado, reducir el edema, estimular la angiogénesis y promover la formación de tejido de granulación (1-3).

La terapia de presión negativa es una modalidad terapéutica activa basada en la aplicación controlada de presión subatmosférica sobre el lecho de la herida, creando un entorno local óptimo que favorece la cicatrización de forma no invasiva. La utilización de este sistema de presión negativa permite una reducción progresiva del tamaño y la profundidad de la lesión, además de facilitar la eliminación del exceso de exudado y disminuir el riesgo de complicaciones infecciosas (2-4).

El manejo de las heridas complejas supone una parte relevante de la actividad asistencial, especialmente en el ámbito de enfermería. Estas lesiones suelen requerir cuidados prolongados, cambios frecuentes de apósito y un elevado consumo de recursos humanos

y materiales, lo que impacta tanto en la calidad de vida del paciente como en la organización del trabajo sanitario (5). Por ello, la optimización del tiempo dedicado a las curas y la mejora del confort del paciente adquieren una especial relevancia.

La correcta aplicación del tratamiento con presión negativa depende en gran medida del sellado eficaz del sistema, siendo la colocación del apósito una de las fases más críticas del procedimiento. En este sentido, los apósitos tradicionales de espuma EVAD, aunque eficaces, pueden resultar más laboriosos en su colocación y requieren cambios más frecuentes, generalmente cada 48-72 horas, lo que incrementa la manipulación del lecho de la herida y la carga asistencial (4-6).

Con el objetivo de facilitar el manejo clínico de esta modalidad terapéutica, se han desarrollado apósitos avanzados como el Solventum™ V.A.C.® Peel and Place. Este apósito consiste en una espuma de poliuretano integrada con una lámina adhesiva, configurando un sistema “todo en uno” que simplifica notablemente el procedimiento de colocación. Entre sus principales ventajas frente al apósito EVAD tradicional destacan la mayor comodidad en la aplicación, la reducción del tiempo necesario para la cura y la posibilidad de mantener el apósito hasta siete días, siempre que la evolución clínica de la herida lo permita (7-8).

Esta mayor durabilidad contribuye a disminuir la frecuencia de los cambios de apósito, reduce la manipulación del lecho de la herida y mejora el confort del paciente, especialmente en localizaciones anatómicas complejas o en situaciones en las que la logística de las curas resulta limitada. De este modo, el uso del apósito

Solventum™ V.A.C.® Peel and Place se integra de forma eficaz dentro de un plan de cuidados enfermero estructurado, optimizando los recursos asistenciales sin comprometer la seguridad ni la eficacia del sistema de presión negativa (8-9).

OBJETIVOS

- Objetivo principal: Describir el manejo enfermero de una herida quirúrgica compleja con dehiscencia mediante terapia de presión negativa.
- Objetivos específicos:
- Analizar la evolución clínica del paciente durante el tratamiento con terapia de vacío.
- Evaluar la eficacia de las terapias avanzadas e innovadoras en el tratamiento de heridas de difícil cicatrización.
- Acelerar y favorecer la cicatrización completa de la lesión con terapia de presión negativa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 21 años que sufrió un traumatismo en la región inguinal durante festividades locales, secundario a la explosión accidental de un petardo. Tras la atención inicial con limpieza quirúrgica y cierre primario, presentó signos de sobreinfección y dehiscencia de la herida, por lo que fue sometido a desbridamiento quirúrgico y antibioterapia dirigida. La valoración enfermera y el inicio del tratamiento con terapia de presión negativa se realizaron de forma aproximada a partir de la primera semana tras la reintervención, con seguimiento clínico y fotográfico seriado.

EVOLUCIÓN CLÍNICA



Imagen 1 (02/10/2025) Inicio de la terapia de presión negativa tras limpieza y desbridamiento. Fuente propia



Imagen 2. (7/10/2025) Evolución tras dos semanas de tratamiento. Fuente propia.



Imagen 3. (31/10/2025) Tejido de granulación abundante inicio con apósito Solventum™ V.A.C.® Peel and Place. Fuente propia.

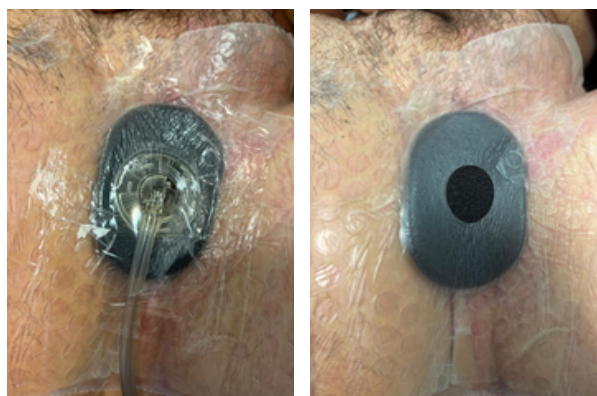


Imagen 3.1. (31/10/2025) Apósito Solventum™ V.A.C.® Peel and Place. Fuente propia.



Imagen 4. (7/11/2025) Reducción aproximada del 70 % del lecho de la herida. Fuente propia.



Imagen 5. (14/11/2025) Eritema perilesional suspensión temporal de la terapia de vacío. Fuente propia



Imagen 6. (17/10/2025) Piel perilesional integra tras la aplicación de 3 días de pomada con corticoides (Diprogenta). Fuente propia.



Imagen 7. (7/10/2025) Protección de la piel perilesional y reinstauración del sistema de presión negativa. Fuente propia.



Imagen 8. (24/11/2025) Reducción del 95 % del lecho de la herida. Fuente propia

PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Se realizó una valoración enfermera basada en los patrones funcionales de Virginia Henderson, priorizando los más relevantes para el proceso de cicatrización.

1. Deterioro de la integridad tisular (NANDA-I: 00044)

Definición (NANDA)

Alteración de la epidermis, la dermis o los tejidos subcutáneos.

Relación con las necesidades de Virginia Henderson:

- Mantener la integridad de la piel
- Evitar peligros ambientales

Resultados esperados (NOC):

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (NOC: 1101)
- Cicatrización de la herida (NOC: 1103)

Situación inicial:

NOC inicial: Gravemente comprometido (portador de herida quirúrgica compleja con dehiscencia, en tratamiento con terapia de presión negativa).

Evolución esperada:

NOC final: No comprometido o levemente comprometido, con reducción progresiva del tamaño del lecho de la herida y adecuada granulación.

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Aplicación y mantenimiento de la terapia de presión negativa según prescripción.
- Valoración sistemática del lecho de la herida y de la piel perilesional en cada revisión ambulatoria.
- Medición y registro de la evolución de la herida al inicio del tratamiento y en cada cambio de apósito.
- Realización de la técnica de cura con terapia de presión negativa siguiendo procedimiento estandarizado.
- Registro fotográfico seriado para el seguimiento de la evolución clínica, previo consentimiento informado del paciente.

(NIC principales: 3660, 3590, 7920)

2. Riesgo de infección (NANDA-I: 00004)

Definición (NANDA):

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Relación con las necesidades de Virginia Henderson:

- Evitar peligros ambientales
- Mantener la higiene corporal

Resultados esperados (NOC):

- Control del riesgo: infección (NOC: 1902)
- Estado inmunológico (NOC: 0702)

Situación inicial:

NOC inicial: Comprometido, debido a herida abierta, tratamiento con dispositivo invasivo y manejo ambulatorio.

Evolución esperada:

NOC final: No comprometido, sin signos clínicos de infección local o sistémica.

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Educación sanitaria al paciente sobre higiene personal y cuidados del sistema de TPN en domicilio.
- Verificación de la hermeticidad y correcto funcionamiento del sistema en cada visita.
- Vigilancia de signos y síntomas de infección (eritema, dolor, exudado purulento, fiebre).
- Control del estado nutricional e hidratación, favoreciendo una dieta adecuada para la cicatrización.
- Indicación de recogida de muestra para cultivo en caso de aparición de signos de infección.

(NIC principales: 5602, 6540, 1100, 6550)

3. Deterioro de la movilidad física (NANDA-I: 00085)

Relacionado con:

Limitaciones derivadas del uso del dispositivo de terapia de presión negativa y molestias asociadas a la localización de la herida.

Definición (NANDA):

Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Relación con las necesidades de Virginia Henderson:

- Moverse y mantener una postura adecuada
- Resultados esperados (NOC):
- Movilidad (NOC: 0208)
- Conducta de cumplimiento del tratamiento (NOC: 1601)

Situación inicial:

Movilidad parcialmente limitada por la presencia del dispositivo y las recomendaciones de protección de la herida.

Evolución esperada:

El paciente será capaz de adaptarse a las restricciones de movimiento derivadas de la TPN, manteniendo una movilidad funcional compatible con su vida diaria y colaborando activamente en el tratamiento.

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Educación al paciente sobre las limitaciones de movimiento necesarias para proteger el sistema de presión negativa.
- Fomento de la movilización segura dentro de sus posibilidades, evitando tracciones o desplazamientos del dispositivo.
- Valoración del dolor y molestias asociadas al movimiento.

- Refuerzo del autocuidado y de la responsabilidad del paciente en el manejo del dispositivo en domicilio.
- (NIC principales: 5602, 0221, 1400, 1800)

4. Dolor agudo (NANDA-I: 00132)

Definición (NANDA):

Experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial.

Relación con las necesidades de Virginia Henderson:

- Evitar el dolor
- Moverse y mantener una postura adecuada

Resultados esperados (NOC):

- Nivel del dolor (NOC: 2102)
- Control del dolor (NOC: 1605)

Situación inicial:

Dolor de intensidad moderada asociado a la herida quirúrgica y a la manipulación de la lesión mediante el sistema de presión negativa.

Evolución esperada: Disminución progresiva del dolor hasta niveles leves o mínimos, tolerables para el paciente y compatibles con su actividad diaria.

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Valoración sistemática del dolor.
- Información al paciente sobre las posibles causas del dolor y su evolución esperada.
- Administración de tratamiento analgésico según prescripción médica.
- Evaluación continua de la eficacia de las medidas analgésicas.

(NIC principales: 1400, 5602, 2210)

5. Déficit de autocuidado: baño/higiene (NANDA-I: 00108)

Definición (NANDA):

Deterioro de la capacidad para realizar de forma independiente las actividades relacionadas con la higiene personal.

Relación con las necesidades de Virginia Henderson:

- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Resultados esperados (NOC):

- Autocuidado: higiene (NOC: 0305)
- Independencia funcional (NOC: 0202)

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Educación al paciente sobre las medidas de higiene compatibles con la terapia de presión negativa.
- Apoyo puntual en las actividades de higiene, fomentando la autonomía.
- Facilitación de materiales necesarios para el aseo personal.
- Refuerzo de conductas de autocuidado.

(NIC principales: 5602, 1801, 1800)

6. Déficit de autocuidado: vestido y acicalamiento (NANDA-I: 00109)

Definición (NANDA):

Deterioro de la capacidad para realizar de forma independiente las actividades relacionadas con el vestido y el arreglo personal.

Relación con las necesidades de Virginia Henderson:

- Vestirse y desvestirse
- Mantener la higiene y el aspecto personal

Resultados esperados (NOC):

- Autocuidado: vestido (NOC: 0302)
- Autocuidado: arreglo personal (NOC: 0304)

- Intervenciones de enfermería (NIC):
 - Apoyo puntual en las actividades de vestido y acicalamiento.
 - Disposición accesible de ropa y objetos personales.
 - Educación sobre la elección de prendas adecuadas.
 - Refuerzo positivo del autocuidado.
- (NIC principales: 1802, 5602, 1800)

7. Ansiedad (NANDA-I: 00146)

Definición (NANDA):

Sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica.

Relación con las necesidades de Virginia Henderson:

- Evitar peligros ambientales
- Comunicarse con los demás

Resultados esperados (NOC):

- Nivel de ansiedad (NOC: 1211)
- Afrontamiento de problemas (NOC: 1302)

Intervenciones de enfermería (NIC):

- Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- Apoyo emocional.

(NIC principales: 5618, 5270)

Vigilancia de posibles complicaciones asociadas a la terapia de presión negativa

Durante el seguimiento de pacientes sometidos a terapia de presión negativa es fundamental realizar una vigilancia enfermera continuada con el objetivo de identificar de forma precoz posibles complicaciones derivadas del tratamiento. Entre los aspectos a supervisar se encuentra la tolerancia

cutánea del paciente, ya que los cambios repetidos de apósito pueden provocar irritación o deterioro de la piel perilesional. Asimismo, es necesario valorar la posible reacción adversa a la lámina selladora o al film adhesivo, que puede ocasionar lesiones cutáneas o molestias locales.

Otro aspecto relevante es la prevención de lesiones por presión en las zonas próximas a la herida, especialmente aquellas originadas por el contacto prolongado del tubo de drenaje con la piel. La aparición de olor intenso procedente del sistema o del lecho de la herida debe ser considerada un signo de alerta, ya que puede indicar la presencia de un proceso infeccioso.

Igualmente, se debe vigilar la aparición de dolor asociado a una presión negativa excesiva, ajustando los parámetros del tratamiento si fuera necesario. Por último, resulta imprescindible controlar la posible aparición de sangrado, sobre todo en pacientes en tratamiento anticoagulante o en aquellos que han sido sometidos recientemente a desbridamientos cortantes, ya que presentan un mayor riesgo de hemorragia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- La terapia con presión negativa ha supuesto un avance significativo en el abordaje del cuidado de las heridas, asociándose a resultados clínicos muy favorables, tal y como respaldan diversos estudios publicados. Su utilización se relaciona con una mejora de las tasas de cicatrización y con una reducción del tiempo de hospitalización, especialmente en el tratamiento de heridas secundarias a traumatismos (1-3). La evidencia disponible es particularmente sólida en el manejo de lesiones traumáticas com-

plejas, donde el sistema de presión negativa se ha consolidado como una herramienta terapéutica de gran utilidad y progresiva integración en la práctica clínica habitual (2,4).

En el caso descrito, el mantenimiento continuado del sistema de presión negativa permitió una evolución clínica favorable. En un periodo inferior a tres meses, mediante la aplicación constante de la terapia y la realización de curas seriadas, se logró el cierre directo de la herida, en consonancia con los resultados descritos en la literatura científica para heridas traumáticas complejas tratadas mediante esta modalidad terapéutica (1,5).

A pesar de que la terapia de presión subatmosférica es una técnica ampliamente aceptada para el tratamiento de heridas complejas, se han descrito determinados efectos adversos asociados a su uso y se considera un método con un coste

superior al de las terapias convencionales (3,6). No obstante, en la experiencia observada en este caso, la aplicación continuada de la terapia permitió obtener resultados óptimos, consiguiéndose la erradicación del proceso infeccioso y la cicatrización completa de la herida, lo que coincide con lo descrito en revisiones sistemáticas recientes (1,4).

En base a estos resultados, se puede concluir que el uso de la terapia de presión negativa, tanto en heridas agudas como crónicas, facilita el manejo de lesiones complejas con un menor riesgo para el paciente (2,5). Este enfoque terapéutico permite resolver de forma definitiva la herida mediante procedimientos reconstructivos menos agresivos, mejora la calidad de vida del paciente durante el proceso de recuperación y contribuye a la reducción de los costes asociados a la hospitalización al acortar la duración de la estancia hospitalaria, permitiendo la cura ambulatoria (4,6).

Por último, la utilización del apósito Solventum™ V.A.C.® Peel and Place aportó beneficios tanto desde el punto de vista técnico como clínico, al simplificar la aplicación del tratamiento y optimizar la protección de la piel perilesional. Asimismo, el paciente manifestó un elevado grado de satisfacción durante la retirada del apósito, destacando una mejor tolerancia del procedimiento, tal y como se describe en la documentación técnica disponible y en los ensayos clínicos actualmente registrados (7-9).

En consecuencia, la terapia de presión negativa se posiciona como una herramienta clave en el tratamiento de heridas complejas, incrementando la probabilidad de éxito terapéutico y disminuyendo el tiempo necesario para alcanzar la curación (1–4).

BIBLIOGRAFIA

1. Shi J, Gao Y, Tian J, Li J, Xu J, Mei F, Li Z. Negative pressure wound therapy for the treatment of pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2023;5(5):CD011334. doi:10.1002/14651858.CD011334.pub3.
2. Zaver V, Kankanalu P. Negative pressure wound therapy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2025 Mar 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576388/>
3. Panayi AC, Leavitt T, Orgill DP. Evidence based review of negative pressure wound therapy. World J Dermatol. 2017;6(1):1–16. doi:10.5314/wjd.v6.i1.1.
4. Dalmedico MM, Fedalto AR, Martins WA, Lucena de Carvalho CK, Fernandes BL, Ioshii SO. Effectiveness of negative pressure wound therapy in treating diabetic foot ulcers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Wounds. 2024;36(8):E1–E12.
5. Cervera-Simón M, Lázaro-Martínez JL, García-Morales E. Terapia de presión negativa frente a cura en ambiente húmedo en heridas complejas. Enferm Clin. 2022;32(4):221–228. doi:10.1016/j.enfcli.2021.06.003.
6. Foley MP, Hornby ST, McCann A. Systematic review and meta-analysis of prophylactic incisional negative pressure wound therapy in major lower extremity amputation. PM R. 2025;17(2):145–154.
7. Solventum. V.A.C.® Peel and Place Dressing Kit: product information and instructions for use. St Paul (MN): Solventum; 2025.
8. Solventum. Solventum™ V.A.C.® Therapy clinical guidelines. St Paul (MN): Solventum; 2025.
National Library of Medicine (US). A study evaluating the safety and efficacy of the 3M™ V.A.C.® Peel and Place dressing [Internet]. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT06625385; 2025 [cited 2025 Mar 8]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06625385>

Uso del irrigador anal y síndrome de resección anterior baja.

Use of the anal irrigator and low anterior resection syndrome.

Vanesa Serrano Sánchez, diplomada en enfermería. Curso experto: cuidado integral al paciente ostomizado. Enfermera estomaterapeuta en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

nesiya994@hotmail.com

RESUMEN

El LARS (low anterior resection syndrome), es una de las secuelas que pueden aparecer en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal, especialmente en aquellos sometidos a resecciones bajas o tratamientos neoadyuvantes como la radioterapia que comprometen la función esfinteriana. Esto conlleva un gran impacto en la calidad de vida y el bienestar psicosocial de estos pacientes.

Entre los síntomas del LARS están síntomas como la urgencia y esfuerzo al defecar, soiling(manchado), heces fragmentadas, incontinencia a gases, necesidad de uso de pañal, impacto sexual y psicosocial.

Existen diversos tratamientos para mejorar el LARS. La irrigación anal ha surgido como una alternativa terapéutica no invasiva, eficaz para lograr evacuaciones programadas y predecibles y reducir los episodios de incontinencia, así como ayudar a mejorar la calidad de vida. Se necesita de personal experto y formado en dis-

función intestinal y uso del irrigador, para dar respuesta a pacientes que precisen su uso y ayude a mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS

Mejorar la calidad de vida y la función intestinal con métodos no invasivos como el irrigador anal, en pacientes intervenidos de cirugía colorrectal.

CONCLUSIONES

La cirugía del cáncer colorrectal y los tratamientos neoadyuvantes tienen consecuencias como el síndrome de resección anterior que impacta considerablemente en la calidad de vida de estos pacientes. En el caso clínico presentado se demuestra que se puede mejorar la continencia y la calidad de vida con el uso de terapias no invasivas como el irrigador anal.

Se necesita personal experto en continencia para entrenar a los pacientes en el uso de las irrigaciones y detectar complicaciones.

ABSTRACT

LARS (low anterior resection syndrome) is one of the sequelae that can appear in patients undergoing colorectal surgery, especially in those who have undergone low resections or neoadjuvant treatments such as radiotherapy that affect sphincter function. This has a significant impact on the quality of life and psychosocial well-being of these patients. Among the symptoms of LARS are urgency and straining to defecate, soiling, fragmented stools, gas incontinence, the need to use diapers, and sexual and psychosocial impact. There are various treatments to improve LARS. Anal irrigation has emerged as a non-invasive therapeutic alternative, effective in achieving scheduled and predictable bowel movements and reducing episodes of incontinence, as well as helping to improve quality of life. Expert and trained personnel in intestinal dysfunction and the use of the irrigator are needed to assist patients who require its use and help improve their quality of life.

OBJECTIVES

To improve quality of life and bowel function with non invasive methods such as the anal irrigator in patients undergoing colorectal surgery.

CONCLUSIONS

Colorectal cancer surgery and neoadjuvant treatments have consequences such as anterior resection syndrome, which significantly impacts the quality of life of these patients,

In the presented clinical case, it is shown that continence and quality of life can be improved with the use of non-invasive therapies such as the anal irrigator.

Expert continence personnel are needed to train patients in the use of irrigations and to detect complications.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal se caracteriza por ser el tumor que más veces se diagnostica en España en el 2022 (43.370 nuevos casos). Según el INE (Instituto Nacional de Estadística) en el año 2024 el cáncer colorrectal fue el segundo tumor que causó más muertes en ambos sexos, aunque el porcentaje de fallecidos disminuyó con respecto al 2023 ¹⁵. Uno de los tratamientos que se emplean es la radioterapia que trata el tumor con un margen de seguridad, como consecuencia los tejidos normales que están cerca reciben también parte de las radiaciones lo que genera unos efectos a largo plazo que afectan a la función anorrectal, sobre todo en el ritmo intestinal y en la incontinencia fecal. Además de afectar negativamente a la función social y calidad de vida.

En un consenso internacional mediante método Delphi que reunió a pacientes de varios países se definió el síndrome de resección anterior baja (LARS, Low anterior resection syndrome siglas en inglés) como un conjunto de síntomas entre los que destaca deposiciones fragmentadas, urgencia defecatoria, incontinencia fecal, empeoramiento de la calidad de vida, vaciado incompleto, dependencia del baño, soiling que impactan en la vida social, sexual, en el nivel de ansiedad.

Existen herramientas como la escala LARS, que nos ayudan a evaluar la incontinencia fecal. Según su puntuación podemos definirlo como LARS mayor o menor^{4,5,7}. Para medir la calidad de vida la herramienta más específica y más usada es la escala FIQL (Escala de Calidad de Vida de la Incontinencia Fecal)^{1,16}.

Existe evidencia que la aparición del LARS está relacionado con factores como la radioterapia, la altura a la que esté confeccionada la anastomosis, dehiscencias de las anastomosis, estomas de temporales de protección.⁴ Gracias a los avances en el cáncer de recto, la cirugía con preservación de esfínteres ha ido en aumento. Las intervenciones quirúrgicas de recto medio-bajo presentan más riesgo de tener un síndrome de resección anterior baja.^{1,2,3}

Además existen numerosos estudios que demuestran un alto porcentaje de prevalencia del LARS después de una cirugía rectal y que demuestran a largo plazo presencia de alguno de los síntomas mencionados anteriormente, pasado 5 años o más tras la cirugía. Aun así la evidencia científica es muy limitada.²

El tratamiento para la incontinencia es diverso, empezando por medidas higiénico-dietéticas como una dieta baja en fibra insoluble y que ayuda a enlentecer el tránsito intestinal evitando heces de consistencia líquida, posición más idónea al realizar la defecación. Tratamiento rehabilitador para fortalecer el suelo pélvico, la estimulación del nervio tibial posterior o neuromodulador sacro^{9,3,2}.

Sin embargo cada vez hay más evidencia que la irrigación anal es un sistema económico, eficaz y seguro para el LARS. Es un método no invasivo, que consta de un contenedor para introducir un volumen de agua indicado, una unidad de control, y sondas regulares con balón y sondas cono. También existen sondas pequeñas infantiles.

Los irrigadores pueden ser manuales o electrónicos^{8,11,3,14}.

Se necesita una enfermera especialista en continencia para instruir al paciente en las irrigaciones y poder realizar un seguimiento exhaustivo hasta lograr la autonomía del paciente. Los resultados en los estudios demuestran que las irrigaciones ayudan a mejorar la calidad de vida y la continencia en los pacientes con LARS.^{3,5}

Existen ensayos clínicos y estudios que demuestran que la tasa de complicaciones con el uso de irrigador transanal es baja, una de ellas es la perforación rectal.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 47 años diagnosticada en 2018 de cáncer de recto pT3 pN0 pMX, tratado con quimioterapia y radioterapia. Proctitis actínica tras el tratamiento con radioterapia.

Se le realiza de forma programada el 01/09/2018 una resección anterior baja de recto con anastomosis colorrectal sin estoma de protección.

Actualmente incapacitada laboralmente por su disfunción intestinal, trabajaba como profesora de tenis. Diagnosticada de síndrome ansioso depresivo como consecuencia de su enfermedad.

Se deriva a la paciente a la consulta de ostomías desde la consulta de cirugía general y digestivo tras la realización de pruebas complementarias: manometría anal, colonoscopia y ecografía endoanal donde se diagnóstica canal anal corto, hipotonía de ambos esfínteres anales y leve estenosis de la anastomosis. Tras el tratamiento inicial de su incontinencia con fármacos antidiarreicos como loperamida y metilcelulosa y la estimulación del nervio tibial posterior, se decide valorar irrigaciones transanales por mala respuesta. En la primera visita con la estomaterapeuta, se realiza una valoración por patrones de Marjory Gordon donde se ven alterados diversos

patrones a los que aplicar las intervenciones enfermeras correspondiente a la taxonomía NANDA. Además, se utilizan escalas para valorar la consistencia de las heces Bristol (ANEXO I) grado de la incontinencia fecal LARS score (ANEXO I) y el impacto en la calidad de vida FIQL(ANEXO I)

Se realiza nuevo LARS score cuyo resultado es de 39 puntos(LARS mayor), se realiza FIQL para ver el impacto en su calidad de vida donde se ve gran afectación en su calidad de vida, evita relaciones sociales. Refiere escapes diarios, urgencia defecatoria, heces fragmentadas, incontinencia a gases, deseo de evacuar constante y vida social limitada. Niega incontinencia urinaria.

Patrón de Gordon	Valoración	Diagnóstico NANDA	Intervenciones NIC	Resultados NOC
1. Percepción y manejo de la salud	Desconocimiento del manejo de la incontinencia. Afectación en la calidad de vida	[00278] autogestión ineficaz de la salud	[5510] Educación para la salud [5634] Enseñanza: entrenamiento control de esfínteres [5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento	[1638] Compromiso del paciente [1808] Participación en las decisiones sobre salud [1811] Conocimiento: actividad prescrita [1802] Conocimiento: dieta prescrita [2000] Calidad de vida
2. Nutricional-metabólico	Evita alimentos, restricciones dietéticas. Disminuye las cantidades de alimentos para evitar escapes intestinales	[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades	[5248] Asesoramiento nutricional [5614] Enseñanza dieta prescrita	[1622] Conducta de cumplimiento: dieta prescrita [1009] Ingestión de nutrientes
3. Eliminación	Incontinencia fecal, urgencia defecatoria, heces fragmentadas, dependencia del baño	[00319] Deterioro de la continencia fecal	[0450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal [0440] Entrenamiento intestinal [0460] Manejo de la diarrea [0410] Cuidados de la incontinencia intestinal [0560] Ejercicios de suelo pélvico	[0500] Continencia intestinal [0501] Eliminación intestinal [2010] Estado de comodidad: física
4. Actividad y ejercicio	Las irrigaciones transanales las realiza en el baño con ayuda de su marido.	[00182] Disposición para mejorar el autocuidado	[1804] Ayuda con el autocuidado: micción/defecación	[1613] Autogestión de los cuidados [1614] Autonomía personal

	Manifiesta que le gustaría ser más independiente para ello		[1665] Mejora de la capacidad funcional [1800]	
5. Sueño y descanso	Alteraciones del sueño por ansiedad y temor a escapes nocturnos	[00198] Trastorno del patrón del sueño	[1850] Mejorar el sueño [8040] Terapia de relajación	[0003] Descanso [0004] Sueño
6. Cognitivo y perceptual	Manifiesta dolor anal con EVA de 7, que cede	[00132] Dolor agudo	[1410] Manejo del dolor agudo	[1843] Conocimiento: manejo del dolor [1605] Control del dolor
7. Autoconcepto- autoestima	Sd ansioso depresivo en tratamiento farmacológico	[00124] Desesperanza [00120] Baja autoestima situacional	[5270] Apoyo emocional [5400] Potenciación de la autoestima [5395] Mejora de la autoconfianza	[1205] Autoestima [1209] Motivación [1302] Afrontamiento de problemas [1201] Esperanza
8. Rol y relaciones	Aislamiento social	[00053] Aislamiento social	[5240] Asesoramiento	[1604] Participación en actividades de ocio [2008] Estado de comodidad
9. Sexualidad y reproducción	Disminución de la actividad sexual	[00059] Disfunción sexual	[4920] Escucha activa [5248] Asesoramiento sexual	[1207] Identidad sexual [1815] Conocimiento: funcionamiento sexual
10. Adaptación y tolerancia al estrés	Ansiedad, estrés por su LARS mayor y su incapacidad laboral temprana Temor a los escapes, no sale a la calle	[00146] Ansiedad [00143] Temor	[5820] Disminución de la ansiedad [4920] Escucha activa [5880] Técnica de relajación	[1882] Conocimiento: Manejo del estrés [2002] Bienestar personal [1204] Equilibrio emocional

Se realiza una exploración anorrectal, dónde se aprecia hipotonía del canal anal y ampolla rectal con restos de heces. Para ver de qué tipo son la consistencia de las heces se usa la Escala de Bristol dónde la paciente nos señala heces Bristol 6-7.

Se le entrega ficha técnica del irrigador transanal y diario defecatorio a rellenar hasta la siguiente visita. Se realiza una demostración de la irrigación transanal. Se recomienda una dieta astringente (ANEXO IV) hasta control de escapes.

Se suministra documentación como rutinas defecatorias (ANEXO III), ejercicios para fortalecer el suelo pélvico (ANEXO III), cronograma de irrigación y diario defecatorio (ANEXO II).

Según el protocolo de visitas del hospital, citamos a la paciente a los 15 días para realizar irrigación presencial en la consulta. Comenzamos con volumen inicial de 500cc cada 24 horas, se decide sonda regular con 3 insuflaciones de balón para conseguir un buen sellado de agua.

Se indica seguir con fármacos antidiarreicos, en su caso metilcelulosa hasta adaptación a la terapia. Se facilita equipo completo y anexo II para el suministro de material por parte de atención primaria.

Durante 1 semana se continua con la pauta inicial y luego se consigue espaciar irrigaciones cada 48 horas mismo volumen durante otra semana. Posteriormente se aumenta volumen hasta 700cc.

La segunda visita presencial es al mes de la primera. La paciente aún no está bien adaptada a la terapia, ya que no consigue estar sin escapes entre irrigaciones. Se resuelven dudas en cuanto hábitos dietéticos. Demuestra buen manejo del irrigador.

No existen complicaciones derivadas de la terapia, pero si refiere ocasionalmente dolor anal en el momento de la irrigación debido a la proctitis que padece como consecuencia de la radioterapia.

Se indica seguir mismo volumen de 700 cc pero volver a irrigaciones diarias para control de escapes y evacuaciones completas. Una vez conseguido la continencia retirar metilcelulosa.

Durante 3 meses buena adaptación a la terapia, se controlan escapes y como resultado se consiguen evacuaciones satisfactorias sin esfuerzo con heces de consistencia Bristol 4-5. Pero durante una semana presenta evacuaciones incompletas que cursan con cuadro de impactación fecal precisando laxante osmótico como la lactulosa, siendo efectivo. Se recomienda volumen de agua 700cc-1l como máximo siguiendo con irrigaciones diarias.

A los 6 meses del comienzo de las irrigaciones se cita presencialmente a la paciente y se realiza nuevo LARS. Al año se realiza nuevo cuestionario de calidad de vida, se decide alta con cita a demanda si precisara.

En todo el seguimiento se han precisado citas telefónicas para resolución de dudas y valoración de pauta.

RESULTADOS

	INICIAL	6 MESES
LARS score	39	28
Frecuencia de ir al baño	4-7 veces/día	1-3 veces/ día
Escapes	si, al menos 1 vez por semana	No se han vuelto a producir
Incontinencia a gases	Sí, al menos una vez por semana	Sí, menos de 1 vez por semana
FIQL	Su salud es mala, sentimientos de desesperanza. Vida social muy limitada.	Considera su salud como Buena, sale a la calle, viaja fuera de la península, retoma sus clases de tenis.
<i>Resultados obtenidos. Elaboración propia</i>		

Se ha conseguido mejorar su calidad de vida mejorando su función intestinal y el LARS, pasando de LARS mayor a menor. Se ha conseguido hacer a la paciente alguien experto en responder ante situaciones no satisfactorias en cuanto a la aparición de síntomas del LARS y el uso del irrigador anal.

CONCLUSIONES

La cirugía del cáncer colorrectal y los tratamientos neoadyuvantes tienen consecuencias como el síndrome de resección anterior que impacta considerablemente en la calidad de vida de estos pacientes. En el caso clínico presentado se demuestra que se puede mejorar la continencia y la calidad de vida con el uso de terapias no invasivas como el irrigador anal.

Se necesita personal experto en continencia para entrenar a los pacientes en el uso de las irrigaciones y detectar complicaciones.

La evidencia científica sobre el síndrome de resección anterior baja aún es muy limitada, se necesita seguir investigando ya que es una consecuencia del cáncer colorrectal que tiene alta incidencia.








Deberíamos preguntarnos si los síntomas que causa este síndrome y el impacto que causa en las personas que lo padecen, se puede prevenir estudiando los factores de riesgo y actuar sobre ello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdán Miguel J, Arroyo Sebastián A, Codina Cazador A, de la Portilla de Juan F, de Miguel Velasco M, de San Ildefonso Pereira A, et al. Baiona's Consensus Statement for Fecal Incontinence. Spanish Association of Coloproctology. *Cir Esp (Engl Ed)*. marzo de 2024;102(3):158-73.
2. Is transanal irrigation the best treatment possibility for low anterior resection syndrome? A multicenter, randomized clinical trial: study protocol | Cochrane Library [Internet]. [citado 11 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/central/doi/10.1002/central/CN-02703687/full>
3. Meurette G, Faucheron JL, Cotte E, Denost Q, Portier G, Loriau J, et al. Low anterior resection syndrome after rectal resection management: multicentre randomized clinical trial of transanal irrigation with a dedicated device (cone catheter) versus conservative bowel management. *British Journal of Surgery* [Internet]. 1 de septiembre de 2023 [citado 4 de marzo de 2025];110(9):1092-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/bjs/znad078>
4. Keane C, Fearnhead NS, Bordeianou LG, Christensen P, Basany EE, Laurberg S, et al. International Consensus Definition of Low Anterior Resection Syndrome. *Dis Colon Rectum*. marzo de 2020;63(3):274-84.
5. Zhou L, Zhang Z, Wang L. Treatment of anterior resection syndrome: A systematic review and network meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*. junio de 2024;50(6):108336.
6. Abarca Campos C, Fernández Albornoz M. Síndrome de resección anterior baja en pacientes con cáncer de recto medio e inferior ¿Qué más podemos hacer?. *Rev Cir.* 2021;73(1). Disponible en: [doi:10.35687/s2452-45492021001823](https://doi.org/10.35687/s2452-45492021001823) [Accessed 9 oct. 2023]
7. «Le damos la bienvenida a Wellspect». Accedido 12 de octubre de 2023. <https://www.wellspect.es/>.

Anexo 1

The Bristol Stool Form Scale

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces ENTIRELY LIQUID

Distributed with the kind permission of Dr K. W. Heaton, formerly reader in Medicine at the University of Bristol. Reproduced as a service to the medical profession by Norgine Ltd. ©2017 Norgine group of companies.

UK/COR/0118/0853. Date of preparation: January 2018

Anexo 1

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN LA INCONTINENCIA FECAL (FIQLI)

Q1: En general, ¿diría que su salud es?:

1. Excelente.
2. Muy buena.
3. Buena.
4. Regular.
5. Mala.

Q2: Para cada uno de los items, por favor, indique la cantidad de tiempo que el tema es una preocupación para usted debido a una fuga accidental del intestino.

Q2. Debido a una fuga accidental del intestino	La mayor parte del tiempo	Alguna vez	Raramente	Ninguna vez
a. Me preocupa salir	1	2	3	4
b. Evito visitar a los amigos	1	2	3	4
c. Evito pasar la noche fuera de casa	1	2	3	4
d. Es para mi difícil salir y hacer cosas como ir al cine	1	2	3	4
e. Reduzco lo que como antes de salir a la calle	1	2	3	4
f. Cada vez que estoy lejos de casa, trate de permanecer cerca de un baño tanto como sea posible	1	2	3	4
g. Planeo mi agenda diaria (actividades diarias) en torno a mi patrón intestinal	1	2	3	4
h. Evito viajar	1	2	3	4
i. Me preocupa el no llegar al baño a tiempo	1	2	3	4
j. Siento que no tengo control sobre mi intestino	1	2	3	4
k. No puedo aguantar lo suficiente las ganas de ir al baño	1	2	3	4
l. Se me escapan heces sin yo saberlo	1	2	3	4
m. Trato de evitar que los escapes estando cerca del baño	1	2	3	4

Anexo 1

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN LA INCONTINENCIA FECAL (FIQLI)

Q3. Debido a una fuga accidental del intestino, indicar el grado de ACUERDO O DESACUERDO con cada uno de los siguientes elementos.

Q3. Debido a una fuga accidental del intestino	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	totalmente en desacuerdo
a. Me siento avergonzado	1	2	3	4
b. No puedo hacer muchas cosa que desearía	1	2	3	4
c. Me preocupan los escapes	1	2	3	4
d. Me siento deprimido	1	2	3	4
e. Me preocupa que los demás me huelan a heces	1	2	3	4
f. Siento que no soy una persona saludable	1	2	3	4
g. Disfruto menos de la vida	1	2	3	4
h. Practico el sexo menos de lo que lo desearía	1	2	3	4
i. Me siento diferente a el resto de las personas	1	2	3	4
j. No me quito de la cabeza el que pueda tener un escape	1	2	3	4
k. Me preocupa tener relaciones sexuales	1	2	3	4
l. Evito viajar en tren o avión	1	2	3	4
m. Evito salir a comer a la calle	1	2	3	4
n. Cada vez que voy a un lugar nuevo, lo primero que hago es localizar el baño	1	2	3	4

Q4. Durante el último mes, ¿se ha sentido tan triste, desanimado, sin esperanza, o ha tenido tantos problemas que se preguntaba si había algo que valiera la pena?

1. Sí, hasta el punto de querer dejarlo todo.
2. Muchísimo.
3. Bastante.
4. Algo, lo justo como para molestarme.
5. Un poco.
6. Nada.

Anexo 1

ESCALA LARS	
1. ¿Existen momentos en los que no puede controlar el flato (pedos)? • No, nunca • Sí, menos de una vez por semana • Sí, al menos una vez por semana	0 4 7
2. ¿Tiene alguna vez pérdida accidental de heces líquidas? • No, nunca • Sí, menos de una vez por semana • Sí, al menos una vez por semana	0 3 3
3. ¿Con qué frecuencia evacúa el intestino? • Más de 7 veces por día (24 horas) • 4 a 7 veces por día (24 horas) • 1 a 3 veces por día (24 horas) • Menos de una vez por día (24 horas)	4 2 0 5
4. ¿Alguna vez tiene que volver a evacuar el intestino antes de transcurrida una hora de la última evacuación? • No, nunca • Sí, menos de una vez por semana • Sí, al menos una vez por semana	0 9 11
5. ¿Alguna vez siente una necesidad tan urgente de evacuar el intestino que debe apresurarse para llegar al lavabo? • No, nunca • Sí, menos de una vez por semana • Sí, al menos una vez por semana	0 11 16

Resultados: 0-42 puntos

- sin LARS: 0 y 20 puntos
- con LARS: 21 a 42 puntos:
 - LARS leve (21 a 29 puntos)
 - LARS severo (30 a 42 puntos)

Anexo 2

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen
Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen
Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen
Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen
Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen	Volumen

CRONOGRAMA IRRIGACIÓN



DIARIO DEFECATORIO.

PACIENTE.....

Al FINAL de CADA DÍA responda a estas preguntas:

Responda a estas preguntas, poniendo un palito cada vez que le ocurra una de las siguientes situaciones:	DÍA						
	1	2	3	4	5	6	7
1. He tenido que ir corriendo al cuarto de baño pero HE LLEGADO A TIEMPO y NO se me ha escapado nada							
2. He ido corriendo al cuarto de baño y SE ME HA ESCAPADO ALGO O TODO							
3. Me lo he hecho encima sin darme cuenta							
4. He ido a hacer de vientre normal SIN TENER QUE CORRER							
Número total de veces que hecho de vientre este día (Sume todos los palitos DE ESTE DÍA)							

Responda a estas preguntas	DÍA						
	1	2	3	4	5	6	7
¿Ha necesitado <u>hoy</u> compresa?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
¿Ha manchado <u>hoy</u> un poco la compresa o la ropa interior?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
¿Cómo ha sido la caca <u>hoy</u> ?	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda	Dura Normal Blanda
¿Ha tomado <u>hoy</u> algún laxante? Apunte abajo qué tomó	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
¿Ha tomado <u>hoy</u> algo para estreñirse? Apunte abajo qué tomó	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
¿Ha realizado <u>hoy</u> maniobras especiales para mejorar su continencia (enemas, supositorios...)?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Sus escapes, ¿le han perjudicado <u>hoy</u> en su actividad social, sexual o laboral?	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No

APUNTE QUÉ TOMO Y QUÉ DÍA:

.....

Anexo 3

EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO

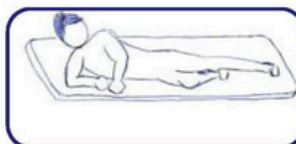
RECOMENDACIONES:

- Coloque la espalda recta al realizar el ejercicio y/o esfuerzo (para disminuir la presión sobre la vejiga y suelo pélvico)
- No retenga la respiración durante el ejercicio, ni empuje manteniendo la respiración hacia abajo.
- No apretar los músculos del estómago, muslos o glúteos.
- Relajar la musculatura tras cada contracción
- Evitar realizar maniobras fuertes durante la defecación.
- Realice los ejercicios diariamente, durante las actividades cotidianas.



EJERCICIOS:

1. **Mantener la contracción:**
 - a) Contracción fuerte, contar hasta cinco y relajar 10 segundos. **5 VECES**
 - b) Contracción media, contar lo que se aguante y relajar. **5 VECES**
 - c) Contracción y aguante gradual hasta llegar a contracción fuerte (como subir en un ascensor), aguantar unos segundos y relajar despacio (en fases)
2. **Contracción rápida y fuerte** y relaje (abre y cierre) el ano rápidamente tantas veces como sea capaz. **5 VECES** (mínimo)
3. **Contraer a la vez que sopla con una pajita**
4. **Ante un esfuerzo** (reír, toser, levantar peso...) debe contraer la musculatura a la vez que echa el aire. **No se hacen repeticiones**
5. **Si aparecen deseos urgentes de orinar o hacer deposiciones, y ha pasado menos de una hora desde la micción anterior, hacer una serie de contracciones del suelo pélvico fuertes de 2-3 segundos de duración con descanso de 1 seg. entre cada contracción, hasta que la sensación de urgencia disminuya y/o desaparezca.**



Consulta de ostomía (Vanesa)
Lunes a Viernes de 8:30 h a 14:30h (911918849)

EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO

Estos ejercicios pueden ayudarle a mejorar su suelo pélvico y por tanto su incontinencia anal. Al igual que los deportistas, que realizando ejercicios fortalecen sus músculos, si usted los hace correctamente, también puede fortalecer y reforzar los músculos del ano y con ello contener más y mejor tanto los gases como las heces. Lo mismo sucede con la incontinencia urinaria.

El suelo pélvico es un grupo de músculos cuya función es sostener los órganos que se encuentran en la parte baja del abdomen como la vejiga, el útero y la porción final del intestino.

RECONOCER NUESTRO SUELO PÉLVICO:

Lo primero es reconocer la musculatura que queremos trabajar y comprobar que se contrae. Debe colocar dos dedos en el espacio situado entre la vagina y la zona por delante del ano en el caso de las mujeres y por delante del ano en el caso de los hombres. Contraiga los músculos del suelo pélvico como si quisiera aguantarse las ganas de orinar o de hacer deposición y mantenga durante unos segundos. Debe notar una contracción o leve movimiento de ascensión en los dedos. Coloque la otra mano sobre los músculos de la parte baja de la tripa. La mano que está sobre la tripa no debe notar tensión. La tripa debe estar blanda. Es muy importante aprender a hacer los ejercicios correctamente y de vez en cuando, revisar que lo está haciendo bien.

CONSEJOS PREVIOS:

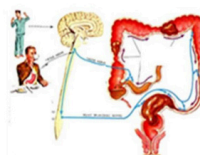
1. Al principio, es mejor hacer pocos ejercicios pero bien hechos, ya que **buscamos inicialmente calidad, no cantidad**. Poco a poco notará que lo hace fácilmente y que incluso lo puede hacer en cualquier lugar, sin que nadie se de cuenta.
2. Una vez aprendidos los ejercicios, intente hacerlos diariamente, estableciendo una rutina. **Se aconseja 3 VECES/DÍA**
3. **Para notar los resultados debe pasar un mínimo de 4-6 semanas.**
4. Ante la duda si el ejercicio se está realizando bien, introduzca un dedo en el ano o vagina. Debe sentir como se aprieta y a la vez se eleva el ano. (Puede utilizar un espejo)
5. Evite aumentar de peso, el sobrepeso produce un esfuerzo adicional.

Anexo 3



RUTINAS DEFECATORIAS

1. Tomar una bebida caliente por las mañanas (desayuno) para favorecer el reflejo gastrocólico, permitiendo movimientos peristálticos intestinales y así facilitar la deposición.



2. Tras el desayuno, intenta mantenerte en movimiento durante unos 10-15 minutos; camina por casa mientras recoges o te preparas para salir a la calle.



3. Siéntese de forma rutinaria en el baño, 10-15 minutos antes de salir de su domicilio. Si no aparece el deseo levántese y repítalo más tarde.



4. La postura ideal para sentarse en el inodoro es con las piernas flexionadas 30° (cucullas). Puede ayudarse con un pequeño taburete en los pies.



5. Evite hacer esfuerzos al defecar. Los ejercicios de suelo pélvico pueden ayudarle.



6. No retrase el deseo defecatorio.



ANEXO 4



¡Escanéme!



¿Cómo puedes publicar tu artículo científico?

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 estomatología, 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 estomatología, 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@estomatologia.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 indicarán las correcciones pertinentes.

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

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

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

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

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

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

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

COMITÉ EDITORIAL: Directora

DIRECTORA: M^a Inmaculada Pérez Salazar

EDITOR: SEDE

COMITÉ ASESOR: María Jesús Bernarte Sorribas, Marta Pérez García,, Patricia Ferrero, Inés Naranjo Peña, Margarita Poma Villena, Nancy Marcela Camacho León, Ana Garnica Goyanes

ISSN: 2792-8462

Mail: revista@estomaterapia.es

NORMAS ÉTICAS Y LEGALES

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

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

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

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

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

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

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

Así mismo, todos los autores abajo firmantes declaran:

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

Nombre del autor

Firma

1.
2.
3.

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



HAZTE
SOCIO

SÚMATE
A NUESTROS
PROYECTOS



www.estomaterapia.es

 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
EXPERTA EN ESTOMATERAPIA