

X CONGRESO NACIONAL | CONGRESO VIRTUAL

DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

Publicación Digital
ISBN: 978-84-09-09851-4

Afundación Vigo
Policarpo Sanz, 24 – 26
Vigo (Pontevedra)

VIGO
8, 9 y 10
MAYO
2019

**Libro
Digital**



**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
EXPERTA EN ESTOMATERAPIA**

ISBN 978-84-09-09851-4

Título	Libro del X Congreso Nacional y I Congreso Virtual de Enfermería en Ostomias		
Subtítulo			
Autorías	Varios autores		
Editorial o Autor/Editor	Sociedad Española de Estomaterapia Naves, 13, 3º 2, Madrid, 28005, Madrid		
Formato	Digital: online		
Edición	Nº y mención de edición	Fecha de aparición	ISBN edición anterior
	1	08/05/2019	
Colección			
Idioma	De la publicación	Traducido del	Original
	Español / Castellano		
Descripción	Nº de páginas	Ilustraciones	Tamaño
Materias IBIC	MQC, Enfermería		
Material anejo			
Obra en varios volúmenes	Nº de volúmenes	O si es un volumen	ISBN de la obra completa
Libro de texto			
Notas	La publicación colgada en wwwestomaterapia@estomaterapia.es Lugar de celebración en Sedeafundacion Vigo del 8 al 10 de mayo 2019		



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Comité Organizador

Presidenta

María Adelina Fernández García

Vocales

M^a Beatriz Crespo Fontán

María Socorro Riveiro García

Ana Isabel Corbal Obelleiro

M^a Cruz Gago Ferreiro

Alberto Parga Lago

Natalia Gil García

Comité Científico

Presidenta

Carmen Fuertes Ran

Vocales

Silvia Louzao Mendez

Aurora Vizoso García

María Portas Badosa

Ana María Bello Jamardo

Gema López Blanco

María Dolores Álvarez González

Índice

05. Recomendaciones de Protección para la Piel Periestomal en Pacientes con Tratamiento Oncológico.	Pág. 08-10
06. Valoración del Patrón Sueño/ Descanso en Personas con Ileostomías de Alto Débito	Pág. 11-12
07. Comparativa de los dos Tipos de Curas en Pacientes Nefrostomizados: Pros y Contras de Cada una de Ellas.	Pág. 13-15
08. Adaptabilidad de un Dispositivo Convexo en el Postoperatorio Inmediato. Resolución de Problemas	Pág. 16-18
10. Guía de Recomendaciones Enfermeras en la Prevención y Manejo de la Hernia Paraestomal: un Comienzo	Pág. 19-20
11. Sinergia en la Actuación Enfermera; Dirigida al Logro de la Eficiencia en los Cuidados a las Personas Portadoras de una Ostomía	Pág. 21-23
12. Beneficios de la Protección de la Piel Periestomal con Película Barrera en Pacientes con Terapia Oncológica	Pág. 24-25
13. Protocolo de Aplicación de Ropa de Sujeción Abdominal en Pacientes Intervenido de Cistectomía Radical con Estoma	Pág. 26-28
14. Prevalencia de la Dehiscencia en la Ostomía	Pág. 29-31
15. Recomendaciones sobre el Cuidado y Manejo del Paciente Nefrostomizado	Pág. 32-34
16. Implementación de la Vía Clínica Rica en Cirugía Colo Rectal en un Hospital de esta Complejidad, y su Relación con los Cuidados de Enfermería.	Pág. 35-37
17. Estudio de Validación de Herramienta Ostemecum	Pág. 38-40
18. Sutura Cutaneomucosa: La Gran Olvidada	Pág. 41-43
19. Programa Educación Terapéutica "Empowerment del Paciente Ostomizado"	Pág. 44-46
20. Vivir con un Estoma: Tarjeta Ayuda Verificación del Paciente (TAVAP)	Pág. 47-49
21. Complicaciones y Cuidados Enfermeros sobre la Sutura Mucocutánea	Pág. 50-52
22. Influencia de la Quimioterapia en la Cicatrización Enterocutánea del Estoma	Pág. 53-55
24. Hernia Paraestomal: ¿Podemos Prevenirla? Análisis de Prevalencia y Factores de Riesgo	Pág. 56-58
25. Urostomy. Programa de Mejora de la Calidad de Vida de las Personas Urostomizadas	Pág. 59-61
26. Ensayo Clínico Sobre la Eficacia del Uso De Productos Barrera No Irritantes Para La Prevención de Complicaciones en la Piel Periestomal	Pág. 62-64
27. Desarrollo de Herramientas para la Continuidad de Cuidados Enfermeros: Informe de Ostomías	Pág. 65-67
28. Pequeños Accesorios, Grandes Aliados	Pág. 68-69

29. Una Nueva Estrategia de Formación: “Taller Interactivo de Ostomias”	Pág. 70-71
30. Sistema de Registro del Paciente Ostomizado durante el Ingreso Hospitalario	Pág. 72-74
31. Simulación Clínica, Herramienta para la Formación Multidisciplinar en el Cuidado del Paciente con Traqueostoma	Pág. 75-77
32. Guia de Productos para Técnica de Estimulación del Asa Eferente (TEAE)	Pág. 78-79
33. Guía para la Técnica de Estimulación del Asa Eferente (TEAE)	Pág. 80-82
34. Nueva Aplicación Móvil para Seguimiento Farmacológico del Paciente Ostomizado Acorde Recomendaciones de la RNAO	Pág. 83-85
35. Vida Saludable de la Persona Ostomizada: Resultados de un Año de Experiencia en El12educa	Pág. 86-88
36. Cuidados tras la Reparación de una Hernia Paraestomal Tipo IV. A Propósito de un Caso	Pág. 89-91
37. La Estimulación del Asa Eferente de la Ileostomía previa a su Reconstrucción, ¿Reduce el Íleo Paralítico?	Pág. 92-94
39. Guía de Atención Integral al Niño Ostomizado	Pág. 95-97
40. Difusión y Comunicación de un Sistema Móvil para la Evaluación de la Afectación del Medicamento en el Paciente Ostomizado	Pág. 98-100
41. Conclusiones y Lineas Estrategicas en Relacion al Ámbito Asistencial de la Estomaterapia en Cataluña	Pág. 101-103
42. Programa de Implantación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Ostomías para Personal de Enfermería de la Unidad de Cirugía Colorectal	Pág. 104-105
43. La Irrigación Transanal Mecánica y la Estimulación Percutánea del Nervio Tibial como Tratamiento del Síndrome Mayor de Resección Anterior de Recto. Ensayo Clínico Controlado y Aleatorizado	Pág. 106-108
44. Asesoramiento a la Familia en Ostomía Complicada antes del Alta Hospitalaria. Caso Clínico	Pág. 109-111
45. Calidad Percibida del Paciente Ostomizado en la Red Sanitaria Nacional	Pág. 112-113
46. Estudio Quasiexperimental para Evaluar el Impacto de la Utilización de Probióticos en Pacientes Colostomizados	Pág. 114-115
47. La Realidad de la Consulta Preoperatoria de Estomaterapia en España. “Una Fotografía en Transición”. Estudio Cuantitativo	Pág. 116-118
48. Formación y Competencias que debe Adquirir la Enfermera Estomaterapeuta: Libro Blanco de la Ostomía en España	Pág. 119-121
49. Validación Activa de la Tarjeta Ayuda Verificación del Paciente (TAVAP)	Pág. 122-124
50. Consulta de Estomaterapia: Recursos Materiales e Infraestructuras	Pág. 125-127
51. Descripción y Epidemiología de Pacientes Ostomizados en Canarias en el Año 2017	Pág. 128-131
52. Embarazo y Ostomías: Cuidados de una Paciente Embarazada con Ostomía	Pág. 132-134

53. Guía de Enfermería en el Ámbito de la Gestión de la Imagen Corporal	Pág. 135-136
54. ¿Quién, Cómo y Cuándo? Actualidad del Marcaje de la Ostomía en España	Pág. 137-139
55. Caso Clínico de una Paciente Embarazada Portadora de Ostomía y Tratamiento de sus Complicaciones	Pág. 140-142
56. ¿Pioderma Gangrenoso o Úlcera Periestomal? Caso Clínico	Pág. 143-145
57. Intervención Dietética Dirigida al Paciente Ileostomizado – Resultados de Satisfacción	Pág. 146-148
58. Vivir con una Ostomía	Pág. 149-150
59. Manejo de Fístulas Entero-Atmosféricas	Pág. 151-153
60. Enfermería de Prácticas Avanzadas y Nursing Work Index	Pág. 154-156
61. Efectividad y Evaluación Económica de un Modelo de Innovación Organizativa Basado en la Enfermería de Práctica Avanzada en el Cuidado a Personas con Ostomía	Pág. 157-159
62. Evaluación de los Registros de las Ostomías Urológicas	Pág. 160-161
63. Cuidados a un Paciente Portador de Ileostomía de Protección y de Endoesponja	Pág. 162-163
65. Todo es Difícil Antes de Ser Fácil 1ª Infografía Sobre Cuidados del Paciente Ostomizado	Pág. 164-166
66. Cuidados de Enfermería en Paciente con Colon Isquémico Exteriorizado. Presentación de un Caso Clínico	Pág. 167-169
68. Análisis de los Registros de Enfermería Respecto al Estoma de Eliminación Digestivo Recién Construido. Estudio Descriptivo	Pág. 170-171
69. Caso de Cura de Herida Periestomal en Colostomía Definitiva	Pág. 172-174
70. Registro de Ostomías, Clave para la Continuidad Asistencial	Pág. 175-176
71. Efectividad de un Programa de Educación Sanitaria para Prevenir la Hernia Paraestomal: Estudio Cuasiexperimental	Pág. 177-179
72. Resultados y Conclusiones de las Encuestas Realizadas a Médicos Coloproctólogos y Urólogos sobre la Figura de la Enfermera Estomaterapeuta	Pág. 180-182
73. Manejo de Fístula Enterocutánea en Pacientes con Enfermedad de Crohn	Pág. 183-184
74. Metástasis Cutáneas por Cáncer Colorrectal en Paciente Ileostomizado. A Propósito de un Caso	Pág. 185-187
75. Conjunción de Tratamientos para Mejorar la Calidad de Vida en el Paciente con Incontinencia Fecal	Pág. 186-190
76. Check List de Cuidados de Ostomía	Pág. 191-193
77. Reparación de Fístula Recto-Vaginal en Paciente Ostomizada	Pág. 194-196
78. Caso Clínico: Paciente Ostomizado por Traumatismo Abdominal por Herida de Arma Blanca	Pág. 197-198

79. Manejo de Enfermería en las Ostomías de Alto Débito	Pág. 199-201
80. Ostomía e Islam	Pág. 202-204
81. Pioderma Gangrenoso. A Propósito de un Caso	Pág. 205-207
82. Complicaciones del Paciente Ileostomizado tras el Alta Hospitalaria	Pág. 208-210
83. Ostomías de Alto Débito: Identificación, Control y Cuidados	Pág. 211-213
84. Resultados de la Implantación de Buenas Prácticas en el Cuidado y Manejo de la Ostomía dentro del Programa BPSO®	Pág. 214-216
85. Algoritmo de Actuación en las Dermatitis Periestomales	Pág. 217-219
86. Intervención Enfermera Precoz en Ostomías	Pág. 220-221
87. Superando Retos: Plan de Cuidados a un Ostomizado Invidente (Caso Clínico)	Pág. 222-224
89. El Equipo de Enfermería y la Comunicación No Verbal con el Paciente Laringectomizado	Pág. 225-227
90. Irrigaciones, Dentro del Proyecto para Mejorar la Calidad de Vida de las Personas con una Colostomía Descendente Terminal y Sigmoido dentro de la Consulta de Enfermería de Ostomías	Pág. 228-230
91. Humanización: Primer Proyecto Integral de Humanización de Cuidados en Ostomía	Pág. 231-233
92. Protocolo de Atención y Cuidados de Enfermería a la Persona Ostomizada en la Red Sanitaria Pública de La Comunidad Valenciana	Pág. 234-236
93. Análisis de las Necesidades Formativas en Atención Primaria de Salud para Mejorar la Continuidad Asistencial de la Persona Ostomizada	Pág. 237-239
94. Incremento de la Visibilidad del Paciente Ostomizado a Través del Proyecto Gesto	Pág. 240-242
95. Implementación de un Protocolo de Estimulación del Asa Eferente previo al Cierre de una Ileostomía	Pág. 243-245
96. Protocolización de los Criterios Formativos en Ostomía de los Estudiantes EIR	Pág. 246-248
97. Indicadores más Adecuados para Medir y Cuantificar la Actividad Enfermera y la Repercusión en los Cuidados para Personas Ostomizadas	Pág. 249-250
99. Recomendaciones para Prevenir la Irritación Perianal tras el Cierre de Un Estoma Digestivo	Pág. 251-253
100. Marcaje del Estoma: Una Ventaja para el Paciente Ostomizado	Pág. 254-255



5

RECOMENDACIONES DE PROTECCIÓN PARA LA PIEL PERIESTOMAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.

M^a Macarena Niño De Godos¹, Inmaculada Concepción García Arboleda², M^a Sonia Lugilde Rodríguez³, M^a Angeles Moreno De La Hidalga⁴

¹H. Comarcal del Bierzo. Ponferrada, ²hH De Cabueñes. Gijón, ³H. Fundación de Jove. Gijón, ⁴H. de Sierrallana. Torrelavega.

Introducción

Actualmente evidenciamos un aumento de pacientes ostomizados que al comienzo de su terapia oncológica acuden con más frecuencia a la consulta de estomaterapia. Sus actuales dispositivos no se adhieren como antes, no perciben igual su piel periestomal y algunos la tienen alterada. Debido a que entre los efectos secundarios de las terapias oncológicas está el cambio de pH de la piel, produciéndose xerosis cutánea, piel seca, pérdida de elasticidad, descamación, heridas, fisuras ante mínimos roces, prurito, reacciones de hipersensibilidad... etc., pensamos que sería necesaria una Guía de Recomendaciones bajo la hipótesis de que un producto barrera la protegería.

Objetivos

Elaboración de una Guía de Recomendaciones sobre el cuidado de la piel periestomal durante y tras el tratamiento oncológico que incluya la utilización de un producto barrera.

Metodología

Para elaborar la guía creamos un grupo de trabajo con 7 estomaterapeutas de 6 hospitales públicos de 4 CCAA que deciden los pasos a seguir y recopilan información necesaria para su redacción. Comprobando la escasa información bibliográfica referente al cuidado de la piel y el efecto positivo que puedan tener los productos barrera, decidimos observar a nuestros propios pacientes evaluando el impacto de forma sistemática. Creamos un cuaderno de recogida de datos (CRD) ,donde registramos la evolución de la piel en pacientes con tratamiento oncológico, tanto si están recibiendo ya tratamiento barrera como si no,



con el objetivo de observar las diferencias, comprobar eficacia y así aconsejarlo en nuestra guía. La observación comenzó el 15 de julio del 2018, con un tiempo de seguimiento estimado de 6 meses y 5 visitas desde la inclusión del paciente, que coinciden en el tiempo con las fechas de su tratamiento oncológico.

Resultados y discusión

En la actualidad llevamos iniciados 24 casos, de los cuales 17 han completado el número de visitas establecido. Preliminarmente observamos una evolución favorable de la piel periestomal en el 80% de los pacientes a los que se les aplicó el producto barrera, minimizando complicaciones y mejorando la adhesividad. Asimismo el 40% de los pacientes que no recibieron tratamiento barrera de inicio, se les aplicó al detectar complicaciones.

Conclusiones

El análisis preliminar de resultados apunta a que la terapia oncológica provoca afectación en la piel de la mayoría de los pacientes y que la aplicación del tratamiento barrera ha sido beneficioso en más del 80% de los pacientes observados. Los resultados finales del presente trabajo serán indudablemente esenciales en la elaboración de la Guía de Recomendaciones que queremos realizar, a la que adicionalmente aportaremos nuestra experiencia en los cuidados específicos de la piel periestomal en pacientes ostomizados con terapia oncológica, promoviendo así su autocuidado y aumentando su calidad de vida.

Palabras clave

Autocuidado, Guía, Ostomía, Prevención, Piel Periestomal, Protector Cutáneo, Recomendación, Terapia Oncológica.



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Referencias bibliográficas

1. Alonso P, Bonfill IIX. Guías de práctica clínica (I): Elaboración, implantación y evaluación.
2. Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia (Sede Web) Granada: Fundación Index 2003.
3. Martí Rague J, Tejido Valenti M. Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento. Ed Doyma. Barcelona, 1999.
4. Burch J. Peristomal skin care and the use of accessories to promote skin health. Br J Nurs. 2011.



06

VALORACIÓN DEL PATRÓN SUEÑO/ DESCANSO EN PERSONAS CON ILEOSTOMÍAS DE ALTO DÉBITO

M. Luz Sanchez Leal, Rosario Benítez García, Carlos Monroy Herrera, Antonio Martínez García, Remedios López Fernández.

Hospital Universitario de Puerto Real.

Introducción

Las personas ostomizadas sufren alteraciones tanto físicas como psicológicas, sociales y culturales, . El sueño es tan importante como cualquier otro aspecto de los ámbitos de la vida , que en el caso de la persona ostomizada, especialmente con Ileostomía de alto débito, puede verse alterado, por el impacto emocional que esta situación provoca, como por el disconfort que puede generar el desconocimiento, la falta de habilidades o el uso de un dispositivo que no cumpla adecuadamente su función. El uso de dispositivos de alto débito, facilita el descanso y el sueño en estos pacientes, ya que cuenta con un sistema colector que garantiza el vaciado continuo de la bolsa. El asesoramiento por parte de la enfermera estomaterapeuta es fundamental para restablecer la seguridad y confort en la medida de lo posible en este grupo de personas.

Objetivos

Conocer la incidencia del trastorno del sueño relacionado con el grado de confort que permite una ostomía

Metodología

Se realizó estudio descriptivo de cohorte longitudinal y prospectivo y Grupo focal. La población: estudiada fueron 8 casos con criterio de alto débito, que corresponden al 40% del total de las ileostomías realizadas en el Hospital Universitario de Puerto Real en 2018. Se utilizaron las encuestas validadas “Cuestionario validado Stoma Qol”, “Cuestionario de Oviedo” y Consentimiento informado. Los investigadores que participaron fueron profesionales Diplomados en Enfermería y dos estomaterapeutas.



Resultados y discusión

Aun en estudio.

Conclusiones

La incidencia del trastorno del sueño relacionado con el grado de confort que permite una ileostomía de alto débito se reduce con el uso y manejo correcto de dispositivos específicos.

Palabras clave

Ostomía, Calidad De Vida, Confort, Sueño.

Referencias bibliográficas

Urgilés, R. E. M., & González, M. D. L. Á. E. (2017). Caso Clínico: Abordaje de Ostomias. *Revista Médica HJCA*, 9(2), 181-185.

Charúa-Guindic, L., Benavides-León, C. J., Villanueva-Herrero, J. A., Jiménez-Bobadilla, B., Abdo-Francis, J. M., & Hernández-Labra, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cirugía y cirujanos*, 79(2).

Manuel, J., María, A., & Socorro, N. Actuación enfermera durante la adaptación del paciente. *Medina Cordero, A., Feria Lorenzo, D. J., & Oscoz Muñoa, G. (2009). Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. Enfermería Global*, (17), 0-0.

Arenas Villafranca, José Javier, Abilés, Jimena, Moreno, Gloria, Tortajada Goitia, Begoña, Utrilla Navarro, Pilar, & Gándara Adán, Norberto. (2014). Ostomías de alto débito: detección y abordaje. *Nutrición Hospitalaria*, 30(6), 1391-1396. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7894>



07

COMPARATIVA DE LOS DOS TIPOS DE CURAS EN PACIENTES NEFROSTOMIZADOS: PROS Y CONTRAS DE CADA UNA DE ELLAS.

Maria Isabel Gonzalez Alcolea¹, Manuela Galán Tundidor², Rebeca Garcia Mate³, Cruz Gago Ferreiro⁴

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, ²Hospital General Universitario de Guadalajara, ³Hospital Universitario Cruces. Bilbao, ⁴Hospital Montecelo. Pontevedra.

Introducción

La nefrostomía es una excelente solución como derivación urinaria, tanto en situaciones de urgencia como cuando se desee un drenaje temporal del tracto urinario superior. Asimismo, en casos muy selectivos de escasa supervivencia, la nefrostomía puede convertirse en un método aceptable de derivación urinaria definitiva. Aun siendo una técnica de amplio uso y segura, no está exenta de la aparición de complicaciones, entre las que encontramos más habitualmente: infecciones de tracto urinario, obstrucción o acodadura del catéter, retirada accidental del catéter y dermatitis o alteraciones cutáneas pericater. Existen 2 formas de realizar las curas de las nefrostomías para evitar las complicaciones: - Con gasas y esparadrapo y bolsa de pierna. - Bolsas de urostomía de 1 ó 2 piezas.

Objetivos

El objetivo principal del proyecto es evaluar los 2 tipos de curas más habituales realizada en los pacientes nefrostomizados. Como objetivos secundarios hemos establecido los siguientes: • Evaluar la seguridad de cada uno de los tipos de curas para establecer pros y contras de cada uno de los procedimientos en cuanto a posibles complicaciones. • Establecer la calidad de vida de los pacientes en cuanto a autocuidado y apoyo recibido por el equipo de enfermería.



Metodología

Iniciamos el proyecto, creando un grupo de trabajo en el que participan 8 hospitales públicos de la red sanitaria española en la que evaluamos, cada uno según su práctica clínica establecida, los 2 tipos de curas más habituales. Para el registro uniforme de la información, realizamos un cuaderno de recogida en el que se incluyen todos los datos necesarios para cumplir el objetivo principal, así como los dos secundarios indicados de seguridad y calidad de vida. Como tiempo de recogida de datos, establecemos 1 mes tras la inserción de la nefrostomía.

Resultados y discusión

Un análisis preliminar de los datos procedentes de 43 casos iniciados, indican que existe una gran variabilidad en cuanto a los procedimientos utilizados en cada hospital y el manejo enfermero de las nefrostomías.

Conclusiones

Tras analizar los datos preliminares obtenidos del proyecto apuntamos a que los 2 tipos de curas no están exentos de complicaciones. La cura con disco y bolsa tiene el riesgo de producir dermatitis y prurito en la piel periestomal, mientras que la cura con apósito y bolsa de pierna tiene las complicaciones de retirada accidental y acodadura del catéter. Por tanto, teniendo en cuenta las condiciones físicas, psíquicas y el nivel de dependencia del paciente se decide cual de los 2 tipos de curas es más beneficioso para el paciente en cuanto a su calidad de vida teniendo en cuenta por supuesto la opinión del propio paciente dándole así mas implicación y empoderamiento en su cuidado.

Palabras clave

Nefrostomía, Cuidados, Apósito, Bolsa de Pierna, Disco, Bolsa de Urostomía, Calidad de Vida, Infección, Acodadura, Salida Accidental.



Referencias bibliográficas:

1. Castillo García, M^a.D., Denia Cortés, A., Flores Bautista, A.B, Montealegre Galera, LL., Villada Munera , A. Cuidados hospitalarios del paciente portador de Nefrostomia percutánea. Protocolo de enfermería. Revisión 2013 Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA)
2. Carballo Chinarro, Ana Isabel. Fundación Te cuidamos. Asistencia y orientación sanitaria. Guía rápida de nefrostomia. 2008
3. GorjonHernández, J; Gonçalves Arregui, C; Hernandez San Antonio, N; Garcia Gonzalez, C; Velasco Díez P; Gómez bautista, N Enfermeras de la unidad de Urología del Hospital Universitario de Salamanca. Nefrostomia: Diseño e implantación de una guía de cuidados al alta. (enfuro Nº 109, enero, febrero, marzo 2009.
4. Alcocer Perez- España, Ana. Barbacil Millán, Socorro. Castaño Gonzalez, Irene. Garcia Morato, Jose Maria, Gonzalez Lluva, Concepcion. Huertga Bueno, Manuel, Martínez Carrión, Paloma. Vidal Villacampa, M^a Eugenia, Zamanillo Aller, Mar. Manual sobre derivaciones urinarias. Productos médicos Coloplast. Madrid 2012.
5. Daniel Adolfo Pérez Fentes, Ana Puñal Pereira, Pablo Lorenzo González1, Camilo García Freire, Serafín Novás Castro y Miguel Blanco Parra. Nefrostomia percutánea bilateral como tratamiento de la cistitis hemorrágica. Servicio de urología y anatomía patológica del complejo Universitario de Santiago de Compostela.



08

ADAPTABILIDAD DE UN DISPOSITIVO CONVEXO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Montserrat López Fernández¹, Yolanda Saenz de Tejada García²

¹Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, ²Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell.

Introducción

INTRODUCCIÓN Existen evidencias científicas (1) de que no es aconsejable la utilización de un dispositivo convexo en una ostomía durante el periodo del postoperatorio inmediato. La presión excesiva que ejerce este tipo de dispositivo, puede provocar sobre el abdomen y en concreto sobre el estoma, riesgo de dehiscencia, isquemia en la mucosa del estoma e incluso úlcera periestomal por decúbito. En nuestra Unidad de Hospitalización de Urología se presentó el caso clínico de un paciente, al que se le realizó una Urostomía cutánea y en el postoperatorio inmediato, presento filtración del efluente presentando problemas de maceración, eritema periestomal y a consecuencia de ello baja autoestima por parte del paciente. Ante la ineficacia del dispositivo de doble sistema estándar que utilizamos como primera elección en nuestra unidad; nos planteamos el cambio a un doble sistema suave y flexible.

Objetivos

OBJETIVO 1-Mantener la integridad cutánea de la zona periestomal en óptimas condiciones. 2-Fomentar la autoestima y el autocuidado. 3-Inicio precoz de la educación sobre la urostomía por parte del paciente.

Metodología

METODOLOGIA Y MATERIAL. Teniendo en cuenta que en nuestro centro se trabaja con los Programas de Rehabilitación Multimodal (fast track)2•3 que nos garantiza la unificación de criterios de todo el equipo multidisciplinar, la movilización precoz y una implicación directa del paciente y/o cuidador principal en su autocuidado, se elabora un plan de cuidados basándonos en los diagnósticos enfermeros según cortas estancias hospitalarias, ayudando así a una pronta recuperación del paciente . Se realizó una monitorización del estoma y efluente mediante la observación y registro por turno de su estado. Se establecieron pautas de cambio



de dispositivo cada 24 h los primeros 2 días, y después cada 48 horas hasta el alta del paciente a los 7 días, con registro del estado de la piel periestomal . Se evaluó la eficacia del dispositivo, registro del nivel de autonomía del paciente y fase de la educación sanitaria en la que se encuentra. Se utilizó un dispositivo de doble sistema convexo suave con lámina con borde adhesivo recortable.

Resultados y discusión

RESULTADO Con el cambio de dispositivo se consiguieron evitar las filtraciones de orina con lo que mejoró el estado de la piel periestomal a los 2 días. Al alta el paciente es totalmente autónomo en el cuidado de su urostomía con lo que mejora su autoestima.

Conclusiones

CONCLUSION Para el cuidado adecuado del estoma y la piel periestomal es importante que cualquier enfermera asistencial que trabaja con pacientes ostomizados, conozca los productos que nos ofrece el mercado. La formación y actualización continuada ayuda a la toma de decisiones correcta, y la elección sobre la adaptación y contraindicaciones de estos productos para poder aplicarlo de manera individualizada, prevaleciendo la seguridad del paciente. Realizando una monitorización de cada caso se obtienen unos resultados exitosos y una asistencia de calidad.

Palabras clave

Urostomía, Convexidad, Fast track, post-operatorio inmediato

Referencias bibliográficas

·(1)Bonnie Sue Rolstad, RN, MS, Cwoan.webwoc nursing. education program mineapolis MN ·(2)S Salvans Ruiz,Rehabilitación Multimodal en cirugía electiva colorectal(ERAS-Fast-track). Analisis de resultados en los costes hospitalarios y curva de aprendizaje. ·(3)Juan C. Patron Uriburu, Brenda Tanoni, Herman Ruiz, Mariano Cillio, Fernando Bugallo, carlos Tyrell, Mario Salomón. Protocolo ERAS en



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



cirugía colónica laparoscópica: evolución de una serie inicial •Jame Martin Moreno, Miguel Carballo nuñez.
Plan de cuidados estandarizados: Cistectomia Radical tipo Bricker •Berrío Galán, Gloria Casanova Tardío.
Cuidados de enfermería en urostomizado •Glenda Brunette, Rn, banco, cwocn: Case for soft convexity in
managing difficult ostomies



10

“GUIA DE RECOMENDACIONES ENFERMERAS EN LA PREVENCION Y MANEJO DE LA HERNIA PARAESTOMAL: UN COMIENZO”

Maria Gea García¹, Ana Maria Gomis Murcia², Patricia Lopez Anaya³

¹Hospital General Universitario De Alicante, ²hospital Vega Baja. Orihuela, ³Hospital General Universitario de Elda.

Introducción

INTRODUCCION: La hernia paraestomal es una complicación de los estomas que supone una peor calidad de vida para el paciente y un aumento del coste para el sistema sanitario. Varios son los factores que pueden influir en su aparición (correcto procedimiento quirúrgico, marcaje adecuado del estoma, etc), conocerlos y actuar sobre ellos puede suponer evitar que aparezca (3,4,5). Existe escasa evidencia sobre las estrategias a seguir por las enfermeras para evitar o disminuir la incidencia de la hernia paraestomal, de ahí la importancia de tener una guía sobre su prevención y manejo. A nivel médico existen más referencias para prevenir o tratar la hernia paraestomal (1,2).

Objetivos

OBJETIVOS: 1.- Conocer los factores que influyen en la aparición de la hernia paraestomal y su importancia en la morbilidad de nuestros pacientes. 2.- Realizar una guía de actividades encaminadas a prevenir la aparición de la hernia paraestomal (actuando sobre los factores que determinan su aparición) y actividades que mejoran la calidad de vida de los pacientes que la presenten.

Metodología

METODOLOGIA: Recogida de datos de las historias clínicas de forma retrospectiva y descriptiva para conocer los factores que influyen en la aparición de la hernia paraestomal. Grupos de consenso de expertos en cuidados del estoma de distintos Hospitales de España. Revisión de guías de práctica clínica y de guías



de recomendaciones para enfermería con el fin de determinar aquellas actividades/cuidados que influyen en la mejora de la calidad de vida del paciente con hernia paraestomal.

Resultados y discusión

RESULTADOS: 1.- Factores predisponentes más frecuentes según nuestro registro de historias clínicas (en curso). 2.- Actividades que mejoran la calidad de vida del paciente con hernia paraestomal. 3.- Actividades encaminadas a evitar la aparición de la hernia paraestomal.

Conclusiones

CONCLUSIONES: 1.- Existe escasa evidencia sobre las estrategias a seguir para evitar o disminuir la incidencia de la hernia paraestomal. 2.- No hay una guía para prevenir y mejorar la calidad de vida de los pacientes con hernia paraestomal. 3.- Mejorar la calidad de vida del paciente ostomizado teniendo una guía que puede servir al profesional y al paciente.

Palabras clave

Hernia Paraestomal, Prevención, Complicaciones del Estoma, Guías de Cuidados, Calidad de Vida.

Referencias bibliográficas

1.- Estevan, Rafael Estevan. "Prevención de la hernia paraestomal". Revista Hispanoamericana de Hernia Elsevier 2015: 1-3. 2.- López Cano, M., Pereira J.A., Armengol Carrasco, M., García Alamino, J. "Una malla profiláctica funciona en la prevención de la hernia paraestomal". Cirugía Española 2018: 62-63. 3.- Pérez García, M., Ramos Mateos, M.A. "Prevención de la aparición de hernia paraestomal". Revista Metas de Enfermería 2016; 19:55-59. 4.- S.A. Antoniou and col. "European Hernia Society guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias". Publicado online: Springer-Verlag France SAS 2017. 22: 183-198. 5.- Robert R Cima, MD,MA,FACS, FASCRS. "Parastomal hénria". Uptodate. 201.



11

SINERGÍA EN LA ACTUACIÓN ENFERMERA; DIRIGIDA AL LOGRO DE LA EFICIENCIA EN LOS CUIDADOS A LAS PERSONAS PORTADORAS DE UNA OSTOMÍA.

Gema Juan Belinchón¹, Lola Estruch Peiró², Catalina Fuentes Navarrete³, Rosa M^a Morant López⁴, Paz Rodríguez Castellano⁵, Javier Ruiz Lorenzo⁵

¹Hospital de Sagunto, Sagunto, ²Hospital Francesc de Borja, Gandía, ³Hospital de la Ribera, Alzira,

⁴Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, ⁵Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Introducción

INTRODUCCIÓN: Entre un 50 y un 70 % de las personas ostomizadas desarrollará alguna complicación (1,2); que suponen una alteración de su calidad de vida (3), y un incremento del gasto económico. Con el fin de prestar a los usuarios unos cuidados de calidad, normalizar la práctica de atención a la persona ostomizada, unificando criterios de actuación basados en la evidencia científica y ser una fuente de información para profesionales de nueva incorporación, se pretende elaborar una guía como instrumento que facilite la toma de decisiones (4).

Objetivos

OBJETIVOS: GENERAL: • Elaborar una Guía de intervención para profesionales de la enfermería, dirigida a prevenir y tratar las complicaciones de los estomas. ESPECIFICOS: • Identificar las principales complicaciones de los estomas. • Describir los accesorios y sus diferentes usos, y adecuarlos a cada complicación, evaluando sus costes. • Establecer una herramienta de trabajo que unifique criterios de actuación.

Metodología

METODOLOGÍA: Primera fase, búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos con una antigüedad no superior a cinco años. Observamos la escasa evidencia científica referente a las complicaciones, tratamiento y recomendaciones para prevenir su aparición. Se inicia el proyecto el 1 de Octubre de 2018. La recogida de datos se lleva a cabo en 9 hospitales de la provincia de Valencia. Se elabora un cuaderno de



recogida de datos sobre el tipo de complicaciones a tratar, utilizando escalas de valoración validadas. El período de recogida de información se estima en 6 meses como promedio. Segunda fase, discusión y consenso, para llegar a la recomendación del mejor cuidado, analizando su coste-efectividad. Como resultado final de nuestras recomendaciones, se realizará una Guía impresa.

Resultados y discusión

RESULTADOS Y DISCUSION: El objetivo final de este proyecto es la elaboración de una guía detallada de todas las complicaciones estudiadas, con una descripción de la complicación, propuesta de tratamiento de consenso, y un análisis de coste-eficacia del tratamiento.

Conclusiones

CONCLUSIONES: Cada vez en más hospitales la atención al paciente ostomizado es llevada a cabo por una enfermera experta. Pero en muchos ámbitos no es posible y a veces en el trabajo diario de muchas enfermeras surgen dudas ante la mejor opción de cuidado al paciente ostomizado. Hemos constatado que la evidencia científica al respecto es escasa, por ello hemos decidido realizar un trabajo de consenso de expertos en estomaterapia, para poner al alcance de los profesionales enfermeros, una guía basada en la evidencia científica que clarifique la actuación enfermera en el campo de las complicaciones de la ostomía.

Palabras clave

Ostomías, complicaciones, accesorios ostomía, cuidados enfermeros, gasto sanitario.

Referencias bibliográficas

- [1] J. Shabbir, D.C. Britton. Stoma complications: A literature overview. *Colorectal Dis*, 12 (2010), pp. 958-964. [2] Robertson I., Leung E., Hughes D., et al. Prospective analysis of stoma-related complications. *Colorectal Dis*, vol. 7, Issue 3, May 2005; 279-285. [3] B. Person, R. Ifargan, J. Lachter, S.D. Duek, Y. Kluger, A. Assalia: The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Dis Colon*



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Rectum, 55 (2012), pp. 783-787. [4] Sánchez Y, González FJ, Molina O, Guil M. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Lascasas, 2011 [consultado 2012 Feb 27]; 7(1).



12

BENEFICIOS DE LA PROTECCIÓN DE LA PIEL PERIESTOMAL CON PELÍCULA BARRERA EN PACIENTES CON TERAPIA ONCOLÓGICA.

Aurora Margarita Poma Villena¹, Herminia Lara Sanchez², Adoración Meana Suarez³

¹Hospital La Luz. Madrid., ²Complejo Hospitalario de León. León., ³Hospital de Cabueñes. Gijón.

Introducción

El ser portador de una ostomía conlleva cambios físicos, psicológicos y de pérdida de control en sus Autocuidados. En pacientes con tratamiento oncológico: la Quimioterapia (incluido Inmunoterapia) y Radioterapia, actúan sobre las células activas. Estas están en continuo crecimiento y se dividen en más células del mismo tipo, células cancerosas activas, pero también lo son algunas células sanas, esto incluye células de la sangre, la boca, el sistema digestivo y los folículos pilosos. Los efectos secundarios se producen cuando el tratamiento daña estas células sanas. Entre los efectos secundarios de la Quimioterapia y Radioterapia suele haber alteraciones de la piel: picores, eritemas, descamación, sequedad, incluso Ulceras que suelen cicatrizar con mucha dificultad, de ahí la importancia de la prevención y cuidados para mejorar su calidad de vida. La calidad de vida del paciente Ostomizado depende en gran medida del buen cuidado de la piel periestomal, y con mayor énfasis en los pacientes con terapia oncológica.

Objetivos

Determinar la eficacia del tratamiento preventivo periestomal, película barrera, en pacientes oncológicos.
Mejorar el cuidado de la piel periestomal en pacientes con terapia oncológica.

Metodología

Seguimiento en Consulta a pacientes Ostomizados que estén recibiendo tratamiento oncológico. Registro y análisis de datos a través de un Cuaderno de Recogida de Información (CRI) en la cual se valora la piel periestomal con la Escala DET (Decoloración, Erosión, Tejido de sobrecrecimiento), estado Nutricional con la Escala MUST (Malnutrición Universal Screening Tool); Tratamiento oncológico que esté recibiendo: Radioterapia o Quimioterapia ya sea vía oral o IV; otros parámetros, como dispositivos que utilizan. Hacemos 2 grupos, uno al que de inicio se aplica barrera cutánea y otro al que no.



Resultados y discusión

En los CRI que llevamos registrados, vemos que estos pacientes inicialmente tienen problemas de dermatitis periestomal, alguno progresando hasta Ulceras. Fueron tratados con polvos de hidrocóloide o pomadas con base de óxido de zinc según precisaron y en Ulceras se realiza cura con Alginato Ag y apósitos de hidrocóloide, la cicatrización es más lenta por el tratamiento oncológico, se cambiaron dispositivos de una pieza a dos piezas para dejar descansar la piel.

Conclusiones

En los resultados preliminares observamos mejoría en la piel periestomal a la que se le aplicó barrera cutánea. El grupo control que lo recibió de inicio estuvo más protegido respecto a los que no lo tuvieron como preventivo, a los cuales se les recomendó inmediatamente.

Palabras clave

Ostomia, Película Barrera, Quimioterapia, Radioterapia, Piel Periestomal, Cuidados, Enfermería, Complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. La atención especializada en ostomia mejora la calidad de vida de los pacientes. Trib. Sanitaria. 2014; 286 (12): 72
2. Consultas de ostomia. Enfermería dedicada al paciente Ostomizado. Grupo Madrid. Trib. Sanitaria. 2013; 272 (9)
3. Pautas para el cuidado de la piel. Manual práctico. Coloplast. 2013: 10-14
4. Bellolio E, Manterola C, Rea JC, Tapia E. Cáncer de colon y recto: descripción morfológica y clínica de 322 casos. Rev. Int J. Morphol [internet]. 2010 [consultado 28 de enero de 2016]; 28 (2): 393-398.
5. Efectos secundarios de la quimioterapia. Aprobado por la Junta editorial del cáncer. Net. 08/2017
6. Ángulo E. Cuidados enfermeros del paciente ostomizado [Trabajo Fin de Grado]. La Rioja: España. Universidad de Cantabria. 2016.



13

PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE ROPA DE SUJECIÓN ABDOMINAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CISTECTOMÍA RADICAL CON ESTOMA.

María Eugenia Zapatero Rodríguez, Juliana Domínguez Hernández, Carmen Lora San José, Ada Carrasco Jiménez, María José Selas Plaz, Carla Retuerto Correa.

HUGTIP, Badalona, Barcelona.

Introducción

El paciente en el postoperatorio de una ostomía, padece importantes alteraciones bio- psico-sociales. Durante el período postoperatorio pueden surgir complicaciones del estoma y de la herida quirúrgica. La hernia paraestomal es una complicación que puede modificar la adaptación del paciente en los cuidados del estoma y reducir su calidad de vida. La aplicación de ropa de sujeción abdominal (faja elástica) de manera intermitente durante los primeros días del postoperatorio podría ser una medida preventiva.

Objetivos

Diseñar un protocolo de colocación de ropa de sujeción abdominal en pacientes postoperados de cistectomía radical con estoma.

Metodología

Se partió de una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud. Después de la revisión de la información se constituyó un grupo de trabajo multidisciplinar, conformado por cirujanos, enfermeras de la unidad de urología y la enfermera clínica de ostomías del centro. Del consenso de profesionales se diseñaron las indicaciones y recomendaciones de colocación de la ropa de sujeción abdominal. El protocolo se aplicó en los pacientes postoperados de pacientes postoperados de cistectomía radical con estoma e ingresados en la unidad de Cirugía Digestiva del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.



Resultados y discusión

Desde la implementación del protocolo se ha utilizado el dispositivo en 36 pacientes, con solamente la aparición de 1 caso de hernia paraestomal en los primeros 3 meses del postoperatorio. Los profesionales han incorporado el protocolo a la práctica asistencial. El tiempo de seguimiento varía considerablemente en los informes clínicos. Solamente algunos estudios hicieron seguimiento de los pacientes durante un año o más, con una frecuencia de hernia que oscila del 11 al 50%. Nuestros resultados muestran una incidencia menor (2,77%) a los tres meses, aún no disponemos de datos de seguimiento al año. La aparición de hernia paraestomal está relacionada con diferentes factores (edad, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, etc) que podrían condicionar los resultados del estudio.

Conclusiones

En pacientes postoperados de cistectomía radical con estoma, el uso de ropa de sujeción abdominal durante los 3 primeros meses puede prevenir la aparición de hernia paraestomal. No obstante, son necesarios estudios con un tamaño muestral mayor y con análisis multivariante que contemple todos los factores de riesgo relacionados.

Palabras clave

Ostomía, hernia paraestomal, ropa de sujeción abdominal.

Referencias bibliográficas

1. Trainor B, Thompson MJ, Boyd-Carson W, Boyd K. Clinical protocols for stoma care: 2. Changing an appliance. *Nurs Stand.* 2003;18(13):41-2.
2. Thompson M, Trainor B. Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *Gastrointest Nurs.* 2007;5(3):22-8.
3. McGrath A, Porrett T, Heyman B. Parastomal hernia: an exploration of the risk factors and the implications. *Br J Nurs.* 2006;15(6):317-21.
4. Thompson M, Trainor B. Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *Gastrointest Nurs.* 2007;5(3):22-8.
5. Thompson M, Trainor B. Incidence of parastomal hernia before and after a prevention programme. *Gastrointest Nurs.* 2005;3(2):23-7.
6. McGrath A, Porrett T, Heyman B.



- B. Parastomal hernia: an exploration of the risk factors and the implications. *Br J Nurs.* 2006;15(6):317-21.
7. Cengiz Y, Israelsson L. Parastomal hernia. *Eur Surg.* 2003;35(1):28-31. 8. Scarpa M, Barollo M, Keighley MRB. Ileostomy for constipation: long-term postoperative outcome. *Color Dis.* 2005;7(3):224-7. 9. Arumugam PJ, Bevan L, Macdonald L, Watkins AJ, Morgan AR, Beynon J, et al. A prospective audit of stomas-analysis of risk factors and complications and their management. *Color Dis.* 2003;5(1):49-52. 10. Hasegawa H, Yoshioka K, Keighley MR. Randomized trial of fecal diversion for sphincter repair. *Dis Colon Rectum.* 2000;43(7):961-5. 11. Steele SR, Lee P, Martin MJ, Mullenix PS, Sullivan ES. Is parastomal hernia repair with polypropylene mesh safe? *Am J Surg.* 2003;185(5):436-40. 12. Cingi A, Cakir T, Sever A, Aktan AO. Enterostomy site hernias: a clinical and computerized tomographic evaluation. *Dis Colon Rectum.* 2006;49(10):1559-63. 13. Jänes A, Cengiz Y, Israelsson LA. Randomized clinical trial of the use of a prosthetic mesh to prevent parastomal hernia. *Br J Surg.* 2004;91(3):280-2. 14. Jänes A, Cengiz Y, Israelsson LA. Preventing Parastomal Hernia With a Prosthetic Mesh. *Arch Surg.* 2004;139(12):1356-8. 15. Registered Nurses's Association of Ontario. *Cuidado y manejo de la ostomía.* Toronto: Registered Nurses's Association of Ontario; 2009. 119 p.



14

PREVALENCIA DE LA DEHISCENCIA EN LA OSTOMÍA.

María Jesús López Lorenzo¹, María Jesús Del Cura Ayuso², Ángela Hernán Capitán³, Ana Isabel Izquierdo Gallego⁴, Rosa María Llorente Herranz⁵, Laura Martínez Martín³

¹Hospital del Henares, Coslada, Madrid, ²Hospital Universitario de la Moncloa, Madrid, ³Hospital Universitario Sanitas, La Moraleja, Madrid, ⁴Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, ⁵Hospital General, Segovia.

Introducción

La dehiscencia de sutura es una de las complicaciones precoces más frecuentes de las ostomías, aumentando el riesgo de comorbilidad y alterando el tratamiento programado. Además, y por ello no menos importante, dificulta la adaptación de los dispositivos, aumenta el dolor y el temor, complicando el manejo del estoma y los autocuidados del mismo por parte del paciente. Con este estudio pretendemos identificar factores de riesgo de aparición de dehiscencia y determinar si son susceptibles de modificación. Dando de esta forma información previa al profesional para que se tomen distintas medidas a realizar como una correcta técnica, medidas preventivas, y un seguimiento más exhaustivo para iniciar un tratamiento precoz en cuanto aparezca el menor signo o síntoma y así evitar complicaciones mayores.

Objetivos

Principal: Establecer la prevalencia de la dehiscencia en la práctica clínica diaria. Secundarios: • Identificar factores de riesgo asociados a la dehiscencia de estoma. • Establecer la incidencia en función del tipo de cirugía: programada vs. urgente.

Metodología

Ante la escasa evidencia existente, creamos un grupo de trabajo formado por estomaterapeutas de 17 Hospitales de diferentes CCAA (Madrid, País Vasco, Extremadura y Castilla-León), con el objetivo de realizar una recogida de datos homogénea a completar siguiendo nuestra práctica clínica diaria y donde se reflejan los indicadores a supervisar para valorar la prevalencia de la dehiscencia, así como factores



de riesgo asociados a la misma y según el tipo de cirugía. Se establece un período de inclusión de 6 meses a partir de la fecha de inicio del 1 de Octubre de 2018, habiendo planificado 5 visitas por paciente a realizar en aproximadamente 4-6 semanas desde la fecha de la cirugía.

Resultados y discusión

Tras el inicio en la recogida de datos llevamos iniciados 98 casos de los cuales 43 han completado el número de visitas establecido. Los resultados preliminares apuntan a una prevalencia general del 20% en la aparición de dehiscencia respecto a los distintos factores de estudio. Asimismo, el 80% de los casos de dehiscencia que encontramos se han producido en las 2 primeras semanas después de la cirugía y un 20% a partir de la semana 4. Aunque los datos preliminares indican que en el 80% de los casos la cirugía que se realizó fue de forma urgente, no podemos aún confirmar si existe relación directa con el porcentaje de dehiscencia asociada al tipo de cirugía.

Conclusiones

Tras el análisis preliminar de los resultados analizados podemos apuntar que dehiscencia es una complicación temprana que se manifiesta durante las dos primeras semanas post cirugía. Asimismo, teniendo en cuenta el alto porcentaje de cirugía urgente registrada en los casos de estudio, los resultados podrían apuntar a una estrecha relación entre la aparición de la dehiscencia y este tipo de cirugía.

Palabras clave

Ostomía, cirugía urgencia, cirugía programada, dehiscencia, ubicación del estoma, complicaciones del estoma (dehiscencia).



Referencias bibliográficas

García - Sosa E, Rodríguez Ramos M, Estomas Digestivos: Técnicas, Indicaciones y Cuidados. Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz. 2011 Porter JA, Salvatti EP, Rubin RJ et al. Complications of colostomies. Dis. Colon Rectum, 1989; 32: 299 –

303 Torrico Vilte JP, Torrico Camacho JA, Torrico VM. COLITIS SEGMENTARIA FIBRINOPURULENTA EN OSTOMIAS. Gac Med Bol [Internet]. 2010 [citado 2018 Dic 19]; 33(2): 35-40 Ron G Landmann, MD

Section Editor: Martin Weiser, MD Deputy Editor: Wenliang Chen, ROUTINE CARE OF PATIENTS WITH AN ILEOSTOMY OR COLOSTOMY AND MANAGEMENT OF OSTOMY COMPLICATIONS

Feb 23, 2017. Codina A. INDICACIONES Y TECNICA QUIRURGICA DE LA ILEOSTOMIA. En: Martí J, Monsterrat V (ed) Estomas valoración, tratamiento y seguimiento. Barcelona. Doyma; 1999 p. 49-

62



15

RECOMENDACIONES SOBRE EL CUIDADO Y MANEJO DEL PACIENTE

NEFROSTOMIZADO.

María Teresa Málaga Bernal¹, Ana Isabel Diaz Moratinos², Patricia González López¹, Concepción González Lluva³, María Teresa Guillermo Alonso³, Ana Isabel Martínez Escandell⁴

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ²hospital Universirario Ramón y Cajal, Madrid, ³Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁴Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción

La Nefrostomía consiste en la derivación, mediante punción percutánea, de la vía renal al exterior a través de un catéter alojado en el riñón y fijado a piel para solucionar un problema u obstrucción en la eliminación de la orina. Esta solución puede ser temporal o definitiva. Requiere de un dispositivo para recoger la orina producida, ya sea una bolsa colectora adherida a la piel o una bolsa de recogida de orina conectada directamente al catéter. Por ello es importante el adiestramiento del paciente en su autocuidado, prestando especial atención al cuidado de la piel pericatéter para evitar complicaciones.

Objetivos

El objetivo principal del proyecto es evaluar el mejor cuidado de los pacientes nefrostomizados durante el primer mes desde la realización de la nefrostomía. Secundario, evaluar los diferentes tipos de curas realizados con vistas a la elaboración de una guía de recomendaciones.

Metodología

Mediante un cuestionario anónimo se realiza la recogida de datos de pacientes nefrostomizados en 8 hospitales de referencia, participando 9 enfermeras en la recogida de datos. Se registra información sobre la realización de la cura (tipo y dispositivos utilizados), respetando los protocolos de manejo de cada hospital, posibles complicaciones presentadas en varios momentos (a la colocación de la nefrostomía, a los 15 días y al mes); así como la adaptación al dispositivo utilizado para la recolección de la orina y los apoyos recibidos en su autocuidado. Establecemos como período de recogida total 1 mes y



comenzamos a registrar en Junio de 2018. Una vez finalizada la etapa inicial, prevista finalizar en Marzo de 2019, procederemos a análisis de los resultados, evaluaremos los diferentes tipos de curas (ventajas e inconvenientes de cada una de ellas), complicaciones aparecidas, autocuidado del paciente y procederemos a realizar la guía de recomendaciones prevista.

Resultados y discusión

Después de una evaluación preliminar de los 58 cuestionarios completados y de forma preliminar podemos indicar que: - Ambos tipos de cura no están carentes de complicaciones, siendo las más frecuentes las acodaduras de catéter, tirones accidentales del catéter, la retirada accidental de las nefrostomías (apósito y bolsa de diuresis), enrojecimiento y dermatitis (en bolsa colectora adherida a piel). - No existe uniformidad en cuanto a tipo de cura utilizada, dispositivo usado y adaptación al mismo, soporte familiar y de profesional sanitario. - Desde el punto de vista de autocuidado, observamos que juega un papel fundamental a la hora de seleccionar el tipo de cura la edad y el estado físico y psíquico del paciente. - Tanto los pacientes portadores de bolsa de diuresis como los portadores de bolsa adherida a piel, refieren buena adaptación al dispositivo así como buena libertad de movimientos en su vida diaria y resaltan la importancia del apoyo familiar y profesional a la hora de realizar las curas

Conclusiones

Como conclusión preliminar los resultados indican que la selección del tipo de cura debe estar mucho más centrada en el perfil del paciente que tenemos en cada momento (edad, situación de dependencia, estado físico, psíquico, etc.), que en aspectos puramente técnicos. Este enfoque mucho más centrado en el paciente y sus necesidades, hace aún más necesaria la elaboración de una guía de recomendaciones, en la que abordemos tanto aspectos técnicos como como de paciente, colocando a éste en el centro de nuestro trabajo.

Palabras clave

Nefrostomía, Curas, Enfermería, Recomendaciones, Complicaciones.



Referencias bibliográficas

1. Propuesta de Cuidados del paciente portador de una nefrostomía. Arcadio Real Romaguera, Cecilia Piquer Boscá, Teresa Real Mestre. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, ISSN 0214-0128, Nº Extra 1, 2008, pág. 93
2. Cuidados de enfermería en el manejo de la nefrostomía percutánea. María Bauluz Del Río, Soledad Arias Senso, Andrés López de Alda González. Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología, ISSN 0210-9476, Nº Extra 75, 2000, págs. 69-73
3. Nefrostomía: diseño e implantación de una guía de cuidados al alta J. Gorjón Hernández, C. Gonçalves Arregui, N. Hernández San Antonio, C. García González, P. Velasco Díez Enfuro, ISSN 0210-9476, Nº 109, 2009, págs. 13-14



16

IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA RICA EN CIRUGÍA COLO RECTAL EN UN HOSPITAL DE ESTA COMPLEJIDAD, Y SU RELACIÓN CON LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

*Milagros Martín Fernández, Julia Vallejo Blázquez, María Camino Fernández Díaz, Petra Díaz Alvarado
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Introducción

La Vía Clínica de Recuperación Intensificada (RICA) en cirugía colorrectal, tiene ventajas para el paciente y el sistema: recuperación precoz, disminución de complicaciones postoperatorias, de la estancia hospitalaria, y del gasto. Las enfermeras tienen un papel fundamental, ya que su intervención es indispensable para garantizar la cumplimentación de las actividades descritas en la Vía Clínica.

Objetivos

Valorar la implementación de la Vía Clínica RICA en cirugía colorrectal, y su relación con los cuidados de enfermería.

Metodología

Cohorte con recogida de datos retrospectivo. Ámbito de estudio: sección de cirugía colorrectal de un hospital de tercer nivel Población de estudio: pacientes intervenidos de cirugía colorrectal incluidos en la Vía Clínica RICA, de abril de 2017 a marzo de 2019. Las variables se obtuvieron de la Historia Electrónica Análisis de datos: análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, las variables cuantitativas se describirán con media y desviación estándar si tienen una distribución normal y mediana y Rango Intercuartílico si no la tuvieran. Para el análisis bivariante se utilizarán los test de Chi cuadrado y t de Student en función de la naturaleza de las variables.



Resultados y discusión

Se presentan los resultados de 225 pacientes. El 67,61(152) de los pacientes eran hombres, la edad media es de 66,17(149) años, siendo prevalente el diagnóstico oncológico 95,1%(214). La mediana de estancia es de 5(4-7) días. Respecto al cumplimiento de los cuidados de enfermería: En el preoperatorio el 97,8%(220) tuvo visita preoperatoria y el 75%(169) tenía poca/ninguna dificultad para utilizar el espirómetro. Al ingreso se colocaron medias de compresión al 100% de los pacientes oncológicos y el 99,5%(224) de los pacientes que necesitaron ostomía fueron marcados previamente y se marcaron 25 pacientes que al final no necesitaron ostomía. En el postoperatorio toleraron líquidos a las 6h el 69,7%(157) pero se movilizan precozmente solo el 9,3%(21). Estos están 1,5 días más de estancia encontrando diferencias estadísticamente significativas con las medianas de estancia $P=0,012$. Tuvieron complicaciones el 27,6%(62) siendo las más frecuentes íleo postoperatorio y dehiscencia. Recibieron educación sobre cuidados del estoma en las primeras 24 horas únicamente el 19%(8), no encontrándose relación estadística con la edad.

Conclusiones

Los resultados coinciden con lo descrito en la literatura. La implementación de la Vía Clínica favorece el empoderamiento del paciente, haciéndole partícipe de sus cuidados desde el inicio del proceso asistencial y hace que las complicaciones pulmonares sean infrecuentes. No obstante la movilización precoz sigue siendo una importante área de mejora.

Palabras clave

RICA, Rehabilitación Multimodal, Implementación Guías, Cuidados Perioperatorios.

Referencias bibliográficas

1. Casans R, et al. El rol del anestesiólogo dentro de los programas de recuperación intensificada. Rev Esp Anestesiol Reanim.2016; 63 (5):273-288.
2. Collazo F, et al. Resultados de la implantación de un protocolo de fast-track en una unidad de cirugía colorrectal, estudio comparativo. Cir Esp.2012; 90(7):434-439.
3. Salvans S, et al. Impacto de un programa de rehabilitación multimodal en cirugía



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



electiva colorrectal sobre los costes hospitalarios. Cir Esp. 2013; 91(10):638-44. 4. 4. Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.2015 [Citado 20-sept-2018]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica- RICA.pdf>



17

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE HERRAMIENTA OSTEMECUM.

Inés Naranjo Peña¹, Ana Garnica Goyanes², Antonia Gil Molano³, Eva Martínez Savoini⁴, Marta Pérez García⁵, M. Nélida Puga Álvarez⁶

¹H. U. Infanta Cristina (PARLA), ²H. MD Anderson Cáncer Center. Madrid (MADRID), ³H. U. de Móstoles. (Móstoles. Madrid), ⁴H. U. Infanta Leonor. Madrid, ⁵H. U. Ramón y Cajal. (Madrid), ⁶H. U. del Sureste. Arganda del Rey. (Madrid).

Introducción

Se precisa de la validación de herramientas en enfermería para la estandarización de los procedimientos que se realizan en su práctica clínica. Por otra parte, según la RNAO en el posoperatorio se debe revisar el perfil farmacológico del paciente ostomizado para garantizar la máxima absorción y eficacia en relación al tipo de ostomía. Por lo expuesto este proyecto pretende validar Ostemecum, como una herramienta nueva, que se fundamenta en la clasificación de los principios activos de prescripción oral según su mayor o menor idoneidad para el paciente ostomizado, permite al profesional revisar la medicación, y si precisa replantear el tratamiento.

Objetivos

- Testar el valor aportado, la validez y la fiabilidad de la herramienta Ostomecum, en su versión APP. Analizar la satisfacción de los profesionales que han utilizado la herramienta.

Metodología

El test se ha realizado involucrando a 20 profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) que evaluaron 16 casos clínicos dos veces: 1. Antes de conocer el Ostomecum 2. Después de haber recibido formación sobre el Ostomecum. Los casos son de pacientes polimedicados a los que se les ha realizado una ileostomía o una colostomía. Se hace el análisis estadístico de los datos para verificar si la herramienta ayuda al profesional a comprobar si la medicación es adecuada (intra profesional) y si existe correlación entre el análisis realizado por los distintos profesionales (inter- profesional)



Resultados y discusión

Los resultados preliminares, tras el análisis de los 16 casos por los 20 profesionales, apuntan a que con el Ostomecum se realiza una mejor revisión del perfil farmacológico de los pacientes, existiendo una correlación entre las revisiones realizadas por los distintos profesionales. Se cuantifican las diferencias estadísticamente significativas. Creemos que estableciendo la utilidad de la herramienta Ostomecum, se propone su uso en la práctica diaria como solución actualizada y conveniente para confirmar que la medicación que se prescribe al paciente ostomizado se va a absorber correctamente.

Conclusiones

Este grupo de enfermeras apunta a seguir las recomendaciones de la RNAO, concretamente la de revisión de la medicación prescrita al paciente ostomizado utilizando Ostomecum como herramienta validada. Los resultados finales, que se presentarán en el Congreso Nacional de Ostomías, confirmarán si la herramienta Ostomecum es válida para el objetivo establecido.

Palabras clave

Validación. Herramienta. Ostomecum. Ostomizado. Perfil Farmacológico. Inter- Profesional. Intra- Profesional.

Referencias bibliográficas

1. Alcalá Gutiérrez P. Impacto en la calidad de vida y utilización de recursos sanitarios en pacientes con colostomía permanente. 20 de junio de 2017
2. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Guías de buenas Prácticas Clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto; 2009 Apr.120 p. 3.
3. Boira EJC, García P. Validación de un cuestionario específico de Calidad de Vida con una muestra de pacientes colostomizados o ileostomizados. Eur J Health Res EJHR [Internet]. 2015 1(3):107-18
4. Crespo Villazán L. Plan de cuidados de Enfermería estandarizado en el paciente colostomizado. octubre de 2013
- 5.



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Villalba-Latorre D. Programa de educación para la salud dirigido a personas colostomizadas e ileostomizadas y familiares. 24 de junio de 2015.



18

SUTURA CUTANEOMUCOSA: LA GRAN OLVIDADA.

Eduarne; Aguirre Erro¹², Vanesa Arnes Muñoz³⁴, Nekane Barrenechea Echevarria⁵⁶, Aitziber Etxebarria Etxebarria⁷⁶, Isabel; Frechilla Toledo⁸⁹, Ana. Valencia Ortiz de Urbina¹⁰¹¹

¹Hospital San Eloy, ²Osi Barakaldo-Sestao, Hospital San Eloy, ³hospital Universitario de Salamanca, ⁴Salamanca, ⁵Hospital Galdakao-Usansolo, ⁶Bizkaia, ⁷Hospital Galdakao- Usanslo, ⁸Hospital Rio Carrión, ⁹Palencia, ¹⁰Hospital Universitario de Araba, ¹¹Araba.

Introducción

Ante la diversidad de criterios y a la ausencia de recomendaciones a la hora de estandarizar la retirada de los puntos de sutura cutáneomucosa de la ostomía, aunque estos sean reabsorbibles, nos hemos propuesto estudiar y valorar si es necesario esperar a que se caigan por sí solos o sería preferible retirarlos en una fecha concreta tras su realización. Asimismo, nos planteamos, en función de la estrategia seguida, que complicaciones derivarían en ambos casos.

Objetivos

Evaluar las diferencias potenciales en la retirada de los puntos de sutura mediante dos estrategias diferentes: retirar en un tiempo establecido tras la intervención quirúrgica vs. la caída “per se” del material de sutura. Observar y cuantificar las complicaciones derivadas en cada una de las estrategias seguida con referencia a la piel enterocutánea.

Metodología

Dada la escasa información al respecto, decidimos basarnos en nuestra propia experiencia. Para ello, creamos un grupo de trabajo formado por 19 estomaterapeutas de diferentes CCAA y Hospitales para realizar una recogida de datos donde se contemplarán los aspectos más relevantes en la retirada de puntos de sutura así como las posibles complicaciones en cada uno de los momentos que pudieran aparecer. Para ello, creamos un Documento de Recogida “ad-hoc” donde se reflejan los indicadores a supervisar tales como: tipo de intervención, Ubicación y tipo de estoma, tipo de sutura utilizada, complicaciones que pueden aparecer,



etc. Establecemos un tiempo de registro de 6 meses, considerada a partir del 1 de septiembre, fecha de inicio del proyecto.

Conclusiones

A fecha 30 de Noviembre de 2018, llevamos iniciados 98 casos. De ellos, hemos realizado un análisis preliminar de 37 casos, ya finalizados. Como resultados preliminares podemos avanzar los siguientes puntos: Se han producido complicaciones en el 56,8% de los casos. El 29,7% se produjeron durante la primera semana. Esta incidencia, fue reduciéndose a lo largo de las semanas siguientes al 16,2% (segunda); 10,8% (tercera) y 13,5% (cuarta) respectivamente. Las complicaciones más frecuentes identificadas fueron las siguientes: Inflamación 25,0%; piel eritematosa, 16,7%; laceración, 13,9% y dehiscencias, 19,4%. A 34 pacientes se le retiran los puntos a los 21 días, a 7 de ellos a los 15 días, no encontrándose diferencias en la retirada o no de puntos. Por ello, y basándonos en nuestra experiencia, se hace recomendable que se realice una valoración a los 20 días para evaluar la retirada definitiva de los puntos.

Palabras clave

Sutura, Estoma, Unificación de Criterios, Complicaciones, Complicaciones, Retirada de Puntos Estandarización.

Referencias bibliográficas

1) Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I; Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. *Metas Enferm.* 2014;17(1):23-31 2) Suñer Soriano, M^a. Complicaciones de las ostomías digestivas de eliminación, derivadas del marcaje del sitio del estoma y del alto débito (Revisión sistemática). *Publicaciones Didacticas.* (Internet). 2017 (Febrero 2018); (nº88) 763-795. Disponible: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/088123> 3) Sociedad Española de Enfermería en Cirugía. Eficacia del tratamiento conservador en dehiscencia y necrosis del estoma. 6º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía, un mar de evidencias. 31 Mayo-2 Junio, 2017, Hacienda de Nogales 4)



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Jiménez-López, Isabel. Tratamiento conservador en desinserción de estoma. Rev. Paraninfo Digital, 2011; 13. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n13/c053.php>> Consultado el 02 de Marzo del 2018



19

PROGRAMA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA “EMPOWERMENT DEL PACIENTE OSTOMIZADO”.

Sílvia Cadenas Marqués, Patricia Fernández Fernández, Orra Solís Núria, Granel Domingo Núria, Vera Huertas Laura, Vilares Marrondo Patricia.

Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona.

Introducción

La realización de una ostomía, supone un cambio importante en todos los aspectos bio- psico-sociales que afectan directamente a su relación social, personal y laboral. El cuidado y seguimiento de este grupo de pacientes por personal de enfermería experta en este campo, desde el preoperatorio, favorece la adaptación a su nueva situación, disminuye el estrés durante el proceso y mejora su percepción de calidad de vida. Es fundamental una buena educación terapéutica de todo el proceso, es vital el empowerment del paciente y de su entorno.

Objetivos

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

Metodología

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



Resultados y discusión

-Elaboración de un programa de educación terapéutica en pacientes ostomizados, basado en las necesidades de los pacientes. El programa educativo consta de 7 objetivos de aprendizaje y cada objetivo se evalúa con la Escala Likert para evaluar NOC*. Cada objetivo tiene la escala Likert personalizada, lo que permite realizar la valoración de la educación de forma transversal por todo el personal de enfermería -La valoración se realizará al inicio de la educación de la ostomía, y al alta -El refuerzo de los objetivos no alcanzados se realizará por la enfermera estomaterapeuta de nuestro centro, en las visitas de seguimiento *La escala Likert para evaluar NOC: (1) Ninguno, (2) Escaso, (3) Moderado, (4) Sustancial, (5) Amplio.

Conclusiones

-La educación en los pacientes portadores de ostomía es un proceso de aprendizaje basado en la relación terapéutica entre profesionales, paciente y familia, que debe ser integrado en el proceso asistencial. -El programa de educación terapéutica permite identificar los objetivos alcanzados por el paciente ostomizado y cuales necesitan refuerzo. -La incorporación de un programa de educación terapéutica en pacientes ostomizados facilita el registro de intervenciones a nivel multidisciplinar permitiendo la posterior evaluación y seguimiento de todo el proceso. Su Informatización mejora los estándares de seguridad y calidad asistencial en una unidad de Hospitalización y su seguimiento en la consulta de la enfermera estomaterapeuta.

Palabras clave

Ostomía, programa educación terapéutica, escala Likert, estomaterapeuta.

Referencias bibliográficas

1.Castillo LP, Estevez JME, Bautista MPS, Castañeda OC, Garduño MAC, Rivas JG, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enfermería Univ.* 2010;7(2):9-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34073> [acceso: 4/01/2019]. 2. Martín B, Crespillo AY. La información, elemento clave para reconstruir la autoestima. Relato de una persona recientemente ostomizada. *Index de Enferm.* 2015; 24(3): 169-73. Disponible en:<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v24n3/9753r.php> [acceso: 4/09/2018]. 3. De Cronicidad G.



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Asociación de Enfermería Comunitaria.2014. Disponible en:
[https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/951/EPS_Educación Terapéutica .pdf](https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/951/EPS_Educación_Terapéutica.pdf) [acceso:
4/09/2018]. 4.González Sara SH, Moreno Pérez NE. Instrumentos para la enseñanza del proceso enfermero
en la práctica clínica docente con enfoque de autocuidado utilizando Nanda-Nic-Noc. Enfermería
Glob 2011 ;10(23):89-95. Disponible
en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412011000300007&lng=en&nrm= [acceso
04/01/2019]



20

VIVIR CON UN ESTOMA: TARJETA AYUDA VERIFICACIÓN DEL PACIENTE (TAVAP)

Ana María Rodríguez Perea¹, María Elena Jiménez Carro², María Yolanda López Revuelta³, Purificación Pazos Ramos², Ana Isabel Redondo Álvarez⁴, María Isabel Riobos Serrano⁵

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ³Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁵Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción

Los pacientes a los que se les realiza una ostomía reciben, durante su hospitalización, información de los diferentes profesionales que participan en sus cuidados, encaminada a proporcionarle los conocimientos y habilidades necesarias para realizar el auto cuidado del estoma al alta hospitalaria. Es necesario tener constancia de la información que se le ha facilitado al paciente en cada momento y que ésta ha sido comprendida por el mismo, con el fin de garantizar los autocuidados del estoma al volver a su domicilio (1)(2)(3)

Objetivos

• Empoderar al paciente garantizando que al alta la información sea entendida.(4)(2)(5)(6) • Humanizar los cuidados.(5) • Constatar que durante la estancia hospitalaria el paciente adquiere habilidades en relación con el cuidado de su estoma.(1) (2) • Crear una herramienta de chequeo para el paciente. (4)(3)(7)

Metodología

Un grupo de trabajo formado por 7 enfermeras de distintos hospitales, con amplia experiencia en ostomías, a partir de una primera reunión y, mediante una lluvia de ideas, inicia un proyecto de mejora, consistente en constatar que el paciente ha adquirido al alta hospitalaria las habilidades básicas para garantizar su autocuidado. Se realizan reuniones periódicas para avanzar en el mismo y se lleva a cabo una



búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, MedLine, etc. Se definen 14 puntos que deberían incluirse para un completo aprendizaje del paciente.

Resultados y discusión

RESULTADOS: Se crea una Tarjeta Ayuda Verificación del Paciente (TAVAP) que contiene un listado de control formado por 14 puntos.(3)(7) El paciente será el encargado de la cumplimentación de TAVAP, por lo que favorecemos el empoderamiento y la adquisición de habilidades.(1)(2)(5) El paciente y el profesional trabajan unidos en los cuidados, creando una conexión de educación y confianza que favorece la humanización de los cuidados.(5) DISCUSIÓN: La implementación de TAVAP, como herramienta, durante la estancia hospitalaria, dirigida al paciente ostomizado y la continuidad de cuidados, proporciona un refuerzo extra y esencial, tanto para el paciente como para el profesional, consiguiendo una adaptación óptima al estado de salud.

Conclusiones

Esta nueva herramienta reporta el nivel de conocimientos alcanzados durante la estancia hospitalaria, humanizando los cuidados y empoderando al paciente.(4)(2)(6)(7) Esta tarjeta también sirve de guía para el profesional. La identificación de áreas de mejora, entre los profesionales, nos permite elaborar herramientas para convertir en fortalezas nuestras debilidades.

Palabras clave

Ostomía, Información, Educación Sanitaria, Check-List.



Referencias bibliográficas

1. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Color Dis* [Internet]. 2013 Jun [cited 2019 Jan 17];15(6):e276–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23470040>
2. O'Connor G, Coates V, O'Neill S. Exploring the information needs of patients with cancer of the rectum. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2010 Sep [cited 2019 Jan 17];14(4):271–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20236861>
3. Cuidado y manejo de la ostomía. [cited 2018 Jun 26]; Available from: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
4. Snijders HS, Kunneman M, Bonsing BA, de Vries AC, Tollenaar RAEM, Pieterse AH, et al. Preoperative risk information and patient involvement in surgical treatment for rectal and sigmoid cancer. *Color Dis* [Internet]. 2014 Feb [cited 2019 Jan 17];16(2):O43–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24188458>
5. De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 17]. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
6. Patient empowerment can lead to improvements in health-care quality. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2019 Jan 17];95(7):489–90. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/95/7/17-030717.pdf>
7. Wais E. hospital corridor. hospital hallway. hospital interior [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 17]. Available from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/doc-interes/send/19-documentos-de-interes/562-guia-para-la-planificacion-y-el-registro-del-cuidado-del-paciente-ostomizado>



21

COMPLICACIONES Y CUIDADOS ENFERMOS SOBRE LA SUTURA MUCOCUTÁNEA.

Bárbara Pilar Cebrián del Pozo¹, María del Carmen Vargas Garcés², María de la Antonia Montoro³, Sergio Torres Cobos³

¹Hospital Universitario del Tajo, Madrid, ²Hospital Quirónsalud Ruber Juan Bravo 49, Madrid,

³Hospital Universitario de la Paz, Madrid

Introducción

Reunidos 20 estomaterapeutas de cuatro autonomías diferentes, nos planteamos la necesidad/inquietud de poner en común los cuidados en la retirada de la sutura enterocutánea, y su posible influencia en las complicaciones. Queríamos compartir nuestra forma de trabajo individual, aunar información y registrar datos para poder elaborar un documento guía de actuación basada en nuestra experiencia. La escasa bibliografía y casuística sobre estos cuidados nos animó a iniciar un nuevo camino. Procurábamos mejorar la calidad en los cuidados, implementar cambios en la forma de trabajo o adquirir autonomía en la retirada de la sutura basada en datos objetivos.

Objetivos

Describir y analizar los datos sobre cuidados realizados y complicaciones que aparecen en la unión enterocutánea hasta la finalización del registro. Como objetivo secundario la elaboración de una Guía de Recomendaciones tras la evidencia recogida.

Metodología

Creamos el equipo de trabajo con el propósito de registrar nuestra práctica clínica sobre el cuidado y retirada de sutura. Incluimos las complicaciones aparecidas y cuidados realizados para mejorar la evolución del paciente. Elaboramos un cuaderno de recogida de datos consensuado donde registraríamos las nuevas ostomías (digestivas y urológicas), y los parámetros a supervisar para abordar una complicación (factores que pueden afectar a su evolución, las medidas adoptadas y accesorios empleados). Recogeríamos la información en hasta 6 visitas (mínimo de 3). El tiempo medio de seguimiento por paciente



sería de 4-5 semanas desde la fecha de cirugía. Cada enfermero registraría según su forma habitual de trabajo: los hay con autonomía en la retirada de la sutura, los que esperan órdenes médicas o los que dejan que caiga por ser reabsorbible. Establecimos un período de registro de 4-6 meses a partir del 1 de Julio de 2018. Posteriormente analizaríamos los datos.

Resultados y discusión

A 30 de Noviembre llevábamos completados 45 de los 105 casos iniciados. Como resultados preliminares hay 36 complicaciones (80,0%). Como frecuencia de aparición: inflamación, 25,0%; Dehiscencia, 19,4%; Eritema, 16,7%; Laceración, 13,9 %; Irritación, 11,2%; Lesión profunda de la epidermis, 11,1%; Granuloma, 2,7%. Como usos frecuentes registramos el alginato de calcio y apósito hidrocoloide en las dehiscencias; la crema “critic barrier” para el eritema, y para los granulomas nitrato de plata. Asimismo, las medidas y accesorios utilizados de forma más general para resolver las complicaciones son: placa protectora autoadhesiva, polvos, spray barrera, resina moldeable, pasta y cinturón.

Conclusiones

Tras el análisis preliminar de datos observamos una alta incidencia de complicaciones (80,0%). Asimismo evidenciamos muchas variaciones en la práctica según el hospital de origen. Por ello, cuando obtengamos los resultados finales, podremos evaluar tendencias y consensuar medidas para la retirada de sutura y el tratamiento de sus complicaciones. Las conclusiones serán documentadas y al final del proyecto elaboraremos una Guía de Recomendaciones, para aunar criterios y compartirlos con el resto del colectivo.

Palabras clave

Sutura mucocutánea, estoma, ostomía, colostomía, urostomía, ileostomía, complicaciones.



Referencias bibliográficas

1. Uchino M, Ikeuchi H, Bando T, Sasaki H, Chohno T, Horio Y, Takesue, Y. Ann R Coll Surg. Ostomy creation with fewer sutures using tissue adhesives (cyanoacrylates) in inflammatory bowel disease: a pilot study. Engl. 2018 Mar;100(3):190-193. doi: 10.1308/rcsann.2017.0186. Epub 2017 Oct 19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29046094>
2. Uchino M, Ikeuchi H, Matsuoka H, Bando T, Okayamaz K, Takesue Y, Tomita N. Advancement of Buried Muco- Subcutaneous Sutures for Ostomy Creation in Surgery for Ulcerative Colitis. Hepatogastroenterology. 2015 Jun;62(140):817-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26902008>
3. Sier MF, Wisselink DD, Ubbink DT, Oostenbroek RJ, Veldink GJ, Lamme B, van Duijvendijk P, van Geloven AAW, Eijsbouts QAJ, Bemelman WA; ISI trial study group. Randomized clinical trial of intracutaneously versus transcutaneously sutured ileostomy to prevent stoma-related complications (ISI trial). ISI trial study group. Br J Surg. 2018 May;105(6):637-644. doi: 10.1002/bjs.10750. Epub 2018 Mar 1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29493785>



22

INFLUENCIA DE LA QUIMIOTERAPIA EN LA CICATRIZACIÓN ENTEROCUTÁNEA DEL ESTOMA.

Ana Isabel Ruiz Espinosa¹, Diana Macias Sánchez², Yovana Rodriguez Maldonado³, Francisca Vivas Oliva⁴

¹Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid), ²Hospital General de Villalba, Villalba (Madrid),

³Hospital Infanta Leonor, Madrid., ⁴Hospital Virgen del Puerto, Plasencia (Cáceres).

Introducción

La mayoría de las personas con cáncer colorrectal se tratarán con quimioterapia, radioterapia y cirugía, aunque el orden de estos tratamientos puede ser diferente según los casos, estimamos que la mezcla de estos tratamientos puede causar complicaciones no deseadas en la cicatrización enterocutánea. La quimioterapia va a incidir perjudicialmente en el proceso de la cicatrización, provocando un retraso en la misma dada su influencia en la fase proliferativa, división celular, neutropenia y síntesis de proteínas lo que puede incidir en la comorbilidad de la cicatrización.

Objetivos

Analizar de forma correlacionar la influencia en las complicaciones enterocutáneas de la cicatrización del estoma en pacientes tratados con quimioterapia, radioterapia y cirugía. Conocer la incidencia entre la quimioterapia y las complicaciones de la cicatrización enterocutánea del estoma.

Metodología

1.-Establecer un equipo de trabajo multicentrico de estomaterapeutas distribuidos en 17 hospitales y 4 CCAA para la recogida de datos. 2.-Diseñar un documento de recogida de datos donde se reflejaran las variables a analizar - Se establece un periodo de registro de 4-6 meses, desde el 1 de septiembre 2018 - Registro sistematizado y ordenado de los puntos a observar en las complicaciones del estoma. - Tratamiento neoadyuvante y adyuvante, - Tratamiento para mejorar la complicación. - Planificamos 5 visitas por paciente. 3.-Tabulación y análisis de los datos recogidos y tratamiento estadístico.



Resultados y discusión

Presentamos el análisis preliminar de los 42 de los 81 casos que han completado el número de visitas establecido hasta Noviembre de 2018. En ellos, el 57,1% de los casos el paciente recibió quimioterapia y el 31,0% radioterapia (en asociación con la quimioterapia). Hemos encontrado un total de 38 complicaciones en los 42 casos completados (90,5%). No hemos encontrado diferencias en los grupos analizados en las siguientes complicaciones reportadas: dehiscencia, inflamación, eritema, lesión profunda de la epidermis y rasgado. Sin embargo, en el grupo de pacientes que recibió quimioterapia o quimioterapia + radioterapia, hemos encontrado un 80,0% más de laceraciones y un 75% más de irritaciones. Así mismo en este mismo grupo se indica la aparición de 1 granuloma.

Conclusiones

Después del análisis preliminar de los resultados analizados, podemos apuntar que las complicaciones aparecidas se presentan prioritariamente entre la primera-segunda semana post cirugía, no encontrando diferencias numéricas en la mayoría de las complicaciones reportadas. Sin embargo, en el caso de laceraciones e irritaciones estas se producen en +80% y +75% respectivamente en los pacientes que recibieron quimioterapia ó quimioterapia + radioterapia. Aun teniendo en cuenta las grandes diferencias encontradas, necesitaremos evaluar el total de los casos para confirmar si existe relación directa entre el tratamiento neoadyuvante y el incremento significativo en este tipo de complicaciones.

Palabras clave

Cancer Colorrectal, Quimioterapia, Cicatrización, Neoadyuvancia, Adyuvancia, Ostomía.

Referencias bibliográficas

- 1: Parrilla P, Landa JL, Cirugía AEG (Internet) 2 ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010; 7: 93-101. Disponible en:



<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=55xW13RGJlC&oi=fnd&pg=PA93&dq=quimioterapia+y+v1q3uVGzAownE5kd7fvxdoc#v=onepage&q=quimioterapia%20y%20cicatrizaci%C3%B3n&f=false>

2: Ortiz H, Codina A, grupo colaborador del proyecto Vikingo. Elsevier (Internet) Cirugía Española. 2013; 91(8): 496-503. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-resultados-del-proyecto-docente-auditado-S0009739X13001358>

3: Andrades P, Sepúlveda S, Cicatrización normal; Cirugía Plástica Esencial; 2011. Disponible en: <http://www.patricioandrades.cl/wp-content/uploads/2011/05/3-Cicatrizacion-Normal.pdf>

4: González MJ, Leal L, Ribera M, Efectos secundarios cutáneos de los tratamientos sistémicos del cáncer (I): quimioterapia y hormonoterapia. Elsevier (Internet) Piel. 2009; 24(7): 368-379. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213925109720210>

5: Sier MF, Wisselink DD, Ubbink DT, Oostenbroek RJ, Veldink GJ, Lamme B, vanDuijvendijk P, van Geloven AAW, Eijsbouts QAJ, Bemelman WA; ISI trial study group. Randomized clinical trial of intracutaneously versus transcutaneously sutured ileostomy to prevent stoma-related complications (ISI trial). Br J Surg. 2018 May;105(6):637-644 <https://doi.org/10.1002/bjs.10750>

6: Uchino M, Ikeuchi H, Matsuoka H, Bando T, Okayamaz K, Takesue Y, Tomita N. Advancement of Buried Muco- Subcutaneous Sutures for Ostomy Creation in Surgery for Ulcerative Colitis. Hepatogastroenterology. 2015 Jun;62(140):817-20.

7: Oliphant, R., Czerniewski, A., Robertson, I., McNulty, C., Waterston, A., & Macdonald, A. (2015). The Effect of Adjuvant Chemotherapy on Stoma- Related Complications After Surgery for Colorectal Cancer: A Retrospective Analysis. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 42(5), 494-498.

8: González, M. J. F., Canosa, L. L., & Pibernat, M. R. (2009). Efectos secundarios cutáneos de los tratamientos sistémicos del cáncer (I): quimioterapia y hormonoterapia. Piel, 24(7), 368- 379.

9: Menno Hendrikus Raber MD, Pascal S, Ralph W. Stomal Mucocutaneous Dehiscence as a Complication of a Dynamic Wound Closure System Following Laparostomy: A Case Report. Ostomy Wound Manage. 2011;57(1):34,37.



24

HERNIA PARAESTOMAL: ¿PODEMOS PREVENIRLA? ANÁLISIS DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

María Del Carmen Hernández Ferrándiz¹, María Del Carmen Diarte Abenia², Irene Oto Puyuelo³, Margarita Millán Pérez³, Lucía Pusiach Uriol⁴

¹Hospital Morales Meseguer, Murcia, ²Hospital Miguel Servet, Zaragoza, ³Hospital Royo Villanova, Zaragoza, ⁴Hospital Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción

La HERNIA PARAESTOMAL (HP) está clasificada como una complicación tardía muy frecuente y se describe como un fallo de la pared abdominal por la que se protegen las asas intestinales recubiertas por peritoneo. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la exploración del paciente, tanto en bipedestación como en decúbito. El desarrollo de la HP está asociado con factores de riesgo que pueden estar relacionados con el paciente o con la cirugía, aunque no existen demasiadas publicaciones científicas que demuestren su relevancia. Las manifestaciones clínicas oscilan desde un simple problema estético hasta la estrangulación del contenido herniado.

Objetivos

1. Cuantificar la incidencia de HP en nuestra zona, la realización de un perfil descriptivo del paciente ostomizado con HP. 2. Análisis de la existencia de factores relacionados con su aparición, para tratar de establecer los factores pronóstico, y la posible intervención sobre ellos.

Metodología

Con la finalidad de alcanzar los objetivos marcados estamos realizando un análisis retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de forma anónima, siendo el foco aquellos pacientes intervenidos y portadores de una ostomía para determinar los factores pronóstico que influyen en el desarrollo de una HP. El equipo de trabajo está formado por 7 estomaterapeutas de 7 hospitales de referencia en España. La población objeto de análisis quedó configurada por pacientes intervenidos durante un período de 2 años



(2016-2018), y donde registraremos datos en los siguientes tiempos: Fecha de cirugía, 1 mes, 6 meses, 1 año y 2 años. Para la recogida de datos se ha utilizado una encuesta de elaboración propia donde se recogen datos demográficos e información sobre el tipo de ostomía, diagnóstico y antecedentes que derivaron en una ostomía, situación laboral, tipo de cirugía, patología concomitante, si la intervención fue urgente o programada y si hubo marcaje previo o no. Adicionalmente se recogieron datos antropométricos (variación de peso), posibles causas y complicaciones en la ostomía.

Resultados y discusión

Se compararán la incidencia de HP en los pacientes portadores de ostomía incluidos en el estudio entre los distintos hospitales participantes. Podremos establecer una relación de los factores relacionados con su aparición, para tratar de establecer los factores pronóstico, y la posible intervención sobre ellos.

Conclusiones

Una vez evaluada la información de la fase retrospectiva nuestro planteamiento es realizar de forma prospectiva un proyecto relacionado como guías, recomendaciones, en el que incluiremos todas las medidas a llevar a cabo para minimizar la aparición de una hernia.

Palabras clave

Hernia paraestomal, factores de riesgo, factores pronóstico, prevención, malla profiláctica, Obesidad, Fajas.

Referencias bibliográficas

North, Jacqui and Osborne, Wendy. ASCN UK Guideline: parastomal hernias. Parastomal hernia prevention. British Journal of Nursing. 2017. (Stoma Supplement). Vol 26, Nº 22. Russell, Sarah. Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. British Journal of Nursing. 2017. Vol. 26, Issue 22. North, Jaqui. Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. British Journal of Nursing. 2014. Vol 23, Issue Sup 5. Thompson, MJ. Parastomal hernia: incidence, prevention and



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



treatment strategies. Br J vive; 2008 ENE 24- Feb 13; 17 (2): S16, S18- 20. PubMed ID: 18418932. McGrath, Anthony; Porrett, Theresa; Heyman, Bob. Parastomal hernia: an exploration of the risk factors and the implications. Br J vive; 2006 mar 23- Abr 12; 15 (6): 317-21. PubMed ID: 16628167. L.A.Israelsson. Preventing and treating paraestomal hernia. World J.Surg, 29 (2005), pp. 1086-1089, Medline. GloriaTadeo-Ruiz, Joaquín-Salvelio;Picazo-Yeste, Carlos; Moreno-Sanz, María-Luz; Herrero-Bogajo. Eventración paraestomal: antecedentes, estado actual y expectativas de futuroCirugía Española, Volumen 87, Issue 6, June 2010, Pages 339-349 J. L. Bouillot, K. Aouad. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de las colostomíasEMC- Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo, Volumen 18, Issue 3, 2002, Pages 1-12 Rafael EstevanEstevan. Prevención de la hernia paraestomal,Volumen3, número 1, Revista Hispanoamericana de Hernia 2015; 3; 1-3



25

YOUROSTOMY. PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS UROSTOMIZADAS.

Carmen del Pino Zurita, M^a Carmen Agudo Arcos, Arturo Dominguez Garcia, Teresa Bonfill Abella, Joan Prats Lopez.

C.S. Parc Tauli. Hospital Universitario Sabadell.

Introducción

La relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes está cambiando. Cada vez son más partícipes e intervienen más directamente en la toma de decisiones. Aunque los pacientes tienen mayor accesibilidad a la información relacionada con su enfermedad, ésta no siempre es la adecuada e incluso puede ser malinterpretada. Esta nueva realidad nos condiciona a buscar nuevas fórmulas de gestión sanitaria. YOUROSTOMY es un programa que pretende mejorar la calidad asistencial de los pacientes que requieren una cistectomía radical (CR) con derivación urinaria mediante un mismo proceso que emplea diferentes herramientas informativas complementarias para empoderar¹ al paciente.

Objetivos

Objetivo General: Incrementar la calidad de vida y el grado de satisfacción de los pacientes urostomizados a través de diferentes formas de información. Objetivos específicos: Empoderar al paciente, disminuir la variabilidad de la información, mejorar su eficiencia, optimizar recursos y dar más coherencia al sistema sanitario.

Metodología

Este programa va dirigido a dos grupos de pacientes: pacientes que se han de someter a una CR y a aquellos pacientes portadores ya de una urostomía. Anualmente tenemos una media de 25-30 nuevos urostomizados/año. YOUROSTOMY se basa en 3 pilares de información: 1) Información secuencial del equipo multidisciplinar implicado mediante diferentes visitas: Oncología, Urología² y Estomaterapeuta³⁻⁴



2) Acceso por vía telemática de herramientas audiovisuales con videos formativos realizados y supervisados por el personal sanitario implicado en este proyecto, con el que se complementa la información aportada previamente de forma secuencial. 3) Uso de una información comprensible y transversal en sesiones grupales con un Paciente Urostomizado Experto⁵ moderadas por una estomaterapeuta. Para poder mejorar la información de los vídeos y obtener instrumentos de evaluación de calidad que valore el efecto de su implementación, se realizó previamente una valoración crítica en una sesión grupal con pacientes urostomizados que verbalizaron sus necesidades prioritarias para la aceptación de su urostomía

Resultados y discusión

Resultados Preliminares: Tras la realización de la primera sesión grupal con 12 pacientes, se identificaron las primeras líneas de mejora para incluir en el programa según sus demandas: -Mayor información sobre los efectos colaterales tras la CR: disfunción sexual, infección de orina,... -Aumentar la atención especializada por parte de la estomaterapeuta. -Diseñar un protocolo específico para la atención del urostomizado en el servicio de urgencias. -Realización de reuniones grupales con un Paciente Experto.

Conclusiones

Actualmente el proyecto está en fase de desarrollo de las herramientas que utilizaremos en cada visita y reunión grupal. La entrevista grupal realizada nos demuestra que hay una demanda real para mejorar el empoderamiento del paciente cistectomizado y nos sirve como herramienta para enfatizar los puntos de mejora de nuestro proyecto y para realizar un cuestionario propio de satisfacción. Pretendemos con la implementación de este programa, dar una información adaptada, secuencial y personalizada que pueda reforzar la capacitación y la satisfacción del paciente.

Palabras clave

Calidad asistencial, Urostomía, Cistectomía radical, Empoderamiento, Programa multidisciplinar.



Referencias bibliográficas

1. Melara M. La enfermera en el empoderamiento de los pacientes. <https://experienciadepacientes.es/paciente-activo/la-enfermera-en-el-empoderamiento-de-los-pacientes>; 2018.
2. Cerantola Y. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. *Clinical Nutrition* (32); 2013: 879-887
3. Martínez Morales, M. Boletín oncológico–Enfermería oncológica: cuidados del paciente ostomizado. <http://www.boloncol.com/boletin-7/enfermeria-oncologica-cuidados-del-paciente-ostomizado.html>
4. Leonardo Amarillo, AM. Efectividad de la educación de enfermería para disminuir los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a intervención quirúrgica. Revisión bibliográfica. Repositorio Digital Universidad Normert Weiner; 2016. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/429>
5. http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/



26

ENSAYO CLÍNICO SOBRE LA EFICACIA DEL USO DE PRODUCTOS BARRERA NO IRRITANTES PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN LA PIEL PERIESTOMAL

Natalia Mudarra García¹, Inés Naranjo Peña¹, Juliana María Calvo Martín¹, Jose Javier García Arroyo¹, Raúl Pérez Muñoz², Ana Belen Jimenez Galiano¹

¹Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid., ²Centro de Salud Huerta de los Frailes. Leganés. Madrid

Introducción

Los cuidados de la piel del paciente portador de un estoma, son importantes para prevenir y promover que no ocurran lesiones que puedan generar complicaciones perilesionales que pongan en compromiso la piel. Hay evidencia que en ocasiones tanto los adhesivos utilizados como la agresión que supone el cambio de los discos en el paciente ostomizado pueden desencadenar una agresión de gravedad variable que puede llevar a provocar daños.

Objetivos

Valorar con la escala SACS la eficacia del uso de productos barrera no irritantes para prevenir lesiones periestomales.

Metodología

Se trata de un ensayo clínico sin medicamentos en el que evaluamos 30 pacientes donde se comparó si aparecían complicaciones en la piel provocadas por el uso de discos de ostomía en los diferentes grupos de pacientes: - Grupo control: pacientes portadores de una ostomía que fueron tratados en planta de hospitalización y donde no se aplicó ningún tipo de aerosol. - Grupo de estudio: pacientes que comenzaron sus cuidados en la consulta de cirugía y se aplicó método barrera para su colocación y spray aerosol para la retirada del disco. Se planificó un cronograma de actuaciones, estableciendo tres visitas del paciente para evaluación y control, y sucesivas si precisaba según complicaciones. Se utilizó una escala



para la evaluación de la piel perilestomal: o Evaluación y clasificación objetiva de lesiones de la piel periestomal: Escala SACS.

Resultados y discusión

Tomando como referencia la estadística poblacional de pacientes intervenidos en nuestro hospital en año previo, se tomó como tamaño muestral un total de 30 sujetos de investigación que cumplieran los criterios de inclusión. Se hizo una evaluación durante seis meses. La adjudicación al grupo de estudio o grupo control se realizó según la unidad del comienzo de los cuidados. En España, los estudios sobre la efectividad en la práctica clínica habitual de los productos barrera no irritantes son muy escasos. Este estudio nos proporciona tras el uso de la escala asociada a la medición del estado de piel periestomal tanto la prevención en aparición de lesiones como la mejora en caso de aparición. Tras evaluar las variables estadísticas los resultados, están en consonancia con la bibliografía consultada en referencia a la importancia de utilizar escalas para la valoración de la piel y conseguimos en un porcentaje elevado que no se produjeran lesiones en aquellos pacientes que se utilizó método barrera y spray quita- adhesivos.

Conclusiones

Se han reducido en un porcentaje elevado las lesiones periestomales tras el uso de método barrera antes de la colocación de los discos y tras el uso de spray- quitaadhesivos para su retirada.

Palabras clave

Apósitos Adhesivos. Piel Periestomal. Prevención. Cuidado. Método Barrera. Quita Adhesivo.

Referencias bibliográficas

1. Dumville, JC. Dressings for the prevention of surgical site infection - 2016 | Cochrane Library [Internet]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003091.pub4/full/es> 1. Fornells, Manuel Gago, y R. Fernando García González. Cuidados de la piel perilesional.



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



GNEAUPP, 2006. 2. García-Fernández, Francisco Pedro, Pedro Luis Pancorbo-Hidalgo, y José Verdú-Soriano. «Efectividad de la Película Barrera No Irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática». Gerokomos 20, n.o 1 (marzo de 2009): 29-40. 3. Matsumura, Hajime, Ryutaro Imai, Niyaz Ahmatjan, Yukiko Ida, Masahide Gondo, Dai Shibata, y Katsueki Wanatabe. «Removal of Adhesive Wound Dressing and Its Effects on the Stratum Corneum of the Skin: Comparison of Eight Different Adhesive Wound Dressings». International Wound Journal 11, n.o 1 (febrero de 2014): 50-54. 4. Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal Stomas-Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. Clin Colon Rectal Surg. julio de 2017;30(3):184-92.



27

DESARROLLO DE HERRAMIENTAS PARA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENFERMEROS: INFORME DE OSTOMÍAS.

Paz Rodríguez Castellano, Clara Hurtado Navarro, Dolores Abellán Ballesteros, David del Monte Delgado, Rosa Díaz Veliz, María José Hidalgo Sevilla.

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción

La Ley General de Sanidad en 1986 establece dos niveles asistenciales, Atención Primaria y Especializada (1). Para prestar atención integral a los ciudadanos, existe la necesidad de lograr la integración asistencial entre ambos niveles. El informe de continuidad de cuidados es la herramienta utilizada por las enfermeras para garantizar esta continuidad asistencial al alta hospitalaria (2-4). En el caso de las personas ostomizadas, durante el ingreso hospitalario, la Enfermera Estomaterapeuta (EE) presta una atención especializada, que complementa la prestada por la enfermera de hospitalización. En nuestro hospital está implantada la historia clínica electrónica Orión Clinic®. La estomaterapeuta responde a interconsultas de los profesionales responsables del paciente en la hoja de evolución de enfermería. Esto dificulta el acceso a su informe por parte de otros profesionales y la inclusión de los cuidados específicos en el informe de continuidad de cuidados al alta.

Objetivos

Crear un documento que garantice el intercambio de información entre los niveles asistenciales y la continuidad de cuidados de las personas ostomizadas.

Metodología

Se recoge en un documento la siguiente información: • Diagnóstico médico, tipo de ostomía, características de la misma y complicaciones detectadas durante el ingreso. • Valoración enfermera de los siguientes patrones funcionales: - Percepción y manejo de la salud. - Nutricional-metabólico. - Eliminación. - Actividad-ejercicio. - Autocontrol- autoconcepto. - Adaptación-tolerancia al estrés. • Problema



clave (diagnósticos centrales en la historia del paciente que apoyan la mayoría de los demás diagnósticos de enfermería). • Dispositivos utilizados para el manejo de la ostomía, con sus códigos nacionales. • Datos de contacto de la EE del departamento y la referente en AP.

Resultados y discusión

Se crea el Informe de Ostomías (IO), como informe externo en Orión Clinic®, que cumplimenta la Enfermera Estomaterapeuta en el momento del alta. Entrega una copia al paciente y lo cita en una agenda de altas del centro de salud en el Sistema de Información Ambulatoria (SIA); o bien lo deriva a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD), o a las Enfermeras Gestoras de Casos si el alta es a un centro sociosanitario y/o a otro departamento de salud. Se implanta en octubre de 2018, con gran aceptación por parte de los profesionales de Atención Primaria y UHD. Los pacientes refieren que el informe les reporta una mayor seguridad, al ser un documento que pueden llevar consigo a cualquier centro de asistencia sanitaria.

Conclusiones

El IO es una herramienta que disminuye la variabilidad de la práctica clínica, garantiza la continuidad de cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. Proporciona la transmisión de información respetando la confidencialidad del paciente de manera segura, rápida y eficaz. Todo ello repercute positivamente tanto en las/os profesionales, como en la persona ostomizada y su familia (seguridad del paciente, autonomía, implicación, etc.) (5).

Palabras clave

Informe Continuidad de Cuidados, Ostomías, Registros de Enfermería.

Referencias bibliográficas

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102 de 29/04/1986). 2. Real Decreto 1093/2010, de 3 de Septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (BOE, número 225, de 16-09-10) 3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.(BOE núm. 274, de 15/11/2002) 4. Martínez Vidal L.E, Cantero González M.L. Informe de cuidados en enfermería, revisión de su situación actual. *Enferm. Global* [revista digital] 2013 [consultada 2 de enero de 2019]; Volumen 12, N°4

#32, URL disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.4.162521/153261> 5. Sánchez Aragón S, Torrijano L (Tutora). Percepción del Informe de Continuidad de Cuidados al alta quirúrgica en Enfermería. [Trabajo fin de máster en internet]. Zaragoza 2018. [consultado el 6 de enero de 2019]. Recuperado a partir de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1362>



28

PEQUEÑOS ACCESORIOS, GRANDES ALIADOS.

M. José Estellés Iranzo¹, M. José Izquierdo Alarcón², Carmen Juárez Martí¹, Sandra López Callejón³, Julia Romero Moreno⁴, Maite Sanz Ros⁴

¹IVO, Valencia, ²Hospital de Manises, Valencia, ³Hospital Clínic, Valencia, ⁴Hospital La Fe, Valencia.

Introducción

En las consultas de estomaterapia encontramos heridas exudativas, que nos dificultan el sellado, complicaciones que requieren en ocasiones de un abordaje multidisciplinar para un correcto tratamiento. Algunas son: dermatitis química, dermatitis mecánica, dehiscencias muco-cutáneas, hernias paraestomales y la hipergranulación. También hay otras, menos frecuentes pero no por ello menos importantes, tales como el pioderma, la hiperqueratosis, el caput medusa, los prolapsos, las estenosis o las metaplasias.

Objetivos

El objetivo principal es la evaluación en la mejora en el sellado del dispositivo en pacientes con estomas complicados mediante la utilización de pequeños accesorios. Objetivos secundarios: Evaluar la reducción en el tiempo de curación de la complicación hasta recuperación de la integridad cutánea. Evaluar los costes asociados. Evaluar la mejora en la percepción de salud del paciente.

Metodología

Dada la escasa evidencia científica referente al manejo de las complicaciones poco frecuentes, decidimos recoger nuestra experiencia mediante la elaboración de un cuaderno de recogida de datos. Para ello, formamos un grupo de trabajo de profesionales de 9 Hospitales de la C. Valenciana seleccionando todas las complicaciones poco frecuentes que aparezcan en nuestras consultas. La recogida de datos comienza el 1 de Octubre de 2018, durante 6 meses.



Resultados y discusión

Como datos preliminares podemos adelantar que en las 4 complicaciones poco frecuentes registradas hasta la fecha ; metaplasia escamosa, pioderma gangrenoso, celulitis periestomal y dehiscencia de herida quirúrgica en el lactante y haciendo un uso correcto de los accesorios hemos conseguido con éxito la cicatrización de las lesiones y la resolución de los problemas. En los casos de la metaplasia escamosa y el pioderma gangrenoso, cómo utilizando los polvos, la pasta para ostomías y la resina, se ha conseguido controlar el exudado , mejorando la fijación del dispositivo.

Conclusiones

Hemos comprobado, que con la ayuda de unos accesorios pequeños en este tipo de pacientes, hemos ayudado y acelerado el proceso natural de cicatrización y favorecido aspectos como el sellado y la protección de la piel.

Palabras clave

Complicaciones, Accesorios, Estomas, Estomaterapia, Exudado, Barreras, Cura, Piel, Prevención.

Referencias bibliográficas

1. Yu et al. Medicine (2018) Pyoderma gangrenosum around an ileostoma. A case report 1-5 Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6283191/pdf/medi-97-e13415.pdf>
2. Descriptive study of peristomal complications. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2005 Jan-Feb; 32(1):33-7.
3. Peristomal skin complications: prevention and management. Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Ostomy Wound Manage. 2004 Sep; 50(9):68-77.
4. Frequency of peristomal complications. Ratliff CR, Donovan AM. Ostomy Wound Manage. 2001 Aug; 47(8):26-9.



29

UNA NUEVA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN: “TALLER INTERACTIVO DE OSTOMIAS”.

M Lorena Oterino Faundez, Maria Cayon Diaz, Encarna Olavarria Bevide, R Isabel Gomez Muñoz, Graciela Santamaria Corona, Rosa Maria Nieves Garcia Hospital Sierrallana ,(Torrelavega).

Introducción

Los pacientes ostomizados requieren de una atención y unos cuidados especializados que fomenten su independencia y mejoren su calidad de vida, así como la de sus familiares y cuidadores; para ello todo el personal sanitario debería contar con una formación específica sobre ostomias, por lo que, dentro de la comisión operativa de la “Guía de Cuidados y Manejo de Ostomias” de la Best Practice Spotlight Organizations (BPSO), implantada en nuestro centro desde el año 2012, se promovió la formación a través de talleres teórico-prácticos utilizando un sistema de respuesta interactivo.

Objetivos

Describir la actividad formativa basada en talleres teórico-prácticos sobre nociones básicas en cuidados de ostomía para personal sanitario. Conocer el grado de satisfacción de los asistentes al programa de formación. Comparar el nivel conocimientos de los participantes previo y posterior a la actividad formativa.

Metodología

Se elabora un taller teórico-práctico : Formación teórica de conceptos básicos en el manejo y cuidados de ostomía y sus complicaciones. Presentación de 10 casos clínicos con un sistema de respuesta interactivo en tiempo real. Se llevan a cabo de 2 talleres en el 2017 y 1 en 2018. Elaboración de un cuestionario de conocimientos previo y posterior a la actividad formativa. Se diseña una encuesta de satisfacción sobre el taller teórico-práctico tras la finalización del mismo.



Resultados y discusión

Se realizaron 3 talleres con una asistencia total de 49 personas (36 enfermeras, 12 auxiliares de enfermería y un residente de cirugía general). El 100% están satisfechos o muy satisfecho con la actividad. El 63,26% (31) de los asistentes aumentaron sus conocimientos en el manejo y cuidado de ostomias y sus complicaciones tras la realización de los talleres teórico-prácticos. El 22,44% (11) de los participantes no modificaron el nivel de conocimientos; el 6,12% (3) obtuvieron menor número de respuestas acertadas en la prueba posterior al taller y el 8,16% no realizaron el cuestionario.

Conclusiones

Las actividades formativas con un sistema de respuesta interactiva en tiempo real suscitan un alto grado de satisfacción y fomentan la implicación de los asistentes. Los talleres teórico-prácticos mejoran la capacitación del personal sanitario en el manejo y cuidados de las ostomias y sus complicaciones. Las actividades de formación continuada del personal sanitario contribuyen a mejorar la calidad asistencial.

Palabras clave

Ostomia, Cuidados, Formación.

Referencias bibliográficas

1. Guías de Buenas Prácticas. Cuidado y manejo de la ostomía(Internet) (consultado diciembre 2018)Disponible en http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf
2. Estomas .manual para enfermería (Internet) (consultado diciembre 2018) Disponible en http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf
3. Manual de cuidados en ostomias-EnfermeriAPS (internet) (consultado Diciembre 2019) Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/ENFERMERIA%20TECNICAS/Manual%20de%20Cuidad>



30

SISTEMA DE REGISTRO DEL PACIENTE OSTOMIZADO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

ENCARNA OLAVARRIA BEIVIDE, LORENA OTERINO FAUNDEZ, GRACIELA SANTAMARIA CORONA, MARIA CAYON DIAZ, R. ISABEL GOMEZ MUÑOZ, ROSA MARIA NIEVES GARCIA HOSPITAL SIERRALLANA (TORRELA VEGA)

Introducción

La Comisión Operativa (CO) de la Guía de Buenas Prácticas (BPSO) de Cuidado y manejo de la ostomía del Hospital Sierrallana, propone establecer registros basados en la mejor evidencia que disminuyan la variabilidad de la información, permitan la continuidad de cuidados y posibiliten establecer indicadores de evaluación de la calidad de cuidados. Así mismo, y en la línea de la universalización de plataformas informáticas en el Servicio Cántabro de Salud (SCS), se propone la unificación de los registros enfermeros relacionados con el paciente ostomizado.

Objetivos

Elaborar registros enfermeros para el paciente ostomizado durante el periodo de ingreso hospitalario:
a.Registro preoperatorio b.Registro de seguimiento en el ingreso c.Registro de habilidades adquiridas
Implementar los registros en el aplicativo informático del SCS.

Metodología

La CO de la BPSO de Cuidado y manejo de la ostomía programa reuniones de trabajo sistemáticas para la elaboración de los registros, usando la guía como herramienta. Se establecen reuniones con el Grupo GACELA del SCS para la unificación de criterios e implementación en el aplicativo.



Resultados y discusión

Registro preoperatorio: indicado para pacientes que ingresan de urgencia o que durante el ingreso presentan la necesidad de construcción de ostomía. Items: paciente; fecha/ unidad de ingreso y enfermera que hace la valoración y registro; evaluación abdominal (piel integra, presencia de cicatrices, tipo de abdomen); estoma propuesto (colostomía, ileostomía, urostomía); marcaje de estoma (si/no); información al paciente (tipo de estoma y oral/escrita); observaciones. Registro de seguimiento en el ingreso: indicado para valoración y continuidad de cuidados durante el ingreso. Items: paciente; fecha/unidad de ingreso y enfermera que hace la valoración y registro; estoma (tipo, localización, temporalidad, tamaño, forma, elevación, unión mucocutánea...); piel periestomal (color e integridad); residuos (gases, heces, textura, orina); dispositivos (tipo, cambios llevados a cabo...); observaciones. Registro de habilidades adquiridas: indicado para conocer el grado de adiestramiento/aprendizaje en el autocuidado. Items: paciente; fecha/unidad de ingreso y enfermera que hace la valoración y registro; entrega de kitt informativo, vaciado de aire, vaciado de bolsa (heces/orina), cambio de bolsa, cambio de bolsa y lamina; observaciones. Tras diferentes reuniones mantenidas con el grupo responsable GACELA del SCS y adaptaciones en los registros, se decide su integración en el aplicativo informático para los cuatro hospitales de la comunidad.

Conclusiones

Los registros enfermeros facilitan la continuidad de cuidados de los profesionales, así como permiten disminuir la variabilidad en la obtención de la información, dado que establecen criterios objetivos para determinar cada uno de los ítems a registrar. Su homogenización posibilita establecer indicadores que nos permitan evaluar la calidad de los cuidados. Dada la rotación de la contratación del personal enfermero dentro del SCS, contar con registros unificados, facilita la incorporación de los profesionales a la práctica clínica.

Palabras clave

Registro, Ostomía, Ostomizado, Habilidades.



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Referencias bibliográficas

Registered Nurses' Association of Ontario (2009) Ostomy Care and Management. Toronto, Canada.
Registered Nurses' Association of Ontario



31

SIMULACIÓN CLÍNICA, HERRAMIENTA PARA LA FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMA.

María Pilar Blasco Belda, Carmen Hervas López, Diego Collado Martín, Amparo Moscardó Ortiz, Ana María Vivas Broseta Hospital Universitari i Politècnic La Fe Valencia.

Introducción

El manejo de las complicaciones de la vía aérea en el paciente con traqueostoma precisa profesionales con habilidades avanzadas y capacidad de respuesta rápida. Una proporción significativa de eventos adversos pueden ser atribuidos a una inadecuada formación en conocimientos y habilidades en equipo multidisciplinar. El entrenamiento utilizando la Simulación Clínica ha sido nuestra propuesta para mejorar las competencias en el equipo y la seguridad del paciente con traqueostoma.

Objetivos

Conocer si un programa de formación con metodología de simulación clínica mejora los conocimientos y habilidades del equipo multidisciplinar en el cuidado del paciente con traqueostoma. Valorar conocimientos pre y post formación mediante cuestionario. Valorar la calidad de satisfacción percibida con cuestionario normalizado.

Metodología

Se programaron 8 talleres de 2 horas. Se desarrolló un cuestionario ad hoc con 11 ítems para valoración inicial sobre conocimientos teórico-prácticos de cuidados al paciente con traqueostoma. Se preparó material específico y escenario con 2 estaciones de trabajo. Se expuso teoría sobre anatomofisiología de las ostomías respiratorias, indicaciones, complicaciones. Se realizarán actividades de cuidados al paciente, cambio de cánula, aspiración de secreciones, oxigenoterapia, manejo de complicaciones, comunicación y educación para la salud. Al finalizar se cumplimentó cuestionario ad hoc y cuestionario de satisfacción percibida.



Resultados y discusión

Se impartieron 8 sesiones con metodología de simulación clínica, participaron 50 enfermeras, 51 TCAE, 8 estudiantes enfermería, 6 fisioterapeutas y 4 logopedas. De 119 alumnos, 50 cumplimentaron cuestionario de conocimientos previos y post-formación, número suficiente para un nivel de confianza del 95% e intervalo de confianza del 10.6. Se cumplimentaron 97 cuestionarios (81,5%) de calidad percibida. La media respecto a conocimientos previa fue del 49% y la posterior a la formación fue del 80%, representando una mejora del 31%. El índice de satisfacción global percibida fue del 98%. En la literatura no se ha encontrado experiencias formativas con utilización de simulación clínica en cuidados de paciente con traqueostoma. Planteamos diseñar cuestionario evaluación de habilidades adquiridas.

Conclusiones

El programa con metodología de simulación ha aumentado los conocimientos y habilidades del equipo multidisciplinar en el cuidado del paciente con traqueostoma, con alta satisfacción percibida.

Palabras clave

Simulación Clínica, Formación, Cuidados, Traqueostoma.

Referencias bibliográfica

1. Clavel Cerón, R. Calvo Torres, MD. Luque Martínez, MJ. Subiela García, JA (Coord.) Atención integral al paciente portador de cánula. Disponible en: https://books.google.com/books/about/Atenci%C3%B3n_integral_al_paciente_portador.html?hl=es&id=
2. Pérez Ruiz E, Pérez Frías FJ, Caro Aguilera P. Cuidados del niño con traqueostomía. An. Pediatr (Barc). 6 de mayo de 2010;72:41-9.
3. Calvo Torres, MD et al. Guía de cuidados al alta para pacientes con traqueotomía. 1ª. Murcia: Hospital General Universitario Santa Lucía y Compobell, S.L.; 2016.
4. Swenty, C. F. Eggleston, B. M. The evaluation of simulation in a baccalaureate nursing program. Clinical Simulation in Nursing, Vol(X), 000-000. doi: 10.1016/j.ecns.2010.02.006
5. Sancho, R. Maestre, JM. Del Moral, I.



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Manejo de las crisis. Papel de la simulación en la seguridad del paciente. Rev. Españ Anest Rean, 2011;58 (supl. 3): S50-S56.



32

GUIA DE PRODUCTOS PARA TÉCNICA DE ESTIMULACIÓN DEL ASA EFERENTE (TEAE).

Belen Bueno Cruz¹, Mari Cruz Zuazo Villar², Susana Gonzalez Mengual³, Mireia Lázaro Moncada⁴, Rosa Paredes Borrega⁵, Gloria Ribas Esteve⁶

¹Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, ²Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, ³Parc de Salut Mar, Barcelona, ⁴Fundació Assistencial Mútua de Terrassa, Barcelona, ⁵Hospital General de Igualada, Barcelona, ⁶Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Introducción

Según la SEOM (Sociedad Española Oncología Médica) el cáncer colorectal es el 3º más común en hombres y 2º en mujeres¹. La cirugía de resección de recto preservadora de esfínteres con la creación de una ostomía de protección, es la técnica quirúrgica mas común. Este método implica una segunda cirugía para la reconstrucción del tránsito, lo cual produce alteraciones de la función defecadora (50-90%)². Para disminuir estas complicaciones, se ha considerado estimular el asa intestinal excluida a fin de mantener o recuperar su función. Existen pocos estudios en este sentido, pero se ha demostrado unos resultados positivos tras la rehabilitación del tránsito intestinal³. Dicha técnica consiste en introducir sustancias que ayuden a la recuperación motora y absortiva del segmento intestinal excluido. De esta manera se activan las fibras nerviosas del recto, que proporcionan contracción a los esfínteres. Dada la gran variabilidad de los productos utilizados para la TEAE, se propone la creación de un documento consensuado de consulta que defina cada sustancia en cuanto a su composición, presentación, posología y accesibilidad.

Objetivos

Identificar las sustancias o productos utilizados en la TEAE para conseguir reeducación del intestino previa a la reconstrucción del tránsito.

Metodología

- Búsqueda de bibliografía, documentos, protocolos de distintos hospitales. - Definición de la composición de los productos utilizados. - Elaboración de documento gráfico comparativo.



Resultados y discusión

Elaboración de un documento/ guía consensado de consulta con los productos utilizados en la TEAE, que ayude a los profesionales a seleccionar el más adecuado en función de la disponibilidad y necesidades de cada paciente.

Conclusiones

Tener una referencia de consulta de productos indicados para el uso de la TEAE que facilite al profesional la elección según accesibilidad al producto y necesidades de cada paciente.

Palabras clave

Estimulación, Asa Eferente, Reconstrucción, Reeduación Del Intestino.

Referencias bibliográficas

1. Sociedad Española de Oncología Médica. [https:// www.seom.org/es/info-sobre-el- cancer/colon-recto](https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/colon-recto)
- 2• Sebastián López N., Katya Carrillo, Antonella Sanguineti M., Rodrigo Azolas M., Mauricio Díaz B., Gunther Bocic, José Luis Llanos B. y Mario Abedrapo (2016). Adaptación transcultural del cuestionario acerca de la función intestinal (LARS Score) para su aplicación en pacientes operados de cáncer de recto medio y bajo. Rev Chil Cir. 2017;69(1):44---48
- 3• Velasco M, Jimenez F, Parajó A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cir Esp. 2014; 92(3):149-156.
- 4• Abrisqueta J. Abellán I, Frutos Mº D, Luján J. y Parrilla P. (2012) Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía. Cir Esp. 2013; 91(1):50-52
2. Juul T, Ahlberg M, Biondo S, Espin E, Jiménez LM, Matzel KE, et al. Síndrome de resección anterior baja y calidad de vida: un estudio multicéntrico internacional. Dis Colon Recto. 2014; 57 : 585-591. [PubMed]
3. Armendariz-Rubio, P., Miguel de V, V, and Hurtado H. Ortiz. “Comparison of colostomies and ileostomies as diverting stomas after low resection” Cir. Esp. 81.3 (2007): 115-20



33

GUÍA PARA LA TÉCNICA DE ESTIMULACIÓN DEL ASA EFERENTE (TEAE).

*Cristina Vidal Morral¹, Mercedes Rubio Vázquez², Cristina Navalón Pérez³, Francisca Hernández Luque⁴,
Jordi Tello Barquilla⁴, Ana Muñoz Rico⁵*

¹Althaia Xarxa Assitencial Universitari Manresa, Barcelona, ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona,

³QCA Quirúrgica Barcelona, Barcelona, ⁴Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, ⁵Fundación Sanitaria Hospital de Mollet, Barcelona.

Introducción

En España, según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en 2017 el cáncer colorectal fue el tercero más común entre los hombres y el segundo en mujeres (1). Actualmente, la cirugía colorectal permite la preservación de esfínteres, realizando anastomosis en zona colorectal bajas o anastomosis en coloanal con ostomía de protección. Esta resección y posterior restablecimiento del tránsito ocasiona, hasta en un 90% de los casos, cambios en el hábito intestinal (2). Tras la creación de una ostomía se produce una atrofia del esfínter anal externo que está relacionada con su no funcionamiento (3), por ello la técnica de estimulación del asa eferente (TEAE) activa los mecanismos celulares de absorción y motilidad pretendiendo una reeducación del control de esfínteres previa a la cirugía reconstructiva. La complicación más frecuente tras la intervención del cierre de la ostomía es el íleo paralítico, con una incidencia de hasta 29%, lo que condiciona, además de un malestar en el paciente, una estancia hospitalaria mayor y un aumento del gasto sanitario (4). Con el objetivo de evitar la alteración de la función intestinal y defecadora y para aumentar la calidad de vida del paciente, se detecta la necesidad de crear esta guía, mediante el consenso de expertos, al observar la escasa evidencia científica y la gran variabilidad clínica existente.

Objetivos

Objetivo general: • Elaborar un guía de la TEAE en pacientes ostomizados a los que se les vaya a realizar la reconstrucción del tránsito intestinal. Objetivos específicos: • Definir los cuidados, procedimientos e intervenciones enfermeros incorporando el grado de recomendación según la evidencia científica disponible. • Estandarizar el proceso de la TEAE. • Disminuir la variabilidad en la práctica clínica orientando en el proceso de toma de decisiones. • Disminuir las complicaciones derivadas de la motilidad intestinal



(íleo paralítico) • Gestionar y minimizar las complicaciones y situaciones de riesgo. • Promover la formación de los profesionales relacionados con la TEAE.

Metodología

- Consenso de expertos. • Búsqueda de bibliografía, documentos, protocolos de distintos hospitales.
- Análisis clínico CASPe. • Recomendaciones GRADE.

Resultados y discusión

Publicación de una guía de la TEAE, realizada mediante el consenso de expertos, que sirva de referencia para la implantación en diferentes centros.

Conclusiones

Tener una referencia de consulta para reconocer la correcta indicación, técnica, recomendaciones para el personal y para el paciente ante la TEAE previo cierre de la ostomía.

Palabras clave

Asa eferente, estimulación, ostomía, reconstrucción.

Referencias bibliográficas

- 1• Sociedad Española de Oncología Médica. [https:// www.seom.org/es/info-sobre-el- cancer/colon-recto](https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/colon-recto)
- 2• Sebastián López N., Katya Carrillo, Antonella Sanguineti M., Rodrigo Azolas M., Mauricio Díaz B., Gunther Bocic, José Luis Llanos B. y Mario Abedrapo (2016). Adaptación transcultural del cuestionario acerca de la función intestinal (LARS Score) para su aplicación en pacientes operados de



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



cáncer de recto medio y bajo. Rev Chil Cir. 2017;69(1):44---48 3• Velasco M, Jimenez F, Parajó A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cir Esp. 2014; 92(3):149-156. 4• Abrisqueta J, Abellán I, Frutos Mº D, Luján J. y Parrilla P. (2012) Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía. Cir Esp. 2013; 91(1):50-52.



34

NUEVA APLICACIÓN MÓVIL PARA SEGUIMIENTO FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE OSTOMIZADO ACORDE RECOMENDACIONES DE LA RNAO.

Laura Hojas Martínez¹, Edurne Aguirre Erro², Marta Artola Etxeberria³, Carmen Navarro Antón⁴, Susana Pilarte Rodrigo³

¹Clínica IMQ Zorrotzaurre. Bilbao, ²Hospital San Eloy, OSI Barakaldo-Sestao. Bizkaia, ³OSI Donostialdea. Gipuzkoa, ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahoda. Madrid.

Introducción

La Guía de la RNAO entre sus líneas de recomendaciones en el seguimiento del paciente ostomizado, entiende que es necesario revisar el perfil farmacológico del mismo por parte de los profesionales sanitarios que están implicados de manera directa en el cuidado del paciente ostomizado. Ante la incorporación de nuevos principios activos y nuevas formas farmacéuticas por parte de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios AEMPS, se hace necesaria una herramienta online, actualizada, dinámica e intuitiva, que permita a los profesionales un punto de partida para aconsejar y asesorar en esta materia. A continuación, se aborda el desarrollo de una aplicación móvil por un grupo de 17 estomaterapeutas que cumple estas especificaciones.

Objetivos

1. Facilitar a la enfermera responsable de las ostomías y otros profesionales sanitarios el seguimiento de la medicación pautaada al paciente ostomizado. 2. Empleando la APP revisar si la medicación pautaada es la correcta y en los casos en que sea necesario por una falta de absorción o efectividad terapéutica, recomendar un cambio de medicación por parte del prescriptor de manera que la medicación seleccionada sea la adecuada para el ostomizado. 3. Mejorar la calidad asistencial del paciente y su adhesión al tratamiento y la efectividad del mismo



Metodología

1. Se seleccionan los principios activos de administración oral más utilizados por los pacientes ostomizados según la AEMPS. 2. Se dividen los mismos entre las 17 estomaterapeutas. 3. Cada enfermera realiza un análisis de estos atendiendo a los factores que influyen en la absorción del medicamento en el paciente ostomizado: alteración del tránsito intestinal, absorción en el tracto intestinal. 4. Cada enfermera presenta la información recopilada a la unidad de Farmacia de su hospital. 5. Se realiza una revisión global por la unidad de Farmacia del Hospital Universitario Puerta de Hierro. 6. Se realiza una revisión global por la Universidad Francisco de Vitoria. 7. Se diseñan los algoritmos de funcionamiento de la APP. 8. Se programa y se hace accesible.

Resultados y discusión

Se presenta una nueva aplicación móvil llamada Ostomecum en versiones IOS y Android, gratuita y accesible a todos los profesionales en enfermería que quieran descargársela para el seguimiento del paciente ostomizado. Se insta al uso de la APP Ostomecum como solución actualizada, conveniente y gratuita por parte de la enfermera experta en ostomías y el resto de profesionales sanitarios implicados en su cuidado.

Conclusiones

Este grupo de enfermera apuntan a seguir las recomendaciones de la RNAO basadas en la evidencia científica y en concreto su recomendación de revisión de los medicamentos que afectan al paciente ostomizado.

Palabras clave

Ostomizado. APP. Farmacología. Herramienta.



Referencias bibliográficas

1. Sainz, M.L., Redin, M.D., San Miguel, R., Baleztena, J., Santos, M.A., Petri, M., Notivol, M.P. Problemas de utilización de medicamentos en pacientes enterostomizados. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2003; 26 (3) <https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/view/5078/4309> (acceso febrero 2015)
2. J.B. Montoro, A. Salgado; *Interacciones Fármacos-Alimentos*, Cap.2, pág 17-28.
3. J. Florez, *Farmacología Humana*. Capítulo 4 *Farmacocinética: absorción, distribución y eliminación de los fármacos*. Pág 57-85.
4. Siddharth Sood, S; Tanner, F; Testro, A. "Prescribing for a patient with reduced intestinal length" *Australian Prescriber*: 2013; 36: 136-81.
22. Severijnen R, Bayat N, Bakker HH, Tolboom J, Bongaerts G. "Enteral drug absorption in patients with short small bowel: a review" *Clin Pharmacokinet*. 2004; 43 (14): 951-62.



35

VIDA SALUDABLE DE LA PERSONA OSTOMIZADA: RESULTADOS DE UN AÑO DE EXPERIENCIA EN EL12EDUCA.

María Elena García Manzanares^{1,2}, Silvia Bayón Bartol¹, Nuria Díaz Gallego¹, Lidia Elisabeth Martínez Crespo¹, María Antonia Ruiz Arenas¹, Paloma Solano Haro¹

¹HU 12 de Octubre, Madrid, ²Universidad Complutense, Madrid.

Introducción

Los grupos de apoyo son eficaces como elemento terapéutico en el abordaje de determinadas enfermedades o sus secuelas¹. El contacto con otras personas en la misma situación vital mejora la aceptación y aporta seguridad. El12Educa es un proyecto del Hospital Universitario 12 de Octubre y está integrado en los programas de la Escuela Madrileña de Salud.² La experiencia con personas ostomizadas se inicia en 2018. Cada edición consta de 5 sesiones formativas consecutivas semanales dirigidas a personas ostomizadas no hospitalizadas. Se pretende proporcionar conocimientos y herramientas para que logren un rol activo en su autocuidado, mantengan un estilo de vida saludable y se adapten adecuadamente a su nueva situación a través del beneficio del contacto entre iguales. Los temas que se tratan son Cuidados de la ostomía, Alimentación, Hábitos de vida saludable, Autoestima y Relaciones sociales. La captación y difusión se realiza en consultas, hospitalización y en la web de la Escuela Madrileña de Salud. Cada sesión está dirigida y coordinada por 1-2 enfermeras/s y TCAE, con la participación de “pacientes expertos”.

Objetivos

Describir el nivel de actividad física, la adherencia a la dieta mediterránea, la calidad de vida, el nivel de autocuidado y la satisfacción con la enseñanza recibida de las personas ostomizadas que acudieron al programa “El12Educa: vida saludable de la persona ostomizada” durante el año 2018.



Metodología

Según el contenido de cada sesión, los asistentes cumplimentan, al inicio de la misma, el cuestionario Stoma QoL (calidad de vida),³ IPAQ (actividad física),⁴ MEDAS-14 (adherencia a la dieta mediterránea)⁵ o indicadores seleccionados del criterio de resultado NOC 1615 Autocuidado de la ostomía. Al finalizar, valoran su satisfacción mediante indicadores del NOC 3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza.

Resultados y discusión

Durante el año 2018 se han realizado 4 ediciones de la Escuela de Salud. Han asistido 45 personas, con una asistencia media/sesión de 10(\pm 2,14). La edad fue de 65,54(\pm 9,83) años, el 55,5%(25) eran hombres, el 68,88%(31) portaba colostomía, el 24,44%(11) ileostomía, el 4,44% (2) urostomía y el 4,44%(2) doble estoma (colostomía y urostomía). El 73,33%(33) fueron intervenidos en 2017-2018 y, el 26,66%(12) en años anteriores. El 66,66%(24) realizaba un nivel de actividad bajo o moderado. El 77,5%(31) tenía una adecuada adherencia a la dieta mediterránea. El 62,85%(22) consideraba “buena” su calidad de vida y el 34,28%(12) “moderada”. Solo el 17,07%(7) tenía conseguido un adecuado nivel de autocuidado. El 100% se consideró “muy satisfecho” o “completamente satisfecho” con la enseñanza recibida. El diseño inicial de los contenidos de las sesiones, basados en otras experiencias,^{1,6,7} se ha ido reajustando en función de los resultados medidos, siendo necesario incorporar nuevos métodos educativos para reforzar aspectos del autocuidado e integrar la actividad física en la vida cotidiana. Se detecta la necesidad de diseñar herramientas para medir el nivel de autocuidado y la adherencia a la dieta mediterránea específicas para personas ostomizadas.

Conclusiones

El autocuidado de la ostomía no es adecuado en la mayoría de los asistentes. Existe una apropiada adherencia a la dieta mediterránea. El nivel de actividad física es bajo o moderado en más de la mitad de las personas. Un tercio de los asistentes considera su calidad de vida moderada. La satisfacción con la enseñanza recibida es muy elevada.



Palabras clave

Ostomía, Autocuidado, Calidad de Vida, Satisfacción, Conocimiento, Actitudes y Prácticas en Salud, Aprendizaje por Asociación.

Referencias bibliográficas

1. Altuntas YE et al. The role of group education on quality of life in patients with a stoma. *European Journal of Cancer Care*, 2012; 21: 776–81
2. Comunidad de Madrid [internet]. Escuela Madrileña de salud. [consultado el 19 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/actividades/2018/taller-vida-saludable-persona-ostomizada-el12educa-0>
3. Collado EJ, García P. Validación de un cuestionario específico de calidad de vida con una muestra de pacientes colostomizados e ileostomizados. *European Journal of Health Research*. 2015; 1(3): 95-106
4. Guirao-Goris JA y cols. Revisión estructurada de los cuestionarios y escalas que miden la actividad física en los adultos mayores y ancianos. *Gac Sanit* 2009; 23 (4): 334.e51-334.e67.
5. Rubio Castañeda FJ, Tomás Aznar C, Muro Baquero C. Medición de la actividad física en personas mayores de 65 años mediante el IPAQ-E: validez de contenido, fiabilidad y factores asociados. *Rev Esp Salud Pública*. 2017; 91.
6. Kjaergaard Danielsen A, Rosenberg J. Health Related Quality of Life May Increase when Patients with a Stoma Attend Patient Education. A Case-Control Study. *Plos One*. 2014; 9(3):1-6
7. Lim SH et al. A randomized controlled trial examining the effectiveness of a STOMA psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with a stoma: study protocol. *J Adv Nurs*. 2015; 71 (6): 1310-23.



36

CUIDADOS TRAS LA REPARACIÓN DE UNA HERNIA PARAESTOMAL TIPO IV. A PROPOSITO DE UN CASO.

*Rosa María García Langa¹, María Elena García Manzanares^{1,2}, Patricia González López¹,
María Teresa Málaga Bernal¹, Juana María Cristóbal Antoranz¹, Marta Turrado García¹
¹HU 12 de Octubre, Madrid, ²Universidad Complutense, Madrid.*

Introducción

La hernia paraestomal (HP) puede desarrollarse hasta en el 78%¹ de las personas ostomizadas. Su aparición está asociada, entre otros factores, a la obesidad o a un mal estado nutricional.² Se presenta el caso de un varón de 55 años intervenido en 2009 por adenocarcinoma coloide del canal anal. Se realizó amputación abdominoperineal tipo Milles y colostomía terminal en flanco izquierdo. Tras el alta no fue seguido en consulta de estomaterapia. En julio de 2017 fue valorado por presentar una HP tipo IV (HP > 5 cm con hernia incisional concomitante)³ sintomática. Fumador de 20 cigarrillos/día, con un IMC de 44,77 (obesidad), no realizaba actividad física salvo la laboral, en la que realizaba esfuerzos abdominales. Fue intervenido de forma programada en febrero de 2018. Se repararon ambas eventraciones con prótesis de Proceed retromuscular según técnica de Rives⁴. En consulta de estomaterapia, tras el alta, se observó un estoma plano, normocoloreado, insertado sobre una sutura dehiscente, con tejido esfaceloso en su lecho. La colostomía era funcionante para heces blandas y abundantes. El paciente refería fugas frecuentes y cambiaba la bolsa de colostomía 2-3 veces/día. La piel periestomal estaba enrojecida y macerada, con un área extensa de celulitis y abundante exudado seroso entre los puntos de sutura. Inicialmente, se realizaron curas cada 24-48 horas, que se fueron espaciando según evolución. La curación se produjo a los 6 meses de la cirugía.

Objetivos

Conseguir la curación por segunda intención de las lesiones periestomales aparecidas en un paciente ostomizado tras la reparación de una HP tipo IV así como aumentar su conocimiento sobre el estilo de vida saludable.



Metodología

La valoración se realizó según los Patrones Funcionales de Gordon con datos obtenidos de la entrevista personal, la exploración física y la Historia Clínica Electrónica. Se diseñó el plan de cuidados según la taxonomía NANDA NOC NIC. Se realizó seguimiento fotográfico de las lesiones durante el proceso, tras obtener el consentimiento del paciente. Se seleccionó el diagnóstico 00046 Deterioro de la integridad cutánea, el criterio de resultado 1103 Curación de la herida por segunda intención y las intervenciones enfermeras 3660 Cuidados de las heridas y 0480 Cuidados de la ostomía. Se seleccionó el diagnóstico 00126 Conocimientos deficientes, el criterio de resultado.

1855 Conocimiento estilo de vida saludable y las intervenciones 0200 Fomento del ejercicio, 5614 Enseñanza dieta prescrita y 4490 Ayuda para dejar de fumar.

Resultados y discusión

Tras aplicar las intervenciones enfermeras planificadas los indicadores secreción serosa, eritema cutáneo circundante, piel macerada e inflamación de la herida mejoraron desde extenso hasta escaso o ninguno. Los indicadores conocimiento sobre peso corporal óptimo, estrategias para mantener una dieta saludable, estrategias para dejar de fumar y beneficios del ejercicio regular mejoraron de conocimiento escaso a conocimiento sustancial. La consulta de estomaterapia es un entorno propicio para educar sobre aspectos referidos al autocuidado y a la prevención/tratamiento de complicaciones,⁵ pero también lo es para la educación sobre hábitos de vida saludables.

Conclusiones

- Las heridas han curado por segunda intención tras la aplicación de los cuidados planificados. - El conocimiento del paciente sobre el estilo de vida saludable ha aumentado, aunque es necesario seguir trabajando para implementar el conocimiento en su vida cotidiana.



Palabras clave

Ostomia, Hernia, Dehiscencia de la Herida Operatoria, Infección de la Herida Quirúrgica.

Referencias bibliográficas

1. Brandsma HT et al. Prophylactic mesh placement to prevent parastomal hernia, early results of a prospective multicentre randomized trial. *Rev Hernia*. 2016; 20:535-541
2. Pilgrim CH, McIntyre R, Bailey M. Prospective audit of parastomal hernia: Prevalence and associated comorbidities. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53: 71-6
3. Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. *Metas de Enferm*. 2014;17(1): 23-31
4. Smietanski M et al. European Hernia Society classification of parastomal hernias. *Hernia*. 2014;18:1
5. Zorraquino González A. Hernia paraestomal. Experiencia en una Sección de Cirugía de la Pared Abdominal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2017;5(1):23-31
6. Gordon M. *Diagnostico enfermero: proceso y aplicación*. 3ª Ed. Elsevier;1996.
7. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017*. Madrid: Elsevier España; 2015.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5º ed. Madrid: Elsevier España; 2014.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2014
10. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el proceso enfermero. *Inquietudes. Revista de Enfermería*. 2006;35:21-9



37

LA ESTIMULACIÓN DEL ASA EFERENTE DE LA ILEOSTOMÍA PREVIA A SU RECONSTRUCCIÓN, ¿REDUCE EL ÍLEO PARALÍTICO?

M Esperanza Villalba Vinagre.

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona.

Introducción

Los tratamientos neoadyuvantes en el tratamiento del cáncer de recto han facilitado la preservación de esfínteres en la cirugía aumentando así las anastomosis. La realización de una ileostomía de protección (IP) de la sutura es una buena opción para evitar el riesgo de algunas complicaciones como la dehiscencia (3-32%) y la morbimortalidad que puede comportar^{1,2}. La IP precisa de otra cirugía para restablecer el tránsito intestinal, que también puede presentar complicaciones^{3,4}, como ocurre con el íleo paralítico (10-32%) debido a la desfuncionalización del intestino excluido por cambios importantes en la mucosa intestinal y en la motilidad. En la actualidad se están empleando métodos como la estimulación del cabo distal (ECD) para mejorar su función absorbente y motora y prevenir complicaciones.

Objetivos

Comparar los resultados de la cirugía de cierre de la ileostomía con ECD con el procedimiento clásico de cierre sin ECD, tras intervención educativa, en cuanto a aparición de íleo, días hasta tolerancia oral completa y días hasta recuperación tránsito intestinal.

Metodología

Estudio prospectivo unicéntrico y comparativo de una serie consecutiva de 45 pacientes sometidos a cierre de ileostomía previa ECD frente a una cohorte histórica de 40 controles no estimulados (NECD), todos ellos intervenidos de Neoplasia de Recto (NR) mediante Resección Anterior Baja (RAB) con Ileostomía de Protección (IP) entre 2013 y 2018. Los datos demográficos y clínicos fueron recogidos retrospectivamente de la historia clínica. Se compara el tiempo de tolerancia oral, necesidad de SNG, inicio



de tránsito y deposiciones, íleo postoperatorio y estancia hospitalaria. Se realiza intervención educativa sobre procedimiento de ECD al paciente de forma ambulatoria para que lo realice en domicilio, con seguimiento virtual hasta la intervención (valoración dificultades con el procedimiento, dolor abdominal, tránsito intestinal, ...) Análisis estadístico y de regresión con Stata 13.1.

Resultados y discusión

Ambos grupos fueron homogéneos en Edad, Sexo, IMC, ASA, cirugías previas, Íleo o complicaciones en general tras la primera intervención, así como en tiempo hasta el cierre de la ileostomía o episodios suboclusivos durante la espera. En el grupo de los ECD se observa un menor tiempo hasta tolerancia oral ($3,4 \pm 2,6$ vs $6,1 \pm 4,4$ días, $p=0,001$), hasta aparición de tránsito intestinal ($2,3 \pm 1,2$ vs $3,3 \pm 1,99$ días, $p=0,006$) y menor necesidad de procinéticos o corticoides [$15,6(4,97-26,2)$ vs $34,2(19,6-48,7)$ %, $p=0,04$]. Finalmente, se observa una menor incidencia de íleo en el grupo de ECD [$20(8,3-31,7)$ vs $41,5(26,4-56,5)$ %, $p=0,03$] y una menor estancia hospitalaria ($6,1 \pm 3,2$ vs $9,2 \pm 5,4$ días, $p=0,002$). Existen algunos estudios con resultados positivos tras realizar la ECD^{5,6,7}, en los que se observa cierta variabilidad en el procedimiento (número de días, frecuencia, composición del producto utilizado,...) por lo que se precisarían más estudios para unificar criterios y poder incluir este procedimiento en las Guías de Práctica Clínica para pacientes sometidos a cierre de ileostomía.

Conclusiones

Los resultados son muy prometedores, la ECD parece un buen recurso para:

- Prevenir el íleo postoperatorio, mejor recuperación, y reducción de la estancia hospitalaria mediante una técnica segura, económica y fácilmente reproducible en nuestro ámbito.

- Puede ser realizada por los propios pacientes en su domicilio asumiendo un papel activo en la prevención de complicaciones y en su recuperación. Las limitaciones de nuestro estudio (no es aleatorizado y los controles no son prospectivos puros) nos anima a seguir investigando en esta línea.



Palabras clave

Paciente Ostomizado. Ileostomía. Estimulación Intestinal. Íleo Paralítico. Educación Terapéutica.

Referencias bibliográficas

- 1- Tortorelli AP, Alfieri S, Sanchez AM. Anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer with mesorectal excision: incidence, risk factors, and management. *Am Surg.* 2015 Jan;81(1):41-7.
- 2- Akesson O, Syk I, Lindmark G, Buchwald P. Morbidity related to defunctioning loop ileostomy in low anterior resection. *Int J Colorectal Dis.* 2012;27:1619–23. <https://doi.org/10.1007/s00384-012-1490-y>!
- 3- Saha AK, Tapping CR, Foley GT, Baker RP, Sagar PM, Burke DA, et al. Morbidity and mortality after closure of loop ileostomy. *Colorectal Dis.* 2009;11:866–71. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2008.01708.x>!
- 4- Filkier Zerkowic B, Codina Cazador A, Farrés Coll R, Olivet Pujol F, Martín Grillo A, Pujadas de Palol M. Morbilidad y mortalidad en relación con el cierre de ileostomías derivativas en la cirugía del cáncer de recto. *Cir Esp*, 84 (2008), pp. 16-19
- 5- Abrisqueta J, Abellan I, Luján J, Hernández Q, Parrilla P. Stimulation of the efferent limb before ileostomy closure: a randomized clinical trial. *Dis Colon Rectum.* 2014 Dec;57(12):1391-6.
- 6- Garfinkle R, Trabulsi N, Morin N, Phang T, Liberman S, Feldman L, et al. Study protocol evaluating the use of bowel stimulation before loop ileostomy closure to reduce postoperative ileus: A multicenter randomized controlled trial. *Colorectal Dis.* 2017;19:1024–9. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.13720>
- 7- Fernández López F, et al. Estimulación preoperatoria del asa eferente de la ileostomía con ácidos grasos de cadena corta. *Cir.Esp.* 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.06.018>.



39

GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO OSTOMIZADO.

Consuelo Martín Romero¹, María Jesús Guijarro Gonzalez², María Luisa Cebrián Batalla³, Ana Martínez Cano⁴, Esther Sanchez Muñoz⁵, Antonia Valero Cardona⁴

¹Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, ²Hospital 12 de Octubre, Madrid, ³Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, ⁴Hospital General universitario de Castellón, Castellón, ⁵Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción

Esta guía surgió en respuesta a las necesidades e inquietudes expresadas por diferentes profesionales sanitarios vinculados a la atención del paciente ostomizado neonatal y pediátrico. Compartimos la opinión de que hay una falta de documentación útil en cuanto al cuidado de estas ostomías. Por esta razón, hemos llevado a cabo el desarrollo de dicho documento

Objetivos

La “Guía de Atención Integral al Niño Ostomizado” tiene como objetivo ser una herramienta eficaz que proporcione información útil y valiosa, para facilitar la toma de decisiones clínicas a los profesionales involucrados en el cuidado de niños portadores de estomas de derivación tanto neonatales como en edad pediátrica.

Metodología

La guía fue desarrollada por un grupo de enfermeras expertas en atención pediátrica. Los miembros llevaron a cabo una revisión exhaustiva de la literatura sobre la evidencia científica más reciente relacionada con pacientes ostomizados neonatales y pediátricos.



Resultados y discusión

La elaboración de un documento actualizado, útil y de consenso que da respuesta a intervenciones de cuidado y vigilancia de complicaciones potenciales que puedan aparecer durante la práctica asistencial de los profesionales que cuidan a pacientes pediátricos ostomizados. Las autoras han evidenciado una falta de consenso y uniformidad en la toma de decisiones con respecto al cuidado del paciente pediátrico ostomizado, como consecuencia, se ha desarrollado una guía que aúna las últimas evidencias científicas de cuidado junto con la opinión de enfermeras expertas, siempre valorando las necesidades especiales de atención y cuidado de estos niños y sus familias. Una parte fundamental de la guía es la estrategia de capacitación a pacientes y cuidadores y el seguimiento de estos niños tras el alta, disminuyendo morbilidad asociada y el estrés de niños y cuidadores.

Conclusiones

La revisión de la evidencia científica nacional e internacional, la experiencia clínica enfermera de cada integrante, junto con la evaluación de riesgos y beneficios de las diferentes alternativas y buen trabajo en equipo ha permitido crear esta guía contribuyendo a mejorar la calidad de la atención sanitaria prestada a niños portadores de un estoma de derivación.

Palabras clave

Estoma, pediatría, cuidados de enfermería, guía, intervenciones de enfermería.

Referencias bibliográficas

1. Ackeley B.J, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
2. Adams, D. A., & Selekof, J. L. (1986). Children with ostomies: Comprehensive care planning. *Pediatric Nursing*, 12(6), 429- 433.
3. Argumga Salazar Y, Fernandez Cordoba MS, Gonzalez Piñera J, Hernandez Auselni E, Baquero Cano M, Median Monton C, Rubio Ruiz A, Martínez Gutiérrez A. Enterocolitis necrotizante y perforaciones intestinales en prematuros de muy bajo peso. ¿Cuál es la mejor opción quirúrgica? *Cir*



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



pediatria 2011;24:142-145 4. Arnsmeier, S. L., & Paller, A. S. (1997). Getting to the bottom of diaper dermatitis. *Contemporary Pediatrics*, 14(11), 115- 129. 5. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2001). Evidence-based clinical practice guideline: Neonatal skin care. Washington, D.C.: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. 6. Bergevin, C. (1997). A tip on better application of paste on pediatric appliance. *CAET Journal*, 16(4), 31. 7. Boarini, J. H. (1989). Principles of stoma care for infants. *Journal of Enterostomal Therapy*, 16(1), 21-25. 8. Brown, K. C., & Ricketts, R. R. (1994). Current management of the neonatal patient with an ostomy. *Progressions*, 6(3), 3-16. 9. Bryant, R. A., & Buls, J. G. (1992). Pathophysiology and diagnostic studies of gastrointestinal tract disorders. In B. G. Hampton, & R. A. Bryant (Eds.), *Ostomies and continent diversions: Nursing management* (pp. 299-348). St. Louis, MO: Mosby. Por problemas de espacio de caracteres, consultar la guía para obtener toda la bibliografía completa



40

DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN DE UN SISTEMA MÓVIL PARA LA EVALUACIÓN DE LA AFECTACIÓN DEL MEDICAMENTO EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.

Pilar Urios Valero¹, Clara Isabel Cabrera Martín², Montserrat Catalina Pascual³, Milagros González Calles⁴, María Martín Carrasco⁵

¹Enfermera estomaterapéuta. Hospital Universitario Torrejón. Madrid, ²Enfermera estomaterapéuta. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca, ³Enfermera estomaterapéuta y supervisora. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid, ⁴Enfermera estomaterapéuta. Hospital Virgen de la Cocha. Zamora, ⁵Enfermera estomaterapéuta y enfermera de CGD. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Mostoles. Madrid.

Introducción

Las aplicaciones de salud son herramientas digitales que generan importantes beneficios tanto para pacientes como para profesionales del sector sanitario. Ostomecum en su versión digital es una herramienta que permite acceder a información farmacológica concreta de forma rápida, ya que en pacientes ostomizados la absorción de medicamentos puede verse alterada. Esta App se basa en una guía farmacológica diseñada para valoración del empleo y de posibles efectos secundarios del tratamiento vía oral empleado en pacientes ostomizados, con análisis de farmacodinamia, farmacocinética y efectos adversos. En el tríptico se detalla la aplicación, como acceder y realizar búsqueda de medicamentos clasificados por principio activo, nombre comercial, grupo terapéutico o grado de recomendación, estableciendo canales de comunicación directos entre profesional sanitario-paciente o sanitario-sanitario.

Objetivos

- Dar a conocer la nueva herramienta y sus beneficios a los profesionales implicados en el cuidado del paciente ostomizado.
- Ayudar a la toma de decisiones compartida en materia farmacológica.
- Dar respuesta a preguntas por parte del usuario, tales como qué es Ostomecum, para que sirve, porque es necesario, que medicamentos estudia, como buscar, que parámetros estudia, que me aporta y conclusiones.



Metodología

1. Se seleccionan los principios activos de administración oral más utilizados según la AEMPS.
2. Estos principios activos se dividen para su desarrollo entre 17 estomaterapeutas que conforman el grupo de trabajo.
3. Cada enfermera realiza un análisis de estos atendiendo a los factores que influyen en la absorción del medicamento en el paciente ostomizado: alteración del tránsito intestinal y absorción en el tracto intestinal.
4. Se presenta la información recopilada a la unidad de farmacia de cada hospital.
5. Se realiza una revisión global por la unidad de Farmacia del Hospital Universitario Puerta de Hierro.
6. Revisión global realizada por la Universidad Francisco de Vitoria.
7. Conceptualización de la APP.
8. Diseño gráfico, programación (algoritmos de funcionamiento de la app) y accesibilidad.
9. Elección de mensajes claves para mejor comprensión.
10. Creación del tríptico Osteomecum.

Resultados y discusión

1. El resultado es la elaboración de un tríptico para dar difusión a esta APP, permitiendo hacer llegar esta herramienta y sus beneficios a todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente ostomizado, fomentando la toma de decisiones compartida en materia farmacológica. Este grupo de enfermeras recomienda seguir las indicaciones en cuanto a manejo de la APP Osteomecum para obtener una máxima optimización en su uso y beneficiarse de todos sus recursos disponibles. Esta herramienta permite seguir las recomendaciones de la RNAO basadas en la evidencia científica en materia farmacológica con revisión del perfil farmacológico del paciente ostomizado.

Conclusiones

El nuevo tríptico, cumple sus objetivos como método de difusión e instrucciones de uso de la aplicación Osteomecum como herramienta digital on line.

Palabras clave

Ostomía. APP. Farmacología.



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Referencias bibliográficas

1. Sain, ML et al. Problemas de utilización de medicamentos en pacientes enterostomizados. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2003; (26 (3): <https://recyt.fecyt.es//index.php/ASSN/article/view/5078/4309> (acceso febrero 2015).
2. Qing-Qing Wang, et al. Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. JO - Journal of Clinical Nursing: 2018.
3. A Mobile Health Application to Track Patients After Gastrointestinal Surgery: Results from a Pilot Study. Symer MM, Abelson JS, Milsom J, McClure B, Yeo HL. J Gastrointest Surg. 2017 Sep;21(9):1500-1505. doi: 10.1007/s11605-017-3482-2.
4. Saladrigas MV. El sistema de clasificación ATC de sustancias farmacéuticas para uso humano (The Anatomical, Therapeutic, Chemical Clasification System). Panace@. Vol V, nº15. Marzo 2004.
5. Pradillo Garcia P. Farmacología en enfermería. Acción y mecanismo de acción de los fármacos. Cap.3. Pag 73-83.



41

CONCLUSIONES Y LINEAS ESTRATEGICAS EN RELACION AL ÁMBITO ASISTENCIAL DE LA ESTOMATERAPIA EN CATALUÑA.

Maria Antonia Viñals Sala¹, Esperanza Villalba Vinagre², Olga Silva Gómez³

¹Hospital de Mataró (Bcn), ²H. De Sant Joan D'espí Moises Broggi, ³Hospital General de Granollers.

Introducción

La mejora constante en las prestaciones asistenciales a los ostomizados para contribuir en la mejora de su calidad de vida, es uno de los fines perseguidos por los profesionales . (1) Sin embargo, se evidencia una falta de información en el campo de la ostomía por falta de registros y por la gran variabilidad en la asistencia sanitaria en España. Por ello, se ha realizado un estudio riguroso que analiza la situación actual, definiendo las problemáticas existentes y estableciendo estrategias necesarias a poner en marcha para solventar estas deficiencias enfocando como centro de atención al paciente ostomizado.

Objetivos

General: •Conocer las fortalezas y debilidades de la situación actual de la ostomía en

Cataluña. Específicos: •Dar visibilidad a la situación de la ostomía en Cataluña.

•Analizar la atención de estos pacientes y la dotación de recursos humanos y materiales.

•Establecer líneas de investigación

Metodología

El estudio del Libro Blanco de la Ostomía, se ha llevado a cabo, de 2015 a 2017, mediante una revisión bibliográfica en las bases de datos: CUIDEN, Medline, Pubmed..., un estudio Delphi con 79 enfermeras estomaterapéutas (ET's), junto a una encuesta de opinión, a través de un cuestionario de elaboración propia y auto administrado con una muestra de 220 pacientes, ostomizados/familiares, 120 coloproctólogos y 82 urólogos.



Resultados y discusión

Cataluña ha sido la primera CCAA en iniciar en el año 2000 el programa de detección precoz del cáncer colorrectal, actualmente implementado en todo el territorio(2) . Además, dispone de 47 Consultas de Estomaterapia, con un ratio de 5,96 por millón de habitante, siendo el mejor de toda España. Aun así, no existe un registro fiable del número total de pacientes ostomizados ni existen indicadores estandarizados para medir la calidad asistencial. Por otro lado, no hay establecido ningún ratio de enfermera/ pacientes ostomizados/ tiempos de consulta. Y falta reconocimiento académico y profesional y definir competencias de las enfermeras Expertas Estomaterapéuta. Según los resultados, en un 10% de las cirugías programadas y un

90% de las urgentes, no se realiza el marcaje preoperatorio del estoma(3) , intervención propia de la ET. En cuanto a los pacientes, la mayoría no pertenecen a Asociaciones, ni se utiliza la figura del Paciente Experto ni la Escuela de Pacientes(4). DISCUSIÓN Los resultados obtenidos nos facilitan el conocimiento de los puntos fuertes de Cataluña y también los puntos débiles que nos indican los futuros objetivos de estudio y de trabajo. Llama la atención que habiendo un ratio de consultas de ostomías muy alto aún no exista un registro unificado del paciente ostomizado, ni una definición clara de las competencias propias de la ET. A su vez, los pacientes deberían ser animados a asociarse o crear escuelas de pacientes(5).

Conclusiones

El análisis y la reflexión de los resultados obtenidos de las encuestas y tras la realización de la búsqueda bibliográfica, han permitido identificar las carencias, así como la falta de registros en el campo de la ostomía que hay actualmente en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Este estudio deja abierto un abanico de posibilidades con las que acometer las mejoras de la situación de la Estomaterapia

Palabras clave

Paciente Ostomizado, Calidad Asistencial, Estomaterapeuta.



Referencias bibliográficas

- (1) Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Cuidado y manejo de la ostomía, [Internet]. Toronto, Canadá:RNAO;2009 [acceso 20 jul 2017] Disponible en http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf (2) Objectius i funcionament [Internet]. Programa de Detecció de Càncer de Còlon i Recte de Barcelona.2018. Disponible en: <http://www.prevenicacolonbcn.org/ca/comofunciona/objetivos-y-funcionamiento/> (3) Mckenna LS, Taggart E, Stoelting J, Kirkbride G, Forbes GB. The Impact of preoperative stoma marking on health-related quality of life: a comparative cohort study. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2016; 43 (1): 57-61 (4) Martín Muñoz B, Panduro Jiménez RM, Crespillo Días Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Index Enferm.2010.19(2-3): 115-19 (5) Piwonka M, Merino J. A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs. 1999; 26 (6): 298-305.



42

PROGRAMA DE IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN OSTOMÍAS PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA COLORECTAL

Ana María Alho Ventureira, Carmen María Tilve Alvarez, Catalina Bouzón Toja, Iria María Basadre Rabuñal, Gema Carro Díaz, Elena Ares Aradas.

Hospital A Coruña.

Introducción

En el año 2017 se le ofreció a la EOXI de A Coruña participar en la 3ª cohorte para implantar la Guía de Buenas Prácticas Clínicas en Ostomías basada en la RNAO. Debido al aumento de incidencia de pacientes ostomizados, la disminución de la estancia hospitalaria y la variabilidad de personal eventual; decidimos plasmar el proceso en este póster con imágenes que resulten prácticas y ayuden al equipo de enfermería a dar la atención óptima al paciente y/o cuidador.

Objetivos

Dar a conocer la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de Ostomías al personal de enfermería. Formar al personal de nueva incorporación para la formación del paciente y evaluación del estoma. Trabajar todo el personal con los mismos criterios.

Metodología

Después de reunirnos todo el personal de enfermería (incluida estomaterapeuta), llegamos al consenso de plantearnos objetivos diarios de formación al paciente/cuidador y lo representamos con un pictograma secuencial.



Conclusiones

Mejora la adaptación del personal eventual en la unidad Favorece la confianza del paciente porque recibe la misma información por parte de todo el personal. Mejora el cuidado y formación del paciente ostomizado reciente.

Palabras clave

Ostomía, Enfermera, Guía, Cuidados, Información, Enseñanza.

Referencias bibliográficas

Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Cuidado y manejo de la Ostomía. RNAO, 2009. Subirana M. Impacto tras la implantación de una guía de buena práctica clínica: "Cuidado y manejo de la ostomía". ENFURO. 2015;129:10-11 Galvao Queiroz C, Souza Freitas L, Pinheiro de Medeiros L, Medeiros Melo M, De Andrade R, Fernández Costa I. Caracterización de ileostomizados atendidos en un servicio de referencia de ostomizados. Enferm. Global –Esp-.2017;16(46):1-36 Gómez del Río n, Mesa Castro N, Caraballo Castro C, Farina Rodríguez A, Huertas Clemente M, Gutiérrez Fernández Y. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE revista de enfermería. 2013; 7:3.



43

LA IRRIGACIÓN TRANSANAL MECÁNICA Y LA ESTIMULACIÓN PERCUTÁNEA DEL NERVIJO TIBIAL COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME MAYOR DE RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO Y ALEATORIZADO.

Ione Labaka Arteaga^{1,2}, José María Enríquez-Navascués³, M^a José Arriaga Irure⁴, Marta Artola Etxeberria⁵, Lourdes Bengoetxea Istillarte⁵, Ignacio Aguirre-Allende⁵

¹H. Universitario Donostia -Osi Donostialdea, ²Donostia-San Sebastian, ³H.

Universitario Donostia. Osi Donostialdea, ⁴H. Universitario Donostia. Osi Donostialdea, ⁵

H. Universitario Donostia Osi Donostialdea

Introducción

Tras la cirugía de cáncer de recto con preservación esfinteriana, hasta un 70% de los pacientes desarrollará un Síndrome de Resección Anterior (SRA) caracterizado por una disfunción intestinal y defecatoria, condicionando la calidad de vida de los pacientes. No existe un tratamiento estándar para el SRA.

Objetivos

Determinar la capacidad de la Irrigación Transanal (ITA) y de la Estimulación del Nervio Tibial Posterior (ENTP) para mejorar el SRA, considerando como clínicamente relevante lograr descender una categoría en la escala LARS (Low Anterior Resección score), validada para cuantificar el SRA; en al menos el 50% de los pacientes. Objetivos secundarios, valorar el efecto de ambas intervenciones sobre la incontinencia fecal, disfunción defecatoria, calidad de vida y valoración global subjetiva de la terapia.

Metodología

Ensayo clínico aleatorizado, controlado, abierto y paralelo con una razón de asignación

1:1 (ITA:ENTP), generada mediante ordenador y enmascarada. Se incluyeron pacientes con un LARS >29 puntos e intervenidos con más de un año de anterioridad, que carecían de criterios de exclusión y que firmaron su consentimiento. Se analizaron las escalas de medida LARS (síndrome de resección anterior),



VAIZEY (incontinencia fecal), ALTOMARE (disfunción defecatoria), EORCT-QLQ-C30 (calidad de vida) y VAS (valoración global subjetiva) basales y a los 12, 18 y 24 semanas del tratamiento. El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución. El ensayo fue registrado (ISRCTN 18237643).

Resultados y discusión

Fueron aleatorizados 25 pacientes (13 ITA y 12 ENTP). Ambos grupos fueron similares respecto factores de confusión. 7/10 bajan de categoría LARS con ITA, 6 de ellos a NO LARS y 4/12 con ENTP, 2 de ellos a NO LARS. En ambos grupos bajó la mediana de LARS, con ITA de 36 (IQR 33-39) a 15 (IQR 4-32) ($P=0,012$), con ENTP de 34 (IQR 34-35) a 29 (IQR 25-34) ($P=0,074$). La mediana de Vaizey disminuyó en ambos grupos. Con ITA de 13 (IQR 11-17) a 8 (IQR 4-7) ($P=0,028$) y con ENTP de 14 (IQR 8-12) a 9 (IQR 6-10) ($P=0,032$), sin embargo sólo en el grupo ITA ésta disminución fue superior al 50%. No modificaciones en escala Altomare. Dicha escala quizás no se ajusta a las necesidades de medida de la disfunción defecatoria. En ambos grupos se observó mejoría en las 3 subescalas de la calidad de vida estudiadas.

Conclusiones

Ambas intervenciones disminuyen la puntuación LARS pero solo con ITA se alcanza el objetivo principal. Ambas mejoran la puntuación de incontinencia fecal, solo ITA logra relevancia clínica.

Palabras clave

Síndrome de Resección Anterior de recto, Escala LARS, Irrigación Transanal, Estimulación Nervio Tibial Posterior, Calidad de vida.

Referencias bibliográficas



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



- Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg.* 2012; 255: 922-928
- Carrillo A, Enríquez-Navascués JM, Rodríguez A, y cols. Incidencia y caracterización del síndrome de resección anterior de recto mediante la utilización de la escala LARS (low anterior resection score). *Cirugía Española.* 2016; 94(3): 137-143
- Altomare DF, Picciariello A, Ferrara C, y cols. Short term outcome of percutaneous tibial stimulation for low anterior resection syndrome: results of a pilot study. *Colorectal Dis* 2017; 19: 851-856
- Mertellucci J, Sturiale A, Bergamini C, y cols. Role of transanal irrigation in the treatment of anterior resection syndrome. *Techniques in Coloproctol.* 2018; 22: 519-527



44

ASESORAMIENTO A LA FAMILIA EN OSTOMÍA COMPLICADA ANTES DEL ALTA HOSPITALARIA. CASO CLÍNICO.

Belén Pascual de la Fuente, Rosa María Llorente Herranz.

Hospital General de Segovia, Segovia.

Introducción

En términos generales, en España, las unidades de Coloproctología no se plantean, sin contar con la presencia de una enfermera estomaterapeuta. Aun así, todavía encontramos hospitales en los que los cuidados especializados para estos pacientes están por desarrollar, teniendo unas cifras del 35% de hospitales que no tienen acceso a dicha atención especializada. Presentamos el siguiente caso clínico: Paciente de 81 años, con diagnóstico de sarcoma de partes blandas a nivel rectal avanzando se desestima intervención quirúrgica por la gran extensión de la neoplasia. Cursa con suboclusión intestinal por lo que se decide realizar colostomía en asa paliativa de descarga. Tras buena evolución postoperatoria y colostomía funcionante, es dado de alta a los 8 días de intervención, sin recibir ningún tipo de educación sanitaria acerca del cuidado y manejo de su estoma. Se le proporciona únicamente dispositivos inadecuados para su ostomía. Intervención realizada en hospital privado y en otra provincia distinta a su domicilio. ¿Cómo llegan a contactar con una estomaterapeuta los familiares del paciente? La hija del paciente es profesional sanitario y conoce la existencia de la consulta especializada en ostomías y heridas. Pide valoración de su padre porque se siente desbordada ante el desconocimiento del manejo y la mala evolución de la ostomía.

Objetivos

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



Metodología

Caso clínico. Estudio observacional descriptivo.

Resultados y discusión

• Con dispositivos y accesorios adecuados se consigue la cicatrización total de la piel periestomal. • Con la utilización de dispositivos adecuados evitamos la progresión de la dehiscencia y se consigue el control de la infección. • La familia colabora y es capaz de abordar adecuadamente el manejo del estoma de forma autónoma. • La familia y paciente abordan la situación con mayor tranquilidad, por su autonomía y saber a quién acudir si necesitan ayuda. DISCUSIÓN 1- 19/11/18 (El tamaño es 85mm x 20 mm aprox) Ostomía hundida, con dermatitis periestomal, puntos desprendiéndose se realiza desbridamiento de zona desvitalizado margen izquierdo, con apósito de cura en ambiente húmedo, sellado con pasta. ACCESORIOS UTILIZADOS: Polvos secantes (gestión de exudado), pasta hidrocoloide, aros convexos adaptados a la medida del estoma. DISPOSITIVO: Sistema dos piezas 90mm. Por último sellado con pasta. 2- 22/11/18 Mejora de dermatitis. Retirada de puntos para evitar desgarró, resto de cura igual a la previa 3- 24/11/18 Retirada del resto de puntos, cura igual, paso a dispositivo de 70 mm 4- 3/12/18 7/1/19 No dermatitis medidas (60 x 2.5 mm) Ya no precisa utilización de polvos secantes, resto cura igual 5- 19/1/19 (55MMX25MM) Piel íntegra, colostomía ligeramente hundida, pasta para relleno y sellado, con dispositivo de 1 pieza convex.

Conclusiones

Los pacientes y familia con una ostomía necesitan una adecuada educación sanitaria antes del alta hospitalaria, pues el desconocimiento de un adecuado manejo les genera una enorme ansiedad y complicaciones evitables. Además, es necesario dar información sobre a quién tiene que acudir, proporcionar material adecuado e informar dónde y cómo conseguirlo tras el alta. La consulta especializada en ostomía es coste- efectiva, reduce el coste sanitario y mejora la calidad de vida del paciente ostomizado.



Palabras clave

Ostomía, estomaterapeuta, intervenciones, cuidado

Referencias bibliográficas

De Frutos Muñoz R et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de Enfermería* 2011; 14(2): 24-31 Gómez del Río, N., Mesa Castro, N., Caraballo Castro, C., Fariña Rodríguez, A., Huertas Clemente, M., Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE, Revista de Enfermería*, 7 (3). Disponible en: [file:///C:/Users/ESNW/Downloads/279-1161-](file:///C:/Users/ESNW/Downloads/279-1161-2-PB.pdf)

2-PB.pdf Bodega Urruticoechea, C et al. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE, Revista de Enfermería*. Agosto, 2013; 7(3) García Jiménez, A. Cuidados de Enfermería en Pacientes Ostomizados. Madrid. 2011. Disponible en: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2- cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/1F0085C5-F722-4EFD-9BC1-03DCA0648AAB/0b9a493d-2590-45b3-9e53-09daa9d006f5/Cuidados_Enfermer%C3%ADa_Pacientes_Ostomizados.pdf



45

CALIDAD PERCIBIDA DEL PACIENTE OSTOMIZADO EN LA RED SANITARIA NACIONAL

Ana M^a Gonzalez Buenadicha¹, M^a Inmaculada Perez Salazar²

¹AOMA - Asociación de ostomizados de Madrid, ²Hospital Universitario de la Princesa - Madrid –

Introducción

Estomaterapeutas del territorio nacional hemos llevado a cabo la elaboración del primer “Libro Blanco de la Ostomía en España” con el fin de establecer la hoja de ruta y estrategias a planificar en la atención al paciente ostomizado y, de esa manera, poder mejorar su calidad de vida.

Objetivos

Conocer la opinión de las personas ostomizadas en la atención recibida por el Sistema Nacional de Salud Público y Privado, unido a su grado de satisfacción.

Metodología

El estudio se ha llevado a cabo, entre 2015-2017, mediante una revisión bibliográfica, un Delphi en el que se ha contado con 79 enfermeras estomaterapeutas, en combinación con una encuesta de opinión, a través de un cuestionario de elaboración propia y autoadministrado con una muestra de 220 pacientes, ostomizados/familiares, 120 coloproctólogos y 82 urólogos.

Resultados y discusión

Existe una gran desigualdad en la atención sanitaria que se ofrece a los pacientes ostomizados, por parte de la enfermera experta, dependiendo de la Comunidad Autónoma donde sean atendidos. La percepción de la atención recibida está ligada al proceso de información, junto con la formación del profesional que atiende al paciente ostomizado. Durante el tiempo de la investigación, se compararon diferentes estudios cuasi-experimentales, cuantitativos, entrevistas telefónicas y online. En todos ellos, se analiza la percepción



del paciente desde diferentes puntos de vista desde la asistencia y gestión percibida junto con las propuestas de mejora.

Conclusiones

Los pacientes ostomizados demandan asistencia sanitaria por Enfermera Estomaterapeuta en todos los hospitales o disponer de hospitales de referencia que proporcionen este cuidado experto. A su vez, piden listas de espera más cortas, y aumento en la formación del profesional que atiende al paciente ostomizado. Asimismo, reclaman más información al paciente durante el proceso pre y postoperatorio, junto con el seguimiento al alta.

Palabras clave

Consulta de Ostomías, Formación de la Estomaterapeuta, Información al Paciente Ostomizado, Calidad de Vida del Ostomizado.

Referencias bibliográficas

Bonill-de las Nieves C et al. Ostomy Patients' perception of the health care received. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017; 25:e2961 International Ostomy Association [Internet]. Charter of Ostomates' Rights. Canadá: International Ostomy Association. (2007) [cited 2018 Mar 10]. Disponible en: <http://www.ostomyinternational.org/aboutus.htm> Cheng F, Meng AF, Yang LF, Zhang. YN. The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. Ostomy Wound Manage. 2013; 59(7):35-8 Almendárez-Saavedra JA, Landeros-López M, Hernández-Castañón MA, Galarza-Maya Y, Guerrero-Hernández MT. Self-care practice of Ostomy patients before and after nursing's educational intervention. Rev Enferm IMSS. 2015;23(2):91-8



46

ESTUDIO QUASIEXPERIMENTAL PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LA UTILIZACIÓN DE PROBIÓTICOS EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS.

Eva Pueyo Soler.

Hospital Universitario General de Catalunya- Quirón Salud (Sant Cugat del Vallés- Barcelona).

Introducción

Dada la evidencia científica que ha aparecido en los últimos años entre los Probióticos y la mejora de la flora intestinal, hacemos extensible éste tratamiento a pacientes portadores de Colostomía con la finalidad de mejorar su hábito intestinal y así su calidad de vida.

Objetivos

- Evaluar el impacto del tratamiento con Probióticos en pacientes Colostomizados de la Unidad de Estomaterapia del Hospital Universitario General de Catalunya-Grupo Quirón salud. Objetivos secundarios: -Evaluar los cambios en la frecuencia del cambio de bolsa de colostomía antes y después del tratamiento con Probióticos. -Evaluar la consistencia de las heces antes y después del tratamiento con Probióticos. - Evaluar la Calidad de vida mediante cuestionario (Stoma-Qol) antes y después del tratamiento con Probióticos. -Evaluar el grado de confort (disminución de distensión / dolor abdominal y de gases) antes y después del tratamiento con Probióticos.

Metodología

1. Diseño: Estudio quasiexperimental longitudinal con medidas antes y después. 2. Criterios de selección: pacientes de la Unidad de Estomaterapia, mayores de 18 años, portadores de Colostomía y sin alergia / intolerancia a los Probióticos y acepten participar en el estudio. Muestra de conveniencia de 30 pacientes. 3. Variables de estudio: Calidad de vida (cuestionario Stoma-Qol), frecuencia de cambio de bolsa, consistencia de las heces (Escala Bristol) y grado de confort (disminución de distensión, dolor abdominal y gases) 4. Procedimiento: Pacientes que acudan a la unidad y que cumplan criterios de inclusión, se les hará



entrega del cuestionario Stoma-Qol y un cuestionario ad-hoc de 13 ítems con preguntas sobre frecuencia del cambio de bolsa, consistencia de las heces (Escala Bristol) y grado de confort (disminución de distensión, dolor abdominal y gases) con escala de respuestas tipo Likert del 1 al 5. Se pautará el tratamiento Probióticos y nuevo control y entrega de los mismos cuestionarios a las 4, a las 8 y 12 semanas desde el inicio del tratamiento.

Resultados y discusión

Presentación de los resultados obtenidos después de la primera visita de control tras las 4 semanas de tratamiento.

Conclusiones

Se espera una mejora de los parámetros de estudio en los pacientes Colostomizados en base a la evidencia sobre el tratamiento de los Probióticos. No se han hallado estudios referentes al uso de los Probióticos en este tipo de paciente.

Palabras clave

-Colostomía -Probióticos -Calidad de vida y Confort

Referencias bibliográficas

1.Olveira Gabriel; Gonzalez-Molero Inmaculada. Actualización de Probióticos y simbióticos en nutrición clínica. *Endocrinol Nutr.* 2016; 63(9):482-494 2.Krokowicz Lukasz; Bobkiewicz Adam; Borejsza-Wysocki Maciej; Kuczynska Barbara; Lisowska Aleksandra; Skowronska-Piekarska Urszula et al. A Prospective, Descriptive Study to Assess the Effect of Dietary and Pharmacological Strategies to Manage Constipation in patients with Stoma. *Ostomy Wound Management.* 2015; 61(12):14-22 3. Collado, Eladio J.; García, Pedro. Validación de un cuestionario específico de Calidad de Vida con una muestra de pacientes colostomizados o ileostomizados. *European Journal of Health Research, [S.l.].*2015; 1(3): 107-118.



47

LA REALIDAD DE LA CONSULTA PREOPERATORIA DE ESTOMATERAPIA EN ESPAÑA. “UNA FOTOGRAFÍA EN TRANSICIÓN”. ESTUDIO CUANTITATIVO.

José Antonio García García^{1,2}, Cristina Quiñones Sánchez³, María Victoria Herrero Guardado⁴,
María del Carmen Agudo Arcos⁵, María Assumpta Alier Vila⁶

¹Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla. Tarragona, ²Facultad de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, ³Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona, ⁴Hospital General de Granollers. Granollers. Barcelona, ⁵Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona, ⁶Hospital Universitari de Vic. Vic. Barcelona.

Introducción

Una de las prestaciones que se llevan a cabo en las consultas de estomaterapia, sobre todo tras la incorporación de protocolos de rehabilitación multimodal, es la visita preoperatoria de la persona que le van a practicar una ostomía de eliminación. El acto quirúrgico supone una agresión y afecta a la persona como ser bio-psico-social, minimizar su impacto es básico para mantener la calidad de vida. Una visita preoperatoria con intervenciones efectivas asegura un manejo perioperatorio óptimo y garantiza la seguridad de la persona.

Objetivos

- Identificar las intervenciones que realiza la estomaterapeuta en la visita preoperatoria en España.
- Conocer el grado de acuerdo de la estomaterapeuta con las intervenciones que deberían formar parte de la visita preoperatoria identificadas en la bibliografía.

Metodología

Diseño: Estudio cuantitativo observacional, transversal y descriptivo. Ámbito: Consultas de estomaterapia de España Población y muestra: Todas las estomaterapeutas de España. Recogida de datos: Cuestionario on line autoadministrado elaborado ad hoc, validado por expertos mediante la técnica Delphi. Variables



principales del estudio: Perfil demográfico, estructura de la visita preoperatoria e intervenciones que se realizan. Grado de acuerdo para cada intervención propuesta en la visita preoperatoria según escala Likert
Análisis: Análisis descriptivo de la muestra. Medidas de tendencia central, dispersión y tablas de frecuencia (paquete estadístico SPSS 21 para Windows, licencia URV).

Resultados y discusión

Se obtuvo una muestra de 86 cuestionarios, lo que representa el 71,6% de las consultas de estomaterapia en España. En el 89,2% de los casos se realizó la visita preoperatoria a personas que se les iba a practicar una ostomía de eliminación, el 78,4% se efectuó entre 1 y 2 semanas antes de la intervención con una duración media entre 30 y 60 minutos (84,9%), el 48% afirmó no contar con el tiempo suficiente; tan solo en un 17% se programó más de una sesión. Las Estomaterapeutas realizaron intervenciones en las siguientes dimensiones: Información procesal en el preoperatorio (81%) y postoperatorio (86%). Información sensorial en el preoperatorio (93%) y postoperatorio (63%). Valoración y asesoramiento del estado físico (43%) y emocional (74%). Intervenciones relacionadas con la ostomía (85%) y la seguridad de la persona en el proceso (36%). Todas las intervenciones propuestas obtuvieron el grado de acuerdo o totalmente de acuerdo (entre el 71-100%) respecto a que deberían formar parte la visita preoperatoria.

Conclusiones

Existen diferencias entre las intervenciones que se llevan a cabo en la visita preoperatoria en España. Se observa disociación entre las intervenciones que deberían formar parte de la visita preoperatoria y las que realmente se realizan. Nueva línea de investigación: Conocer desde la vivencia de la persona sus necesidades en relación a las intervenciones de la visita preoperatoria en estomaterapia.

Palabras clave

Visita preoperatoria, Estomaterapia, Enfermería, Intervenciones, Ostomía.



Referencias bibliográficas

- Ruiz-López, E., Muñoz-Cuevas, J. H., Olivero-Vásquez, Y. I., & Islas-Saucillo, M. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63(4), 231-236.
- Burch J. Preoperative care of patients undergoing stoma formation: what the nurse needs to know. *Nurs Stand*. 2017 May 3;31(36):40-43. doi: 10.7748/ns.2017.e10161.
- Alvarez, H. R. P., & Jiménez, D. T. (2008). Calidad de la visita preoperatoria de la enfermera quirúrgica. *Horizonte sanitario*, 7(1), 21-28.
- Goldblatt J, Buxey K, Paul E, Foot-Connolly R, Leech T, Bell S. Study on the time taken for patients to achieve the ability to self-care their new stoma. *ANZ J Surg*. 2018 Jun;88(6):E503-E506. doi: 10.1111/ans.14195. Epub 2017 Oct 5.
- Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*. 1997 Apr;40(4):440-2.
- Doñate Marín, M., Litago Cortés, A., Monge Sanz, Y., & Martínez Serrano, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180.
- Walker K, Watkins R, Newman S, Pullen J, Osborne D, Milton S, Davies T. Sharing the results of a patient satisfaction audit. *Br J Nurs*. 2018 Mar 8;27(5):S4-S14. doi: 10.12968/bjon.2018.27.5.S4.
- Libro Blanco de la ostomía en España. Coloplast Productos Médicos, S.A 2018.



48

FORMACIÓN Y COMPETENCIAS QUE DEBE ADQUIRIR LA ENFERMERA ESTOMATERAPEUTA: LIBRO BLANCO DE LA OSTOMÍA EN ESPAÑA

*Isabel Jimenez Lopez¹, Maria Silvia Olivero Corral², Alejandra Mena Soto³, Francisca Cordon Franco⁴,
Rosario Rocio Martagon Moreno⁵, Jose Luis Cobos Serrano⁶*

*¹H.M.Q. Ciudad de Jaen. Jaen, ²Hospital de la Linea de la Concepcion. Cadiz, ³Hospital Civil de Malaga.
Malaga, ⁴Hospital Punta de Europa. Algeciras, ⁵Hospital Comarcal La Merced. Osuna, ⁶Consejo General de
Enfermeria. Madrid.*

Introducción

La formación en el ámbito laboral hace referencia a un conjunto de enseñanzas cuyo objetivo principal es capacitar a las personas para el desempeño de una actividad profesional. Cuando hablamos de competencia profesional, nos referimos a una combinación de conocimientos, de un saber hacer, de experiencia y de comportamientos ejercitados en un contexto de trabajo concreto. El Libro Blanco de la ostomía ofrece una fotografía actual sobre la situación de la ostomía en España. En uno de sus capítulos aborda la formación de las enfermeras estomaterapeutas y establece una comparativa con la situación de la formación a nivel internacional, para determinar cómo se encuentra actualmente y cómo debería ser la formación de las futuras enfermeras estomaterapeutas. Es necesario, además de definir y homogeneizar la formación, establecer de forma conjunta para todas las Comunidades cuáles son las competencias profesionales de la estomaterapeuta en todos los niveles asistenciales.

Objetivos

Este trabajo trata de resumir la visión que tienen las propias estomaterapeutas y otros profesionales relacionados con la ostomía (cirujanos, urólogos y coloproctólogos) sobre el nivel de formación actual y las competencias que debe adquirir para un desempeño eficiente. Se analiza además la proyección de futuro, a través de una revisión del contenido del libro blanco de la ostomía que aborda el tema con un estudio en profundidad en el que participan profesionales de todas las Comunidades.



Metodología

El estudio se ha llevado a cabo, entre los años 2015-2017, mediante una revisión bibliográfica, un Delphi en el que se ha contado con 79 enfermeras estomaterapeutas, en combinación con una encuesta de opinión, a través de un cuestionario de elaboración propia y autoadministrado con una muestra de 220 pacientes, ostomizados/familiares, 120 coloproctólogos y 82 urólogos.

Resultados y discusión

En España, la regulación actual de la especialización en Enfermería no contempla la posibilidad de realizar los estudios para formarse como estomaterapeuta a través de una Especialidad. La formación llega mediante cursos de Experto o Máster de Título Propio, impartidos en Universidades. Los profesionales opinan que la formación actual en Grado de Enfermería y de las enfermeras generales es escaso, y que es fundamental la definición de competencias.

Conclusiones

La revisión bibliográfica y el análisis y la reflexión de los resultados, permiten contemplar la importancia de ampliar la formación en ostomías a enfermeras de cuidados generales y, a su vez, de establecer la especialidad de enfermería en estomaterapia con formación mínima universitaria y formato asimilable al de una especialidad, bien a través de Diploma de Acreditación o Diploma de Acreditación Avanzada.

Palabras clave

Formación, Competencia Profesional, Estomaterapeuta.



Referencias bibliográficas

Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Definición de Enfermería [Internet]. Ginebra: CIE; 1987. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 denoviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) nº 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI») Decreto de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. BOE nº 363, (29 de diciembre de 1953) Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE N°200, (22 agosto 1977) Cobos Serrano JL. Desarrollo y Validación de un cuestionario que permita medir las diferentes dimensiones de la profesión de Enfermería en España [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2016. Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Enfermería. BOE N°50 (27 febrero 2008) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE N°280 (22 noviembre 2003) Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE N°108 (6 mayo 2005 Real Decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada. BOE 179. 28 de julio de 2015.



49

VALIDACIÓN ACTIVA DE LA TARJETA AYUDA VERIFICACIÓN DEL PACIENTE (TAVAP)

Maria Elena Jimenez Carro¹, Maria Concepción González Lluva², Maria Yolanda López Reyuelta³, Purificación Pazos Ramos¹, Ana Isabel Redondo Alvarez⁴, Maria Isabel Riobos Serrano⁵

¹Hospital Gregorio Marañón. Madrid, ²hospital Gregorio Marañón, ³Fundación Jimenez Díaz. Madrid, ⁴hospital 12 De Octubre. Madrid, ⁵hospital La Paz. Madrid.

Introducción

En la actualidad, entendemos que la humanización de cuidados va en el sentido del empoderamiento del paciente. Convertirlo en centro del sistema, supone realizar una escucha activa y empática, fomentando que participe de manera activa en el proceso de toma de decisiones de las organizaciones y en la planificación, desarrollo y evaluación de su plan de cuidados. Por este motivo, decidimos contar con su participación en la validación de esta herramienta.(1,2,6,7) Ante la necesidad de tener constancia, en todo momento, de la educación sanitaria que recibe durante su hospitalización un paciente al que se le ha realizado una ostomía reciente, y con el fin de asegurarnos que ha adquirido al alta los conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado de su estoma se elabora TAVAP.(4-6)

Objetivos

-Convertir al paciente en parte activa en la validación de TAVAP -Justificar la necesidad del uso durante el ingreso hospitalario del paciente -Conocer la opinión de los pacientes, que no han hecho uso de la TAVAP, sobre su utilidad -Conocer la satisfacción del paciente con el borrador

Metodología

Tras la creación de la herramienta TAVAP, por un grupo de enfermeras con conocimientos en ostomías, es necesario conocer su validez y utilidad para el paciente ostomizado. Se lleva a cabo un estudio mixto (descriptivo, observacional y cualitativo), con observación participante y grupos nominales. Se realizan reuniones con asociaciones de ostomizados recogiendo datos mediante entrevista y focus group. Se les entregará TAVAP a una muestra de 30 pacientes, para conocer si adquirieron las habilidades necesarias durante su estancia hospitalaria. Utilizaremos una escala tipo Likert. El proceso se realizará durante febrero y marzo de 2019.(7-9)



Resultados y discusión

RESULTADOS: Mediante las entrevistas, focus group y escalas de satisfacción realizadas por pacientes ostomizados, se hace partícipes a los pacientes, de una forma activa, de la creación de nuevas herramientas para cubrir las necesidades que presentan. Con los resultados obtenidos, verificaremos la necesidad de su creación. Gracias a la opinión de pacientes y asociaciones, conoceremos la utilidad y validez de TAVAP, así como aspectos de mejora. En el Congreso Nacional de Ostomías de 2019 se presentarán los resultados finales.

DISCUSIÓN: Una herramienta activa de educación sanitaria es la base para que el paciente sea el protagonista en su proceso. Es imprescindible la formación del profesional sanitario para contar con su implicación. Debemos promover actuaciones para el futuro que incluyan la evaluación de los conocimientos adquiridos y habilidades desarrolladas por los pacientes.

Conclusiones

La validación con las asociaciones de pacientes y las personas portadoras de una ostomía permite integrarlos en los procesos de creación de herramientas ajustadas a las necesidades reales creando soluciones eficaces y permitiéndonos identificar áreas de mejora.

Palabras clave

Participación Activa, Ostomía, Educación Sanitaria, Satisfacción del Paciente.

Referencias bibliográficas

1. Patient empowerment can lead to improvements in health-care quality. Bull World Health Organ [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2019 Jan 17];95(7):489–90.
Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/95/7/17-030717.pdf>
2. Patient Empowerment Campaign Carta sobre el Empoderamiento de los Pacientes [Internet]. [cited 2019 Jan 17]. Available from: www.eu-patient.eu
3. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education



- has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Color Dis* [Internet]. 2013 Jun [cited 2019 Jan 17];15(6):e276–8
3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23470040>
4. Manual práctico. [cited 2018 Jun 26]; Available from: https://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueberuns/Documents_PDF/OC/Coloplast_Stomaratgeber_Spanisch_Una_ayuda_para_las_personas_ostomizadas_y_sus_familiares.pdf
5. Cuidado y manejo de la ostomía. [cited 2018 Jun 26]; Available from: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
6. De Sanidad C. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 17]. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
7. Duarte Clíments G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2003 Jan 1 [cited 2019 Jan 18];13(1):7–15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862103737760>
8. La escala de Likert: qué es y cómo utilizarla [Internet]. [cited 2019 Jan 18]. Available from: <https://www.netquest.com/blog/es/la-escala-de-likert-que-es-y-como-utilizarla>
9. Mira JJ. SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria UniverSal Project View project IEXPAC reloaded View project [Internet]. [cited 2019 Jan 18]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/239610052>



50

CONSULTA DE ESTOMATERAPIA: RECURSOS MATERIALES E INFRAESTRUCTURAS.

Isabel Cantarino Marti¹, Carmen de Mena Casaseca², Margarita Gonzalez Fuentes³, Carmen Vazquez Garcia⁴

¹Centro Valencia-Benimaçlet, ²Hospital San Juan Alicante, ³Hospital General Universitario Reina Sofia Murcia, ⁴hospital General Albacete.

Introducción

El “Libro Blanco de la ostomía” analiza el estado actual de los pacientes ostomizados en España; en concreto, el tema a desarrollar y que forma parte de uno de los 6 capítulos del proyecto, expone los recursos materiales e infraestructuras con los que cuentan actualmente las consultas de estomaterapia, junto con las principales estrategias a abordar en los próximos años. Todo ello, con el fin de mejorar las prestaciones asistenciales a los pacientes portadores de una ostomía, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y el cuidado prestado por la enfermera estomaterapeuta.

Objetivos

Los objetivos de este proyecto comprenden la evaluación de los recursos hospitalarios y las Unidades de Coloproctología que hay en España junto con el número, estructura física y materiales con los que cuentan las consultas de estomaterapia para exponer, con evidencia, la problemática actual en este campo y manifestar la necesidad de aumentar los recursos materiales e infraestructuras mejorando así la atención al paciente ostomizado.

Metodología

El desarrollo del trabajo se lleva a cabo entre los años 2015-2017. A través de la revisión bibliográfica, se identifican las evidencias disponibles más actuales y se determina la aplicabilidad de las mismas al contexto asistencial del paciente ostomizado. A su vez, se aplica un método Delphi en el que se ha contado con 79 enfermeras estomaterapeutas junto con una encuesta de opinión, a través de un cuestionario de



elaboración propia y autoadministrada con una muestra de 220 pacientes ostomizados/familiares, 120 coloproctólogos y 82 urólogos.

Resultados y discusión

Los resultados obtenidos en base al procedimiento y metodología aplicadas son, en términos generales, una falta clara de recursos materiales e infraestructuras para la atención al paciente ostomizado. España, en comparación con Europa, es uno de los países con menor número de recursos hospitalarios. Actualmente, cuenta únicamente con 18 unidades de coloproctología acreditadas y 11 en proceso de acreditación, y se estima que el 40% de los hospitales españoles no disponen de una consulta de ostomía.

Conclusiones

El análisis y la reflexión de la evidencia científica hallada y de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas, reflejan la importancia de disponer al alcance la infraestructura, los recursos y los materiales adecuados para el cuidado del paciente ostomizado. Para ello, es imprescindible establecer un registro fiable del número de unidades acreditadas en el ámbito de las ostomías demostrando, de este modo, la necesidad de aumentar el número de las consultas exclusivas y garantizar la disposición del espacio y material necesario para el correcto desarrollo de la actividad enfermera estomaterapeuta.

Palabras clave

Ostomía, consulta, estomaterapia, unidades de coloproctología, cuidados de enfermería.

Referencias bibliográficas

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº 102, de 29 de abril de 1986. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Madrid: MSSSI; 2017. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/>



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Catálogo Nacional de Hospitales 2017. Madrid: MSSI; 2017. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2017.pdf>

Eurostat [Internet]. Disponible en: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Asociación Española de Coloproctología [Internet]. Programa de Acreditación de Unidades de Coloproctología. Versión, Rev02. Mayo 2013. Disponible en: <https://www.aecp-es.org/wp-content/uploads/2017/02/Manual-acreditacion-AECP.pdf>

Merco España [Internet]. Merco.info. 2018. Disponible en: http://merco.info/es/?_sm_au_=iVVW2ZMTt4VfqF47

Mapa de consultas [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia; c2018 [citado 17 abril 2018]. Disponible en: <https://estomaterapia.es/Ostoconsult> [Internet]. Disponible en: <https://itunes.apple.com/es/app/ostoconsul/id1291245303?mt=8> y <https://play.google.com/store/apps/details?id=com>

Navalón Pérez C, Villambrosa Solana RM, Navarro Antón C, García Blázquez E, Casado Rebollo G, San Andrés Corral C. Aplicación móvil de consultas de ostomía en España. Poster: IX Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías; Barcelona: 18-20 mayo 2016



51

DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES OSTOMIZADOS EN CANARIAS EN EL AÑO 2017.

Pino Pérez Rodríguez¹, Concepción Pérez López², María Naybet Pérez Lorenzo³, María Remedios Afonso Martín³, Coromoto Curbelo Clemente⁴, José Ángel Rodríguez Gómez⁵

¹Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, ²Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria, ³Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, ⁴Hospital Dr. José Molina Orosa. Las Palmas de Gran Canaria, ⁵Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción

No se han encontrado estadísticas fiables que reflejen el número de pacientes intervenidos para la formación de una ostomía de eliminación en España, salvo por la reciente publicación del “Libro en Blanco de la Ostomía en España” que ha arrojado algunos datos de las comunidades autónomas de Madrid, Cataluña y Andalucía. En Canarias se desconoce cuántos usuarios se intervienen cada año para la formación de una ostomía de eliminación y las enfermeras estomaterapeutas no cuentan con protocolos de actuación que las guíen en la atención al paciente. Es importante averiguar la magnitud del problema para llevar a cabo cuidados eficientes y de calidad a los usuarios ostomizados. Conociendo el número y tipo de pacientes que atendemos podremos planificar los cuidados de enfermería adecuados y protocolizar nuestra actuación, lo que facilitará la gestión de la consulta de ostomías.

Objetivos

Determinar el perfil de los pacientes portadores de ostomías de eliminación en Canarias. Identificar características epidemiológicas de usuarios ostomizados en Canarias en el año 2017. Averiguar el número de intervenciones de ostomías realizadas en los hospitales canarios.

Metodología



Se está llevando a cabo un estudio descriptivo retrospectivo. Se han seleccionado para la recogida de información tres hospitales canarios de tercer nivel y uno de primer nivel. En la población de estudio se han incluido los pacientes que han sido sometidos a intervención quirúrgica para la formación de una ostomía de eliminación durante el año

2017. Se está realizando un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.

Resultados y discusión

A día de hoy se están analizando los datos extraídos de los usuarios ostomizados. Como resultados preliminares se ha averiguado que en uno de los hospitales se han intervenido 143 pacientes para la formación de colostomía e ileostomía y 15 de urostomía, siendo la media de edad 66 años y la mayoría fueron hombres. El diagnóstico de ingreso más prevalente fue la neoplasia maligna de recto, entre los urostomizados destacó la neoplasia maligna de vejiga. El 43% de las cirugías de ostomías han sido urgentes. Normalmente estos pacientes ingresaron un día antes de la cirugía. El valor más repetido, en cuanto a la estancia hospitalaria, fue de 5 días para colo e ileostomizados y 7 días para los urostomizados. En cuanto a la consulta de la estomaterapeuta, la enfermera registró un total de 1462 consultas en el año de diversa etiología. Además, reflejó que a 85 pacientes se les había realizado el marcaje del estoma frente a 51 que no. La complicación más registrada en estos usuarios fue la dermatitis.

Palabras clave

Ostomía, Ostomizados, Epidemiología.

Referencias bibliográficas

1. Asociación Española Contra el Cáncer. Incidencia del cáncer de colon. 2017. [Fecha de acceso: 15 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/incidencia.aspx>
2. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de colon y recto: Epidemiología. 2015. [Fecha de acceso: 15 marzo 2018]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/colon->



recto?start=2#content 3. Leal de Alencar Luz, A; Barros Araújo Luz, MH; Antunes, A; Santos de Oliveira, G; Leite Rangel Andrade, EM; Machado Miranda, S. Perfil de pacientes estomizados: revisão integrativa da literatura. *Cul Cuid.*

2014; 39 (18): 115-123. 4. Grupo COF (Coloplast Ostomy Forum). Libro blanco de la ostomía en España. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.; 2018. 5. Coca Pereira, C; Fernández de Larrainoa Arcal, I; Serrano Gómez, R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. *Metas Enferm.* 2014; 17(1): 3-9. 6. Asociación de Ostomizados de Madrid. La Asociación de Ostomizados de Madrid en el Día Mundial del Ostomizado intentando "Borrar el estigma" [Internet]. Madrid; 2014 [Actualizado 14 de septiembre de 2012, fecha de acceso: 17 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.asociaciondeostomizados.com/noticias/13/La-Asociacion-de-Ostomizados-de-Madrid-en-el-Dia-Mundial-del-Ostomizado-intentando-/> 7. Fernández Gutiérrez, ML; Gallo Estrada, LA; González Macho, R; San Emeterio Izacelaya, MT; Uría Etxebarria, E. Guía Educativa para personas ostomizadas. País Vasco: Ozakidetza, Gabinete de Comunicación; 2015. 8. Cuidados en ostomías. Del marcaje al tratamiento de complicaciones y a la educación del paciente ostomizado. *Rev Rol Enferm [en línea]* 2017 [fecha de acceso: 12 julio de 2018]; 40 (7). Disponible en: <http://www.e-rol.es/ider/ostomias.php> 9. Lequerica Llopis R, Belenguer Civera G. Atención avanzada al paciente con ostomías. Atención enfermera en situaciones comunes en la práctica asistencial. Madrid: Enfo Ediciones; 2007. p. 453-495 10. Barbado San Martín E, Balnco Domínguez C, Blasco Belda P, Centellas Morral M, Fernández Rodríguez I, Gómez Megías V, et al. Atención de Enfermería al Paciente Ostomizado Durante el Seguimiento en Consulta Estomaterapeuta. Madrid: Coloplast Productos Médicos, S.A.; 2010. 11. Colwell JC, Beitz J. Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007; 34(1): 57-69 12. Guía de Cuidados a la Persona Portadora de un Estoma. Unidades de Ostomías del CHU. Ntra. Sra. de Candelaria, CHU de Canarias, HUGC. Dr. Negrín, CHU. Insular Materno-Infantil. [Actualizado marzo de 2012, fecha de acceso: 13 de enero de 2018] Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org> 13. Dirección de enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía. Cuidados al paciente ostomizado. En: Dirección de Enfermería y Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería, editores. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Andalucía: 2010. p. 172-174 14. Cruz Castañeda O, Cano Garduno MA, Pat Castillo L, Sanchez-Bautista MP, Espinosa-Estevez JM, Rivas-Espinosa JG, Hernandez-Corral S. Epidemiología de Ostomías de Eliminación en Distintas Unidades de Salud del Distrito Federal. *Revista Conamed.* 2009; 15-19. 15. Nova- Rodríguez JM, Alberto Camargo F, Piedad Garzón L, Pereira Flórez MC, Calderón Venegas K. Perfil epidemiológico de la Población con Ostomías



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



de Eliminación de una Institución de Salud de Colombia. *Enferm Dermatol.* 2018; 12(33): 24-31. 16.
de Freitas Lins Neto MA, de Araújo Fernandes DO, Leite Didoné E. Epidemiological characterization of
ostomized patients attended in referral Cente from the city of Maceió, Alagoas, Brazil. *J coloproctol (rio
j).* 2016; 36(2): 64-68.



52

EMBARAZO Y OSTOMÍAS: CUIDADOS DE UNA PACIENTE EMBARAZADA CON OSTOMÍA.

Concepción Pérez López¹, Pino Pérez Rodríguez², María Leticia Benítez Santana¹, María José Medina Arribas¹, Coromoto Curbelo Clemente³, Eugenia Rodríguez González²

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas, ²Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, ³Hospital Dr. José Molina Orosa. Las Palmas.

Introducción

Las enfermedades inflamatorias intestinales son la segunda causa por la que se somete a los usuarios a cirugía de de formación de ostomía de eliminación. Estas suelen manifestarse en edades tempranas, por lo que muchas mujeres diagnosticadas de estas enfermedades se encuentren en edad fértil. Por consiguiente, es normal que se den casos en los que usuarias con enfermedad inflamatoria intestinal y portadoras de ostomía se queden embarazadas. Sin embargo se han encontrado pocas referencias bibliográficas que traten el cuidado de la embarazada ostomizada.

Objetivos

Realizar una búsqueda bibliográfica sobre el cuidado de las ostomías en el embarazo, describir el caso de una usuaria portadora de ostomía embarazada y exponer los cuidados de enfermería que se han llevado a cabo.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Scopus y Medline, con las palabras clave: ostomía, embarazo, enfermedad inflamatoria intestinal. En la consulta de estomaterapia hemos atendido el caso de una mujer de 36 años con enfermedad de Crohn que se queda embarazada. Durante el embarazo el estoma se prolapsó, además sufrió en tres ocasiones oclusiones intestinales por la opresión del feto con un margen de una semana de diferencia. Finalmente se le programó una cesárea en la semana 37.



Resultados y discusión

En la búsqueda bibliográfica se han hallado nueve artículos que tratan el tema de la embarazada portadora de ostomía específicamente, ninguno elaborado en España. Se trata de búsquedas bibliográficas y estudios de casos. En nuestro caso clínico no fue necesario tratar el prolapso que presentó la paciente. Resolvimos la obstrucción introduciendo una sonda folley por el estoma para hacer lavados con suero fisiológico tibio, extrayendo contenido fecal a través del estoma. A posteriori se recomendó continuar con dieta triturada para evitar que trozos de alimentos obstruyeran la luz del estoma, con lo que se logró que no se repitiera el cuadro. La cesárea programada fue un éxito.

Conclusiones

Se ha logrado resolver las complicaciones presentadas en nuestra paciente, pero se evidencia la necesidad de contar con una guía de cuidados estandarizados donde se expongan las principales complicaciones que suelen presentar y la mejor forma de tratarlas basando nuestras actuaciones en la evidencia científica. Este trabajo nos motiva para realizar un estudio en el que se recojan casos de mujeres embarazadas portadoras de ostomías, donde se reflejaran las complicaciones que suelen padecer para poder prevenirlas y conocer los mejores tratamientos para ellas.

Palabras clave

Ostomías, embarazo, enfermedad inflamatoria intestinal

Referencias bibliográficas

1. Coca Pereira, C; Fernández de Larrainoa Arcal, I; Serrano Gómez, R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomías. *Metas Enferm.* 2014; 17(1): 3-9.
2. Asociación de Ostomizados de Madrid. La Asociación de Ostomizados de Madrid en el Día Mundial del Ostomizado intentando "Borrar el estigma" [Internet]. Madrid; 2014 [Actualizado 14 de



septiembre de 2012, fecha de acceso: 17 de marzo de 2018]. Disponible en: www.asociaciondeostomizados.com 3. Asociación Española Contra el Cáncer [internet]. España [Actualizada en 2018, acceso 16 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es> 4. Confederación ACCU, Crohn y Colitis Ulcerosa [internet], España; 1995 [Actualizada en enero de 2019; acceso 16 enero 2019]. Disponible en: <https://www.accuesp.com> 5. Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 2016 6. Aukamp V, Sredl D. Collaborative Care Management for a pregnant woman with an ostomy. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 2004; 10(1): 5-12. 7. Takahashi K, Funuyama Y, Fukushima Y, Shibata Y, Ogawa H, Sasaki I. Pregnancy and delivery in patients with enterostomy due to anorectal complications from Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis*. 2007; 22: 313-318. 8. Porter H, Seeho S. Obstructed ileostomy in the third trimester of pregnancy due to compression from the gravid uterus: diagnosis and management. *BMJ Case Rep* [Revista en línea]. 2014. [Acceso 22 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> 9. Whiteley, I., Gullick, J. The embodied experience of pregnancy with an ileostomy. *J Clin Nurs*. 2018; 27 (21-22): 3931-3944. 10. Van Horn, C., Barrett, P. Pregnancy, delivery, and postpartum experiences of fifty-four women with ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 1997; 24 (3):151-162. 11. Nicholl MC, Thompson JM, Dip G, Cocks PS. Stomas and pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1993; 33 (3): 322-324. 12. Gopal KA, Amshel AL, Shonberg IL, Levinson BA, Vanwert A, Vanwert J. Ostomy and pregnancy. *Dis Colon Rectum*. 1985; 28: 912-916. 13. Ojerskog B, Kock NG, Philipson BM, Philipson M. Pregnancy and delivery in patients with a continent ileostomy. *Surg Gynecol Obstet*. 1988; 167(1): 61-4. 14. ...



53

GUIA DE ENFERMERIA EN EL AMBITO DE LA GESTION DE LA IMAGEN CORPORAL.

Cristina Navalón Pérez¹, Núria Sáez Gómez²

¹QCA Quirurgica Barcelona S.L, ²ACICDDI.

Introducción

La gestión de la imagen corporal (GIC) se considera una cuestión de salud, es un campo de actuación de enfermería a desarrollar y está poco presente en la praxis de la enfermera actual. (1) La estomaterapeuta, realiza múltiples actividades relacionadas con la GIC. Se identifica de manera holística e integral problemas de percepción de salud y calidad de vida. De manera subjetiva, desde el individuo, u objetiva, con las complicaciones derivadas de los dispositivos, estoma o manejo... hasta poder identificar un afrontamiento ineficaz de la aceptación de su imagen corporal. En el 2004 desde la asesoría de responsabilidad civil del Col.legi Oficial d'Infermeres i infermers de Barcelona (COIB), identifica la necesidad de crear el perfil de la enfermera GIC. En el 2013 se empieza la investigación con revisión bibliográfica en Pubmed,, Scopus, CINAHL, Cochrane Library (2), y se solicitó el asesoramiento a expertos en lenguaje de taxonomías que definieron las bases del perfil de la enfermera GIC. En noviembre del 2017 se dio a conocer el documento (1) de consenso donde se reconocen las competencias y actividades de la enfermera GIC, definiendo cuáles son sus capacidades y actuaciones más frecuentes, que técnicas no invasivas se usan, en que entornos de actuación y sus consideraciones éticas. También se perfila que orientación formativa e investigadora se debería de generar para ayudar al desarrollo de esta competencia. En 2017 se crea La Asociación de la enfermera gestora para la imagen corporal (ACICDDI) (3), con expertos en las diferentes áreas, ostomías, oncología, estética, para poner las bases de trabajo y cubrir un vacío formativo que se identificó durante la investigación. En marzo del 2018 se presentará ACICDDI desde el COIB y se definirán los plazos de trabajo cuando se creen los grupos de expertos de cada área, que definirán su plan estratégico hasta la creación de la guía.

Objetivos

- Creación de guía clínica de la enfermera GIC.
- Definir que competencias y actividades puede realizar la estomaterapeuta en la GIC.



Metodología

Desde la vocalía de cirugía menor y ostomías de ACICDDI se quiere:

- Establecer un marco seguro de actuación
- Protocolarizar de manera multidisciplinar las diferentes áreas, técnicas y procedimientos.
- Evaluar técnicas y procedimientos en el ámbito competencial de las ostomías
- Sistema GRADE.

Resultados y discusión

Hay una necesidad de regular esta actividad desde la disciplina enfermera dada la creciente demanda de cuidados originarios del proceso de enfermedad.

Palabras clave

Ostomía, Enfermería, Estética, Complicaciones

Referencias bibliográficas

1. Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona C. Perfil profesional de la enfermera en el ámbito de la gestión de la imagen corporal. Col·legi Of d'Infermeres i Inferm Barcelona [Internet]. 2017;1(1):1-29. Available from: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/898ae5c8-e8cb-4ade-8c2b-6619364aa556>
2. Revisió bibliogràfica del perfil professional de la infermera en l' àmbit de la Gestió de la Imatge Corporal (GIC) Seminari permanent : Ètica i valors del tenir cura amb la Dra Marian Barnes. 2018;
3. La Asociación de Enfermeras y Enfermeros Catalanes de IMAGEN CORPORAL Y DERMOESTÉTICA ACICDDI [Internet]. Barcelona 2019; Disponible en : <https://acicddi.org>



54

¿QUIÉN, CÓMO Y CUÁNDO?. ACTUALIDAD DEL MARCAJE DE LA OSTOMIA EN ESPAÑA.

Mònica Barrachina Moreno¹, Maria Rosa Costa Quintas², Eva Maria Perona Pagán³, Eva Pueyo Soler⁴, Gemma Serra Sastre⁵, Meritxell Zaguirre Medina⁶

¹Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell (Martorell) Barcelona., ²Hospital Clínic (Barcelona),

³Consorci Sanitari del Garraf (Sant Pere de Ribes) Barcelona., ⁴Hospital universitario General de Catalunya- Quirón Salud (Sant Cugat del Vallès), Barcelona, ⁵Hospital Dr. Josep Trueta (Girona), ⁶Consorci Sanitari de Terrassa (Terrassa), Barcelona.

Introducción

El cáncer colorectal sigue encabezando la lista de mayor incidencia en ambos sexos según la SEOM. En la actualidad existen un total aproximado de 120 consultas de Estomaterapia en nuestro país, con personal cualificado. El marcaje es un procedimiento enfermero individualizado que debe garantizar una ubicación que permita la visibilidad del estoma por parte del paciente, el autocuidado y la correcta adaptación de los dispositivos. Existen diversos estudios que demuestran que la realización del marcaje es clave para disminuir posibles complicaciones ya sean tempranas o tardías en los pacientes ostomizados, influyendo en gran medida en la calidad de vida del paciente y su entorno. El estudio pretende dar a conocer cuál es nuestra realidad en relación al marcaje de la ostomía.

Objetivos

- Identificar en qué momento del proceso se realiza el marcaje del estoma.
- Conocer los materiales utilizados para llevar a cabo el marcaje del estoma.
- Identificar quién realiza el marcaje del estoma.

Metodología

Estudio cuantitativo observacional, transversal y descriptivo realizado entre las Consultas estomaterapia de España con una muestra de 86 estomaterapeutas. Se usó un cuestionario on line autoadministrado elaborado ad hoc, validado por expertos mediante técnica Delphi. Consta de diversos tipos de preguntas, unas con respuestas dicotómicas y otras con grado de acuerdo según escala Likert.



Resultados y discusión

El 71,6% de las consultas de estomaterapia respondieron el cuestionario. El 80% de los marcajes se realizan durante la visita preoperatoria. El 80% usa el marcador indeleble frente a un 10% de azul de metileno inyectado. Dentro del 20 % que no realiza el marcaje en visita preoperatoria, el 60% cree que se debería realizar en ese momento. El 70% lo realizan en la sala de hospitalización y el 13% antes de entrar en quirófano.

Conclusiones

Los resultados obtenidos nos permiten asegurar que hay un fuerte consenso entre las profesionales de que el marcaje debe realizarse durante la visita preoperatoria y que debe ser la estomaterapeuta la que lo realice. Por otro lado queda clara la indiscutible tendencia a usar el marcador indeleble frente al azul de metileno, desconocemos las razones concretas de esta tendencia.

Palabras clave

Marcaje, Ostomia, Estomaterapeuta, Preoperatorio, Calidad de Vida.

Referencias bibliográficas

Sociedad Española de Oncología Médica.2018 Enero 29. Disponible en:<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-epidemiologia-ambiental-y-cancer/mortalidad-cancer-en-espana.shtml> Cobos JL, García E, Leonor S, Martín M, Prados MI. Intervención enfermera: Marcaje del estoma. WCET Journal, Volume 36 Number 1 January/March 2016 Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK et al. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? Dis Colon Rectum.1997 Apr;40(4):440-2. Guía de las buenas prácticas en enfermería. Cuidado i manejo de ostomías.2009 Agosto. Disponible en: <http://www.rnao.org>. Jiménez MR, Corpas C, Zurita MD, Elaboración de protocolo de marcaje de estomas.



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Seguridad del paciente quirúrgico. Disponible en:
http://congresoenfermeria.es/libros/2013/salas/sala2/p_485.pdf Grupo COF.Libro Blanco de la ostomía en España. 1ª ed. Madrid. Coloplast Productos Médicos, S.A 2018. P.52-56



55

CASO CLÍNICO DE UNA PACIENTE EMBARAZADA PORTADORA DE OSTOMÍA Y TRATAMIENTO DE SUS COMPLICACIONES.

Eugenia Rodríguez González¹, Concepción Pérez López², Pino Pérez Rodríguez¹, María Leticia Benítez Santana², María José Medina Arribas², Coromoto Curbelo Clemente³

¹Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife, ²Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas, ³Hospital Dr. José Molina Orosa. Las Palmas.

Introducción

Las enfermeras estomaterapeutas en ocasiones atienden en su consulta a mujeres embarazadas portadoras de ostomías. No se han encontrado guías de cuidados de ostomías que orienten en los cuidados de estas y en el tratamiento de las complicaciones que suelen presentar, por lo que su tratamiento puede suponer un reto para las especialistas que las atienden.

Objetivos

Describir el caso clínico de una embarazada ostomizada y exponer el tratamiento de las complicaciones que ha presentado.

Metodología

En la consulta de estomaterapia hemos atendido el caso de una mujer de 36 años con enfermedad de Crohn, portadora de colostomía desde 2014 y reintervenida en agosto de 2017 con la formación de una ileostomía. Se quedó embarazada en febrero de 2018. Durante el embarazo el estoma se prolapsó, además sufrió en tres ocasiones oclusiones intestinales por la opresión del feto con un margen de una semana de diferencia y presentó un cuadro de deshidratación, siendo tratada en consulta de la enfermera estomaterapeuta. Finalmente se le programó una cesárea en la semana 37. El prolapso que presentó la paciente no precisó de tratamiento. Resolvimos la obstrucción introduciendo una sonda folley 16 por el estoma para hacer lavados con suero fisiológico tibio, introduciendo suero con una jeringa de 50ml. Asimismo se



recomendó continuar con dieta triturada para evitar que trozos de alimentos obstruyeran la luz del estoma.

Resultados y discusión

El resultado fue la extracción de contenido fecal a través del estoma. Con el cambio de dieta se logró que no se repitiera el cuadro. La cesárea programada fue un éxito y no se presentó ningún problema tras haber dado a luz.

Conclusiones

Nuestra paciente se quedó embarazada tan sólo seis meses después de la cirugía de formación de ileostomía, aunque se recomienda esperar entre uno y dos años para ello. Presentó dos de las complicaciones más habituales en las embarazadas portadoras de ostomía, prolapso y obstrucción intestinal. Estas fueron resueltas con éxito. Se evidencia la necesidad de más estudios sobre el cuidado que precisan las ostomizadas embarazadas por parte de la enfermera estomaterapeuta.

Palabras clave

Ostomías, Embarazo, Cuidados Enfermería.

Referencias bibliográficas

1. Confederación ACCU, Crohn y Colitis Ulcerosa [internet], España; 1995 [Actualizada en enero de 2019; acceso 16 enero 2019]. Disponible en: <https://www.accuesp.com>
2. Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa. Normalización de los Indicadores de Calidad para Unidades de Atención Integral a Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 2016
3. Aukamp V, Sredl D. Collaborative Care Management for a pregnant woman with an ostomy. Complement Ther Nurs Midwifery. 2004; 10(1): 5-12.
4. Takahashi K, Funuyama Y, Fukushima Y, Shibata Y, Ogawa H, Sasaki I. Pregnancy and delivery in patients with enterostomy due to anorectal complications from Crohn's disease. Int J



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Colorectal Dis. 2007; 22: 313–318. 5. Porter H, Seeho S. Obstructed ileostomy in the third trimester of pregnancy due to compression from the gravid uterus: diagnosis and management. BMJ Case Rep [Revista en línea]. 2014. [Acceso 22 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> 6. Whiteley, I., Gullick, J. The embodied experience of pregnancy with an ileostomy. J Clin Nurs. 2018; 27 (21-22): 3931-3944. 7. Van Horn, C., Barrett, P. Pregnancy, delivery, and postpartum experiences of fifty-four women with ostomies. J Wound Ostomy Continence Nurs. 1997; 24 (3):151-162.



56

¿PIODERMA GANGRENOSO O ÚLCERA PERIESTOMAL? CASO CLÍNICO.

*Irene Oto Puyuelo, Paula De La Fuente Sánchez, Margarita Milian Pérez, Marta Pérez Andrés,
Vanessa Pérez Llorente, Ana Cristina Torra Sanz.*

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción

El Pioderma Gangrenoso, es una dermatosis cutáneo-ulcerativa poco común. Comienzan como pústulas dolorosas, que en pocos días se ulceran, con exudación purulenta o hemorrágica, se necrosan y se extienden a gran velocidad. Es un trastorno ulcerativo que se presenta en un 20% de los pacientes con enfermedad de Crohn y su evolución cursa con remisiones y exacerbaciones y en algunas ocasiones puede aparecer en cualquier área del cuerpo³. En esta variedad se forman las lesiones en el área periestomal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal o inmunodeprimidos, lo cual interfiere en la colocación de la bolsa colectora.

Objetivos

- Restablecimiento de la integridad cutánea. - Fomentar la autonomía del paciente. - Manejo de dispositivos adecuados para ostomía. - Mejorar calidad de vida. - Disminuir ansiedad. - Control del dolor.

Metodología

Varón de 44 años al que se le practica Hemicolecotomía derecha ampliada a íleon terminal, resección de recto-sigma tipo Hartmann con Colostomía descendente por Enfermedad de Crohn complicada en febrero de 2016. A los 6 meses de la intervención acude a la consulta de estomas por la aparición de lo que parecen úlceras periestomales dolorosas. En enero de 2017 se realiza una biopsia de la lesión y se confirma que es una lesión compatible con un pioderma gangrenoso. Al comienzo de la sintomatología se administra Azatioprina, retirada tras una pancreatitis. Posteriormente y tras una respuesta fallida al Metrotrexato, continúa con



Infliximab eficaz inicialmente, pero al poco tiempo su eficacia disminuye y se pasa a tratar con Adalimumab. Finalmente en junio de 2017 se inicia un tratamiento con Ustekinumab. Tras la aparición del pioderma gangrenoso se reevalúa la valoración inicial, según necesidades de Virginia Henderson y se eligieron los siguientes diagnósticos de enfermería para desarrollar el plan de cuidados: • 00013 Diarrea relacionada con inflamación gastrointestinal manifestada por pérdida de heces líquidas >3 en 24h. • 00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con alteración del metabolismo manifestado por interrupción de la continuidad de la piel. • 00118 Trastorno de la imagen corporal relacionado con procedimiento quirúrgico manifestado por alteración de la visión del propio cuerpo. • 00078 Gestión ineficaz de la salud relacionado con déficit de conocimientos manifestado por verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y de secuelas.

Resultados y discusión

- Integridad cutánea restablecida. - Paciente autónomo. - Manejo adecuado de dispositivos para ostomía. - Mejora de la calidad de vida del paciente. - Ansiedad controlada. - Ausencia de dolor.

Conclusiones

El Pioderma es una complicación que afecta a los pacientes portadores de colostomía con Enfermedad de Chron y que afecta principalmente a su calidad de vida por lo que el trabajo de enfermería juega un papel fundamental en su resolución.

Palabras clave

Pioderma, estoma, Enfermedad de Crohn.



Referencias bibliográficas

1. Acosta-García J, Aguilar-García CR. Pioderma Gangrenoso. Med.Int Méx [revista en Internet] 2014 [acceso 4 de enero de 2019]; 30:92-98. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim1411.pdf>
2. Vera L, Rollano F. Pioderma Gangrenoso: A propósito de un caso. Rev Med La Paz [revista en Internet] 2010 [acceso 5 enero de 2019]; 16(2): 46-49. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200008
3. Medina-Murillo GR, Rodríguez-Medina U, Rodríguez-Wong U. Pioderma gangrenoso y enfermedad inflamatoria intestinal (Artículo de revisión dermatológica). Rev Hosp Jua Mex [revista en Internet] 2013 [acceso 4 enero de 2019]; 80(3): 192-195. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju133g.pdf>
4. Olmedo Martiñín RV, Smo Trillo V, López Ortega S, Jiménez Pérez M. Pioderma gangrenoso periestomal tras adenocarcinoma de recto en el contexto de enfermedad de Chron de localización colónica y perianal compleja. Gastroenterología y Hepatología [revista en Internet] 2016 [acceso 28 de diciembre de 2018]; 39(5): 338-341. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021057051500120X?via%3Dihub>
5. Pita Miño P, Seco Ramos P, Cupeiro García M, Castañeda Cuevas MC, López Leira A, Aramburu García MC. Caso clínico de dermatitis periestomal y dehiscencia en una colostomía. Enferm Dermatol [revista en Internet] 2015 [acceso 29 de diciembre de 2018]; 9(24): 54-58. Disponible en: <https://www.anedidic.com/descargas/casos-clinicos/24/dermatitis-periestomal.pdf>
6. Cerdán Santacruz C, Cparrós Sanz MR, Lancharro Bermúdez M, Mendoza Hernández JL, Cerdán Miguel J. Pioderma gangrenoso peri-ileostomía. Rev Esp Enferm Dig [revista en Internet] 2014 [acceso 28 de diciembre de 2018]; 106(4): 285-288. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v106n4/es_notal.pdf
7. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. 2015-2017, 10ª ed. Madrid: Elsevier España; 2015.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2013.
9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Madrid: Elsevier España; 2018.
10. Bulechek GM, Johnson M, Maas ML, McCloskey J. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007.



57

INTERVENCIÓN DIETÉTICA DIRIGIDA AL PACIENTE ILEOSTOMIZADO – RESULTADOS DE SATISFACCIÓN.

R. Morilla^{1,2}, Antonio José Fernández Gálvez³, María del Carmen Ventura Durán^{3,4}, Sebastián Rivera García^{3,4}

¹Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla, ²Instituto de Biomedicina de Sevilla, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Universidad de Sevilla,

³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁴Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares.

Introducción

Aunque la ileostomía es un procedimiento quirúrgico sencillo, presenta complicaciones como alteraciones hidroelectrolíticas y nutricionales (1). El asesoramiento dietético se erige como un aspecto importante para el mantenimiento de una nutrición oral efectiva, donde el manejo dietético (intervención dietética y asesoramiento) va a resultar fundamental para minimizar y/o evitar la obstrucción del estoma, síntomas gastrointestinales desagradables, así como la práctica de hábitos insalubres de alimentación (2,3).

Objetivos

Evaluar la efectividad de una intervención dietética destinada a pacientes ileostomizados en términos de satisfacción.

Metodología

Estudio piloto con diseño cuasi-experimental (grupo control no aleatorizado). Intervención nutricional donde el grupo intervención recibió información verbal y menús elaborados. Como “Criterios de Inclusión” en el Grupo Control se definieron: Sujetos portadores de ileostomía. Sujetos seguidos en la Consulta de la Unidad de Ostomías del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR). Mayores de edad. Y en el Grupo Intervención: Sujetos intervenidos quirúrgicamente en la UGC de Cirugía General y Digestiva. Sujetos portadores de ileostomía y seguidos al Alta en la Unidad de Ostomías del HUVR. Mayores



de edad. Sujetos que manifiesten la intención de seguir la intervención (dieta). La elaboración y puesta en marcha de la intervención tuvo lugar entre octubre de 2017 y mayo de 2018. El reclutamiento de sujetos entre enero y octubre de 2018.

Resultados y discusión

De los 149 participantes, el 58,1% eran varones y el 50% tenía entre 58 y 73 años, con una mediana de 63 años. No se hallaron diferencias significativas entre variables sociodemográficas y clínicas entre grupos. Las variables “Problemas gastrointestinales r/c alimentación”, “Dudas en la alimentación”, “Preocupación al preparar la comida”, “Número de comidas/día” y “Dificultad para llevar a cabo recomendaciones dietéticas”, mostraron mejoras significativas ($p < 0,001$). Las diferencias halladas a nivel de las variables de satisfacción no pueden achacarse a disparidades entre los grupos, esto debe entenderse como una evidencia de la efectividad de la intervención. Estudios refieren que aquellos pacientes ostomizados que entran en un programa de capacitación, donde reciben información y entrenamiento sobre aspectos como la dieta, los cuidados del estoma y la actividad física, van a presentar menos complicaciones (4). Por otro lado, estos procesos de información y capacitación están estrechamente relacionados con la percepción que tienen estos pacientes de la atención recibida, por tanto, aquellos pacientes objeto de estos programas tendrán una mejor percepción de la atención recibida, presentando mayores niveles de satisfacción (5). Como limitaciones del estudio se identifican el tamaño de la muestra en el grupo intervención y la “no aleatorización” de los sujetos.

Conclusiones

1. Los pacientes adultos ileostomizados atendidos en la Unidad de Ostomías del HUVR presentan características sociodemográficas y clínicas semejantes a las de países con un contexto sociocultural semejante. 2. Aunque la intervención “per se” mejora la satisfacción de los usuarios porque se instaura como respuesta a una necesidad sentida y expresada por ellos (grupo control), los sujetos del grupo intervención presentaron mejores resultados en variables que trataron de evaluar la satisfacción desde otro prisma, como una menor frecuencia de síntomas gastrointestinales, mayor capacidad para mantener una nutrición e hidratación oral efectiva, o menor dificultad para implementar las recomendaciones dietéticas.



Palabras clave

Ileostomía, Estado Nutricional, Enfermería Perioperatoria.

Referencias bibliográficas

1. Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cir. Esp. (Ed. impr.)*. 2014;149-56. 2. Krokowicz L, Bobkiewicz A, Borejsza-Wysocki M, Kuczynska B, Lisowska A, Skowronska-Piekarska U, et al. A Prospective, Descriptive Study to Assess the Effect of Dietary and Pharmacological Strategies to Manage Constipation in Patients with a Stoma. *Ostomy/Wound Management [Internet]*. 2015 Dec [cited 2018 Nov 29];61(12):14–22. Available from:

<http://www.bvsspa.es/papi/ezproxy.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=live&scope=site> 3. de Oliveira AL, Moreira APB, Netto MP, Leite ICG. A Cross-sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons With an Ileostomy or Colostomy. *Ostomy/wound management [Internet]*. 2018 [cited 2018 Nov 29];(5):18. Available from:

<http://www.bvsspa.es/papi/ezproxy.php?url=http://ws003.juntadeandalucia.es:2066/login.aspx?direct=live&scope=site> 4. Yang R, Yang H-R, Cai W-D. Effect of team support training on rehabilitation of stoma patients with rectal cancer. *World Chinese J Dig [Internet]*. 2015 [cited 2018 Dec 2];23(7):1196. Available from: <http://www.wjgnet.com/1009-3079/full/v23/i7/1196.html> 5. Nieves CB las, Díaz CC, Celdrán-Mañas M, Morales-Asencio JM, Hernández-Zambrano SM, Hueso-Montoro C. Ostomy patients' perception of the health care received / Percepção de pacientes ostomizados sobre os cuidados de saúde recebidos / Percepción de las personas ostomizadas sobre la atención de salud recibida. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]*. 2017 [cited 2018 Oct 07];(0). Available from:

<http://www.bvsspa.es/papi/ezproxy.php?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=live&scope=site>



58

VIVIR CON UNA OSTOMIA

M^aInmaculada Wandelmer Berlinches.

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción

La realización de una ostomía supone un gran cambio fisiológico, psicológico y social. Aprender a vivir con una ostomía requiere tiempo. El paciente tiene que conocer el cuidado de su estoma, enfrentarse a su nueva imagen, regresar a su actividad laboral, social y familiar así como retomar su vida afectiva y sexual. El principal apoyo en el sistema sanitario de la persona portadora de una ostomía es el/la enfermera/o y más concretamente el/la estomaterapeuta. Para mejorar el nivel de vida de las personas portadoras de una ostomía la información sobre los cuidados de salud debe ser clara y precisa.

Objetivos

Normalizar la situación de la persona ostomizada y fomentar el empoderamiento y autocuidado para mejorar su calidad de vida.

Metodología

En el Hospital Universitario de Guadalajara se forma un grupo de trabajo compuesto por la enfermera estomaterapeuta y cinco enfermeras de la unidad de hospitalización del Servicio de Cirugía con el fin de confeccionar un tríptico informativo en materia de salud para las personas ostomizadas titulado: VIVIR CON UNA OSTOMIA.



Resultados y discusión

La educación para la salud de personas ostomizadas por medio de un tríptico con un lenguaje asequible y breve potencia el autocuidado mejorando su calidad de vida.

Conclusiones

Con la elaboración de un tríptico informativo en el que se expone, de manera concreta y con un lenguaje sencillo apoyado con imágenes descriptivas, las recomendaciones para los cuidados de una ostomía la persona ostomizada adquiere los conocimientos básicos para favorecer su autocuidado y normalizar el regreso a su vida cotidiana.

Palabras clave

Calidad de Vida, Tríptico Informativo, Autocuidado, Persona Ostomizada.

Referencias bibliográficas

Carnaval, Gladis Eugenia; Londoño, M^a Esperanza; Milena, Ana. Guía de enfermería para el autocuidado de la persona adulta con estoma. Guías ACOFAEN, Biblioteca Lancasa. Disponible en <http://www.index.com/lascasa/documentos> -Guía de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de las ostomías. RNAO-Agosto 2009. Versión traducida al español. Madrid Enero 2011 INVESTEN Instituto Carlos III -Como elaborar un folleto de salud. Recomendaciones. Cuadernos de la Fundació Antonio Esteve. N^o14. Disponible en http://www.raco.cat/index.php/quadernos_fdae.



59

MANEJO DE FÍSTULAS ENTERO-ATMOSFÉRICAS.

Maria Rosario Carrato Lecina¹, Diana Bandres Lopez², Asuncion Castillo Contreras³, Teresa Guillen Contreras², Elena Miedes Juste², Maria Pilar Monterde Muño²

¹Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza, ²Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza,

³Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción

Paciente de 73 años intervenida de neoplasia endometrial, presentando en el postoperatorio inmediato, evisceración y perforación de intestino delgado. Tras múltiples intervenciones, ingresa en la planta de Cirugía General presentando fístula enteroatmosférica (apertura de asa intestinal hacia el exterior, sin cobertura cutánea).

Objetivos

- Diferenciar conceptos de fístula enterocutánea VS fístula enteroatmosférica - Mostrar la evolución del tratamiento de una fístula enteroatmosférica, utilizando dispositivos habituales e incidentales para facilitar la posterior reparación quirúrgica de la pared abdominal. - Valoración de enfermería a través de la taxonomía NANDA NIC NOC.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo, basado tanto en la valoración continua y holística de la evolución de la paciente, a través del equipo multidisciplinar de la planta de Cirugía General del hospital Universitario Miguel Servet, como en la recogida de datos de la historia clínica. Para tratar la fístula enteroatmosférica, se usaron diferentes dispositivos, siendo el más efectivo la bolsa de ventana conectada a aspiración suave mediante sonda rectal multiperforada. Previa administración de analgésicos sublinguales 20 minutos antes de la realización de la cura.



Resultados y discusión

Finalmente, tras 6 meses de tratamiento multidisciplinar y una vez reconducida la situación, con presiones intraabdominales (PIA) normales y la herida cicatrizada hasta conseguir una fistula enterocutánea crónica, pudo plantearse la reparación intestinal de la pared abdominal compleja.

Conclusiones

La utilización de dispositivos de terapia de presión negativa (TPN) junto a otros de uso incidental, acelera el manejo de fistulas enteroatmosféricas, facilitando así la posterior reparación de la pared abdominal compleja. En este caso basándonos en nuestra experiencia, tras la retirada de la terapia de presión negativa (TPN) se observó que, con la bolsa de ventana conectada a aspiración, disminuyeron el número de fugas VS otros dispositivos, consiguiendo así una mejora de la integridad cutánea.

Palabras clave

Enfermería, fistula entero-atmosférica, fistula enterocutánea, presión intraabdominal (PIA), terapia presión negativa (TPN), bolsa de ventana, integridad cutánea.

Referencias bibliográficas

C. Marín Campos, Á. Valdés de Anca, J.L. Muñoz de Nova, F.A. Gimeno Calvo, I. Alonso Diego, A. Rodríguez Sánchez, M.E. Martín Pérez y F. Díaz Rojas. Manejo de fistula enteroatmosférica mediante sistema abthera. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. Cir Esp.2014;92(Espec Congr):446 <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-congresos-30-congreso-nacional-cirugia-14-sesion-lo-mejor-del-congreso-iii-1267-comunicacion-manejo-de-fistula-enteroatmosferica-mediante-13457-pdf> (último acceso 25 enero 2019) Yetişir F, Sarer AE. Operative Management of Enteroatmospheric Fistula in Björck 4 Open Abdomen Patients by the Help of Laparoscopic Lateral Approach. Indian J Surg. 2017 Apr;79(2):173-176.



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5386950/> (último acceso 25 enero 2019) Kılıç E, Uğur M, Yetim İ, Temiz M. Effects of temporary abdominal closure methods on mortality and morbidity in patients with open abdomen. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2018 Jul;24(4):321-326. https://www.journalagent.com/travma/pdfs/UTD-95038-LINICAL_ARTICLE-KILIC.pdf (último acceso 25 enero 2019) Woo KY, Beeckman D, Chakravarthy D. Management of Moisture-Associated Skin Damage: A Scoping Review. *Adv Skin Wound Care.* 2017 Nov;30(11):494-501. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5657465/> (último acceso 25 enero 2019) Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal Stomas-Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017 Jul;30(3):184-192. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5498169/> (último acceso 25 enero 2019)



60

ENFERMERIA DE PRÁCTICAS AVANZADAS Y NURSING WORK INDEX.

Ana C Montesinos Gálvez¹, M Paz Bienvenido Ramirez², Luisa Vazquez Burrero³, Raquel Sánchez García⁴,
Montserrat Cabrera López⁵, Inmaculada López Moraleda⁶

¹Hospital Universitario Regional de Málaga, ²Hospital Universitaria Puerta del Mar, Cádiz, ³Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, ⁴Hospital Valle de los Pedroches, Córdoba, ⁵Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, ⁶Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción

En los últimos años los enfermeros nos hemos integrado como una profesión autónoma dentro de un equipo multidisciplinario más profesionalizado surgidos para dar respuesta a las necesidades de la población. Así, los nuevos roles de práctica enfermeros vienen a ampliar las demarcaciones tradicionales de la profesión enfermera hacia una evolución competencial conocida con el nombre de enfermería de práctica avanzada (EPA) - enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado. Para las ostomías en nuestra CCAA, se han diseñado una serie de indicadores para la evaluación inicial de la Práctica Avanzada en las personas con Ostomía: demográficos, administrativos, formación de pacientes, calidad de vida, participación ciudadana, económicos y de resultados en salud. Pero poco se sabe sobre el contexto organizativo y estructural donde se realiza la prestación de cuidados enfermeros que deben ser de calidad (autonomía, responsabilidad, implicación, control del entorno y relación interprofesional) con el propósito de facilitar la práctica profesional enfermera y así tener un impacto significativo en los resultados de los pacientes.

Objetivos

Analizar las diferencias entre EPA y no-EPA en el contexto organizativo y estructural del hospital.



Metodología

El ámbito de estudio se restringe a una muestra de enfermería de los Servicios de Cirugía General y Digestiva de nuestra CCAA. El estudio se ha planteado como un estudio descriptivo, transversal y prospectivo en proporción 1:2 (EPA vs enfermería tradicional) de la misma planta y mismo hospital donde trabaja el EPA. Mediante una escala de entorno de práctica enfermera con el cuestionario Nursing Work Index (1-4) se analizarán las diferencias entre los grupos (EPA / No-EPA). En el análisis estadístico (SPSS v24, licenciado para la UMA) se han incluido estadísticos descriptivos y la identificación de las diferencias, así como su relación con la variable "EPA" y "NO-EPA", empleando los tests no paramétricos (Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney) determinado para un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$).

Resultados y discusión

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio (EPA / no-EPA) en las subescalas del NWI: participación en asuntos del centro y relaciones entre médicos y enfermeras, y casi significativas ($p=0,057$) en fundamento enfermero de la calidad de cuidados. Las diferencias encontradas en nuestro estudio respecto al mayor estudio publicado en nuestro entorno (5) fueron notables, obteniendo en todas las subescalas mayores puntuaciones los EPAs.

Conclusiones

Existen diferencias notables en el entorno de la práctica enfermera EPA respecto de la enfermería tradicional que debe repercutir en la mejora de resultados en salud de los pacientes con ostomías.

Palabras clave

Enfermería de Práctica Avanzada, EPA, Nursing Work Index (NWI), Ostomía.



Referencias bibliográficas

1. Kramer M y Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nurs Res* 1989 38: 172-77.
2. Aiken L y Patricia P. Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nurs Res* 2002 49 (3): 146-153.
3. López Alonso SG. Estudio piloto para la validación de una escala sobre el entorno de la práctica enfermera en el Hospital San Cecilio. *Enfermería Clínica* 2005 15 (1): 8-16.
4. Swiger PA, Patricia PA, Miltner RS, Raju D, Breckenridge-Sproat S, Loan LA. The practice environment scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *Int J Nursing Studies* 2017; 74: 76-84.
5. Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, López-Zorraquino D, Gómez-García T y González-María E, en nombre del consorcio RN4CAST-España. Percepción del entorno laboral de las enfermeras españolas en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Proyecto RN4CAST-España. *Enferm Clin.* 2012;22(5):261-268.



61

EFFECTIVIDAD Y EVALUACIÓN ECONÓMICA DE UN MODELO DE INNOVACIÓN ORGANIZATIVA BASADO EN LA ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN EL CUIDADO A PERSONAS CON OSTOMÍA.

Antonio Pérez Fernández¹, Carmen Alcántara Moreno², Eva García Hornero³, Claudia Pérez Jiménez⁴, Rosario Benitez García⁵, Ana Belen Vargas Villegas⁶

¹Hospital Santa Ana, Motril, ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, ³Hospital Can Misses, Ibiza, ⁴Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, ⁵Hospital Universitario de Puerto Real, Cadiz, ⁶Hospital de Riotinto, Huelva.

Introducción

Los nuevos roles de práctica enfermeros vienen a ampliar las demarcaciones tradicionales de la profesión enfermera hacia una evolución competencial conocida con el nombre de enfermería de práctica avanzada (EPA) - enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado (1-3).

Objetivos

Realizar una evaluación de la efectividad y eficiencia de un modelo de innovación organizativa basado en una consulta de estomaterapia especializada en el cuidado del paciente ostomizado frente a la asistencia sanitaria convencional.

Metodología

Estudio observacional, analítico tipo cohortes de 12 meses de seguimiento. El análisis se realizará con 172 pacientes (4). El ámbito de estudio son 15 centros hospitalarios de Andalucía y Baleares. El análisis se realizará desde una doble perspectiva (Sistema Nacional de Salud y social), incluyendo costes directos sanitarios y costes indirectos relacionados con pérdidas de productividad y cuidados informales. Reclutamiento y



seguimiento: Los pacientes serán reclutados de forma escalonada hasta alcanzar el tamaño muestral propuesto. Constará de: Visita basal: se recogerán los datos variables clínicas y calidad de vida de los pacientes. Visita mes 6: medida de calidad de vida de los pacientes. Visita final (mes 12): medida de la calidad de vida, consumo de servicios sanitarios, y disponibilidad a pagar. Medidas de Efectividad y Eficiencia La efectividad se evaluará mediante el porcentaje de consumo de servicios sanitarios asociados a cuidados y complicaciones de la ostomía. La evaluación económica se realizará mediante un análisis coste-utilidad, que utilizará como medida de beneficio el Año de Vida Ajustado por Calidad (5,6), y un análisis coste-beneficio, que utilizará como medida de beneficio la disponibilidad a pagar de los pacientes y cuidadores por recibir el servicio de atención especializada (7-9). La calidad de vida relacionada con la salud se evaluará mediante cuestionario genérico (Euroqol-5D-5L) y específico de la ostomía (Montreux). El estudio estadístico (SPSS v24) consistirá en análisis descriptivos, bivariantes y multivariantes. Para diferenciar entre estadísticamente significativo y relevancia clínica se calculará el tamaño del efecto (10,11) mediante el índice denominado “d” de Cohen.

Resultados y discusión

Durante la celebración del congreso se presentará el protocolo de estudio y los resultados obtenidos referentes a la visita inicial donde serán objeto de discusión para nuevas aportaciones y/o inclusión de nuevos centros e investigadores.

Conclusiones

El grupo de estudio está formado además de los autores, por (orden alfabético): Azqueta N; Bienvenido MP; Cabrera M; Gámez I; García-Agua N; García AJ; Hervas ML; Jurado P; López R; López I; Martin J; Montesinos AC; Reyes MA, Rosello M; Sánchez M; Sánchez R; Vázquez L.

Palabras clave

Ostomía; Enfermería de Práctica Avanzada; Evaluación económica; Eficiencia; Calidad de vida relacionada con la salud; Pérdida de productividad.



Referencias bibliográficas

1. Cantero ML, Collado EJ. Factores determinantes en la adaptación del paciente portador de ostomía y la importancia del estomaterapeuta. *Agora de la Salud* vol III. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2016.3.6>.
2. Association of Stoma Care Nurses (2016) ASCN Stoma Care National Clinical Guidelines. <http://tinyurl.com/jgxo6h9> (accessed 28 February 2017).
3. Montesinos Gálvez AC. Estudio sobre la incorporación a la vida laboral en el paciente ostomizado. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, 2017. Disponible en: <https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarSeleccion.do>
4. Pita S. Determinación del tamaño muestral. Disponible en: <https://www.fisterra.com/mbe/investiga/9muestras/9muestras2.asp>. Accedido el 28 de febrero de 2018.
5. Patrick M, Alexia M, Bernard J. Quality of life in patients with stomas: The Montreaux Study. *Ostomy Wound Management* 2003; 49 (2): 48-55.
6. Cuestionario EuroQol-5D-5L. Disponible en: <https://euroqol.org/>. Accedido el 28 de febrero de 2018.
7. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. Tercera edición. Oxford: Oxford University Press, 2005.
8. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac Sanit.* 2010; 24: 154- 70.
9. Husereau D, Drummond M, Petrou S, et al. Consolidated health economic evaluation reporting standards (CHEERS) --Explanation and elaboration: A report of the ISPOR health economic evaluations publication guidelines good reporting practices task force. *Value Health* 2013; 16: 231-50.
10. Guyatt G, Walter S, Norman G. Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chronic Dis* 1987; 40: 171-8.
11. Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care* 1989; 27 Suppl 3: 178-89.



62

EVALUACIÓN DE LOS REGISTROS DE LAS OSTOMÍAS UROLÓGICAS.

Cristina García López, Laura Pérez Rodríguez, Cristina Miguel Gómez, Sara Fernández Sánchez, Ana Belén Baez Marín, Yolanda Martín Vaquero Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Introducción

En el Complejo Asistencial de Zamora la actividad enfermera se gestiona en el aplicativo Gacela Care. En el análisis de los datos, la unidad de urología tiene el mayor porcentaje de registros de sondas vesicales ($\pm 17\%$) el cual incluye las Ostomías urológicas.

Objetivos

Analizar las características de los registros de Ostomías urológicas. Identificar fortalezas y debilidades en los registros realizados.

Metodología

Se realizó un estudio observacional de los registros de sonda vesical y Ostomías del año 2018, en la unidad de Urología, mediante los datos obtenidos del aplicativo GACELA CARE.

Resultados y discusión

Al realizar la explotación de datos se observa que hay estomas urinarios reflejados en el registro de sonda vesical y en el registro ostomías. En el registro de sonda vesical del 2018, el 5% (38) son estomas urológicos, de los cuales un 53% son urostomías y el 47% restantes son nefrostomías. La media de edad del total de estos pacientes es de $68'59 \pm 13,42$ (33-86), mediana y moda 71 años. El 50% proceden de quirófano, el 18% de otra unidad, el 13% de su domicilio, el 5% de la unidad y el 13% no se ha registrado



la procedencia. El mantenimiento se refleja en el evolutivo de cada paciente lo cual dificulta su seguimiento. En el registro ostomías de 2018 de 198 el 12 % (24) son nefrostomías y 7% (14) urostomías. Según el tipo de estomas las nefrostomías son permanentes en unos 63%, paliativas en un 21% y temporales en un 17%, frente a las urostomías que son todas permanentes.

Conclusiones

La mayoría de las ostomías urológicas son de nueva inserción en quirófano y, en pacientes adultos de sexo masculino. Los estomas urológicos se han reflejado en dos registros disponibles si bien no contienen los mismos ítems, los que están en el registro de sonda vesical el seguimiento es muy deficitario o nulo. El registro más idóneo para valorar la evolución y mantenimiento de los estomas es el registro ostomías, con el que se puede realizar un buen informe de continuidad asistencial. Es preciso unificar la actuación entre todos los profesionales, no solo de esta unidad, sino del Complejo y los responsables del aplicativo deberían analizar opciones para mejorar estos registros, mediante formación e identificar campos obligatorios a registrar.

Palabras clave

Nefrotomía, Nefrostomía Percutánea, Ureterostomía, Ostomía, Registros de Enfermería.

Referencias bibliográficas

1. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO.org [Internet]. 2009. [consultado el 23 de enero de 2019] Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0005_ManejoOstomia_2009.pdf



63

CUIDADOS A UN PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA DE PROTECCIÓN Y DE ENDOESPONJA.

*Esperanza Macarena Espejo Lunar, Aurora García Guerrero, María Eugenia Gómez Fuentes, Rocío Mendoza Talaverón, Milagrosa Gallego López, Ana Caballero Guerra.
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción

Paciente con Cáncer Colo-rectal intervenido de una resección anterior baja con una ileostomía de protección, el cual a las dos semanas sufre una dehiscencia parcial de la anastomosis y fuga del muñón rectal.

Objetivos

- Ampliar el conocimiento de los profesionales de Enfermería sobre la aplicación y manejo de la terapia asistida por vacío para prestar cuidados de calidad - Protocolizar los cuidados de los pacientes con Endoesponja para detectar las posibles complicaciones - Realizar educación sanitaria y apoyo emocional al paciente ileostomizado y portador de Endoesponja

Metodología

Se utilizó los protocolos establecidos de la Unidad de Ostomías del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla para los cuidados del paciente ileostomizado con la taxonomía NANDA, NIC, NOC y los patrones funcionales de M. Gordon desde el preoperatorio hasta el alta hospitalaria. Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos acerca de la terapia asistida por vacío. La técnica de cierre asistido por vacío consiste en la inserción de una esponja de espuma de poliuretano de célula abierta en la herida que se conecta a una bomba de succión.



Resultados y discusión

El establecimiento de un plan de cuidados enfermeros estandarizado tanto para el paciente ileostomizado como para el tratamiento de terapia asistida por vacío y consensuado con el equipo asistencial permite ofrecer una mejora en la calidad de atención de nuestros pacientes. La dehiscencia anastomótica y fuga del muñón rectal después de la Cirugía Colo-Rectal presenta una complicación grave con una morbilidad y mortalidad significativa. La tasa media de dehiscencias después de la Cirugía Colo-Rectal asciende al 20%. La gestión de esta complicación puede requerir reintervención en el caso de paciente con ileostomía de protección. En el año 2008, se informó de un tratamiento alternativo, basado en el uso de la terapia asistida por vacío para el cierre de las dehiscencias colo-rectales.

Conclusiones

La terapia de cierre asistido por vacío es una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de complicaciones después de la Cirugía Colo-rectal. Según los resultados obtenidos, se puede indicar como una alternativa a la cirugía. La terapia se puede administrar de forma segura en régimen ambulatorio permitiendo así el alta temprana de los pacientes. Con un buen asesoramiento al paciente sobre los cuidados, tanto de la ileostomía como de la endoesponja, conseguimos disminuir el nivel de ansiedad y aumentar el nivel de confianza y ante la nueva situación.

Palabras clave

Cáncer Colo-Rectal, Terapia Asistida por Vacío, Endoesponja, Ileostomía.

Referencias bibliográficas

-Weidenhagen R., Gruetzner KU., Wiecken T, Spelsberg F., Jauch KW. Endoluminal vacuum therapy for the treatment of anastomotic leakage after anterior rectal resection. *Rozhl Chir.* 2008 Aug; 87(8):397-402. -Manejo enfermero de la terapia de sistema de vacío (VAC) aplicado en heridas [serie en Internet]. Enero 2016. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/terapia-de-sistema-de-vacio-vac-enfermeria/> -NANDA. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación: 2015-2017 Barcelona: Elsevier; 2015



65

TODO ES DIFÍCIL ANTES DE SER FÁCIL 1ª INFOGRAFÍA SOBRE CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO.

Sandra Lopez Diaz, Olga Sacristan Vaquerizo, Esperanza Fernandez Alonso, Maria Trinidad Martin Merino. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganes (Madrid).

Introducción

El paciente portador de una ostomía, va a sufrir una serie de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que le obligan a adquirir nuevos conocimientos y habilidades en las que participa enfermería a través de un abordaje integral. En algunas ocasiones, debido al impacto que supone enfrentarse a esta nueva situación, se ven desbordados por toda la información recibida y no son capaces de asimilar con claridad. El paciente debe interiorizar los aspectos necesarios para aprender a caminar hacia una nueva forma de vida, y la enfermería participa ayudando y enseñando cómo hacerlo. Nos planteamos representar de forma gráfica y esquemática (infografía) los cuidados más relevantes para las personas ostomizadas. La infografía presenta unas ventajas ya que el 90% de la información transmitida al cerebro es visual, llama la atención a través de gráficos y colores, clarifica muy bien los conceptos y facilita la comprensión de estos.

Objetivos

Elaborar una infografía dirigida al paciente, que plasme los cuidados de forma visual, esquemática y fácilmente asimilable.

Metodología

Elaboración de un póster para representar los cuidados esenciales de los pacientes ostomizados. Se ha realizado a través de imágenes y textos muy resumidos. Los cuidados representados en la infografía son: Nutrición, viajes y ocio, cuidados básicos, sexualidad y consejos generales destacando el papel fundamental de la consulta de ostomías.



Resultados y discusión

El paciente durante su estancia hospitalaria está sometido a un exceso de información (entrega de guías, documentación, información por parte del equipo de enfermería, etc) Por lo que presentar la información más relevante en forma de infografía supone una manera informal, mucho más atractiva para comunicar y que busca llamar la atención del paciente a través del uso de colores e imágenes, el paciente puede decidir el tiempo que le dedica a leerlo y su contenido es más fácil de asimilar y recordar.

Conclusiones

La Infografía es un recurso ideal para conectar con el paciente, ofreciéndole información con rigor científico de manera original y añadiéndole un contenido educativo para mejorar su calidad de vida.

Palabras clave

Infografía, Cuidados de enfermería, Ostomía.

Referencias bibliográficas

1. De Frutos Muñoz R, Solis Muñoz M, Hernando Lopez A. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas Enferm* 2011; 14(2): 24-31
2. Chaura Guindic L, Benavides Leon CJ, Villanueva Herrero JA, Jimenez Bobadilla B, Abdo Francis JM, Hernandez Labra E. Calidad de vida del paciente Ostomizado. *Cir Cir* 2011; 79(2): 149-155.
3. González-Pacanowski, Toni; Medina, Pablo. "Valor comunicacional de la infografía". *El profesional de la información*. 2009, julio- agosto, v. 18, n. 4, pp. 413-420. DOI: 10.3145/epi.2009.jul.08
4. Bodega Urruticoechea, C et al. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE, Revista de Enfermería*. Agosto, 2013; 7(3)
5. Garcia Jiménez, A. Cuidados de Enfermería en Pacientes Ostomizados. Madrid. 2011. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2- cec7-4df7-8af9->



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL
DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



8843320f05ea/1F0085C5-F722-4EFD-9BC1-03DCA0648AAB/0b9a493d-2590-45b3-9e53-09daa9d006f5/Cuidados_Enfermer%C3%ADa_Pacientes_Ostomizados.pdf



66

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON COLON ISQUÉMICO EXTERIORIZADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Isabel Muñoz Bielsa, Lara Campillos Oficialdegui, Eva María Guijo Sanchez, Cristina Puerto Gregorio, Ana Romanos Visiedo, Violeta Tena Galo.

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción

Varón 64 años intervenido de RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO BAJO el 3-05-2018 con rectorragias en el postoperatorio inmediato. Reintervenido el 8-05-2018 por PERITONITIS FECALOIDEA secundaria a DEHISCENCIA DE SUTURA, quedando una colostomía terminal. La técnica quirúrgica realizada fue HARTMANN CON ESTOMA ISQUÉMICO EXTERIORIZADO PARA DESPRENDIMIENTO POSTERIOR, consistiendo en una exteriorización excesiva de mucosa para su posterior necrosis y desprendimiento de la misma en unos días quedando finalmente un estoma corriente. La aparición de necrosis en el estoma puede crear alarma en el personal sanitario, por desconocimiento de esta técnica debido a su excepcionalidad en nuestro servicio y gran impacto emocional en el paciente y familia.

Objetivos

Instruir al personal sanitario sobre los cuidados a realizar frente al estoma isquémico, aportando los conocimientos necesarios para educar al paciente sobre los autocuidados y el manejo del dispositivo idóneo. Mostrar nuestra experiencia en el manejo de estoma isquémico, su evolución y sus cuidados. Conseguir que el paciente sea autónomo en los cuidados de su estoma y detecte posibles complicaciones, mejorando su autoestima y calidad de vida.

Metodología

Elaboración de un trabajo descriptivo retrospectivo basado en la revisión bibliográfica de bases de datos científicas. La recolección de datos se obtuvo de la historia clínica y de información de las visitas en la consulta de enfermería: la observación directa de la evolución del estoma (estado piel, diámetro, color y



funcionalidad), adaptación de dispositivos y estado general del paciente. Seguimiento en la consulta cada 15 días durante los primeros 3 meses. Utilización de la taxonomía NANDA, NIC, NOC para englobar los cuidados más importantes y los problemas de salud biopsicosociales.

Resultados y discusión

Durante 15 días hospitalizado, se observó el estado del estoma diariamente. Se utilizaron dispositivos de dos piezas, placa plana y bolsa abierta. Al alta, mucosa de estoma necrótica, piel periestomal sin lesiones y colostomía funcionante. A los 10 días, el paciente observa en domicilio el desprendimiento de la zona necrótica de la mucosa, presentando estoma funcionante con piel periestomal íntegra. Durante las sucesivas consultas, se observa evolución favorable del estoma, independencia en sus cuidados y se incorpora un cinturón para mejor adaptación del dispositivo. A los 6 meses, regresa a la consulta por complicación en piel periestomal (dermatitis alérgica), se cambia el dispositivo, se trata con corticoides y se cita cada 3 días para controlar su evolución. Actualmente, tras mejoría, continúa en seguimiento mensual.

Conclusiones

La vigilancia y cuidado del estoma es importante en el postoperatorio inmediato. Además, es imprescindible la comunicación interdisciplinar para proporcionar una óptima educación sanitaria por parte del personal de enfermería al paciente y la familia para que participen activamente en el cuidado del estoma.

Palabras clave

Estoma, isquemia, colostomía, cuidados, enfermería.

Referencias bibliográficas

1. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5a Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
3. Bulechek G.M, Butcher H.K, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6a Edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
4. Tipos de colostomías y



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



sistemas de bolsa recolectora. American Cancer Society. [Enero]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html> 5. Secuelas del cáncer de colon. Asociación Española contra el Cáncer. [Enero] disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/secuelas-cancer-colon> 6. De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Elsevier. 2014; Vol. 92. Núm 3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estado-actual-prevencion-tratamiento-las-S0009739X13003667> 7. Colilles Calvet C. Infecciones graves en el paciente quirúrgico. Parc Taulí Sabadell Hospital Universitario. 2016. Disponible en: <https://www.academia.cat/files/425-10762-DOCUMENT/InfeccionesgravesenelpacientecriticoDraColilles.pdf>



68

ANÁLISIS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA RESPECTO AL ESTOMA DE ELIMINACIÓN DIGESTIVO RECIÉN CONSTRUIDO. ESTUDIO DESCRIPTIVO.

M^a Dolores Arias Galan¹, Vicente Sánchez Criado¹, Jose Angel Muñoz Arias², Yolanda Rustarazo Franco¹
¹Hospital Alto Guadalquivir, Andújar, ²Andújar.

Introducción

En España hay aproximadamente 70.000 personas ostomizadas y cada año hay 16.000 nuevos ostomizados. El 60% de las ostomías son temporales y el 40% son permanentes. En nuestro hospital comarcal hay una incidencia de 10-12 pacientes ostomizados al año. Los pacientes ostomizados requieren una atención y un tratamiento especializado que fomente tanto su independencia y calidad de vida como la de sus familiares y cuidadores y para ello es fundamental realizar una correcta valoración del estoma por parte de enfermería, que debe iniciarse desde el primer día tras la intervención quirúrgica.

Objetivos

Determinar si se realiza un correcto registro por parte de enfermería de la valoración del estoma en los pacientes recién ostomizados.

Metodología

Estudio descriptivo transversal de los registros de enfermería durante los 7 días posteriores a la intervención quirúrgica de los pacientes ostomizados en el Hospital Alto Guadalquivir de Andújar - Jaén en el periodo 2015-2017. Se consideró una valoración de enfermería completa cuando incluyese los datos que recoge la Guía de buenas prácticas clínicas "Cuidado y manejo de la ostomía": tamaño del estoma, aspecto, elevación del estoma, unión mucocutánea, piel periestomal, heces y dispositivo usado.



Resultados y discusión

El total de pacientes ostomizados durante el periodo 2015/2017 fueron 27. En todos los pacientes se valoró la funcionalidad del estoma a heces. En 14 pacientes se valoró el aspecto del estoma. En 8 pacientes se valoró el tipo de dispositivo. El resto de los aspectos se valoró por debajo del 20% y aspectos como piel periestomal se valoró por debajo del 8%. De los 27 pacientes estudiados solo a 1 (3,7%) se le valoró los 7 aspectos recogidos de la Guía y a 20 (74%) se les valoró sólo 1 o 2 aspectos recogidos de la Guía. Por tanto, no consideramos que se realizó una completa valoración de enfermería respecto del estoma según la Guía "Cuidado y manejo de la ostomía", y que los cuidados y prevención de posibles complicaciones se pueden ver comprometidos.

Conclusiones

Sería conveniente realizar futuros estudios para determinar las causas de este déficit en la valoración enfermera. Incluir dentro del plan de formación del hospital cursos/talleres que fomente el conocimiento de los cuidados seguros y de calidad en los pacientes ostomizados. Establecer registros que nos guiaran en la valoración de aspectos contemplados en las guías reconocidas a nivel internacional.

Palabras clave

Paciente Ostomizado, Ostomías, Valoración de Enfermería.

Referencias bibliográficas

Libro blanco de la ostomía en España. Consejo General de Enfermería y Coloplast.
2018. Guía de Práctica clínica "Cuidado y Manejo de las ostomías". RNAO. 2009.



69

CASO DE CURA DE HERIDA PERIESTOMAL EN COLOSTOMIA DEFINITIVA.

Javier Campillo Martínez.

Hospital Royo Villanova Zaragoza.

Introducción

Se presenta caso de una cura de herida periestomal en mujer de 60 años portadora de colostomía definitiva por adenocarcinoma de recto inferior con clasificación clínica del desarrollo del Tumor para Tamaño, Nódulos y Metástasis T3 N0 M0 . La paciente presenta también tratamiento de quimioterapia y radioterapia coadyuvantes. La causa de la herida es una celulitis con formación de cloaca periestomal tras una reintervención quirúrgica con reconstrucción del estoma por prolapso. Se muestra la cura realizada en el lecho de la herida periestomal y su evolución con la terapia instaurada.

Objetivos

Con la comunicación se pretende demostrar lo importante que es aislar una herida periestomal que puede llegar a estar en contacto con el efluente procedente de la ostomía. Las imágenes de la publicación permitirán visualizar la evolución de la herida tras una terapia con combinación de apósitos y dispositivos accesorios de ostomía para la resolución del problema. Se quiere comprobar la efectividad de una buena praxis en el cuidado de heridas periestomales con el fin de resolver un problema como es una cloaca periestomal que puede afectar en grado importante la calidad de vida del paciente ostomizado. Otro objetivo pretendido es que todo el compendio de productos utilizados no interfiera en la adhesividad del dispositivo de ostomías utilizado.

Metodología

La comunicación en formato póster mostrará la secuencia de las curas de la herida periestomal cada 72 horas coincidiendo con el cambio de dispositivos de ostomía. Las curas se realizan con distintos apósitos, uno modulador de proteasas con matriz de colágenos para crear unas condiciones óptimas de cicatrización y otro



apósito que combate la infección como medio preventivo captando físicamente los patógenos e inactivándolos. El uso de Spray como barrera cutánea para proteger los bordes de la herida y la piel periestomal y el refuerzo del exterior de la herida con accesorio hidrocoloide moldeable pretenden aumentar aún más la estanqueidad de la herida y la adhesividad del dispositivo de ostomía que se coloca posteriormente.

Resultados y discusión

Se consigue coincidir la nueva cura con el cambio de dispositivos de ostomías aumentando el confort del paciente sin tener que realizar cura diaria. La terapia utilizada para cicatrizar la herida periestomal permite la creación de un lecho de herida bien limpio y vascularizado y disminuye el tiempo de cicatrización. Los apósitos utilizados tienen distintas funciones: favorecer la cicatrización de la herida, disminuir riesgo de infección y función barrera contra la entrada de efluente. Todo ello supone la curación de la herida periestomal en 9 días con total cicatrización y sin signos de infección y sin ninguna fuga por despegamiento del dispositivo de ostomía. Debemos de integrar apósitos que normalmente son más utilizados para otro tipo de heridas, como por ejemplo úlceras por decúbito, en aquellas ocasiones en las que aparece como complicación una herida relacionada con una ostomía ya que está demostrada su eficacia en estos casos como se puede comprobar en esta comunicación.

Conclusiones

Esta combinación de apósitos provoca un ambiente propicio para el crecimiento del tejido de granulación viable y sin microorganismos por lo que se consigue en pocos días la resolución del problema con el cierre y epitelización de la herida. Se demuestra que la adecuada combinación de apósitos acelera el cierre de heridas siendo totalmente compatible el uso de material hidrocoloide para ostomías con apósitos destinados a la curación de heridas. La buena praxis favorece el confort del paciente y disminuye el tiempo directo de enfermería siendo coste - efectiva.



Palabras clave

Adenocarcinoma de Recto, Colostomía Definitiva, Herida Periestomal, Apositos, Spray Barrera Cutánea, Accesorio Hidrocoloide.

Referencias bibliográficas

- Breckman, B. (2005). Stoma care and rehabilitation. Exeter Devon, UK: Churchill Livingstone.
- Bosio, G., Pisani, F., Lucibello, L., Fonti, A., Scrocca, A., Morandell, C., et al. (2007). A proposal for classifying peristomal skin disorders: Results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Management*, 53, 38-43.
- Mosti et al., "Comparative study of two antimicrobial dressings in infected leg ulcers: a pilot study", *Journal of WoundCare*, 2015
- Navarro Yepes J, Rubio Martínez PL. Guías de actuación clínica en el deterioro de la integridad cutánea: ¿dicen todas lo mismo? *Gerokomos*. 2012;23(3):132
- Jeniceck M. *Epidemiología, la lógica de la medicina moderna*. Barcelona: Masson, S.A., 1996.



70

REGISTRO DE OSTOMÍAS, CLAVE PARA LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL.

Laura Pérez Rodríguez, Milagros González Calles, Milagros Andrés Ferreras, Cristina García López, Ana Belén Baez Marín, Yolanda Martín Vaquero.

Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción

En la Guía “Cuidado y Manejo de la Ostomía” (1) destacamos las recomendaciones: “es necesario una evaluación y un seguimiento del paciente y de su familia tras la cirugía de ostomía con el fin de evitar complicaciones y debe haber un mecanismo de transferencia de la información entre los centros sanitarios. La enfermera y/o estomaterapeuta son responsables de reflejar las intervenciones realizadas en registro específico de ostomías, en Gacela Care.

Objetivos

Describir tipos y características de ostomías de eliminación intestinal. Identificar áreas de mejora del registro.

Metodología

Estudio descriptivo de registros de ostomías en 2018 en el Complejo Asistencial de Zamora. Fuente de datos: Aplicativo GACELA CARE.

Resultados y discusión

En el año 2018 se han registrado 198 ostomías: colostomía 62%, ileostomía 19%, Nefrostomía 12 % y urostomía 7%. La localización de las colostomías: 1% cuadrante inferior derecho (CID), 39% cuadrante inferior izquierdo (CII), 14 % cuadrante superior derecho (CSD) y 47% cuadrante superior izquierdo (CSI). Las ileostomías: 50% CSD, 21% CSI, 16% CID y 13% CII. Según el tipo las colostomías son 80% permanente, 11% temporal, 6% paliativo y 2% no registrado y las ileostomías 68% permanente, 26%



temporal, 3% paliativo y 3% no registrado. En las colostomías el color es 63% rojo, 3 % rojo oscuro, 2% gris, 2% pálido y en las ileostomías: 42% rojo, 3 % rojo oscuro, 3% gris, 0% pálido El aspecto en las colostomías es 43% normal, 21% edematoso, 2 % desgarrado, 9% granulomatoso. Las ileostomías: 26% normal, 13% edematoso, 3 % desgarrado, 0% granulomatoso. La elevación en las colostomías es normal un 46%, alineado 11%, prolapsado 2%, retraído 5% y en las ileostomías es normal un 46%, alineado 11%, prolapsado 2 %, retraído 5%. La evolución se refleja en un campo libre: observaciones, donde se hace descripción de las actividades realizadas por la estomaterapeuta o la enfermera. Se identifican los campos sin registrar; el color de colostomías 30% y en ileostomías 53%, en el aspecto de las colostomías 33% y en ileostomías 58%, en la elevación colostomías 35% y ileostomías 35%, las medidas en colostomías 89% y en ileostomías en el 92%.

Conclusiones

El tipo más frecuente de ostomía en nuestro medio es la colostomía, permanente y localizada en el CSI o CII. La mayoría de los estomas son de color rojo, aspecto y elevación normal y las complicaciones como prolapso o retracción son escasas. Para mejorar la continuidad asistencial hay que aumentar la calidad de los registros, reflejando todas las características: color, aspecto, elevación, tamaño para valorar la ostomía. Se realizarán sesiones para transmitir puntos débiles reforzando los conocimientos necesarios. Se ha valorado con los responsables del aplicativo que campos son de cumplimentación obligatoria para realizar cambios en el aplicativo.

Palabras clave

Ostomía, Estomas Quirúrgicos, Colostomía, Ileostomía, Registros de Enfermería, Control de Formularios y Registros, Continuidad de la Atención al Paciente Ostomy, Surgical Stomas, Colostomy, Ileostomy, Nursing Records, Forms and Records Control, Continuity of Patient Care

Referencias bibliográficas

1. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO.org [Internet]. 2009. [consultado el 23 de enero de 2019] Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0005_ManejoOstomia_2009.pdf



71

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA PREVENIR LA HERNIA PARAESTOMAL: ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL.

Jordi Tello Barquilla

Hospital Universitario Vall d' Hebron. Barcelona

Introducción

Una ostomía es una abertura creada quirúrgicamente entre el colon o el íleon y la pared abdominal por la que se descarga heces o moco cuando parte del colon o el íleon debe ser extirpado para recuperarse de una operación o de un proceso de inflamación (cáncer colorrectal o enfermedades inflamatorias intestinales).(1) La creación de la ostomía influye profundamente en la salud física y psicosocial del individuo y en su imagen corporal(2) y puede tener múltiples complicaciones. De todas ellas, la hernia paraestomal es la más frecuente presentándose a los meses o años después de la creación del estoma.(3) Thompson y Trainor presentaron un estudio donde, tras proporcionar educación sanitaria a personas ostomizadas en riesgo de desarrollo de hernia paraestomal (programa de ejercicios abdominales 3 meses después de la cirugía), los resultados identificaron una incidencia inicial de hernia paraestomal del 28% mientras que después de la intervención la incidencia se había reducido al 15%.(4) A pesar de la importancia de los programas de ejercicios abdominales, el 80% de los enfermeros y médicos han informado no estar al tanto de dichos ejercicios y de las pautas y conocimientos para ponerlas en práctica.(1) La Association of Stoma Care Nurses UK (ASCN) publicó una guía clínica donde recomendaban comenzar a realizar los ejercicios para prevenir la hernia paraestomal durante las primeras 6 semanas.(5) Debido a la elevada incidencia de hernia paraestomal, me planteo realizar un estudio de intervención cuasiexperimental en el que se realizará la indicación de los ejercicios para fortalecer la pared abdominal y disminuir la aparición de hernia paraestomal.

Objetivo

Evaluar la efectividad de la intervención educativa para la prevención de la hernia paraestomal que incluye los ejercicios recomendados por la ASCN para prevenir la hernia paraestomal. (Grupo intervención versus grupo control) Evaluar si existen diferencias significativas en la incidencia de hernia paraestomal y en la calidad de vida en ambos grupos.



Metodología

Estudio analítico, cuasi experimental de evaluación pre y post. Los participantes serán pacientes que no presenten hernia paraestomal y que realicen el programa de educación sanitaria. La muestra necesaria para cada grupo será 95 sujetos. La recogida de datos se realizará en mediante el cuestionario Stoma-QoL, un cuaderno de datos y un cuestionario ad hoc que valorará: Hospital de referencia, IMC, nivel socioeconómico, estado civil, estudios, actividad laboral, diagnóstico médico, tipo de ostomía, localización del estoma, temporalidad del estoma, nivel del estoma, tipo de efluente, irrigación, complicaciones, tipo de complicaciones, autonomía en el cuidado, tipo de dispositivo colector y uso de complementos relacionados con el dispositivo.

Resultados y discusión

Evaluar la efectividad de un programa de educación sanitaria que incluye actividad física específica y prevención de hernia paraestomal en los pacientes a los que se les ha realizado una estoma de eliminación.

Conclusiones

Si se demuestra que la intervención disminuye la incidencia de hernia paraestomal y aumenta la calidad de vida será necesario incluir dicha educación sanitaria a todos los pacientes tras el seguimiento inmediato postoperatorio.

Palabras clave

Hernia Paraestomal, Prevención, Colostomía, Ileostomía, Calidad de Vida.



Referencias bibliográficas

1. Jansen F, Uden-kraan CF Van, Witte BI, Leeuw IMV. A mixed-method study on the generic and ostomy-specific quality of life of cancer and non-cancer ostomy patients. *Support Care Cancer* 2015;23:1689–97.
2. Study AC. Factors Influencing Adjustment to a Colostomy in Chinese Patients. *OSTOMY CARE*. 2014;41(October):455–9.
3. Student MK, Rn GK, Kjærgaard A. Living with a parastomal bulge - patients' experiences of symptoms. *J Clin Nurs*. 2017;26(July):5072–81.
4. Clifford S, Journal IA, Ileostomy IA. Helping ostomists to regain a healthy lifestyle after recovery from surgery. *Gastrointest Nurs*. 2014;12(7):16–23.
5. Association of Stoma Care Nurses. ASCN stoma care national clinical guidelines. 2016. <https://tinyurl.com/jgxo6h9> (accedido el 5 de Enero 2019).



72

RESULTADOS Y CONCLUSIONES DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A MÉDICOS COLOPROCTÓLOGOS Y URÓLOGOS SOBRE LA FIGURA DE LA ENFERMERA ESTOMATERAPEUTA.

Montserrat Pérez Baena¹, Carmen Del Pino Zurita², Ascensión Gómez Porcel³, Mercè Morral Centellas⁴, M^a Eugenia Zapatero Rodríguez⁵, Gloria Vaquer Casas⁶

¹Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona, ²Consorti Hospitalari Parc Tauli. Sabadell, ³Hospital Clínic i Provincial. Barcelona, ⁴Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, ⁵Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, ⁶Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona.

Introducción

El “Libro blanco de la ostomía” ofrece la primera radiografía real de la ostomía en España. A través del análisis del estado actual de los pacientes ostomizados, se establece una hoja de ruta con estrategias a implementar en los próximos años para mejorar las prestaciones asistenciales y la calidad de vida de las personas portadoras de una ostomía. Como objetivo para obtener una visión de conjunto, el estudio cuenta con 120 médicos coloproctólogos y 82 urólogos que ofrecen su punto de vista, basado en su experiencia y conocimiento profesional, sobre la figura de la enfermera estomaterapeuta, considerada un pilar fundamental dentro del campo de la ostomía.

Objetivos

El objetivo es conocer la opinión de los médicos coloproctólogos y urólogos en relación a las intervenciones propias de la enfermera estomaterapeuta, atención pre y postoperatoria, formación y competencias, y relevancia dentro del equipo multidisciplinar. Todo ello, con el fin de reafirmar, desde diferentes puntos de vista, la importancia de la labor enfermera experta en ostomías.

Metodología

El desarrollo del estudio se ha llevado a cabo entre los años 2015-2017, mediante una revisión bibliográfica, un Delphi en el que se ha contado con 79 enfermeras estomaterapeutas, en combinación con una encuesta



de opinión, a través de un cuestionario de elaboración propia y autoadministrado con una muestra de 220 pacientes ostomizados y familiares, 120 coloproctólogos y 82 urólogos. Los cuestionarios entregados a médicos coloproctólogos constan de 26 preguntas y los facilitados a urólogos de 25 preguntas, ambos semiestructurados de 15 minutos de duración.

Resultados y discusión

Los resultados obtenidos a destacar, una vez recolectados y analizados los cuestionarios, son que en más del 74% de los casos, los médicos coloproctólogos y urólogos reconocen que la estomaterapeuta (ET) realiza la técnica del marcaje y relacionan esta intervención con una mejora de la calidad de vida del paciente en más del 72% de los casos. Cerca del 80% de los coloproctólogos y urólogos, consideran totalmente necesaria la figura de la ET como miembro del equipo multidisciplinar, y el 94,7% de los coloproctólogos ve totalmente necesaria la ET a lo largo del proceso de atención del paciente que va o puede llevar un estoma.

Conclusiones

Los resultados de las encuestas realizadas a médicos coloproctólogos y urólogos muestran la importancia de la enfermera experta en ostomías a lo largo de todo el proceso asistencial del paciente ostomizado desde el pre hasta el postoperatorio. Es imprescindible, darle mayor importancia y visibilidad a esta figura que ofrece cuidados individuales y especializados a personas ostomizadas, aportando conocimiento y apoyo y fomentando su independencia y calidad de vida.

Palabras clave

Estomaterapeuta, Ostomía, Coloproctología, Urología.



Referencias bibliográficas

- Bass EM, Del Pino A, Tan A, Pearl RK, Orsay CP, Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*. 1997 Apr;40(4):440-2
- Person B, Ifargan R, Lachter J, Duek SD, Kluger Y, Assalia A. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. *Dis Colon Rectum*. 2012 Jul;55(7):783-7
- Cobos Serrano JL, García Manzanares E, Leonor Rodríguez S, Martín Fernández M, Prados Herrero MI. Nursing intervention: Stoma marking. *WCET Journal*. 2016 jan/mar;36(1):17-25
- Youngberg, Diane R. Maydick. Individuals with a permanent ostomy: quality of life, preoperative stoma site marking by an ostomy nurse, six peristomal complications and out-of-pocket financial costs for ostomy management. *Journal of wound ostomy and continence nursing*. 2011; 38(3S), S5-S6
- Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S et al. ESPEN Guidelines: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*. 2017; 36: 623-50



73

MANEJO DE FISTULA ENTEROCUTANEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

María Josefa García Santos¹, Adela De Aragon Serrano², Josefa Baeza Sola³, Rosa María García Langa⁴, Esther Tejero Marañón⁵

¹Hospital Doce de Octubre .Madrid, ²Hospital Doce de Octubre.Madrid, ³Hospital Doce de Octubre. Madrid, ⁴Hospital Doce de Octubre. Madrid., ⁵Hospital Doce de Octubre . Madrid.

Introducción

Paciente de 43 años diagnosticada de enfermedad de crohn en 1994, con afectación gástrica; Intervenido quirúrgicamente en Enero 2016 se realizó colectomía intraabdominal total dejando bolsa de ileostomía terminal en fosa iliaca derecha. Posteriormente aparición de fistula enterocutanea el 7/4/2018. Este trabajo pretende analizar las diferentes opciones de abordaje terapeutico.

Objetivos

Aportar intervenciones de enfermería para que la paciente afronte la enfermedad y mejore su calidad de vida. Educar a la paciente en nutrición y manejo de la ileostomía , a si como de la fistula para conseguir su autonomía. Ayudar a la paciente a afrontar los problemas psicosociales que acarrea la enfermedad.

Metodología

Recogemos datos de la historia clínica y del evolutivo. Realizamos fotografías del proceso, de los cuidados y automanejo de la misma por la paciente. Analizamos a partir de una revisión bibliográfica las intervenciones del personal de enfermería en la atención a pacientes con fistula enterocutánea. Número de pacientes con fistula enterocutánea desde el 2016 al 2018 han sido de tres.



Resultados y discusión

La paciente ha conseguido en el plazo de un año el autocuidado completo de la fistula y la ileostomía utilizando material de ostomía adecuado para ello. La paciente realizando una dieta adecuada sin residuos, baja en grasa, sin lactosa y aumentando la ingesta hídrica, ha conseguido una disminución del débito tanto por la fistula como por la ileostomía. La paciente mantiene un seguimiento tanto con la trabajadora social como con su psicólogo de zona para un mejor control de su equilibrio psico-social

Conclusiones

De los pacientes que hemos tratado en esta unidad con fistulas enterocutaneas durante el periodo entre 2016-2018 solamente una paciente ha conseguido el manejo de una fistula con tanta complejidad en su domicilio.

Palabras clave

Enfermedad de Crohn, Fistula Enterocutanea.

Referencias bibliográficas

Enfermedad de crohn- enfermedad inflamatoria cronica intestinal que cursa con dolor abdominal , diarrea cronica, fatiga, adelgazamiento y desnutrición. www.mayoclinic.org. American society of colon and rectal surgeons. Escuela universitaria Gimgnat- trabajo final de grado 2013-2014. Fistulas enterocutaneas de la enfermedad de crohn, revista española de enfermedades digestivas ,vol 105 numero 1 Madrid Enero 2013. Peñate M; Cruz Santamaría; M Mendoza; J L Peña AS; Diaz Rubio; M García Paredes. Organización y tratamiento de formas complicadas de la enfermedad inflamatoria intestinal. Enfermedad de crohn fistulizante.



74

METÁSTASIS CUTÁNEAS POR CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTE ILEOSTOMIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Maria Consuelo Arellano Requena¹, María Elena García Manzanares^{1,2}, Gema Blazquez Santamaria¹, Virginia Gurucharri Mora¹, Juana Maria Cristobal Antoranz¹, Marta Turrado García¹
¹HU 12 de Octubre, Madrid, ²Universidad Complutense de Madrid.

Introducción

Las metástasis cutáneas (MC) en el cáncer colorrectal (CCR) son un evento raro,¹ sobre todo como manifestación inicial de la enfermedad. Normalmente cuando aparecen, ya existen metástasis a distancia del CCR. Suelen localizarse en el abdomen, en zonas próximas al tumor primario.^{2,3} Se presenta el caso de un varón de 67 años diagnosticado de CCR en la unión rectosigmoidea y metástasis hepáticas en el momento del diagnóstico. Se realizó metastasectomía hepática, resección anterior baja e ileostomía de protección de la anastomosis. Fue reintervenido por fístula anastomótica, requiriendo resección de la anastomosis colorrectal y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda. A los 12 meses de la cirugía, en el contexto del tratamiento quimioradioterápico adyuvante, desarrolla MC del CCR peri ileostomía y nuevas metástasis hepáticas y adenopatías retroperitoneales, requiriendo ajustes en el tratamiento. La MC adyacente al estoma genera dolor, sangrado y dificultad en la adaptación de las bolsas colectoras. Es necesario involucrar en los cuidados a la esposa, ya que la lesión va extendiéndose. Esto coincide con el deterioro en el estado general del paciente, a pesar de los diferentes esfuerzos terapéuticos aplicados. Finalmente fallece a los 21 meses de la primera cirugía.

Objetivos

Lograr la integridad tisular y un correcto autocuidado de la ostomía en un paciente con metástasis cutáneas peri ileostomía. Detectar precozmente signos de cansancio en la cuidadora principal ante una situación de gran sobrecarga física y emocional.



Metodología

La valoración se realizó según los Patrones Funcionales de Gordon con datos obtenidos en la entrevista, la exploración física y la Historia Clínica Electrónica. Se diseñó el plan de cuidados según la taxonomía NANDA NOC NIC. Se realizó seguimiento fotográfico de las lesiones durante el proceso, tras obtener el consentimiento del paciente. Se seleccionaron los diagnósticos NANDA 00046 Deterioro de la integridad cutánea, los criterios de resultado NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas y 1615 Autocuidado de la ostomía y las intervenciones NIC 480 Cuidados de la ostomía, 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento También se seleccionó el NANDA 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador, cuyo NOC fue 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos y NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.

Resultados y discusión

Tras aplicar las intervenciones enfermeras planificadas el indicador cáncer cutáneo empeoró de moderado a grave, pero los indicadores controla las complicaciones relacionadas con la ostomía, sigue la dieta recomendada, mantiene el cuidado de la piel alrededor de la ostomía y obtiene ayuda de un profesional sanitario, mejoraron de a veces demostrado a siempre demostrado. Los indicadores aporte de soporte emocional al receptor de los cuidados y rendimiento de los procedimientos mejoraron de moderadamente a completamente adecuados. La identificación de MC es un signo de pronóstico ominoso. No existe un tratamiento estandarizado para las mismas, pero la morbilidad relacionada puede reducirse con la detección temprana. Esto requiere seguimiento profesional e implicación de paciente y cuidador en el proceso.

Conclusiones

La integridad tisular empeoró según la progresión de la enfermedad, pero aumentó la competencia para el cuidado de la ostomía en el paciente y en su cuidadora principal. No se detectó cansancio en la cuidadora, que proporcionó cuidado y apoyo al paciente de una forma completamente adecuada.



Palabras clave

Metástasis, Cáncer Colorrectal, Ileostomía.

Referencias bibliográficas

1. Aravind B et al. Cutaneous metastases secondary to colorectal carcinoma may not be as ominous as previously thought: a case report and review of the literature. *An Bras Dermatol* 2013; 88 6 (suppl 1): 56-8
2. Wang DY et al. Cutaneous metástasis: a rare phenomenon of colorrectal cáncer. *Ann Surg Treat Res.* 2017; 93:277-80
3. Fragulidis GP et al. Cutaneous metastatic adenocarcinoma of the colon to the scalp. *World J Oncol.* 2015;6: 304-7
4. Gordon M. *Diagnostico enfermero: proceso y aplicación.* 3ª Ed. Elsevier;1996.
5. NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación* 2015-2017. Madrid: Elsevier España; 2015.
6. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).* 5º ed. Madrid: Elsevier España; 2014.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2014
8. Bellido Vallejo JC. Sobre el modelo AREA y el proceso enfermero. *Inquietudes. Revista de Enfermería.* 2006;35:21-9.



75

CONJUNCIÓN DE TRATAMIENTOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON INCONTINENCIA FECAL.

Inmaculada Perez Salazar.

Hospital Universitario De La Princesa, Madrid.

Introducción

Paciente de 75 años, que le realizaron en el 2015 una Resección Anterior Baja por Neoplasia de Recto con Ileostomía de Protección que le provoco fugas, dermatitis y tenesmo anal. Al año la reconstrucción del tránsito intestinal, con cierre de ileostomía produciendo en la paciente Incontinencia Fecal (IF), con disminución de la autoestima y aislamiento social. La (IF) es un problema habitual, con un gran impacto psicológico y social en la vida del paciente (1). Técnicas alternativas como la Neuromodulación del Nervio Tibial Posterior (NMTP) o la Neuromodulación de Raíces Sacras (NMRS) se utilizan como tratamiento para mejorar la IF (2,3). La detección y el abordaje completo es un reto para los profesionales sanitarios. SE debe realizar una detección precoz de la clínica, con la búsqueda, manejo y aplicación de tratamientos personalizados.

Objetivos

Conocer la mejora de la Calidad de Vida del Paciente T.S.F. con IF usando la NMTP y NMRS.

Metodología

Caso clínico con seguimiento individualizado en la Consulta de Ostomias durante el año 2015, para la mejora de las alteraciones cutáneas y pujo anal. En 2016 se somete a la reconstrucción del tránsito intestinal provocándole IF, con empeoramiento de su estado anímico. En la Consulta de Suelo Pélvico se le realiza a la paciente una anamnesis con una Ecografía Transanal, test de Wexner (4) y de Lars (5) como instrumentos de medida. Durante 18 semanas se sometió a un tratamiento con NPTP, unido con medidas higiénico dietéticas, mejorando en un periodo de 10 meses. A los 12 meses se implanta el estimulador externo de la NMRS durante 3 semanas y pasado este tiempo se le realiza la implantación del estimulador definitivo hasta la fecha actual.



Resultados y discusión

RESULTADOS A la paciente se le realizó un seguimiento desde la Consulta de Ostomías reforzando el autocuidado de la ileostomía y previniendo las complicaciones. Un año después se realizó la reconstrucción del trayecto intestinal, y se comienza con una educación sanitaria para la IF, al no tener respuesta al tratamiento conservador, se plantea la NMTP. Con un valor en el test de Wexner de 16 puntos y test de Lars de 36 puntos. Al acabar las semanas de la NMTP el test de Wexner había disminuido a 11 puntos, y el test de Lars se mantuvo en 36 puntos y una mejora de la clínica. Pasado este tiempo la paciente tuvo un retroceso y ante esta evolución se le propone a los 12 meses la NMRS. **DISCUSIÓN** Durante varios meses la Ileostomía y el tratamiento Oncológico fue la solución para la curación del Cáncer, pero después de la reconstrucción del tránsito intestinal comienzo con la IF. Inicialmente la NMTP es efectiva para T.S.F, pero pasado 12 meses, se agravan los síntomas de la misma y comienza con NMRS. La selección del tratamiento inicial podría condicionar la recuperación o reaparición de los síntomas.

Conclusiones

La implantación de la NMTP y NMRS requieren un seguimiento a largo plazo a través de nuevas valoraciones del Test de Wexner y del Test de Lars para la comprobación de la mejora en los resultados. Además en TSF se demostró que se debe personalizar cada “proceso”, primero con las medidas higiénicas dietéticas unido a la NMTP con mejora de su sintomatología durante 12 meses, pasados los cuales y con un empeoramiento de la clínica se optó por la NMRS. Un tratamiento no excluye la utilización de otro, por lo que” inferir “en la combinación de diferentes terapias, mejora la Calidad de Vida del paciente.

Palabras clave

Incontinencia fecal, Calidad de Vida, Neuromodulación Tibial Posterior, Raíces Sacras.



Referencias bibliográficas

1. Wainstein C, Quera R, Quijada MI. Fecal incontinence in adults: a challenging problem. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24(2): 249-61. 2. Carrion C, Solans M, Aymerich M, Almazán C. La estimulación de raíces sacras para el tratamiento de la incontinencia fecal: revisión de la eficacia y análisis del coste-efectividad. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2014. 3. Arroyo Fernández R, Avendaño Coy J, Ando Lafuente S, Martín Corre MT, Ferri Morales A. Estimulación del nervio tibial posterior en el tratamiento de la incontinencia fecal: revisión sistemática. *Rev Esp Enfer Dig*. 2018; 110 (9): 577-88. 4. De la Portilla F. Developments and future in the treatment of fecal incontinence. *Rev Med Clin Condes*. 2013; 24 (2):262-69. 5. Carrillo A, Enríquez-Navascués JM, Rodríguez A, Placer C, Múgica JA, Saralegui Y et al. Incidencia y caracterización del síndrome de resección anterior de recto mediante la utilización de la esclaca LARS (low anterior resection score). *Cir Esp*. 2016; 94 (3): 137-143.



76

CHECK LIST DE CUIDADOS DE OSTOMÍA.

Marta Pérez Andrés, Paula De la Fuente Sánchez, Margarita Milian Pérez, Irene Oto Puyuelo, Vanessa Pérez Llorente, Ana Cristina Torra Sanz.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción

Además de los cambios producidos en la vida del paciente, las enterostomías de eliminación conllevan unos cuidados intrahospitalarios muy específicos. Si a esto sumamos la rotación de personal, tanto sustituto como fijo, genera en nuestra unidad la necesidad de un registro de cuidados para poder dar una continuidad a los mismos sin disminuir la calidad y evitando así posibles errores. Tener un registro visual, rápido y práctico para las enfermeras de la unidad es fundamental para la transmisión de los cuidados a la enfermera de la consulta de Estomaterapia, y así continuar con los mismos tras el alta hospitalaria.

Objetivos

- Registrar los dispositivos usados y accesorios. - Registrar complicaciones. - Asegurar la continuidad de los cuidados en la unidad. - Asegurar la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria.

Metodología

Ante la necesidad de tener un registro de los cuidados del paciente ostomizado, se elabora un check-list con una fase de preoperatorio y postoperatorio inmediato. Para la realización de dicho check-list se ha utilizado el NANDA-NOC-NIC para trabajar una metodología enfermera unificada. Además, se han consultado otros artículos en español relacionados con este tema en bases de datos como CUIDEN y MEDLINE.



Resultados y discusión

Se diseña una tabla en la que el plan de cuidados tiene un papel fundamental. Los diagnósticos utilizados para su desarrollo son: • 00126 Conocimientos deficientes. •

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. En primer lugar se anotan los datos básicos del paciente y posteriormente se divide en 4 partes más. Dada su importancia, en todas aparece un registro de realización de educación sanitaria. 1. Preoperatorio: se registran cuidados preoperatorios específicos, marcaje y preparación intestinal. En las intervenciones realizadas con urgencia no se rellenará este apartado.

2. Postoperatorio 1º-3º día: se centra en el funcionamiento y las características del estoma y la zona periestomal, uso de dispositivos y si precisa accesorios. 3. Postoperatorio 4º día-alta: se evalúa el grado de autonomía del paciente, así como los dispositivos más adecuados. 4. Alta hospitalaria: se registra la resolución de los objetivos, reevaluación del estoma, piel y grado de autonomía y se da cita con la enfermera estomaterapeuta.

Conclusiones

Para encaminar los autocuidados del paciente hacia la excelencia es imprescindible la realización de educación sanitaria y conseguir una continuidad de cuidados durante su ingreso y al alta. De esta manera tener un registro sobre los diferentes dispositivos utilizados, complicaciones y si se ha conseguido la autonomía del paciente, favorece la continuidad de cuidados tanto para las enfermeras de la unidad, como para la enfermera de consultas.

Palabras clave

Cuidados, Ostomía, Enfermería, Check-List.

Referencias bibliográficas

1. Cantero Cunalata ML, Collado Boira EJ. Factores determinantes en la adaptación del paciente portador de ostomías y la importancia del estomaterapeuta. *Ágora de salud* [revista en Internet]. 2016 [acceso 13 de enero



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



de 2019]; 3(6): 57-66. Disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/154846> 2. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. 2015-2017, 10ª ed. Madrid: Elsevier España; 2015. 3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2013. 4. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Madrid: Elsevier España; 2018. 5. Bulechek GM, Johnson M, Maas ML, McCloskey J. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007. 6. Arribalzaga EB, Lupica L, Delor SM, Ferraina PA. Implementación del listado de verificación de cirugía segura. Rev Argent Cirug [revista en internet]. 2012 [acceso 10 de enero de 2019]; 102(1-3):12-16. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2012000100002.



77

REPARACIÓN DE FISTULA RECTO-VAGINAL EN PACIENTE OSTOMIZADA.

Maria Jesus Bernarte Sorribas¹, Ana Maria Gonzalez Buenadicha², Ana Maria García Martín³

¹Hospital Universitario Del Henares, Coslada, Madrid, ²hospital Universitario del Henares Coslada, ³Hospital U. del Henares Coslada.

Introducción

Paciente con fístula recto-vaginal^{1,2} en cara anterior de ampolla rectal distal. Intervenida en 2017 para reparación, realizándole ileostomía de protección. Evolución tórpida con diagnóstico de perforación vesical intra-peritoneal por lo que precisa colocación de nefrostomía bilateral y drenaje de absceso en zona pélvica. A pesar de las nefrostomías presenta pérdida de orina por vagina precisando sonda vesical. Intervenida en julio de 2018 para reparación de fístula rectovaginal y vesicovaginal mediante imposición muscular Gracilis^{2,3}.

Objetivos

Valoración de ostomías y dispositivos adecuados. Valoración de piel periestomal. Educación y manejo de ostomías a la paciente y familia. Apoyo psicológico. Prevención de posibles infecciones por sondaje vesical. Preparación físico-psicológica para nueva intervención. Evaluación y tratamiento de herida post-intervención quirúrgica de reparación de fístula. Incorporación a vida socio-laboral.

Metodología

Plan de cuidados por patrones funcionales de Marjory Gordon. Educación sobre cuidados-manejo de ileostomía a la paciente para mantener su independencia. En cuanto a nefrostomías, educación sobre manejo a la familia para ayuda en sus cuidados. Seguimiento en consulta de estomaterapeuta para valoración de ostomías y apoyo psicológico tanto a la paciente como a familia. Curas de herida en MMII y zona perineal post-cirugía reparadora, evaluando signos y síntomas de infección.



Resultados y discusión

La paciente es independiente en cuidado de ileostomía y vaciado de nefrostomías. La familia se hace cargo de manejo y cambios de dispositivo de nefrostomías. Aceptación de su situación. Después de la reparación quirúrgica de la fístula, la herida en MMII y la perineal no presentaron signos de infección y cicatrizaron correctamente. Se procedió a cierre de nefrostomías y retirada de sonda vesical. Al no presentar fugas de orina por vagina, se retiraron nefrostomías. Actualmente la paciente es autónoma en cuidados de ileostomía y no presenta ningún problema. Se ha incorporado a su vida socio-familiar y laboral.

Conclusiones

La fístula recto-vesico-vaginal comunica la región anorrectal y vesical con la vagina, bien por lesión iatrogénica, trauma o malignidad. El tratamiento inicial fue la realización de una ileostomía de protección para dejar la zona protegida de fluidos. Al producirse complicaciones iatrogénicas, se aisló la zona preservándola del paso de heces y orina. La cirugía mediante técnica de interposición de músculo gracilis (intervención conjunta de los servicios de Cirugía, Traumatología y Urología) permitió la reconstrucción de la fístula permitiendo en un primer paso la retirada de sonda vesical y nefrostomías, consiguiendo la autonomía de la paciente y su reinserción a su vida laboral.

Palabras clave

Ileostomía, Nefrostomías, Estomaterapeuta, Fístula Recto-Vesico-Vaginal, Gracilis.

Referencias bibliográficas

1. Bannura G, Contreras J, Melo C, Barrera A: Espectro Clínico de la fistula rectovaginal: análisis de 38 pacientes. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(3):219-225.
2. González Q, Castañeda R, Rodríguez A, et col: Interposición de músculo gracilis para reparar fistulas ano y rectovaginales recurrentes. Cir Ciruj 2009;77:319-321.
3. Blanco A, Álvarez L, Fernández E, Álvarez A, Rubial M, et col: Fístula prostatico-rectal



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL
DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



iatrogénica. Reparación con colgajo pediculado de músculo Gracilis. Presentación de dos casos. Actas Urol Esp 2004. 28(6):466-471.



78

CASO CLÍNICO: PACIENTE OSTOMIZADO POR TRAUMATISMO ABDOMINAL POR HERIDA DE ARMA BLANCA.

*Judith Magrí Gallart, Ana Maria Monforte Martínez, María Eugenia Zapatero Rodríguez, Rebeca Díaz García
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.*

Introducción

El principal objetivo de cualquier profesional de enfermería es conseguir que el paciente ostomizado sea capaz de gestionar los recursos de los que dispone para su autocuidado. Para llegar a ello es necesario un proceso de aprendizaje que puede verse condicionado por el impacto emocional de la nueva situación. Hay muchos factores que pueden modificar la percepción que tiene el paciente de su calidad de vida y que afectan a la adaptación a la ostomía: sexo, edad, patología de base, disponibilidad de apoyo familiar, tipos de dispositivos, etc. Las causas más frecuentes de realización de una ostomía són el cáncer colorectal, las enfermedades inflamatorias intestinales y otros cánceres y trastornos como el traumatismo abdominal. En el caso clínico actual, el paciente presenta una ostomía a consecuencia de un traumatismo abdominal por herida de arma blanca.

Objetivos

Identificar las necesidades psicológicas y de manejo de la ostomía del paciente ostomizado secundario a traumatismo abdominal.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, revistas del ámbito de la salud especialmente de enfermería y páginas web especializadas sobre la temática del estudio. El equipo de enfermería de la unidad de hospitalización y la experta en estomaterapia del centro han recopilado, consensado y sintetizado la información obtenida.



Resultados y discusión

El paciente aceptó la situación que había desencadenado la necesidad de realización de la ostomía, recuperando así la confianza y la autoestima. Se mostro colaborador durante la educación sanitaria y se adaptó al cambio asegurando una calidad de vida satisfactoria.

Conclusiones

El paciente adquiere autonomía suficiente para el cuidado y manejo del estoma, en cuanto a hábitos higiénico dietéticos y cambios de dispositivo. Es capaz de detectar y solucionar posibles complicaciones.

Palabras clave

Ostomía, Arma Blanca, Aspectos Psicológicos, Traumatismo Abdominal.

Referencias bibliográficas

1. Gómez N, Mesa N, Caraballo C, Fariña AM, Huertas MJ, Gutiérrez Y. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Ene Revista de Enfermería [Internet]. ENEenf; 2013 [citado 8 Jul 2015];7(3). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279>
2. Cabanes A, Pérez-Gómez N, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G. La situación del cáncer en España, 1975-2006. Madrid: Instituto de Salud Carlos III;2009.
3. Registered Nurses Association of Ontario. Cuidado y manejo de la Ostomía [Internet]. Toronto;2015 [citado 12 de enero de 2019]. Disponible en: http://rao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia-Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
4. Seom.org [Internet]. España: Sociedad Española de Oncología Médica;2019 [citado 8 enero 2019]. Disponible en : <http://seom.org>
5. García ME, Montesinos AC, de la Quintana P, Vaquer G. Afectación psicológica y calidad de vida del paciente ostomizado temporal y definitivo. Estudio Stoma Feeling. Metas de Enfermería.2015;18(10):24-31.



79

MANEJO DE ENFERMERÍA EN LAS OSTOMÍAS DE ALTO DÉBITO.

Pedro García Alonso^{1,2}

¹OSI Bilbao-Basurto, ²Bilbao.

Introducción

Gracias a los avances de la técnica quirúrgica en la cirugía colorrectal, se ha producido un aumento de estomas temporales y de estos, la Ileostomía de protección (derivación del Ileon terminal que se realiza en algunos casos de cirugía de resección colorrectal con anastomosis primarias) es una técnica ampliamente usada. La tasa de complicaciones en las ostomías es muy alta, en las tres primeras semanas después de la cirugía. Pueden ser inmediatas o tardías, según el momento de la aparición. Entre ellas complicaciones digestivas (déficit de absorción de nutrientes, desnutrición, malabsorción de sales biliares, colelitiasis, o déficit de vitamina B12) e hidroelectrolíticas, (hiponatremia, hipopotasemia, hipomagnesemia), son poco conocidas, pero con una repercusión muy importante en el postoperatorio de la persona ostomizada. De muchas de estas el responsable es el “Alto Débito”. No está bien definido, ni establecido. Para Baker et al. es aquel que produce un débito superior a 2.000 ml/ durante más de 24 horas. El “Alto Débito”, esta poco identificado y no suele abordarse adecuadamente desde el punto de vista clínico. La tasa de reingreso por deshidratación está situada entre un 16-29%, según otros trabajos puede llegar a estar entre un 20-43% Entre las causas del “Alto Débito” podemos encontrar: el síndrome del intestino corto, brote de E.I.I, enteritis por *Clostridium difficile*, sepsis abdominal, obstrucción intestinal, presencia de cáncer, quimioterapia o radioterapia, antibioticoterapia (Clindamicina, ampicilina ..) o la administración de algunos fármacos (Procinéticos, laxantes, metformina)

Objetivos

Reducir la presencia de alto débito y por lo tanto la presentación de sus posibles complicaciones



Metodología

Identificar el débito diario, mediante el registro de las salidas y entradas diarias, de fluidos por parte del personal de enfermería durante el ingreso de los pacientes. Adiestrar al paciente en el control del débito, mediante una hoja de recogida del débito diario. Aportar consejos sobre dieta y otros consejos dietéticos, administración del tratamiento pautado y finalmente mediante adiestramiento y educación sanitaria.

Resultados y discusión

La implementación de un protocolo de manejo del alto débito mediante la colaboración del personal de enfermería y los propios pacientes es sencilla de aplicar y los pacientes responden adecuadamente a las diferentes etapas del mismo. Esperamos que, con la implementación generalizada de un protocolo de detección del alto débito, se pueda disminuir su aparición, así como las de sus complicaciones.

Conclusiones

El abordaje, los cuidados y el adiestramiento, lo debe realizar un equipo multidisciplinar, formado por nutricionistas, nefrólogos, cirujanos y enfermeros expertos en estomaterapia. Se debe educar y adiestrar a los pacientes en el manejo farmacológico, nutricional y en el cuidado de la ostomía.

Palabras clave

Ileostomía de protección Alto débito Ostomía de alto débito Equilibrio hidroelectrolítico Complicaciones digestivas e hidroelectrolíticas Deshidratación Hipomagnesemia Hipopotasemia Hiponatremia

Referencias bibliográficas

1-Nightingale J, Woodward JM. Guidelines for management of patients with a short bowel. Gut 2006; 55(Suppl. 4): iv1-12. 2-Williams RN, Hemingway D, Miller AS. Enteral Clostridium difficile, An emerging cause for high output ileostomy. J Clin Pathol 2009; 62: 951-3. 3-M. L. Baker*, R. N. Williams† and J. M. D. Nightingale‡. Causes and management of a high-output stoma. Colorectal Disease



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



_ 2010 The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 13, 191–197 4-José Javier Arenas Villafranca, Jimena Abilés, Gloria Moreno, Begoña Tortajada Goitia, Pilar Utrilla Navarro y Norberto Gándara Adán. Ostomías de alto débito: detección y abordaje Nutr Hosp.

2014; 30:1391-1396) 5-De Miguel Velasco M, Jiménez Escobar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cir Esp 2014; 92 (3): 149-156. 6-Sentongo TA. The use of oral rehydration solutions in children and adults. Curr Gastroenterol Rep 2004; 6:307-13. 7-Gabe S, Slater R. Managing high-output stomas: module 1 of 3. British journal of nursing 2013; 22: S26-30. 8-Carla F. Justiniano, M.D., M.P.H., Larissa K. Temple, M.D., M.Sc., Alex A. Swanger, B.A., Zhaomin Xu, M.D., M.P.H., Jenny R. Speranza, M.D., Christina Cellini, M.D. Rabih M. Salloum, M.D., Fergal J. Fleming, M.D. Readmissions With Dehydration After Ileostomy Creation: Ret hinking Risk Factors. Diseases Colon Rectum 2018; 61:1297–1305. The ASCRS 2018



80

OSTOMÍA E ISLAM.

MARIA DEL CARMEN GARCÍA FERNÁNDEZ, OSCAR OTERO LOARTE, HORTENSIA RUFO PEREZ, CAROLINA SERRANO SOBRINO, M^a BELEN GARCÍA SÁNCHEZ, CAROLINA MARTIN COLILLA
hospital Ntra. Sra. Del Prado, Talavera de la Reina (Toledo)

Introducción

La diversidad cultural de los usuarios de la sanidad pública es cada vez mayor, de ahí la necesidad de adaptarnos a sus costumbres, creencias, visión de la vida y la muerte, del proceso de salud-enfermedad, de la manera de enfermar y sanar. Estos pacientes suponen un “reto” tanto para el sistema sanitario, como para los profesionales de Enfermería que hemos de cuidarlos. Resulta del todo imprescindible la adecuación del sistema sanitario público y de todos sus profesionales al cuidado de unos usuarios/sociedad multicultural. Este trabajo presenta un caso al que nos enfrentamos en nuestra Gerencia recientemente, con cuya divulgación y exposición queremos ayudar al resto de profesionales a superar con éxito el manejo y cuidado del paciente musulmán ostomizado. La cuasi nula existencia de estudios/materiales publicados relacionados con este tema nos ha animado especialmente a compartir el presente caso con los compañeros.

Objetivos

Conocer las peculiaridades de la religión musulmana en el cuidado/abordaje del estoma. Adaptar estas peculiaridades a su cuidado diario.

Metodología

Búsqueda bibliográfica de ostomías en pacientes musulmanes. Entrevista con paciente ostomizada de religión musulmana Redacción de documento detallado de las características especiales en el manejo de este tipo de pacientes.



Resultados y discusión

A propósito del caso de una paciente de religión musulmana en nuestro centro que precisaba la realización de una colostomía definitiva (diagnosticada de neoplasia de recto bajo, precisa una amputación abdomino perineal), se nos planteó la necesidad de conocer los cambios o modificaciones que presentan los pacientes de religión musulmana portadores de un estoma con respecto a los de otras creencias o confesiones religiosas con los que estamos más familiarizados. Para el cuidado de esta paciente, conocer la religión musulmana a fondo, así como sus características específicas en el afrontamiento y cuidado de una ostomía, se nos antojó del todo necesario; considerando de igual modo, la perspectiva de género tanto de manera individual como colectiva.

Conclusiones

Teniendo en cuenta la globalización y la creciente inmigración en nuestro país, en especial proveniente del continente africano y la gran mayoría de religión musulmana, nos es imprescindible desde el respeto y la tolerancia conocer otras religiones y creencias para la adaptación de nuestros cuidados de Enfermería.

Palabras clave

Ostomías, Religión Musulmana, Mujer.

Referencias bibliográficas

- PULIDO JUSTICIA, Rita; SÁNCHEZ GARCÍA, Judit; BARAZA SAZ, Aurora. Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. *Cultura de los cuidados*, Año V, n. 10 (2. semestre 2001); pp. 100-108, 2001.
- DEL PINO, Fernando Jesús Plaza. Competencia Comunicativa Intercultural de los profesionales de Enfermería con pacientes inmigrantes musulmanes. Universidad Almería, 2008.
- PLAZA DEL PINO, Fernando Jesús; SORIANO AYALA, Encarnación. Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index de Enfermería*, 2009, vol. 18, no 3, p. 190-194.
- CASTRILLÓN CHAMADOIRA, Elizabeth. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



cultural. 2015. • DEL PINO, Fernando Jesús Plaza. Cuidando a pacientes musulmanes: las fronteras de la enfermería en la comunicación intercultural. Universidad Almería, 2010.



81

PIODERMA GANGRENOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina Serrano Sobrino, Carolina Martín Colilla, M^a Belén García Sánchez, Inmaculada García Cuadrado, Hortensia Rufo Pérez, M^a Carmen Bravo Moreno.

Hospital Nuestra Señora Del Prado, Talavera de la Reina (Toledo).

Introducción

El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea crónica, probablemente de etiología autoinmunitaria, que se manifiesta en la mayoría de los casos como una úlcera dolorosa. Presentamos el caso de una paciente de nuestra Área diagnosticada de colitis isquémica con absceso pericólico a la que se realizó de manera urgente una intervención de Hartman con colostomía. En el seguimiento postoperatorio por la estomaterapeuta de nuestro centro aparecen lesiones ulcerosas cutáneas periostomales sospechosas de PG confirmado tras el diagnóstico diferencial de una biopsia cutánea.

Objetivos

- Diagnosticar precozmente el PG - Unificar criterios en el cuidado del PG.

Metodología

Búsqueda bibliográfica de cuidados y abordaje multidisciplinar del PG. Seguimiento de un caso con un PG en la piel periestomal desde la unidad de cirugía y después en la consulta de ostomías del Hospital Nta. Sra. del Prado de Talavera de la Reina. Educación Sanitaria al cuidador principal para realizar una continuidad de cuidados en el cuidado del PG en cada cambio de dispositivo.

Resultados y discusión

Tras la realización de la citada intervención de Hartman a nuestra paciente, a los 5 días aparece el estoma hundido lo cual requiere de la utilización de sistema convexo y cinturón para intentar resolver



esta complicación. Tras el alta hospitalaria de la paciente y en las revisiones semanales en la consulta de ostomías, a los 15 días se produce la aparición de una úlcera en la zona inferior del estoma de aspecto similar a una dehiscencia, la cual se trata como tal con polvo de hidrocoloide, resina moldeable y placa convexa. En la siguiente revisión se objetiva la aparición de dos úlceras en la zona de cicatrización de la dehiscencia de las cuales se toman biopsias, diagnosticándose así el PG. Se inicia entonces el tratamiento con crema corticoide local y corticoides endovenosos de choque, objetivándose la notoria mejoría en las visitas de seguimiento posteriores.

Conclusiones

Tanto el diagnóstico como el tratamiento del PG son dificultosos, ha de sospecharse tanto en relación con el procedimiento realizado como cuando el curso de una úlcera es tórpido o bien mejora con el uso de corticoides. Es primordial un buen diagnóstico diferencial para así planificar y desarrollar un plan de cuidados correcto y evitar complicaciones.

Palabras clave

Pioderma, Ostomía, Cuidados de Enfermería.

Referencias bibliográficas

- FERRÁNDIZ-PULIDO, Carla; BRIONES, Vicente García-Patos. Pioderma gangrenoso. Diagnóstico y tratamiento. *Piel*, 2008, vol. 23, no 1, p. 24-29.
- TURRIÓN-MERINO, L., et al. Pioderma gangrenoso periestomal: presentación de 4 casos y revisión de los factores de riesgo y la respuesta terapéutica. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 2016, vol. 107, no 3, p. e13-e17.
- ANNURA, Guillermo; BARRERA, Alejandro; MELO, Carlos. Pioderma gangrenoso gigante de curso fulminante asociado a enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista chilena de cirugía*, 2014, vol. 66, no 3, p. 259-263.
- AVILES, Chimbo; PRISCILA, Doris. Cuidados de enfermería en adolescente con colostomía aplicando las teorías de Dorothea Orem y Callista Roy. 2016. Tesis de Licenciatura. Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016.
- DELAPORTE, E.; PIETTE, F. *Piel y trastornos del tubo*



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



digestivo. EMC-Dermatología, 2016, vol. 50, no 1, p. 1-12. • ATEOS, Amo, et al. Abordaje psicológico del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal. 2015. • HOEFLOK, Jo; PURNELL, Paris. Comprender el papel de las barreras cutáneas convexas en el tratamiento de estomas. Nursing (Ed. española), 2018, vol. 35, no 3, p.

25-30.



82

COMPLICACIONES DEL PACIENTE ILEOSTOMIZADO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA.

Elena Maria Serrano Moreno¹, María Elena García Manzanarse^{1,2}, Francisco Javier Gazquez Nieto¹, Ester Tejero Marañón¹, Isabel Ruiz Pastor^{1,2}, María Llanos Escudero Moreno¹

¹HU 12 de Octubre, Madrid, ²Universidad Complutense de Madrid

Introducción

Patologías como el cáncer colorrectal (CCR), la enfermedad inflamatoria intestinal y la poliposis adenomatosa familiar pueden requerir la realización de una ileostomía, 1 procedimiento que supone una importante modificación anatomofisiológica.² El porcentaje de pacientes ileostomizados que necesita atención urgente tras el alta es elevado en comparación con el resto de pacientes ostomizados.² La causa más frecuente es la deshidratación, seguida de problemas relacionados con el tratamiento farmacológico, la alimentación y/o defectos en el cuidado de la ostomía.^{3,4,5} Es necesario conocer las características de estos pacientes y las complicaciones derivadas de la cirugía para poder planificar una educación y unos cuidados adaptados a los problemas y necesidades.

Objetivos

Describir el perfil sociodemográfico y clínico de una población de pacientes ileostomizados. Medir la asistencia al servicio de urgencias y reingresos sucedidos tras el alta en estos pacientes.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo transversal. Se incluyeron pacientes ileostomizados en 2017 y 2018 en seguimiento en la consulta de estomaterapia tras el alta. Se recopilaron variables sociodemográficas y clínicas. Los datos se obtuvieron de la Historia Clínica Electrónica. Los datos son tratados conforme a la ley 15/1999. Se calcula media y desviación para variables cuantitativas y proporciones para cualitativas.

Resultados y discusión



Se siguió en consulta a 72 pacientes ileostomizados. El 63,88%(46) eran hombres. La edad media fue de 60,98(\pm 12,06) años. El 66,66%(48) presentaba comorbilidades. El 61,11%(44) padecía CCR. El 44,44%(32) recibió tratamiento oncológico neoadyuvante. El 70,83%(51) fue intervenido de forma programada y el 60,78%(31) fue valorado preoperatoriamente. Se marcó el estoma en el 64,70%(33). La media de días de ingreso fue de 16,67(\pm 12,89) días. Al alta el 55,55%(40) de los pacientes eran autónomos para el autocuidado de la ostomía y el 66,66%(48) presentaba complicaciones (dermatitis el 72,92%(35) y dehiscencia el 27,08%(13). El 38,88%(28) acudió a urgencias en los primeros 30 días tras el alta. El 82,14%(23) lo hizo en los primeros 15 días. Las causas fueron deshidratación 47,82%(11), íleo 17,39%(4), colección abdominal 8,68%(2), infección urinaria 8,68%(2), sangrado perianal 4,34%(1), estenosis estoma 4,34%(1), fugas 4,34%(1) y absceso paraestomal 4,34%(1) El 65,21%(15) requirió reingreso por insuficiencia renal 46,66%(7), colección intraabdominal 26,66%(4), íleo 13,33%(2), absceso periestomal 6,66%(1) y perforación intestinal 6,66%(1). El porcentaje de pacientes que acuden a urgencias y/o reingresan tras el alta es similar al de otros estudios.^{4,5} Estas cifras justifican implantar medidas como el uso de herramientas de valoración del riesgo² o la verificación de los conocimientos para el autocuidado adquiridos antes del alta.³ La enseñanza del autocuidado de la ostomía no debe limitarse al manejo técnico, sino que debe incluir indicaciones sobre la dieta, el control débito-ingesta y el manejo de la medicación, especialmente en pacientes ileostomizados.

Conclusiones

Al alta son autónomos para el autocuidado la mitad de los pacientes estudiados y más de la mitad presenta complicaciones relacionadas con la ostomía. Las complicaciones más frecuentes tras el alta son la deshidratación por alto débito, la colección intraabdominal y el íleo paralítico.

Palabras clave

Ileostomía, Deshidratación, Reingreso.

Referencias bibliográficas



1. Mukkai Krishnamurty D, Blatnik, Mutch M. Stoma complications. Clin colon rectal surg. 2017; 30:193-200.
2. Chen S, Tallo M, Cerullo M, Canner J, Gearhart S, Safar B, Fang S, Efron J. Predicting the risk of readmission from dehydration after ileostomy formation: the dehydration readmission after ileostomy prediction score. Diseases of the colon and rectum. 2018; 61: 1410-7.
3. Iqbal A, Raza A, Huang E, Goldstein L, Hughes SJ, Tan SA. Cost effectiveness of a novel to reduce readmission after ileostomy creation. JSLS. 2017; 21(1).
4. Paquette IM, Solan P, Rafferty JF, Ferguson MA, Davis BR. Readmission for dehydration or renal failure after the creation of ileostomy. Dis Colon Rectum. 2013; 56 : 974-9
5. Nagle D, Pare T, Keenan E, Marcet K, Tizio S, Poylin V. The route of the ileostomy practically eliminates readmissions due to dehydration in the new ostomates. Dis Colon Rectum. 2012; 55: 1266-72



83

OSTOMÍAS DE ALTO DÉBITO: IDENTIFICACIÓN, CONTROL Y CUIDADOS.

Janire Fernández Santamaría, Naiara Bouzas Trapaga, Elixabet Elorriaga Amuriza, Maria del Mar Garate Mendieta, Laura Macho Varona, Esperanza Del Pozo Santos.

Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo.

Introducción

Los pacientes ostomizados que se han sometido a resecciones intestinales amplias pueden ver afectada su calidad de vida en el aspecto físico, psíquico y social. Una de las principales complicaciones que suelen presentar estos pacientes es el alto débito. El problema añadido es la dificultad para detectarlos. Se estima que solo se identifican la mitad de los casos de ostomías de alto débito. Por este motivo es imprescindible conocer la sintomatología para la detección precoz y poder realizar el manejo adecuado.

Objetivos

- Detectar las ostomías de alto débito y abordar los cuidados al paciente ostomizado de manera integral. - Control del débito mediante dietoterapia. - Cuidado de la piel. - Educación del paciente y cuidador.

Metodología

Revisión narrativa descriptiva de la bibliografía existente, utilizando para ello las diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Cochrane, IBECS... además de revisión de material impreso en diferentes instituciones.

Resultados y discusión

Relación de cuidados basados en la evidencia científica y uso clínico de la metodología enfermera (según taxonomía NANDA, NIC, NOC).



Conclusiones

La prevención y educación permiten mejorar la calidad de vida del paciente ayudándonos a detectar precozmente las posibles complicaciones. Este logro es posible gracias a la adecuada formación y el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinar, para lo cual es necesaria una actualización de los conocimientos de todos los profesionales implicados, siendo el personal de enfermería el que más participa en los cuidados de la ostomía. Por último remarcar la ausencia de material bibliográfico actualizado en formato papel.

Palabras clave

Ostomía, cuidados, alto débito, manejo nutricional, integridad cutánea, prevención.

Referencias bibliográficas

- Lyon C, Smith A. Abdominal Stomas and their Skin Disorders. An atlas of Diagnosis and Management. 2nd edition. UK, Informa Healthcare, 2001. p. 35-38.
- Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT. Ostomy Management (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society). USA, Wolters Kluwer, 2016. p 44-146.
- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO). Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto: RNAO; 2009.
- Moore MC. Nutrición y dietética. Guía clínica de enfermería. 2ª edición. EEUU, Mosby, 1994. p. 175.
- Salas Salvadó J. Nutrición y Dietética clínica. 3ª edición. España, Elsevier, 2014. p. 521-525.
- Cervera P, Clapés J, Rigolfas R. Alimentación y Dietoterapia. Nutrición aplicada en la salud y la enfermedad. 4ª edición. España, McGraw-Hill- Interamericana, 2004.
- Arenas Villafranca JJ, Avilés J, Moreno G, Tortajada Goitia B, Utrilla Navarro P, Gándara Adán N. Ostomías de alto débito: detección y abordaje. España, Nutr Hosp, 2014. p.1391-1396.
- Tratamiento médico-nutricional del paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo. Evidencias y Recomendaciones. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. p. 18-22, 47.
- Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner & Suddarth, enfermería medico-quirúrgica. Vol I. 12ª edición. USA, Mc Graw Hill-Interamericana; 2013.
- Hinkle J, Janice L, Cheever K, Kerry H. Brunner and suddarth's Texbook of Medical-Surgical Nursing. Volume 1. 13th Edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer Health; 2014.
- Smith S, Duell D, Martín B. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Volumen II. 7ª edición. Mexico; 2009 p. 837-847.
- Lynn P. Enfermería clínica de Taylor, cuidados básicos del paciente. Volumen



II. 3ª edición. España, Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer Health; 2012 p. 682-689. - Manual de CTO de Enfermería. Tomo III. 6ª edición. España, Grupo CTO, CTO Editorial; 2010 p. 1592-1594. - Rostami K, Al Dulaimi D. Elemental diets role in treatment of high ileostomy output and other gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* [Internet]. 2015 [citado 1-2-19]; 8(1):71-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4285935/> - Mitchell A, Perry R, England C, Searle A, Atkinson C. Dietary management in people with an ileostomy: a scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* [Internet]. February 2019 [citado 3-2-19]; Volume 17 - Issue 2 - pages 129-136. Disponible en: https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2019/02000/Dietary_management_in_people_with_an_ileostom Fujino S, Miyoshi N, Ohue M, Takahashi Y, Yashui M, Sugimura K et al. Prediction model and treatment of high-output ileostomy in colorectal cancer surgery. *Mol Clin Oncol* [Internet]. 2017 [citado 2-2-19]; 7(3): 468-472. Disponible en: <https://www.spandidos-publications.com/mco/7/3/468> - Baker ML, Williams RN, Nigthingale JMD. Causes and management of a high-output stoma. *Colorectal Disease* [Internet]. 2011 [citado 1-2-19]; Volume 13 - Issue 2 - pages 191-197. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1463-1318.2009.02107.x> - Blizzard J, Tinsley S, Cooper L. High output stoma; patient information leaflet. Royal Surrey County Hospital [Internet]. 2017 [citado 2-2-19]. Disponible en: https://www.royalsurrey.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/09/PIN1191_High_Output_Stoma_w.pdf



84

RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO Y MANEJO DE LA OSTOMÍA DENTRO DEL PROGRAMA BPSO®.

María Rosario Caparrós Sanz¹, Margarita Lancharro Bermúdez¹, Daniel Muñoz Jiménez², Ismael Ortuño Soriano², Carmen Juárez Serrano³, Encarnación Fernández del Palacio⁴

¹Unidad de Estomaterapia. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, ²Área de Procesos, Investigación, Innovación y Sistemas de Información. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, ³Consultas Externas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, ⁴Dirección de Enfermería. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción

La atención integral del paciente ostomizado tiene por objetivo prestar al paciente y familia una atención individualizada, integral y continuada desde que se decide o realiza la ostomía hasta la adaptación a la nueva situación. Pese al alto nivel de excelencia de las unidades de estomaterapia, se percibe falta de sistematización en procesos, pérdidas de población susceptible o excesiva centralización. El programa Best Practice Spotlight Organization (BPSO®) fue una oportunidad para verificar qué prácticas se estaban desarrollando según la evidencia.

Objetivos

Describir las estrategias y resultados de la implantación en ámbito hospitalario de la Guía de Buenas Prácticas para el Cuidado y Manejo de la Ostomía en el programa BPSO®

Metodología

Estudio descriptivo de implantación clínica en unidades de Cirugía, Urología y Estomaterapia desde 2012. Se llevó a cabo una monitorización de hitos de implantación y análisis descriptivo de indicadores sobre 718 pacientes ostomizados entre 2013-2018. El seguimiento se analizó mediante cálculo de supervivencia de Kaplan-Meier para una muestra de 373 pacientes.



Resultados y discusión

El saldo anual de "impulsores" osciló entre el 29,2% y el 40,9%. Se implantaron un total de 17 de las 26 recomendaciones incluidas en la Guía. Entre las intervenciones destacaron: la formación en cuidados del paciente ostomizado (355 profesionales), circuito del marcaje prequirúrgico, 11 procedimientos o protocolos. Difusión interna y externa del programa mediante la publicación de resultados en Web, vídeo de Canal Enfermero y 5 publicaciones científicas. Los resultados de indicadores muestran incrementos estables en marcaje del estoma desde 52,6% al inicio hasta 100%, pacientes sin complicación del estoma del 77,8% al 92,6%, y ausencia de complicación de la piel periestomal en periodo postquirúrgico del 95,6% al 100%. Por ser este el indicador de mayor especificidad y sensibilidad a los cuidados se midió una cohorte de 373 pacientes en consulta que mostró una prevalencia de integridad tisular periestomal del 100% a los 15 días, 98,4% al mes, 95,4% a los dos meses, 90,5% a los cuatro meses, 86% a los seis meses, 81,5% a los nueve meses y 79,5% al año. En términos de incidencia se obtiene una tasa de complicación de 14% a los 6 meses, aproximándose a las mínimas incidencias de otros estudios.

Conclusiones

La evaluación sistematizada de procesos, el desarrollo de estrategias para implementar recomendaciones y la evaluación de resultados han supuesto un importante cambio en la dinámica asistencial. Ha propiciado la difusión de información y conocimiento sobre el paciente ostomizado, tanto en el periodo prequirúrgico, postquirúrgico y seguimiento. Pero la modificación más notable fue la transformación experimentada por los profesionales en lo referente a la prestación de cuidados, un cambio en la "cultura profesional" que muestra claramente los beneficios en la salud de la práctica basada en la evidencia.

Palabras clave

Ostomía, Guías De Buenas Prácticas, Implantación.



Referencias bibliográficas

1. Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*. 2008; 35(6): p. 596-607
2. Jonkers HF, Draaisma WA, Roskott AM, van Overbeeke AJ, Broeders I, Consten E. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up. *International journal of colorectal disease*. 2012; 27(8): p. 10
3. Nastro P, Knowles CH, McGrath A, Heyman B, Porrett T, Lunniss PJ. Complications of intestinal stomas. *British journal of surgery*. 2010; 97(12): p. 1885-1889
4. De Miguel Velasco M, Escovar FJ, Calvo A. Current status of the prevention and treatment of stoma complications. A narrative review. *Cirugía Española (English Edition)*. 2014; 92(3): p. 149-156
5. Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: a literature overview. *Colorectal disease*. 2010; 12(10): p. 958-964
6. Caparrós MR, Lancharro M. Factores de riesgo de complicación de los estomas en patología colorrectal. análisis prospectivo de 937 pacientes en un período de 12 años. *Nursing*. 2011; 29 (6): 62-66.
7. Caparrós M R, Campo J. Efectividad de los cuidados de la unidad de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. *Nursing*. 2007; 10(25)
8. Campos J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la Unidad de Estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. *Psicooncología* 2006; 3(1):189-194
9. Albornos Muñoz L, González María E, Moreno Casbas T. Implantación de guías de buenas prácticas en España: programa de centros comprometidos con la excelencia en cuidados. *Med UNAB*. 2015; 17: 163-169
10. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. Proyecto de implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. *Enfermería Clínica*. 2011; 21(5): p. 275-283.
11. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. *Guías de buenas prácticas clínicas*; 2009.



85

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN LAS DERMATOSIS PERIESTOMALES.

Susana Álvarez Gómez¹, Pilar Pulido Iturbide¹, Silvia Rodríguez Lera¹, Jose Antonio García García²³, Montse Pérez Baena¹

¹Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona, ²Xarxa Sanitària i Social Sant Pau i Santa

Tecla. Tarragona., ³Facultat d'Infermeria. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

Introducción

Cualquier dermatosis periestomal compromete gravemente la calidad de vida de la persona ostomizada, paralelamente supone un reto para el personal experto, a la vez que un alto grado de incertidumbre para el personal no experto en su resolución y un coste adicional para el sistema sanitario. La prevalencia de las complicaciones cutáneas es difícil de determinar, hay estudios que estiman una variabilidad de entre el 6 y el 80%, siendo la dermatitis por contacto químico una de las más frecuentes. La educación para la salud, en la prevención y detección temprana de las alteraciones en la piel periestomal es una de las intervenciones que lleva a cabo la estomaterapeuta. Una vez manifestada la complicación es indispensable que su abordaje esté basado en el juicio clínico, pasando por las etapas del juicio diagnóstico, para identificar la causa y el juicio terapéutico en la planificación del tratamiento. Estas intervenciones requieren de un conocimiento experto basado en la última evidencia científica disponible, que deje a un lado las creencias y mitos en el abordaje de la resolución de las complicaciones. Para el personal no experto puede suponer un alto grado de dificultad enfrentarse a la gran diversidad de productos existentes en el mercado, dificultando la toma de decisiones, a la vez que influye en la variabilidad de la práctica. Para asegurar la continuidad de los cuidados y un consenso en el abordaje en las complicaciones de la piel periestomal, se precisa de herramientas, como guías de actuación, protocolos, planes de cuidados estandarizados y algoritmos que guíen en la toma de decisiones.

Objetivos

Elaborar un algoritmo de decisión en el abordaje de las dermatosis periestomales basado en las etapas del juicio clínico.



Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Medline-PubMed, EMBASE, Cuidatge y Cochrane Library hasta octubre de 2018 como primer paso para la identificación de la última evidencia disponible. Dada la falta de estudios en la definición de la etiología, la severidad de la lesión y el tratamiento, se utilizó el consenso de expertos, mediante la técnica Delphi. Se definió un algoritmo directo y finito, según la arquitectura de procesos de la metodología IDEF0 (Integration Definition for Function Modelling), secuenciado en proceso, subprocesso, intervenciones y actividades.

Resultados y discusión

El algoritmo está en proceso de implementación por el resto de profesionales del equipo, para su posterior evaluación.

Conclusiones

La construcción del algoritmo facilita la toma de decisiones de manera ágil y eficiente frente a una dermatosis periestomal y ayuda a incorporar en la práctica clínica la última evidencia disponible. Facilita el aprendizaje del personal no experto, optimiza los recursos y garantiza la calidad asistencial.

Palabras clave

Dermatitis periestomal, Algoritmo, Estomaterapia, Ostomía, Juicio Clínico.

Referencias bibliográficas

Henríquez, C., & Alexander, G. (2017). Propuesta de modelo de gestión por procesos para el Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez (Doctoral dissertation, Universidad de El Salvador).
Yañez Gallardo, R., & Cuadra Olmos, R. (2008). La técnica Delphi y la investigación en los servicios de salud. *Ciencia y enfermería*, 14(1), 9-15.
Beeckman D., Van den Bussche K., Alves P., Beele H., Ciprandi G., Coyer F., de



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



Groot T. et al. The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). Skin Integrity Research Group - Ghent University 2017. Nadal, R. V., Peñalba, A. M. V., & Zamora, M. E. I. (2007). Dermatitis alrededor de ostomías. *Piel*, 22(3), 119-131. de Miguel Velasco, M., Escovar, F. J., & Calvo, A. P. (2014). Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cirugía Española*, 92(3), 149-156 Zapata Sampedro, Marco Antonio, Castro Varela, Laura, & Tejada Caro, Rocío. (2015). Lesiones por humedad: revisión de conocimientos. *Enfermería Global*, 14(38), 325-334. Recuperado en 20 de octubre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200017&lng=es&tlng=.



86

INTERVENCIÓN ENFERMERA PRECOZ EN OSTOMÍAS.

Marta López Jareño, Isabel Mateo Alejo, Laura Piera Miñambres.

Hospital Universitario La Princesa, Madrid.

Introducción

En la práctica clínica de un servicio de cirugía general es frecuente encontrar complicaciones postquirúrgicas en la piel periestomal y la mucosa de la zona. Las complicaciones que más frecuentemente aparecen de forma inmediata son: Isquemia y/o necrosis, desinserción, dermatitis, hemorragia, edema y retracción (1). Entre las recomendaciones de la guía de buenas prácticas clínicas de la RNAO se incluye evaluar el estoma inmediatamente después de la operación para reducir la aparición de las complicaciones anteriormente descritas, lo cual mejora la calidad de vida del paciente (2) Para el desarrollo del estudio en curso consideramos intervención precoz el cambio del dispositivo colocado en el quirófano y la evaluación de la piel y el estoma en las primeras 48h. Al realizar un cambio el dispositivo que ha sido colocado en quirófano antes de las 48h siguientes, pretendemos poder realizar una primera revisión del estoma de manera temprana tratando de anticiparnos a posibles complicaciones o detectarlas de manera inmediata si estas se estuvieran produciendo.

Objetivos

Conocer si existen diferencias, en cuanto a la aparición de complicaciones inmediatas postquirúrgicas, entre los pacientes a los que se aplica la intervención precoz y aquellos a los que no. Evitar la aparición de las complicaciones inmediatas que se producen en el postoperatorio de la implantación de la ostomía y minimizar el alcance de las que ya estén presentes. (3) (4).

Metodología

Estudio observacional y analítico (de casos y controles) prospectivo para el estudio de la frecuencia de las complicaciones precoces de los pacientes hospitalizados en cirugía (casos), y de los pacientes que tras una larga estancia en reanimación, no se han beneficiado de los cuidados descritos (controles).



Resultados y discusión

Tras el análisis de los datos, esperamos obtener un menor número de las complicaciones postquirúrgicas en aquellos pacientes en los que se ha realizado la intervención precoz establecida y que pertenecen al grupo de casos.

Conclusiones

Este estudio permitirá demostrar la reducción de las complicaciones precoces de las ostomías, una adaptación del paciente más rápida a su estoma y por tanto una mejora significativa de su calidad de vida.

Palabras clave

Ostomías, Complicaciones, Precoz, Postoperatorio.

Referencias bibliográficas

- (1)-Mario de Miguel Velasco et al. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cirugía Española* Volume 92, Issue 3, March 2014, Pages 149-156.
- (2)-Asociación profesional de enfermeras de Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto, Canadá. 2009.
- (3)-S.Montandon et al. Equipamiento de las derivaciones digestivas. Cuidado y atención de las personas portadoras de colostomía o ileostomía definitiva o temporal. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo* Volume 32, Issue 1, February 2016, Pages 1-8
- (4)- Jo Hoeflok MA et al. Comprender el papel de las barreras cutáneas convexas en el tratamiento de estomas. *Nursing (Ed. Española)* Volume 35, Issue 3, May-June 2018, Pages 25-30.



87

SUPERANDO RETOS: PLAN DE CUIDADOS A UN OSTOMIZADO INVIDENTE (CASO CLÍNICO).

Silvia Maria Gonzalez Navarro.

Hospital Regional Malaga.

Introducción

La mayoría de los conocimientos, habilidades y destrezas que poseemos las aprendemos o ejecutamos, basándonos en la información visual. El órgano de la visión es uno de los sentidos más importante y necesario para nuestra vida cotidiana, ya que nos dota de autonomía y desenvolvimiento. “Una forma que tiene el cerebro de adaptarse a la falta de visión es acelerar el sentido del tacto”, según explica Goldreich. Y es en este sentido, en el que nos centramos a la hora de adiestrar en el manejo de la ostomía. De todas formas es necesario la realización de un plan de cuidados individualizado para dar respuesta a las particularidades de cada caso. Descripción del caso clínico: Paciente varón de 54 años. Separado, tiene hijos y vive solo. Ceguera desde los 18 años tras sufrir accidente. Episodios de TCE múltiples. No alergias medicamentosas. Fumador de cannabis. En tratamiento con fentanilo transdérmico y lorazepam. Refiere ser independiente para las ABVD. Mala situación social y escaso sostén familiar. Presenta neoplasia de tercio medio de recto luminosa y localmente avanzada, incluyendo íleon terminal que bloquea el acceso pélvico. No implantes en cavidad ni LOES hepáticas palpables o visibles. Ingresó de forma programada para quirófano y se realizó resección recto anterior con anastomosis colo-rectal T-T el día 24/01/2018. Se reinterviene el 14/02/2018 por eventración con necrosis y perforación de víscera hueca. Y se le realiza ileostomía (temporal) de protección en FID.

Objetivos

Establecer y describir un plan de cuidados integral para un paciente recientemente ostomizado e invidente.



Metodología

□ Consulta de las principales bases de datos: Pub Med, CUIDEN, Scielo, Cochrane y en las plataformas digitales: Elsevier, OVID y ProQuest; introduciéndose los siguientes descriptores: diagnósticos de enfermería, educación sanitaria, ostomía, invidente. □ Emplearemos la valoración por patrones según el modelo de M. Gordon, estableceremos intervenciones comunes al ingreso y al proceso preoperatorio y seguiremos la metodología de identificación de diagnósticos (NANDA), Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC), así mismo usaremos indicadores para medir la eficacia.

Resultados y discusión

□ Valoración enfermera eficaz con patrones funcionales de Gordon. □ La taxonomía NANDA/NOC/NIC facilita el análisis sistemático de la información y la comunicación en cuanto a la toma de decisiones y la efectividad del cuidado enfermero. □ Con el plan individualizado obtenemos los siguientes diagnósticos: • Mantenimiento ineficaz de la salud • Deterioro de la integridad cutánea • Deterioro de la integridad tisular • Problema de colaboración • Riesgo de caídas • Riesgo de infección • Riesgo de lesión • Conocimientos deficientes • Trastorno de la percepción sensorial • Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud • Afrontamiento inefectivo • Riesgo de soledad □ El paciente es capaz de vaciar dispositivo pero no cambiarlo.

Conclusiones

La metodología NANDA/NOC/NIC nos ha facilitado establecer diagnósticos enfermeros, marcar objetivos de consecución, sistematizar intervenciones y evaluar la eficacia de los cuidados enfermeros. Todo ello nos permite universalizar el lenguaje del cuidado y la evaluación rigurosa de la profesión enfermera.

Palabras clave

Plan de Cuidados, Diagnósticos de Enfermería, Ostomía, Invidente, Educación Sanitaria.



Referencias bibliográficas

1. Goldreich, D, Kanics, IM. Tactile Acuity is Enhanced in Blindness. Journal of neuroscience. 15 April 2003, 23(8) 3439-3444 <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.23-08-03439.2003>
2. NANDA - diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2003- 2004. Edit Elsevier.
3. Johnson M, Maas M. Moorhead S .Clasificación de resultados de enfermería (CRE)- Nursing Outcomes Clasification (NOC). Edit. Elsevier. Segunda edición.
4. Mc Closkey JC., Bulechek G. Clasificación de intervenciones de Enfermería (CIE)- Nursing Interventions Clasification (NIC). Edit Elsevier. Tercera edición.
5. Johnson M., Bulechek G. y cols Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Edit. Elsevier. Primera edición.
6. Marti J., Tejido M Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Edit. Doyma, 1999.
7. Estomas: manual de enfermería. Edit. CECOVA, 2005.
8. Corella JM, Vázquez A., Tarragon MA: y cols Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Grupo de expertos CIDO. Edit. Coloplast Productos Médicos, S.A., 1997.



89

EL EQUIPO DE ENFERMERÍA Y LA COMUNICACIÓN NO VERBAL CON EL PACIENTE LARINGECTOMIZADO.

Carlos Manuel Nieves Rodríguez¹, Camino Pellitero Gómez²

¹Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca, ²Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Introducción

“La comunicación es una necesidad humana básica, es un proceso continuo que convierte la existencia del ser humano en un ser social”. Los profesionales de enfermería se encuentran con diferentes tipos de dificultades en la práctica clínica referente a los pacientes sometidos a una traqueotomía. En estas dificultades conviene resaltar la importancia de la información recibida del paciente por parte del profesional que será crucial en su tratamiento y la propia comunicación efectiva entre ambos.

Objetivos

Identificar las percepciones de los profesionales de enfermería sobre la importancia de la comunicación no verbal efectiva en los cuidados de enfermería en el paciente laringectomizado.

Metodología

Revisión bibliográfica en Google académico, EBSCO, Redalyc, Pubmed, Cuiden y Guía de práctica avanzada.

Resultados y discusión

La comunicación con el paciente laringectomizado por parte del equipo de enfermería no solo busca evaluar las causas de la necesidad de la intervención sino también la observación de factores como: -Estado de alerta, aspectos cognitivos, lenguaje comprensivo y expresivo, teniendo siempre en cuenta una atención personalizada.



Conseguir una participación del paciente en sus cuidados (sujeto activo) -Promoción de la humanización de cuidados de enfermería basados en la práctica avanzada de enfermería.

Conclusiones

A partir de la comunicación desarrollada con el paciente podemos identificar: -Sus necesidades, informar y aclarar dudas que desea saber. - Promover las relaciones sociales con otros pacientes, el equipo multidisciplinar y familiares. -Promover educación para la salud. -Compartir e intercambiar experiencias. Para pacientes gravemente enfermos o de cuidados críticos, los aspectos no verbales de la comunicación parecen tener una gran importancia, los participantes identificaron el tacto, la mirada, la sonrisa, el gesto, el ruido y la lectura de los labios como las señales más importantes de CNV La interacción entre enfermería y el paciente muestra una comunicación como una actividad básica de la práctica de enfermería y como las relaciones interpersonales son importantísimas en las acciones del equipo de enfermería junto a sus pacientes, lo que significa una mejoría en la calidad del cuidado y en su humanización.

Palabras clave

Comunicación No Verbal, Humanización, Laringectomizado. Cuidados de Enfermería.

Referencias bibliográficas

- Ruiz D. 66.3ª.01 RECUPERACION DE LA VOZ EN EL LARINGECTOMIZADO: INTRODUCCIÓN. [Internet].Otorrinoweb.com. 2017 [consultado 3 Enero 2019]. Disponible en: <http://www.otorrinoweb.com/es/temas-faringe-laringe/146-t663/3008-663o01-introduccion.html> Almonacid, C. I. F., Ramos, A. J., & Rodríguez-Borrego, M.-A. (2016). Level of anxiety versus self-care in the preoperative and postoperative periods of total laryngectomy patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2707. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0743.2707> González Guzmán M. Elaboración de guía de cuidados de enfermería al paciente



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



laringectomizado [Grado en enfermería]. La Laguna; 2016. Cuidado del Paciente con Traqueostomía [Internet]. Pisa.com.mx. [consultado 19 Enero 2019]. Disponible en: http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_3.html Gimeno Arcos E, Miró Llull M. Cura e higiene del estoma, sobre la cánula y otras indicaciones [Internet]. 1st ed. Palma de Mallorca: Asociación Española Contra el Cáncer; [consultado 22 Enero 2019]. Disponible en: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cura_higiene_estoma.pdf



90

IRRIGACIONES, DENTRO DEL PROYECTO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON UNA COLOSTOMÍA DESCENDENTE TERMINAL Y SIGMOIDE DENTRO DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE OSTOMÍAS.

*Leticia Alacis Ruidavets, Silvia Obarrio Fernández, Beatriz Prado Sánchez, Elena Muntaner Riutort.
Hospital General Mateu Orfila. Menorca.*

Introducción

Dentro del marco de la implantación de la Guía de Práctica Clínica: Cuidado y Manejo de la Ostomía, una recomendación a implementar es realizar irrigaciones. Como enfermeras sabemos que tras la realización de una ostomía la persona sufre cambios sobre su imagen corporal, higiene y relaciones sociales. Irrigación es una técnica que consiste en instilar agua en el colon para promover la eliminación intestinal periódica y controlada, creando un hábito de continencia fecal (indicado en colostomía sigmoidea y descendente terminal). Debe ofrecerse a pacientes que además de cumplir criterios de inclusión, cumplan unos requisitos mínimos sobre capacidad de aprendizaje (destreza manual y buena visión).

Objetivos

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

Metodología

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo, en una unidad de hospitalización quirúrgica de un hospital de segundo nivel y en la Consulta de Enfermería de Ostomías. Muestra 33 personas ostomizadas o identificados como tal entre Octubre 2015 y Agosto 2017. Criterio de exclusión >75 años. Se realizó un taller formativo de dos horas sobre irrigación para personas susceptibles de iniciar dicha técnica. Se mostró un vídeo, se les entregó información escrita y la posibilidad de acudir a la consulta de enfermería para



realizar la irrigación. A todas las personas que se irrigan se le pasó el cuestionario validado de calidad de vida StomaQ-oL antes y después de realizar la irrigación.

Resultados y discusión

De los 33 ostomizados, un 57.57% son susceptibles de poder realizar la técnica de irrigación (< 75 años). Siendo un 57.89% varones con una edad media de 65.2 años. De estos, han acudido a la formación específica sobre irrigación el 78.94%. Siendo finalmente un 33.33% de estas, las personas que se irrigan. Aunque todos refieren sentirse con menos ansiedad y más seguros al no llevar bolsa hay 6 items del cuestionario relacionados con la bolsa que no son valorables, tales como: me preocupa que la bolsa se despreague, que haga ruido o me pongo nervioso cuando la bolsa está llena.

Conclusiones

La irrigación es bastante desconocida, requiere habilidades y destrezas específicas para realizarla, pero subjetiva unos beneficios importantes en la calidad de vida, seguridad y tranquilidad del ostomizado. Nuestra experiencia clínica nos demuestra que se necesita tiempo y dedicación para persuadir a los pacientes y que se convierta en un método eficaz y exitoso. Respecto a la valoración sobre el impacto en su calidad de vida tras la realización de la irrigación, creemos que sería preciso realizar un cuestionario específico para tal fin, y así poder valorar cada variable. Concluimos que es un técnica que se debería apoyar, promover y fomentar más para dar mayor autonomía a las personas ostomizadas y aumentar su calidad de vida.

Palabras clave

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



Referencias bibliográficas

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



91

HUMANIZACIÓN: PRIMER PROYECTO INTEGRAL DE HUMANIZACIÓN DE CUIDADOS EN OSTOMÍA

*Ana Isabel Izquierdo Gallego¹, Irene Clemente Esteban², Encarna Olavarría Beivide³,
Eva Martínez de Savoini⁴, Gemma Arrontes Caballero⁵*

¹Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, Madrid, ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid, ³Hospital Comarcal de Sierrallana, Cantabria, ⁴Hospital Infanta Leonor de Vallecas, Madrid, ⁵Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

Introducción

Humanizar la atención sanitaria es esencial para garantizar un cuidado holístico de la persona ostomizada que, además de atender a sus necesidades físicas, tenga en cuenta las necesidades emocionales de los pacientes, los cuidadores y los profesionales sanitarios. La humanización de la asistencia sanitaria implica un cambio en el tipo de relación clínica con el paciente y el cuidador en la que se los implique en la toma de decisiones. Los enfermeros expertos en estomaterapia de GESTO promueven la humanización en ostomía a través de HumanizACCIÓN, un proyecto integral que tiene en cuenta las relaciones que se establecen entre pacientes, cuidadores y profesionales de la estomaterapia y pone especial énfasis en cuidar los aspectos emocionales y comunicativos con el fin de proporcionar una atención más humana en las consultas de ostomía.

Objetivos

- Humanizar la asistencia sanitaria en ostomía, implicando a pacientes ostomizados, enfermeros estomaterapeutas y cuidadores. • Mejorar la calidad de vida de pacientes ostomizados, cuidadores y enfermeros expertos en ostomías. • Mejorar la atención que reciben los pacientes ostomizados y cuidadores.
- Reducir el burn out de enfermeros estomaterapeutas, pacientes y cuidadores.



Metodología

A través de 5 grupos focales de enfermeros estomaterapeutas pertenecientes a GESTO, que han incluido a un centenar de profesionales en ostomía. • Mediante un grupo focal con la Asociación de Ostomizados de Madrid (AOMA) que representa la visión de pacientes ostomizados y cuidadores. • Con una encuesta global de validación de recomendaciones en humanización a toda la comunidad de estomaterapeutas de España. • Con la colaboración en formación en humanización y metodología del Grupo HU-CI.

Resultados y discusión

Gracias al proyecto HumanizACCIÓN, GESTO está desarrollando la primera Guía de Humanización en Ostomía, que incluye los apartados: comunicación humanizada, atención en la consulta de ostomía, narrativa hospitalaria, actividades que humanizan, arquitecturas humanizadas, afrontamiento post-ostomía y cuidado ante el desgaste. Este documento está pendiente de publicación y aval por parte de la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia, el Consejo General de Enfermería y el grupo HU-CI. Dentro de HumanizACCIÓN se van a poner también en marcha una campaña para poner en valor la figura de la enfermera estomaterapeuta, un sistema para respetar el tiempo y la privacidad de pacientes y cuidadores en las consultas de ostomía y diversas campañas para ayudar favorecer un mejor conocimiento de las personas ostomizadas.

Conclusiones

HumanizACCIÓN es un proyecto pionero que recoge la corriente de humanización de cuidados y la aplica por primera vez en el ámbito de la ostomía con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas ostomizadas, sus cuidadores y los enfermeros estomaterapeutas como profesionales referentes en sus cuidados.



Palabras clave

Ostomía. Estoma. Paciente Ostomizado. Enfermera Estomaterapeuta. Enfermero Estomaterapeuta. Humanización. Humanización. Proyecto GESTO.

Referencias bibliográficas

- Annon J. The PLISSIT model: A proposed scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 1976; 2:1–15.
- Campos, N, Queiroz, MC. Estrategias de afrontamiento (coping) en personas ostomizadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2008; 16(4):712-9.
- Danielsen AK, Soerensen EE, Burcharth K, Rosenberg J. Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013; 40 (4): 407-12.
- Gálvez Herrer, M.; Moreno Jiménez, B. y Mingote Adán, J.C. *El Desgaste Profesional del Médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas. El Vuelo de Ícaro.* Madrid 2009: Díaz de Santos.
- Gómez del Río, N. (2013). Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE Revista de Enfermería* 2013; 7(3).
- Gómez, JM, Gálvez, M, Martín MC. El desgaste profesional: cuidando al cuidador. En: Gabriel Heras y Miembros del Proyecto HU-CI. *Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas.* Bogotá, Colombia 2017: Distribuna Editorial
- Kjaergaard-Danielsen A. Life after stoma creation. *Dan Med J.* 2013;60(10):32–47.
- Magela-Salomé G, Aguinaldo-de Almeida S, Moura-Silveira M. Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *J Coloproctology.* Elsevier; 2014;34(4):231–9.
- Michelato N, dos Santos MA, Rodrigues S, Galvão CM, Megumi H. Aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo de Revisión 2017; 25.
- Ribes-Melià AB. La sexualidad en pacientes con ostomías digestivas y urinarias. *Enfermería Integr.* 2011;(95):42–4.
- Velasco JM, Segovia, C, Gálvez, M, Heras, G. Human Tools: formación en habilidades no técnicas para profesionales sanitarios. En: Gabriel Heras y Miembros del Proyecto HU-CI. *Humanizando los Cuidados Intensivos. Presente y futuro centrado en las personas.* Bogotá, Colombia 2017: Distribuna Editorial.



92

PROTOCOLO DE ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA PERSONA OSTOMIZADA EN LA RED SANITARIA PÚBLICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

Emilia Suárez Domínguez¹, Silvia Vilar Amorós², Luis Herrero Valiente³, Carmen de Mena Casaseca⁴, Paz Rodríguez Castellano⁵, Pilar Blasco Belda⁶

¹Hospital Universitario de La Plana, Castellón, ²Hospital de Denia, Alicante, ³Hospital General Universitario de Elche, Alicante, ⁴Hospital Universitario San Juan, Alicante, ⁵Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, ⁶Hospital La Fe, Valencia.

Introducción

En la Comunidad Valenciana, los datos del año 2016 sobre pacientes con diagnóstico activo con el procedimiento de ostomía (V44.2, V44.3, V44.6) según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE9) muestran un total de 4.136 personas a los que se les ha realizado este tipo de procedimiento. El Grupo Comunidad Valenciana Consultas de Ostomía, que se enmarca dentro del proyecto GESTO, ha elaborado el “Protocolo de Atención y Cuidados de Enfermería a la persona ostomizada” para garantizar la unificación de criterios en la atención al paciente ostomizado en la Comunidad Valenciana.

Objetivos

- Protocolizar la atención a la persona con ostomía y disminuir la variabilidad en la práctica clínica en los centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana.
- Garantizar la atención especializada prestada a personas con ostomía y la continuidad de sus cuidados específicos en el ámbito asistencial.
- Proporcionar a los profesionales sanitarios de la Comunidad Valenciana una herramienta de ayuda básica consensuada en la toma de decisiones, actuaciones e intervenciones relacionadas con la persona con ostomía.

Metodología

Revisión de guías de buenas prácticas relacionadas con la atención a personas con ostomía. 2. Para la elaboración del plan de cuidados estandarizado para este perfil de pacientes se han utilizado las taxonomías



normalizadas disponibles en la historia electrónica de los sistemas de información de los ámbitos de atención Especializada (ORION) y atención Primaria (Sistema de Información Ambulatoria-ABUCASIS). 3. Elección y utilización de las recomendaciones de la Guía Cuidado y Manejo de la Ostomía (RNAO), 2009.

Resultados y discusión

Este documento se enmarca en un entorno de seguridad y calidad de cuidados, centrados en el paciente y se ha convertido en un referente para los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar responsable de ofrecer la atención a las personas con ostomía. Este Protocolo cuenta, además, los siguientes avales que certifican su valor científico: 1. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunidad Valenciana. 2. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana CECOVA. 3. Sociedad Española de Estomaterapia (SEDE). 4. Sociedad Valenciana de Cirugía. 5. Sociedad Valenciana de Urología. 6. Sociedad Valenciana de Ginecología y Obstetricia.

Conclusiones

Este Protocolo tiene como finalidad conseguir que se produzca una homogeneización de la práctica clínica y de los cuidados que se prestan a la persona ostomizada. De esta forma se disminuirá la variabilidad y se mejorarán los resultados en salud para el paciente y la comunidad, tanto en el ámbito de la Atención Especializada como en el de la Atención Primaria.

Palabras clave

• Consellería de Sanitat Universal I Salut Pública de la Comunidad Valenciana. • Grupo Comunidad Valenciana Consultas de Ostomía. • Proyecto GESTO. • Protocolo. • Ostomía. • Estoma. • Paciente Ostomizado. • Enfermera Estomaterapeuta. • Enfermero Estomaterapeuta. • Estomaterapia. • Protocolo de Atención y Cuidados de Enfermería a la Persona Ostomizada.



Referencias bibliográficas

- Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4th ed. Barcelona: Elsevier España; 2008. • NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Barcelona: Elsevier España SL; 2009-2011. • Bulechek GM, Butcher HK, Mc Closkey Dochternan J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería 5ª ed. Barcelona Elsevier España 2009. • Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.; 2009. • Estudio Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía; España; 2014. • Coca C., Fernández de Larrinoa I., Serrano R., García-Llana H. (Mayo 2015). The Impact of Specialty Practice Nursing Care on Health-Related Quality of Life in Persons With Ostomies. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2015; 42(3): 1-13. • Definición de calidad de vida (O.M.S 2005). • Cuidados preoperatorios en cirugía programada y de urgencia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Comunidad de Madrid. 2012. • Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO. Agosto 2009 • Corella Calatayud, J. M. Mas Vila, T. Importancia y justificación de la consulta de estomaterapia. <http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/articulos/articulos12.htm> • Donobue Eben, J; Nation, M.J; Marriner, A; Nordmeyer, S.B. Teoría del déficit de autocuidado en enfermería de Dorothea Orem. En Marriner A. Modelos y teorías de enfermería pp 101- 113. Ediciones ROL. Barcelona.1989 • Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. Edit Elsevier. 10ª edición. • Johnson M., Maas M. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) Nursing Outcomes Classification (NOC). Edit Elsevier. 4ª edición. • Martí Ragué J y Tegido Valentí M. Estomas, Valoración, tratamiento y seguimiento. Ediciones Doyma. 1999. • Mc Closkey JC., Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC)., Edit Elsevier. 5ª edición. • Sánchez Noguez ML, Ceja Martínez T. Clínica de estomas. Rev Enferm IMSS 2000; 8(1):27-31. • Wound Ostomy and Continence Nurses Society. Advocacy and Graroots Toolkit. Febrero 2012.



93

ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES FORMATIVAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE LA PERSONA OSTOMIZADA.

Montserrat Arribas García, María Sol Argudo Argudo, Teresa Soriano Pinar, M^a Encina Arias Alvarez, M^a Luisa Escolar Pozo, Roberto Aza Gonzalo.

H.U. Príncipe de Asturias-Alcalá de Henares.

Introducción

La atención integral a la persona ostomizada comienza con el ingreso hospitalario y/o en la consultas médicas y de Estomaterapia y precisa de una continuidad al alta. Es imprescindible un seguimiento por su enfermera de atención primaria (AP). La enfermería de AP proporciona educación sanitaria, y soporte emocional al paciente y/o cuidador durante todo el proceso con el fin de que recobre la autonomía lo antes posible tras la intervención. Quisimos conocer el sentir de la enfermería de AP de nuestra área sobre la formación en el cuidado del paciente ostomizado.

Objetivos

1. CONOCER LAS NECESIDADES FORMATIVAS DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE OSTOMIZADO. 2. EVALUAR LAS NECESIDADES FORMATIVAS PARA PLANIFICAR ACCIONES QUE GARANTIZEN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE OSTOMIZADO.

Metodología

Desde la comisión de ostomías del Hospital Príncipe de Asturias se realizó un Estudio transversal descriptivo durante 8 meses. La recogida de datos se realizó a partir de cuestionarios autocumplimentados por los profesionales de enfermería de Atención Primaria (AP). El cuestionario consta de dos partes. La primera recoge características profesionales de la población: centro de trabajo, edad, sexo y años de experiencia en AP. La segunda, con preguntas cerradas cuyas respuestas se determinan en función de una escala tipo



Likert, recoge 7 variables que se agrupan en 3 categorías: dificultades en el cuidado de la ostomía, cuidado del paciente ostomizado, criterios de derivación del paciente ostomizado a la estomaterapeuta. El criterio que se siguió para interpretar los resultados fue: Resultados mayores de 4 expresan un grado de dificultad y son considerados necesidad de formación.

Resultados y discusión

Se recibieron un total de 47 cuestionarios de 10 de los 12 centros de Salud incluidos (tasa de respuesta del 38,84%). La media de edad y años de experiencia en AP son de 49,2 y 13,84. En el análisis general todos los aspectos evaluados presentan una puntuación > 4. El 73,76% expresan dificultad en el cuidado de la ostomía, frente al 55% en el cuidado del paciente ostomizado y el 57,45% en criterios de derivación. Este estudio pretende identificar aquellos aspectos en los que es necesaria formación sobre los cuidados del paciente ostomizado por parte de los profesionales de AP. Destaca una puntuación >4 al manejo y elección del dispositivo para el 85,11% de enfermeras, al manejo de las alteraciones de la piel periestomal y elección de la dieta para el 74,47%. Solo reflejan dificultades en el manejo de los problemas de adaptación el 38,3%.

Conclusiones

En muchas ocasiones la escasa formación del personal origina dudas, temor, desinformación y deterioro en la comunicación con el paciente. La demanda de respuestas por parte de los profesionales de AP justifica la necesidad de tener una adecuada formación en cuidados del paciente ostomizado. Los equipos pluridisciplinarios constituyen la gestión eficaz de los cuidados, previniendo las complicaciones y facilitando la disminución de costes. Por todo ello se planificarán e impartirán talleres abordando las necesidades manifestadas en las encuestas.

Palabras clave

Cuestionario, Primaria, Continuidad, Enfermería, Ostomías.



Referencias bibliográficas

Lasmariás Cristina, Espinosa José, Martínez-Muñoz Marisa,. Estudio sobre necesidades formativas en cuidados paliativos para atención primaria. FEM (Ed. impresa) [Internet]. 2013 Sep [citado 2019 Ene 31] ; 16(3): 159-165. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322013000300007&lng=es)

[98322013000300007&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322013000300007](http://dx.doi.org/10.4321/S2014-98322013000300007). Álvarez-Rojo, Víctor; Romero,. (2011). Necesidades de formación del profesorado universitario para la adaptación de su docencia al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). RELIEVE, v. 17, n. 1, art. 1. http://www.uv.es/RELIEVE/v17n1/RELIEVEv17n1_1.htm Crespillo Díaz Antonia Yolanda, Martín Muñoz Begoña. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. Index Enferm [Internet]. 2012 Jun [citado 2019 Feb 24] ; 21(1-2): 43-47. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962012000100010&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-2962012000100010&lng=es) <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-2962012000100010>

Mahjoubi B, Mirzaei R, cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. Health Qual Life Outcomes. 2012;10(1):136.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680425/jimeno_gozalo_nataliatfg.pdf?sequence=1

Rodríguez Gállego, Ana Isabel; Galdamez Núñez, Carmen;. La consulta de ostomías como parte del circuito interniveles en pacientes ostomizados. Rev Paraninfo Digital, 2011; 13. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n13/p079.php>> Consultado el 2 de Diciembre del 2018 S. Garrido Elustondo , R. García Vallejo , Formación continuada en atención primaria: necesidades formativas de sus profesionales Vol. 30. Núm.

6.Octubre 2002 páginas 339-419 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-formacion-continuada-atencion-primaria-necesidades-13038161> Encuesta sobre modelos de práctica enfermera en el sas Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud Álvarez-Rojo, Víctor; Romero, Soledad. (2011). Necesidades de formación del profesorado universitario para la adaptación de su docencia



94

INCREMENTO DE LA VISIBILIDAD DEL PACIENTE OSTOMIZADO A TRAVÉS DEL PROYECTO GESTO.

Alberto Lado del Teso¹, Eulogia Fernández Martín², Edurne Aguirre Erro³, Miren Nekane Barrenechea Echevarría⁴, Pedro García Alonso⁵, Amaia Arteaga Otazua⁶

¹Hospital HM Sanchinarro, Madrid, ²Hospital Virgen de la Salud. Toledo, ³Hospital San Eloy. OSI Barakaldo-Sestao. Vizcaya, ⁴Hospital de Galdakano. OSI Barrualde Galdakao, Vizcaya, ⁵Hospital de Basurto. OSI Bilbao-Basurto. Bilbao, ⁶Hospital Universitario Araba sede Santiago. OSI Araba. Álava.

Introducción

La visibilidad del colectivo de pacientes ostomizados está directamente relacionado con su capacidad para conseguir mejoras en su atención sanitaria y en los recursos que las instituciones ponen a su disposición. El Proyecto GESTO se propuso dotar de visibilidad en medios de comunicación e instituciones a las personas ostomizadas para garantizar una mejor calidad de vida.

Objetivos

- Dar visibilidad a la población de pacientes ostomizados.
- Generar concienciación en las administraciones públicas sanitarias sobre las necesidades específicas de las personas ostomizadas: consultas de ostomía, atención especializada, baños adaptados, etc.
- Conseguir un mejor conocimiento de la población general sobre este colectivo para naturalizar ser portador de una ostomía.
- Desarrollar proyectos integradores impulsados por enfermeros expertos en estomaterapia y pacientes ostomizados.

Metodología

- Creando de un proyecto único formado por enfermeros expertos en estomaterapia de toda España: Proyecto GESTO; con el fin de desarrollar proyectos innovadores globales con aplicación regional y local.
- Desarrollando un plan estratégico de comunicación para garantizar una presencia continuada del paciente ostomizado, sus necesidades y aspiraciones, así como el valor del enfermero estomaterapeuta como referente en la atención y los cuidados de la persona ostomizada.
- o Celebración anual del Día Mundial del Paciente



Ostomizado. o Creación de la primera canción sobre ostomía: El resto de tu vida. o Rodaje del primer documental protagonizado por enfermeras estomaterapeutas y pacientes ostomizados: Gestos. • Planteando un plan de relaciones institucionales para poner en contacto a los enfermeros estomaterapeutas y asociaciones de pacientes de cada comunidad autónoma con sus respectivas consejerías de sanidad, colegios oficiales de enfermería y ayuntamientos. • Impulsando proyectos científicos que avalen las necesidades específicas de las personas ostomizadas: Estudio Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía y Documento de Consenso de la Enfermería Experta en Estomaterapia.

Resultados y discusión

1. Consecución de más de 500 impactos en medios de comunicación, centrados en el paciente ostomizado y la enfermería experta en estomaterapia. 2. Mejoras en la atención especializada: Apertura de más de 30 nuevas consultas de ostomía en España. 3. Publicación del Estudio Coste- Efectividad en WONC y Metas de Enfermería. 4. Aval del Consejo General del Enfermería al Documento de Consenso de la Enfermería Experta en Estomaterapia como “documento científico de interés”. 5. Proyectos de colaboración científico-técnicos con las Consejería de Sanidad de País Vasco, Cantabria, Comunidad de Madrid, Castilla y León, Castilla la Mancha y Comunidad Valenciana.

Conclusiones

Gracias al Proyecto GESTO y a la realización ininterrumpida durante 5 años de publicaciones científicas, acciones de alto impacto en comunicación y a la construcción de una relación de colaboración con las instituciones públicas, se ha conseguido una alta visibilidad de las personas ostomizadas y se ha mejorado su calidad de vida.

Palabras clave

Ostomía. Estoma. Paciente Ostomizado. Enfermera Estomaterapeuta. Enfermero Estomaterapeuta. Comunicación. Relaciones Institucionales. Proyectos Estratégicos. Proyecto GESTO. Documental GESTOS. El resto de tu vida.

Referencias bibliográficas



X CONGRESO NACIONAL • I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



- Documento de Consenso de la Enfermería Experta en Ostomías; España; 2016. • Estudio Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía; España; 2014. • Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO. org [internet]. 2009. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf.
- Wound Ostomy and Continence Nurses Society. Advocacy and Graroots Toolkit. Febrero 2012.



95

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ESTIMULACIÓN DEL ASA EFERENTE PREVIO AL CIERRE DE UNA ILEOSTOMÍA.

María Teresa Valero Jiménez, Patricia Pereiro Recio, Ainhoa González Muñoz.

Hospital de Fuenlabrada.

Introducción

La ileostomía es la abertura en la pared abdominal de una porción del íleon terminal. En las ileostomías de protección, el objetivo es evitar el paso de heces a través de la anastomosis realizada en la cirugía. La creación de dicha ileostomía, es una medida preventiva eficaz en la disminución de la morbi-mortalidad derivada del fallo de la sutura distal, y algunos estudios muestran que su ausencia es factor de riesgo para la aparición de complicaciones. Una de las complicaciones más frecuentes es el íleo paralítico, producido por cambios histológicos, como la atrofia de las vellosidades de la capa muscular del íleon y cambios en la microbiota intestinal en el tramo digestivo distal a la ileostomía. Estos factores aumentan el malestar del paciente, la estancia hospitalaria y el gasto sanitario. La estimulación del asa eferente previa al cierre puede disminuir estos problemas, mejorando la función del intestino excluido. La implementación de un protocolo que guíe la actuación enfermera en los pacientes que van a ser intervenidos de reconstrucción del tránsito mejorará la calidad de los cuidados que repercutirá en primera persona en el paciente.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL Elaborar e implementar un protocolo de enfermería para la estimulación del asa eferente previo al cierre de una ileostomía **Objetivos específicos** Entrenar al paciente para la estimulación del asa eferente como parte de su autocuidado y para el éxito de la cirugía Disminuir complicaciones y tiempo de estancia en pacientes sometidos a reconstrucción del tránsito.



Metodología

Se crea un equipo multidisciplinar de enfermeros y cirujanos, con reuniones periódicas para la inclusión y seguimiento de dichos pacientes. Se realizó una amplia búsqueda bibliográfica. Se visitará próximamente el Hospital de Basurto donde tienen esta técnica implantada. La educación se iniciará a los dos meses de la intervención quirúrgica primaria sin tratamiento adyuvante, o al mes de su finalización; el procedimiento se llevará a cabo durante las 3 semanas previas al cierre del estoma. La educación se realizará en la sala de curas de la unidad, posteriormente el paciente en su domicilio lo realizará diariamente, con control semanal por enfermería. La técnica se complementará con la realización de los ejercicios de Kegel para tonificar la musculatura perineal, evitando la atrofia del esfínter anal.

Resultados y discusión

Actualmente estamos en proceso de implementación del protocolo.

Conclusiones

La elaboración de este protocolo permite integrar los conocimientos necesarios para unificar los cuidados de enfermería y mejorar la atención dada a los pacientes con ileostomías.

Palabras clave

Cuidados, Educación para la Salud, Asa Eferente, Reconstrucción del Tránsito.

Referencias bibliográficas

1. Abrisqueta J, Morcillo IA, Bernal MDF, Mompean JAL, Paricio PP. Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía. *Cirugía Española: Órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos*. 2013;91(1):50-2. 2. Garfinkle R, Trabulsi N, Morin N, Phang T, Liberman S, Feldman L, et al. Study protocol evaluating the use of bowel stimulation before loop ileostomy closure to reduce postoperative ileus: a



X CONGRESO NACIONAL · I CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Liderando la Estomaterapia en Calidad y Cuidados

VIGO, 8-10 DE MAYO DE 2019



multicentrum randomized controlled trial. *Colorectal Dis.* Noviembre 2017;19 (11):1024-9. 3. Abrisqueta J, Abellán I, Luján J, Hernandez Q, Parilla P. Stimulation of the efferente limb before ileostomy closure: a randomized clinical trial. *Dis colon rectum.* Diciembre 2014;57(12):1391-6. 4. Menendez P, Leon C, García A, Martín J. Effectiveness of efferent loop stimulation: looking for a suitable protocol. *Dis colon rectum.* Abril 2015;58(4):e54-55. 5. Morcillo IA. Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía de protección. Estudio prospectivo randomizado/ Israel Abellan morcillo. Universidad de Murcia; 2014. 6. Sánchez PM, García A, Lozano E, Peláez R. Eficacia de la estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía. *Cirugía española: Órgano oficial de la Asociación Española de Cirujanos.* 2013;91(8):547-8.



96

PROTOCOLIZACIÓN DE LOS CRITERIOS FORMATIVOS EN OSTOMÍA DE LOS ESTUDIANTES EIR.

Ana Valencia Ortiz de Urbina¹, Carmen Torres Sampedro², Míren Edurne Santos Meñica²,
María Luisa Alvarado Vázquez², Lourdes Álvarez de Eulate¹, Aitziber Etxebarria Etxebarria³

¹Hospital Universitario Araba sede Txagorritxu. OSI Araba. Álava., ²Hospital Cruces. OSI Ezkerraldea Enkarterri Cruces. Bilbao, ³Hospital de Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde- Galdakao. Vizcaya.

Introducción

Los alumnos EIR de enfermería comunitaria rotan en las consultas de ostomía. Sin embargo, no existe un temario o guía para la GIFT (guía itinerario formativo tipo) que establezca las competencias a desarrollar durante el periodo de formación con la enfermera estomaterapeuta. El Grupo Norte Ostomías, que forma parte del proyecto GESTO, ha elaborado el primer Plan de Formación en ostomía para la enfermería familiar y comunitaria.

Objetivos

- Crear un manual consensuado que sirva de apoyo a los estomaterapeutas tutores del programa de formación EIR y de guía de aprendizaje a los estudiantes de Enfermería familiar y comunitaria.
- Aumentar el área de conocimientos de los alumnos EIR sobre el paciente ostomizado.
- Mejorar la calidad asistencial en el paciente ostomizado.
- Mejorar la coordinación en los distintos niveles asistenciales.

Metodología

- Creación de un grupo de trabajo de expertos en estomaterapia de País Vasco y Cantabria para revisar la bibliografía existente y consensuar los conocimientos básicos y competencias de los estudiantes EIR.
- Elaboración del plan de formación en ostomías.
- Presentación del proyecto educativo al área de formación de Osakidetza.
- Presentación del proyecto al Consejo General de Enfermería para su aprobación en la asamblea general e inclusión en el plan de formación nacional de enfermería.



Resultados y discusión

1. Primer proyecto consensuado del Plan de Formación, que incluye los conceptos generales en estomas, las indicaciones para realizar un estoma, la clasificación de ostomías, dispositivos y accesorios, los cuidados básicos del estoma, las complicaciones propias del estoma y de la piel periestomal y las pautas de alimentación, nutrición e hidratación indicadas para cada tipo de ostomía. 2. Tramitación del aval del Consejo General de Enfermería, pendiente de resolución para la aplicación nacional del proyecto.

Conclusiones

El Grupo Norte Ostomías, que forma parte del proyecto GESTO, ha conseguido unificar los criterios de la comunidad de expertos en estomaterapia para fijar de forma protocolizada los conocimientos y competencias en ostomía de los estudiantes EIR de modo que no exista variabilidad en España.

Palabras clave

• Formación EIR • Grupo Norte Ostomías • Proyecto GESTO • Ostomía. • Estoma. • Paciente ostomizado. • Enfermera estomaterapeuta. • Enfermero estomaterapeuta.

Referencias bibliográficas

- Corella Calatayud JM, Vázquez Prado A, Tarragón Sayas MA, Mas Vila T, Corella Mas JM, Corella Mas L. Estomas. Manual para enfermería. Alicante: CECOVA; 2005. • Freire Ruiz RG, González Puente MM, Martínez Rueda NM, Olavarría Bevide E, Ortiz de Urbina AM, Tejerina Prieto ML. Nociones básicas sobre estomas. Ed Servicio Cántabro de Salud; 2011. • Martí Rague J, Tegido Valenti M. Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento. Barcelona: Ed Doyma; 1999. • Maydón GHG, Hernández VFX, Esparza IR, Belmonte MC. Estomas intestinales: construcción y complicaciones. Anales médicos. Vol.56 num 4. Oct-Dic 2011. • Ortiz H, Martí Rague K, Foulkes B. Barcelona: Jims; 1994.
- Carabias Maza R, García García MD, González Grande MC, Huerta García A, Lerín Cabrejas P, López Montes JL et al. Enseñando a cuidar. Madrid: Hollister Ibérica S.A.; 2000. • Hollister.



Vademécum: Soluciones en ostomías. Madrid; 2015. • Convatec. Catálogo de Productos: Cuidados de ostomías. 2016. • Correa Rovelo J, Bahena Aponte J, Moreno Cruz J. Manejo integral del paciente ostomizado Madrid: Alfíl; 2007. • Vaquer Casas G. Guía del ostomizado digestivo. Cuidados de enfermería. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990. • Guía de Cuidados para pacientes ostomizados. [Online]; 2016 [cited Abril]. Available from: www.mdanderson.es • Alcocer Pérez-España A, Barbacil Millán S, Castaño González I et col. Manual sobre derivaciones urinarias. Coloplast 2002. García Morato JM. Derivaciones Urinarias. Cuidados de Enfermería S.A. M, editor. Madrid; 1994. • Olabarrieta Kareaga A, Herrero Francisco L, Barrenetxea Etxebarria N, Portugal Porrás V. Ostomías digestivas. Guía para el paciente. 2010. • Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO. org [internet]. 2009. [consultado mayo 2017]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf. • Castillo L, Espinosa J, Sanchez M, Cruz O, Cano M, Rivas J, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. RevEnf Univ. 2010; 7(2): 9-14. • De la Quintana Jiménez P, Gonzalez Buenadicha AM, Marcos Lozano R, Laínez Pardos PL, Vázquez García C, Bona Sánchez M et al. Guía de cuidados enfermeros al paciente ostomizada (SEDE) 2013. • Guía educativa para personas ostomizadas. Osakidetza 2011. Disponible en la intranet de Osakidetza. • H. Ortiz, J. Martí Ragué, B. Foulkes. Indicaciones y cuidados de los estomas. Editorial JIMS, S.A. Barcelona 1994. • North Carolina Department Of Agriculture And Consumer Services. PH y los Alimentos. En [en línea]. Disponible en: <http://www.ncagr.gov/FOODDRUG/espanol/PHYlosAlimentos.pdf.pdf> • Greenbaum L. Fisiopatología de los líquidos corporales y tratamiento hidroeléctrico. España: Elsevier; 2004. • Blanchard A, Vargas –Poussou R. Alteraciones de la Magneemia. EMC - Tratado de Medicina. Volume 19, Issue 4. Elsevier; Diciembre 2015.



97

INDICADORES MÁS ADECUADOS PARA MEDIR Y CUANTIFICAR LA ACTIVIDAD ENFERMERA Y LA REPERCUSIÓN EN LOS CUIDADOS PARA PERSONAS OSTOMIZADOS.

Gemma Arrontes Caballero¹, Inmaculada Perez Salazar², Manuel Bona, Sánchez³, Rosario Marcos, Lozano⁴, Alberto Lado del Teso⁵

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid, ²Hospital Universitario de la Princesa. Madrid, ³Hospital Alcorcón. Madrid, ⁴Hospital de la Defensa. Gómez Ulla, ⁵Hospital de San Chinarro. Madrid.

Introducción

Para poder mejorar en nuestra práctica diaria, los profesionales en salud, debemos actualizar nuestros conocimientos, evaluando así nuestra actividad asistencial por medio de los indicadores en salud, alcanzando mejores resultados en salud.

Objetivos

Objetivo General: Evaluar la calidad asistencial por medio de indicadores. Objetivos

Secundarios: Definir áreas de mejora.

Metodología

Estudio descriptivo multicéntrico (Libro Blanco de la Ostomía en España), con parte analítica.

Resultados y discusión

Entre los indicadores de calidad se proponen el porcentaje de pacientes informados y marcaje del estoma en el preoperatorio; el porcentaje de complicaciones y el grado de satisfacción de estos pacientes y sus familias. Estos indicadores y algunos más, han sido consensuados por grupos de trabajo del Libro Blanco de la Ostomía en España.



Conclusiones

Para poder llevar a cabo estudios relacionados con los resultados en salud se necesitan una serie de indicadores que sirvan para medir de una forma cuantificable cuál es la prestación del servicio sanitario y la repercusión en los pacientes. Estos indicadores de salud sirven para evaluar hasta qué punto la actuación enfermera en las consultas de Estomaterapia han alcanzado los objetivos en salud marcados, dando unos cuidados de calidad. Alcanzando así la excelencia. La utilización de estos indicadores en salud en nuestras consultas de Estomaterapia, nos servirán para medir y cuantificar la actividad enfermera y, a su vez, tener un mapa de la repercusión de los cuidados en las personas ostomizadas.

Palabras clave

Indicadores de calidad, Consulta de Esomaterapia

Referencias bibliográficas

<http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm> 2017 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Evaluación de Resultados de Salud. Panorama sobre el uso de medidas de Resultados de Salud basadas en el paciente en la práctica clínica Revista Clínica de Medicina de Familia versión On-line ISSN 2386-8201 versión impresa ISSN 1699-695X Rev Clin Med Fam vol.2 no.6 Albacete feb. 2009 Asociación profesional de enfermeras de Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas de Enfermería. Cuidado y manejo de la Ostomía. 2009. http://www.rnao.org/Storage/78/7229_BPG_Ostomy.pdf



99

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA IRRITACIÓN PERIANAL TRAS EL CIERRE DE UN ESTOMA DIGESTIVO.

Shaila Guerrero Fariñas, Noelia Morales Boiza, Ainara Sanmillan Jimenez, Arantza Raposo Benito, Patricia Alonso Fontaneda, Ana Uriarte Diaz Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción

Tras el cierre de una ostomía de eliminación digestiva el tránsito intestinal se ve alterado, aumenta el número de las deposiciones, siendo éstas más ácidas y de consistencia líquida, por lo que la región perianal puede estar muy irritada. Es en la consulta de estomaterapia donde podemos instruir al paciente ostomizado en el uso de la dieta para prevenir la irritación perianal tras el cierre de la ostomía, ya que ésta puede modificar el pH y la cantidad de las deposiciones.

Objetivos

Disminuir la incidencia de casos de irritación perianal tras el cierre de una fleo/colostomía mediante el control de la dieta, logrando reducir el número y la acidez de las deposiciones y aumentando su consistencia. Lograr un óptimo autocuidado de la piel perianal mediante educación sanitaria empleando recomendaciones dietéticas, higiénicas y de actividad física.

Metodología

Se realiza una revisión sistemática en las bases de datos Cochrane, Medline y Uptodate con el objetivo de evaluar las recomendaciones disponibles para prevenir la irritación perianal tras el cierre quirúrgico de una ostomía digestiva de eliminación. También se tuvieron en cuenta las recomendaciones de la Organización Sanitaria Integrada Bilbao- Basurto.



Resultados y discusión

No se encontró ningún artículo que hiciera referencia expresa a la relación entre dieta e irritación perianal tras el cierre de una ostomía. Se encontraron recomendaciones dietéticas para la prevención de la irritación perianal basadas en la alcalinización de las heces. Son básicas una dieta equilibrada y una adecuada hidratación. Se aconseja durante el primer mes una dieta sin residuos hasta que la consistencia de las heces cambie y disminuya el número de deposiciones. Algunos alimentos a tener en cuenta son: verduras, sobre todo de hoja verde, legumbres, semillas y cereales y el tofu. Ciertos cítricos (limón, lima, pomelo) tienen poder alcalinizante y algunos aceites también son propicios. Evitar alimentos que acidifiquen las heces: proteínas de origen animal, azúcar e hidratos de carbono refinados, así como alimentos muy picantes. Mantener una vida activa, evitar el estrés y realizar ejercicios de Kegel, regulan el patrón intestinal. Se encontraron dos escalas de valoración de úlceras por humedad (UPH) por orina o heces. Escala EVE (Escala Visual del Eritema) y escala PAT (Perineal Assessment Toll).

Conclusiones

En esta revisión sistemática no se han encontrado apenas alusiones a la relación entre el control de la dieta y la disminución de la incidencia de casos de irritación perianal tras el cierre de una íleo/colostomía, poniendo en evidencia la necesidad de llevar a cabo investigaciones en esta línea. Logrando la alcalinización de las heces, con una dieta equilibrada y un estilo de vida saludable se mejora considerablemente esta problemática.

Palabras clave

Cierre, colostomía, ileostomía, dieta, irritación perianal. KEYWORDS:
colostomy closure, ileostomy closure, diet, perianal irritation.



Referencias bibliográficas

1. Fazio VW, Church JM, Wu JS. Atlas of Intestinal Stomas. Springer Science & Business Media; 2012. 296 p.
2. Brown Steven, Hartley JE, Hill J, Scott N, Williams JG. Contemporary Coloproctology. Springer Science & Business Media; 2012. 654 p.
3. Segovia-Gómez T, Bermejo Martínez M, García-Alamino JM. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. Gerokomos [Internet]. 2012 [cited 2019 Feb 24];23(3):137–40. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2012000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Approach to the long-term survivor of colorectal cancer - UpToDate [Internet]. [cited 2019 Feb 24]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-long-term-survivor-of-colorectal-cancer?source=history_widget



100

MARCAJE DEL ESTOMA: UNA VENTAJA PARA EL PACIENTE OSTOMIZADO

Inmaculada García Cuadrado.

Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera De La Reina .

Introducción

Las ostomias de eliminación producen a los pacientes la pérdida de continencia y les supone un cambio en su vida importante al tener que adaptarse a un dispositivo que garantice una seguridad para su piel. Una de las complicación más frecuente registrada es la dermatitis periestomal por fugas, debida a estomas hundidos, en pliegues produciéndole al paciente una inseguridad, impidiendo llevar una vida normalizada. Para ello es necesario realizar en la fase preoperatoria el correcto marcaje del estoma, según recomienda la RNAO e iniciar en ese momento la información sobre su cuidado, individualizar el mismo, según su entorno, consiguiendo un manejo de su estoma de forma más rápida y eficaz. Este trabajo desarrolla un estudio comparativo de los pacientes portadores de una ostomia de eliminación en el área de salud a los que se les ha realizado el marcaje del estoma y proporcionado información previa sobre el cuidado del estoma frente a los que no durante el periodo comprendido entre 2015- 2018.

Objetivos

Analizar comparativamente a los pacientes ostomizados que se les ha realizado el marcaje del estoma e información frente a los que no, demostrando que contribuye a disminuir las complicaciones por dermatitis, mejorando su calidad de vida.

Metodología

Se realiza un estudio observacional cuantitativo retrospectivo transversal de los pacientes portadores de una ostomia de eliminación en el periodo 2015-2018 a través de la base de datos de la consulta de ostomias de los paciente que se les ha realizado una cirugía programada.



Resultados y discusión

Los pacientes con marcaje previo han tenido menos problemas con la piel periestomal de forma significativa y han conseguido realizar el cuidado del estoma con independencia percibiendo mejor aceptación del estoma, pudiendo utilizar dispositivos mas sencillos que le permitan mejorar su imagen corporal.

Conclusiones

El marcaje del estoma, la información previa sobre el cuidado en la fase preoperatoria y el seguimiento del paciente ostomizado, contribuye a disminuir las complicaciones de dermatitis periestomales por fuga, favoreciendo la autonomía del cuidado por el propio paciente permitiendo la aceptación del estoma de forma precoz. Para ello es necesario, protocolarizar el cuidado del paciente ostomizado antes de la cirugía, garantizar un seguimiento de este hasta conseguir su propia autonomía.

Palabras clave

Marcaje, Estoma, Cuidados, Calidad de Vida.

Referencias bibliográficas

• Tegido Valentí, Montserrat; Ripoll, Pilar Solé; Nebot Salabert, Sergi. Ubicación del estoma y autonomía del paciente. 2004 Enfermería Clínica vol. 14 (01) p. 41-45. • Doughty DB, Landmann RG. Management of patients with a colostomy or ileostomy. Up to date 2011. Revisión del 26 de enero. • Estudio Stoma Life. Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año después de la cirugía Autores: Javier Campillo Martínez Localización: Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 18, Nº. 8, 2015 • Martí Rague J, Tejido Valenti M, Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento. Barcelona :Doyma; 1999 • Guía RNAO Cuidado y manejo de la ostomía