Revista SEDE

Número 03
Diciembre 2022

CUIDADOS OSTOMÍA

Ejercicio Físico

Vía Clínica RICA

Cierre Precoz

Congreso SEDE ´23

FAPOE

Ejercicio Físico en Pacientes con Ostomía: Evidencia Científica y Recomendaciones Prácticas.

Implementación de la Vía Clínica RICA en cirugía colorrectal y repercusión en el paciente ostomizado

Sistematización en los cuidados del paciente ostomizado con pronóstico de cierre precoz del estoma. Caso Clínico

www.estomaterapia.es

ISSN: 2792-8462

EDITA: SEDE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EXPERTA EN ESTOMATERAPIA

Comité Editorial

Presidenta:

Mª Inmaculada Pérez Salazar

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

Subdirectora:

Mª Carmen Vázquez García

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

Comité Asesor

Gemma Arrontes Caballero

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

Mª Jesús Bernarte Sorribas

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

Marta Pérez García

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

Noelia Díaz Ferrer

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

Patricia Ferrero Sereno

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

Virginia García Moreno

Enfermera por la Universidad de Salamanca (2009-2012). Especialista en Enfermería Familiar o Comunitaria. Curso de Experto en Estomaterapia por la Universidad Francisco de Vitoria. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente trabajo en la unidad de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario de la Princesa en Madrid.

Inés Naranjo Peña

Diplomado en enfermería (DUE). Escuela Universitaria Salus Infirmorum (Universidad de Salamanca). Doctorado en Cuidados en Salud (Universidad Complutense de Madrid). Master en Prevención de Riesgos Laborales (Universidad Francisco de Victoria). Experto en Coloproctología y Estomaterapia (Universidad Francisco de Victoria). Experto en Estomaterapia (Universidad de Alcalá de Henares). Experto en Heridas Crónicas y Complejas (Universidad de Cuenca). Curso de Formador de formadores (Universidad de Comillas). Enfermera consulta de cirugía-ostomías y heridas en el H. U. Infanta Cristina (Parla-Madrid)

Índice

Comité Editorial	Página 02
Editorial	Página 04
Artículo 01 – Ejercicio Físico en Pacientes con Ostomía: Evidencia Científica y Recomendaciones Prácticas.	Página 05
Artículo 02 – Implementación de la Vía Clínica RICA en cirugía colorrectal y repercusión en el paciente ostomizado	Página 08
Artículo 03 – Sistematización en los cuidados del paciente ostomizado con pronóstico de cierre precoz del estoma. Caso Clínico	Página 13
FAPOE	Página 18
Normas de Presentación	Página 20
Hazte Socio	Página 23

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

Editorial

XI CONGRESO NACIONAL II CONGRESO VIRTUAL DE ENFERMERÍA EXPERTA EN OSTOMÍAS

Valencia
4-6 mayo 2023

Estimado/a participante

El Congreso Nacional de Enfermería Experta en Ostomías se dirige a su XI edición. Desde el primer Congreso, esta cita se ha ido consolidando como un punto de encuentro imprescindible para aquellos profesionales innovadores que están buscando como hacer frente a los retos de mejorar la asistencia a la persona portadora de una ostomía y a su familia. La solución a este gran reto necesita de la actuación de diversas disciplinas, por ello la Sociedad Española de Estomaterapia (SEDE) impulsa este tipo de encuentros interdisciplinares, con la finalidad de aumentar los conocimientos para una atención holística en los cuidados de las personas que tienen o tendrán una ostomía.

La fecha de celebración será del 4 al 6 de mayo de 2023 en la bonita, moderna y acogedora ciudad de Valencia. Son muchos los factores que hacen a la Comunidad Valenciana una de las regiones más atractivas de España, su clima, su luz, su gastronomía, el talento y el carácter afable de sus habitantes, convierten a Valencia en una ciudad idónea para trabajar y desarrollar proyectos innovadores. Ha sido elegida durante todo 2022 como la Capital Mundial del Diseño y reconocida como la capital verde europea para 2024.

La sede será el Palacio de Congresos de Valencia, diseñado por el arquitecto Norman Foster en 1998, es un espacio multi-funcional, referente por su tecnología, así como espacio sostenible. Elegido en 2018 como el Mejor Palacio de Congresos del Mundo por la Asociación Internacional de Palacios de Congresos.

El lema central del Congreso es "Avanzando en competencias" y girará en torno a la necesidad de compartir para progresar y desarrollar competencias enfermeras: habilidades en investigación, capacidad para adaptarse a nuevas situaciones, capacidad para generar nuevas ideas (creatividad), liderazgo, diseño y gestión de proyectos, trabajo en equipos interdisciplinares, autonomía, iniciativa emprendedora, priorización de la calidad asistencial para proporcionar cuidados óptimos. Por tanto, la idea de espacio compartido se hará explícita: no solo estaremos presentes profesionales de distintas disciplinas, sino que compartiremos conocimientos con pacientes y agentes de otras esferas.

Los temas centrales de las mesas serán: investigación, cuidados, formación e innovación. Junto a estas mesas compartiremos también proyectos abiertos nacionales e internacionales con el deseo de propiciar la creación y colaboración en estudios multicéntricos. Conjuntamente habrá también mesas redondas de debate.

Tomando el testigo de lo que se inició en el anterior Congreso de Vigo 2019, queremos continuar con el II Congreso virtual, que nos brinda la oportunidad de poder compartir experiencias de compañeros de otros países, así como aquellos profesionales de nuestro país que no puedan asistir de manera presencial.

Para hacer realidad este proyecto hay algo que es imprescindible, tu presencia. Contamos contigo. Sin ti y tus aportaciones no podremos hacer realidad este evento, por ello como presidentas de los Comités Organizador y Científico nos corresponde el honor y tenemos el placer de daros la bienvenida al XI Congreso Nacional de Enfermería Experta en Ostomías.

Os esperamos en Valencia el 4 de mayo de 2023, deseando que disfrutéis de un gran congreso.

Paz Rodríguez Castellano
Presidenta del Comité Organizador

Pilar Blasco Belda
Presidenta del Comité Científico.

RevistaSEE
Número 03. Diciembre 2022

Ejercicio Físico en Pacientes con Ostomía: Evidencia Científica y Recomendaciones Prácticas.

María Romero Elías.
Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante). Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid).
remaria17@gmail.com

1. RECOMENDACIONES DE AF EN EL PACIENTE CON ESTOMA:

Las **recomendaciones de actividad física** (AF) para los pacientes de cáncer colorrectal con ostomía son las mismas que para las personas sin dicha condición. La American Cancer Society (ACS) Rock et al., 2012, 2022) propone seguir la guía específica de recomendaciones de AF del American College of Sport Medicine (ACSM) para sobrevivientes de cáncer (Schmitz et al., 2010, 2021). La última actualización, Rock et al. (2022) recomienda un total de **300 minutos por semana de AF moderada o 150 minutos de AF vigorosa**, **así como una combinación equivalente,** haciendo un mínimo de 10 minutos seguidos. Además, de dicho trabajo de resistencia aeróbica, se recomienda el **trabajo de fuerza al menos dos veces** por semana con la participación de los principales grupos musculares. En este sentido, es importante aclarar los conceptos "actividad física" vs "ejercicio físico". Mientras que el primero hace referencia a cualquier movimiento corporal que conlleve un gasto energético y por tanto calórico, el segundo hace referencia a la actividad física planificada y estructurada con el objetivo de mejorar la salud (Caspersen et al. 1985). A sabiendas de las diferencias terminológicas, en este documento se tratarán de forma indiferente ambos conceptos.

2. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

Además, se recomiendan determinadas **consideraciones prácticas** para una práctica de AF segura en pacientes con estoma (Campbell et al 2020).

- Vaciar la bolsa antes del entrenamiento
- El entrenamiento de fuerza debe ser progresivo
- Se debe incidir en la correcta ejecución de los ejercicios, evitando la maniobra de Valsalva
- Se debe evitar la presión abdominal positiva
- Una adecuada hidratación, sobre todo en pacientes con ileostomía
- Se pueden usar protectores o "garment supports" (prendas de apoyo) para mejorar el confort de los pacientes, sobre todo en pacientes que practiquen deporte de impacto

3. OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA DE AF

Los pacientes con estoma realizan menos AF y además tienen una peor condición física. Los **objetivos** de la práctica de AF en esta población son:

- Aumentar los niveles de actividad física
- Mantener el peso corporal
- Fortalecer la pared abdominal
- Reducir complicaciones tras la cirugía

Para incrementar los niveles de AF es necesario conocer los facilitadores y barreras que promueven o dificultan la práctica de AF en pacientes con estoma. En primer lugar, los pacientes necesitan recibir apoyo del entorno (familiares y personal sanitario), recibir información sobre los beneficios del ejercicio físico y las instrucciones necesarias para practicarlo, así como disponer de programas educativos para mejorar el conocimiento y hábitos saludables. Sin embargo, estos pacientes perciben numerosas barreras para hacer AF, ocupando el primer lugar el miedo a desarrollar una **hernia paraestomal** (Russell, 2017).

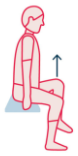
4. INTERVENCIONES DE AF BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Existe **evidencia científica** limitada en intervenciones de AF para los pacientes con estoma. Sin embargo, la evidencia indica que un plan de entrenamiento abdominal post cirugía puede prevenir el riesgo de hernia paraestomal en pacientes (Thomson & Trainor, 2005). Además, si el entrenamiento se prolonga en el tiempo se incrementan esas reducciones significativamente (Thompson & Trainor, 2007). Posteriormente, (North, 2014) se encontró que, si el entrenamiento se iniciaba antes de los 3 meses post ostomía, la probabilidad de hernias paraestomales reducía más significativamente, y mejoraba la calidad de vida.

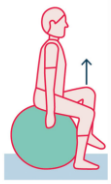
Pero ¿qué ejercicios son los más adecuados para fortalecer la pared abdominal y reducir estas complicaciones postcirugía? Hasta la fecha existe solo un estudio que indicó el tipo de ejercicios abdominales para producir activación muscular, asegurar el confort y evitar el dolor o malestar y que fueran adaptados en dificultad a cada paciente según el tiempo transcurrido tras la cirugía.

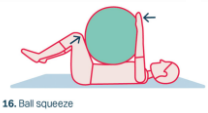
Estos autores dividieron los ejercicios en tres grupos (Andersen et al., 2022)

Grupo 1: 0 a 2 semanas post cirugía. Objetivo: ACTIVACIÓN MUSCULAR



Grupo 2: 2 a 6 semanas. Objetivo: ACTIVACIÓN MUSCULAR Y COORDINACIÓN





Grupo 3: 6 a 12 semanas. Objetivo: FORTALECIMIENTO Y COORDINACIÓN

El **trabajo abdominal** debe ser diferente en función del tiempo transcurrido tras la cirugía. El trabajo abdominal es seguro en términos de molestia, dolor, comodidad, dificultad y activación muscular. La evidencia científica sugiere no subestimar la capacidad de los pacientes. Solo existe en la actualidad un estudio de intervención (Hubbart et al. 2020). Los participantes recibieron una consulta semanal de AF por teléfono, videoconferencia o presencial durante 12 semanas con un especialista en ejercicio que prescribió actividades físicas y apoyó a los participantes abordando las preocupaciones relacionadas con la estoma y utilizando técnicas de cambio de comportamiento. Se realizó un estudio de viabilidad de la intervención y los parámetros del ensayo en tres sitios del Reino Unido utilizando métodos mixtos. Este estudio de viabilidad demostró que una nueva intervención de ejercicio físico para personas con estoma es segura, factible y aceptable, y tiene resultados positivos.

5. CONCLUSIONES

- La prescripción de ejercicio físico debe incluir el trabajo abdominal para prevenir hernias paraestomales
- Cuanto antes mejor, siempre y cuando esté cicatrizada la herida
- Utilizar ejercicios abdominales de diferente complejidad según el momento post cirugía
- El ejercicio físico puede mejorar la calidad de vida en pacientes con estoma
- Se necesitan más estudios de intervención utilizando teorías motivacionales que mejoren la adherencia y el compromiso de los pacientes
- Los profesionales sanitarios deben apoyar al paciente a hacer ejercicio físico, al igual que sus familiares y entorno
- El ejercicio físico es seguro, viable y factible en pacientes con estoma

6. PROPUESTA PRÁCTICA

A continuación, se expone una propuesta práctica que sirve como ejemplo para comenzar el trabajo abdominal tras una ostomía. Esta tabla no sirve como receta general para todas las personas. Cada individuo debe ser medido y valorado para disponer de su plan de entrenamiento individualizado, con el fin de alcanzar los objetivos de salud definidos por el equipo médico multidisplicinar, especialista en ejercicio y el paciente.

El trabajo abdominal debería comenzar en la semana 0 post cirugía, siempre y cuando el personal médico dé su autorización. Los objetivos son: activación, coordinación y fortalecimiento. Además, debe incluir entrenamiento aeróbico y de fuerza progresivo hasta cumplir con las recomendaciones generales de actividad física. Se debe incidir en la ejecución técnica de los ejercicios y, sobre todo, seguir los principios del entrenamiento: INDIVIDUALIZAR, EVALUAR, PROGRESION, VARIEDAD, TRANSFERENCIA.

Tabla 1. Ejemplo de trabajo abdominal por objetivos tras la ostomía

	SEMANA 0-2	SEMANA 2-6	SEMANA 6-12	EN ADELANTE
TRABAJO ABDOMINAL	• ACTIVACION	• ACTIVACIÓN • COORDINACION	• FORTALECIMIENTO	• FORTALECIMIENTO • FUNCIONALIDAD EJERCICIOS DE FUERZA
EJERCICIO AEROBICO	• ACTIVIDAD FÍSICA LIGERA • EVITAR IMPACTO • ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA • LA SEGURIDAD Y LA FUNCIONALIDAD	• ACTIVIDAD FISICA MODERADA • CUALQUIER ACTIVIDAD AERÓBICA: CAMINAR, ELIPTICA, BICICLETA, DANZA, CLASES DIRIGIDAS, ETC	• ACTIVIDAD FISICA VIGOROSA • PROMOVER INTERVALOS DE MAYOR INTENSIDAD	• ENTRENAMIENTO CONCURRENTE • INTERVALICO • INCLUIR IMPACTO
EJERCICIO FUERZA MUSCULAR	• APRENDIZAJE DE LA TECNICA • RESPIRACIÓN • EJERCICIOS CON EL PROPIO PESO CORPORAL	• EJERCICIOS MÁS ANALÍTICOS HACIA MÁS GLOBALES • CON MÁQUINAS GUIADAS O MANCUERNAS	• EJERCICIOS GLOBALES QUE INVOLUCREN GRANDES GRUPOS MUSCULARES • ↑ COMPLEJIDAD EN LA TÉCNICA	• ENTRENAMIENTO CONCURRENTE • INTERVALICO • BUSCAR ALTA INTENSIDAD

Fuente: Elaboración propia

RevistaSEE
Número 03. Diciembre 2022

Finalmente, en la siguiente tabla se incluyen algunos ejercicios específicos para la activación, coordinación y fortalecimiento de la zona abdomino pélvica, que fueron llevados a cabo en pacientes con estoma en el proyecto de investigación FIT-CANCER. El programa FIT-CANCER fue una intervención basada en ejercicio físico en pacientes de cáncer colorrectal durante el tratamiento adyuvante de quimioterapia. Se llevó a cabo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda en la ciudad de Madrid. Forma parte del proyecto de investigación subvencionado por el Ministerio con referencia 2020/NAC/00055.

Tabla 2. Ejemplo de ejercicios abdominales llevados a cabo en el programa FIT-CANCER

NOMBRE DEL EJERCICIO	DESCRIPCIÓN	PROGRESIÓN	REPRESENTACIÓN GRÁFICA	CONSIDERACIONES
Plancha frontal	El paciente debe mantener la posición del tronco recta, apoyando manos/codos.	Se comienza en superficies verticales, hasta llegar al suelo (pared, mesa/silla/suelo). En suelo primero apoyar rodillas.		La cadera debe mantenerse alta para una correcta activación del abdomen.
Elevaciones brazos-piernas contralateral	En cuadrupedia, se levantan los brazos de forma alterna y después se combina con la elevación de miembros inferiores.	Se empieza en silla y después se baja a suelo. El nivel de dificultad aumenta conforme la superficie está más cercana al suelo. Quitando puntos de apoyo es más difícil, así como alternando miembros superiores e inferiores.		Importante que no exista rotación de la cadera mientras se ejecuta el movimiento
Elevaciones de cadera	Este consiste en elevar la cadera manteniendo el resto del cuerpo sin movimiento. Puede realizarse en silla o desde el suelo.	Desde la silla, apoyando los brazos en los reposabrazos, se realiza un empuje de cadera hasta quedar el tronco en línea recta con las piernas. En el suelo se parte de rodillas flexionadas y se produce una elevación de cadera apretando el glúteo.		Elevar la cadera hasta arriba, apretar el glúteo es muy importante para no sobrecargar la zona lumbar.
Pirámide + plancha	Consiste en adoptar la forma piramidal con brazos y piernas, y volver a posición de plancha.	Puede realizarse en silla/mesa o en el suelo directamente, en función de la capacidad de cada paciente.		Al bajar a plancha mantener la cadera arriba. Incidir en meter la cabeza dentro de los hombros durante la extensión del cuerpo en la pirámide.
Pirámide + movimiento brazos	En vez de volver a plancha, una vez alcanzamos la posición de pirámide, tocar pie contrario a la mano. Alternar.	Igual que en el caso anterior, se puede iniciar desde silla o desde el suelo, en función del nivel de dificultad que se requiera.		No flexionar la cadera, solo es aproximar mano a pie contrario.
Movimientos de fuerza multiarticulares y globales	Se han realizado diferentes ejercicios de fuerza como la sentadilla, remo, peso muerto y aprendizaje de ejercicios de halterofilia como el clean, que requieren de gran trabajo abdominal.	Se han realizado con diferentes pesos, empezando por el peso corporal, con barras sin peso (de aprendizaje de técnica, ej. Escoba). Hasta realizarlo con mancuernas.		Se ha incidido en la respiración y aprendizaje de la técnica.

Fuente: elaboración propia. Imágenes del buscador Google

REFERENCIAS

1. Andersen, R. M., Thomsen, T., Danielsen, A. K., Gögenur, I., Alkjær, T., Nordentoft, T., Possfelt-Møller, E., & Vinther, A. (2022). Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: a descriptive study. *Disability and Rehabilitation*, *44*(5), 710–719. https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1771620
2. North, J. (2014). Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. *Http://Dx.Doi.Org/10.12968/Bjon.2014.23.Sup5.S14*, *23*(5), S14–S18. https://doi.org/10.12968/BJON.2014.23.SUP5.S14
3. Rock, C. L., Doyle, C., Demark-Wahnefried, W., Meyerhardt, J., Courneya, K. S., Schwartz, A. L., Bandera, E. v., Hamilton, K. K., Grant, B., McCullough, M., Byers, T., & Gansler, T. (2012). Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *62*(4), 242–274. https://doi.org/10.3322/caac.21142
4. Rock, C. L., Thomson, C. A., Sullivan, K. R., Howe, C. L., Kushi, L. H., Caan, B. J., Neuhouser, M. L., Bandera, E. v., Wang, Y., Robien, K., Basen-Engquist, K. M., Brown, J. C., Courneya, K. S., Crane, T. E., Garcia, D. O., Grant, B. L., Hamilton, K. K., Hartman, S. J., Kenfield, S. A., … McCullough, M. L. (2022). American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *72*(3), 230–262. https://doi.org/10.3322/caac.21719
5. Russell, S. (2017). Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, *26*(5), S20–S26. https://doi.org/10.12968/BJON.2017.26.5.S20
6. Schmitz, K. H., Courneya, K. S., Matthews, C., Demark-Wahnefried, W., Galvão, D. A., Pinto, B. M., Irwin, M. L., Wolin, K. Y., Segal, R. J., Lucia, A., Schneider, C. M., Gruenigen, V. E. von, & Schwartz, A. L. (2010). American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *42*(7), 1409–1426. https://doi.org/10.1249/MSS.0B013E3181E0C112
7. Schmitz, K. H., Stout, N. L., Maitin-Shepard, M., Campbell, A., Schwartz, A. L., Grimmett, C., Meyerhardt, J. A., & Sokolof, J. M. (2021). Moving through cancer: Setting the agenda to make exercise standard in oncology practice. *Cancer*, *127*(3), 476–484. https://doi.org/10.1002/cncr.33245
8. Thompson, M. J., & Trainor, B. (2007). Prevention of parastomal hernia: A comparison of results 3 years on. *Gastrointestinal Nursing*, *5*(3). https://doi.org/10.12968/GASN.2007.5.3.23472

RevistaSEE
Número 03. Diciembre 2022

Implementación de la Vía Clínica RICA en cirugía colorrectal y repercusión en el paciente ostomizado

Martín Fernández Milagros, enfermera experta estomaterapeuta. Consulta de Ostomías. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
miladez@gmail.com
Petra Díaz Alvarado, Supervisora Cirugía General y Digestivo. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
petra.diaz@salud.madrid.org

RESUMEN:

La vía clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA) tiene ventajas para el paciente y para el sistema. La recuperación precoz y disminución de complicaciones postoperatorias, llevan a disminuir la estancia hospitalaria y a menor gasto sanitario.

El papel de las enfermeras es fundamental, ya que sin su intervención no se pueden realizar las actividades descritas en la Vía Clínica RICA.

OBJETIVO

Valorar la implementación de la Vía Clínica RICA en cirugía colorrectal, y su relación con los cuidados de enfermería y el paciente ostomizado, e identificar áreas de mejora.

METODOLOGÍA

Estudio de Cohorte retrospectiva. Pacientes intervenidos de cirugía colorrectal incluidos en la Vía Clínica RICA, desde 24 de Abril de 2017 hasta 31 de Marzo de 2019, esté o no prevista una ostomía en el preoperatorio. Análisis de datos: análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se utilizó media y desviación estándar (DE) si tenían una distribución normal y mediana y Rango Intercuartílico [RIC] si no la tenían.

RESULTADOS

Se incluyeron 225 pacientes. La edad media fue de 66 años. 67% hombres. Diagnóstico oncológico 95%. El 94% tuvo visita preoperatoria de enfermería y se realizó marcaje del estoma previo a la cirugía en el 99,5% de las ostomías. La cirugía fue por laparoscopia, en 94%.

La mediana de estancia fue de 5 días [4-7]. El 75% estuvo ingresado menos de una semana. No hubo diferencia de días de ingreso entre los pacientes con ostomía y sin ella.

Tomaron líquidos a las 6 horas de la cirugía el 69% de los pacientes, pero solo se levantaron el mismo día de la cirugía el 10%.

En los pacientes ostomizados se inició la educación sobre todo, entre el segundo y tercer día postoperatorio.

CONCLUSIONES

La Vía Clínica RICA supone una estancia hospitalaria corta con repercusión en el paciente ostomizado.

Es fundamental la visita preoperatoria con la estomaterapeuta y la coordinación entre esta y la enfermera de hospitalización en el postoperatorio.

ABSTRACT:

The clinical pathway of Enhanced Recovery in Abdominal Surgery (RICA) has advantages for the patient and for the system. Early recovery and a decrease in postoperative complications lead to a shorter hospital stay and lower healthcare costs.

The role of nurses is fundamental, since without their intervention the activities described in the RICA Clinical Pathway cannot be carried out.

OBJECTIVE

To assess the implementation of the RICA Clinical Pathway in colorectal surgery, and its relationship with nursing care and the ostomy patient, and to identify improvement possibilities.

METHODOLOGY

Retrospective Cohort Study. Patients undergoing colorectal surgery included in the RICA Clinical Pathway, from April 24, 2017 to March 31, 2019, whether or not an ostomy is planned in the preoperative period. Data analysis: descriptive analysis with frequencies and percentages for qualitative variables. For quantitative variables, mean and standard deviation (SD) were used if they had a normal distribution and median and Interquartile Range [IQR] if they did not.

RESULTS

225 patients were included. Mean age was 66 years. 67% were men. Oncological diagnosis 95%. 94% had a preoperative nursing visit and the stoma was marked prior to surgery in 99.5% of the ostomies. Surgery was laparoscopic, in 94%.

The median length of stay was 5 days [4-7]. 75% were hospitalized for less than a week. There was no difference in days of admission between patients with and without ostomy.

69% of patients drank fluids 6 hours after surgery, but only 10% got up the same day of surgery.

RevistaSEE
Número 03. Diciembre 2022

In ostomized patients, education was initiated, above all, between the second and third postoperative days.

CONCLUSIONS

The RICA Clinical Pathway means a short hospital stay with repercussions on the ostomy patient.

The preoperative visit with the stomatherapist and the coordination between her and the hospitalization nurse in the postoperative period are essential.

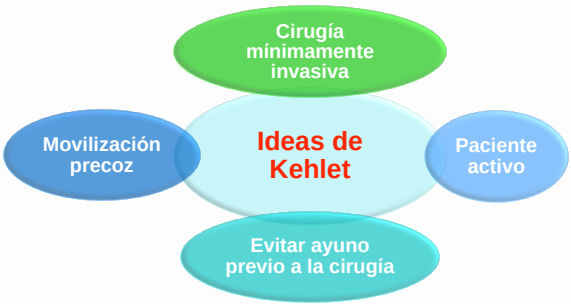
INTRODUCCIÓN

La cirugía colorrectal convencional se caracterizaba por un importante ayuno perioperatorio, deshidratación provocada por la preparación mecánica del colon, colocación de sondas y drenajes de forma rutinaria, tratamiento prolongado con sueroterapia y manejo del dolor con opiáceos. Estas acciones enlentecían el inicio del peristaltismo intestinal, dificultaban la movilidad del paciente y retrasaban el alta hospitalaria[1].

En la década de los 90, Kehlet y cols[2] propusieron una serie de medidas para mejorar la recuperación tras cirugía colorrectal. Estas medidas estaban dentro de un programa de rehabilitación multimodal o recuperación rápida (Fast track): cirugía mínimamente invasiva, evitar ayuno previo a la cirugía, paciente activo y movilización precoz.[3,4.] Dentro de estos programas están los protocolos Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) [5] y la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA) [6].

Las medidas fueron publicadas tras buenos resultados, fundamentados en la evidencia científica de estudios aleatorizados y de metaanálisis[7,8,9]. Los pacientes de estos estudios tenían una recuperación de la función intestinal más rápida con disminución de las complicaciones y con una menor estancia hospitalaria, lo que supone una disminución del gasto sanitario [10,11,13, 14,15,16].

PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL



En España se publicó la "Vía Clínica de Recuperación intensificada en Cirugía Abdominal (RICA)" en 2015. Su finalidad era "facilitar a los profesionales unas pautas para mejorar la rehabilitación y recuperación postoperatorias en casos de Cirugía Mayor Abdominal, manteniendo la seguridad del paciente y optimizando la utilización de los recursos"[6].

La rehabilitación multimodal empieza en el momento del diagnóstico, valorando las necesidades individuales de cada paciente para prevenir complicaciones y mejorar su tratamiento antes, durante y después de la cirugía[6, 17].

El éxito de estos programas requiere un equipo multidisciplinar formado por enfermería y especialistas en cirugía, anestesia y nutrición, entre otros. La actuación de la enfermera es esencial en la estrategia, desarrollo, implementación y evaluación de los programas de rehabilitación multimodal, por su papel activo en todas las etapas del proceso[11,18].

Todos los profesionales deben conocer su función y la de los demás, de igual modo que el paciente tiene que saber la importancia de su participación activa en el programa ya que es fundamental su implicación y adherencia a las recomendaciones[11,12]. Se ha demostrado que cada una de las actividades del programa tiene importancia de forma individual, pero que cuantas más se realicen mejor será la recuperación del paciente [1,11].

En 2015 se implementó la Vía Clínica en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Los criterios de inclusión en la Vía Clínica RICA[6] son:

- mayores de 18 años con indicación de intervención de cirugía mayor
- cualquier ASA (riesgo anestésico)
- aceptación del procedimiento
- Los criterios de exclusión son:
- menores de 18 años
- cirugía urgente
- deterioro cognitivo severo que imposibilita la colaboración del paciente.

Las actividades de la Vía Clínica RICA se inician en el preoperatorio. En la consulta se facilita al paciente información tanto verbal como escrita.

En este periodo el paciente debe realizar de forma autónoma las siguientes actividades:

- dejar de fumar y evitar el consumo de alcohol, al menos un mes previo a la intervención quirúrgica
- iniciar ejercicios respiratorios con inspirómetro
- realizar ejercicio físico
- dieta rica en proteínas. En algunos centros recomiendan suplementos nutricionales

RevistaSEE
Número 03. Diciembre 2022

En nuestro centro además de la educación, se realiza una valoración preoperatoria de la fragilidad del paciente, para identificar los pacientes con mayor riesgo perioperatorio y según el protocolo se derivan a Geriatría. También se realiza un cribado nutricional para detectar problemas de malnutrición y según protocolo se derivan al servicio de Nutrición.

El ayuno previo a la cirugía es de 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos. El paciente toma una bebida rica en hidratos de carbono 2 horas antes de la cirugía.

El ingreso se realiza la misma mañana de la intervención y se van realizando las actividades correspondientes en cada momento del proceso. La enfermera de hospitalización comprueba el cumplimiento de la profilaxis tromboembólica, horas de ayuno e ingesta de carbohidratos y realiza la colocación de medias compresivas en pacientes oncológicos.

En el postoperatorio es importante que el paciente no tenga dolor, en nuestro centro se utiliza la escala de valoración EVA.

Las características de la vía Rica en este periodo son la alimentación precoz: normalmente se inicia con agua a las 6 horas de la intervención, y la movilización precoz: levantando al paciente al sillón la misma tarde de la intervención.

Para la implementación de la Vía Clínica RICA en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, se utilizó para la visita preoperatoria la enfermera estomaterapeuta de la consulta de ostomías. Después de su implementación realizamos un trabajo de investigación para conocer resultados y su relación con los cuidados de enfermería y el paciente ostomizado.

Tras el estudio detectamos áreas de mejora y planificamos medidas correctoras.

OBJETIVO

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

MATERIAL Y METODO

Diseño: estudio de Cohorte retrospectiva. Ámbito de estudio: sección de cirugía colorrectal del Servicio de Cirugía General y Digestivo del HGUGM.

Población de estudio: todos los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal incluidos en la Vía Clínica RICA, tengan o no ostomía tras la cirugía. El periodo de este estudio fue desde 1 Abril de 2017 hasta 31 de Marzo de 2019.

El equipo investigador revisó la Historia Electrónica de los pacientes para recoger las variables del estudio.

Análisis de datos: análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar para una distribución normal y mediana y Rango Intercuartílico si no la tenían. Para el análisis bivariante se utilizaron los test de Chi cuadrado y t de Student en función de la naturaleza de las variables.

¿QUÉ HEMOS HECHO?
Correlación con objetivos y metodología.

RESULTADOS

Incluimos 225 pacientes. El 94% tuvo visita preoperatoria de enfermería donde se le dieron las recomendaciones, verbales y escritas, y se les enseñó el uso del inspirómetro. La mayoría de los pacientes tuvo poca dificultad para utilizarlo.

La edad media fue de 66 años, el 67% fueron hombres y en el 95 % el diagnóstico fue oncológico. Al ingreso se colocaron medias de compresión al 100% de los pacientes.

La cirugía fue por laparoscopia en el 94% de los pacientes lo que facilitó la recuperación.

La mediana de estancia fue de 5 días [4-7]. El 75 % estuvo ingresado menos de una semana y casi el 50 % estuvo 4 días (gráfico 1).

No hubo diferencia de días de ingreso entre los pacientes con ostomía y sin ella. Para conseguir esto es fundamental la visita preoperatoria con la enfermera estomaterapeuta, para facilitar información, realizar marcaje del estoma e iniciar la educación del paciente ostomizado antes de la cirugía.

Gráfico 1.

Estancia: mediana 5 [4-7]

No hay diferencia en los días de estancia en pacientes con ostomía y sin ella

RevistaSEE
Número 03. Diciembre 2022

El 73 % de los pacientes no tuvieron complicaciones. De los que tuvieron complicaciones la más frecuente fue el íleo postoperatorio.

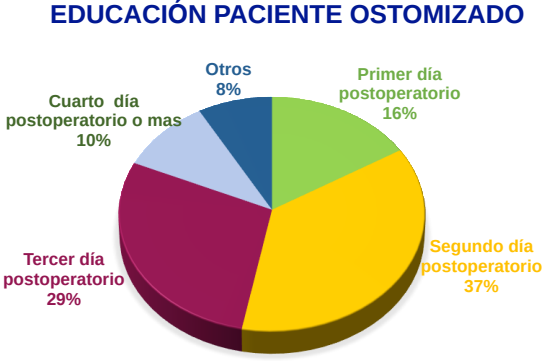
Sobre las características de la Vía Clínica RICA de ingesta y movilización precoz tomaron líquidos a las 6 horas de la cirugía el 69 % de los pacientes (gráfico 2), pero solo se levantaron el mismo día de la cirugía el 10 % (gráfico 3), aunque la mayoría de los pacientes volvieron a la unidad de hospitalización la misma tarde de la cirugía.

Gráficos 2 y 3.

Respecto al tipo de estomas, el 84 % de los estomas realizados en este período fueron ileostomías y se realizó marcaje del estoma previo a la cirugía en el 99,5 % de los pacientes ostomizados, ya que existe un gran compromiso por parte de los cirujanos.

En los pacientes ostomizados se inició la educación sobre todo, entre el segundo y tercer día postoperatorio (gráfico 4).

Gráfico 4.



Después del estudio valoramos los resultados, e identificamos como áreas de mejora la movilización precoz del paciente y la educación del paciente con ostomía, ya que tenemos estancias de 4-5 días.

Tras la detección de áreas de mejora decidimos poner en marcha las siguientes medidas:

- tuvimos sesiones informativas con todo el personal de la Unidad, sobre el estudio que habíamos realizado y los resultados obtenidos
- realizamos formación sobre la Vía Clínica RICA al personal de nueva incorporación
- realizamos sesiones con el personal del turno de tarde para implicarles en la movilización precoz, puesto que la mayoría de los pacientes llegaba a la unidad de hospitalización la misma tarde de la cirugía. Se acordó levantar al paciente al sillón si llegaba antes de las 20 horas y no había contraindicación, y registrar en la historia clínica del pacientes la hora de llegada y la movilización.

Para mejorar la educación al paciente ostomizado:

- nos reunimos con los cirujanos para asegurar que todos los pacientes con posibilidad de ostomía, se derivan a la consulta preoperatoria con la enfermera estomaterapeuta
- realizamos sesiones de formación sobre ostomías impartidas por la enfermera estomaterapeuta
- acordamos con el turno de mañana y tarde iniciar la educación el primer día postoperatorio, si es posible, y ese mismo día realizar una Interconsulta a la enfermera estomaterapeuta
- acordamos también registrar la educación y grado de dificultad, en la Historia Clínica del paciente, para asegurar la continuidad.

Lo que queremos conseguir es que el paciente ostomizado consiga el manejo del estoma lo antes posible, comprobando antes del alta que es capaz de realizar los cuidados del estoma y cambio de dispositivo.

Existe un compromiso por parte de la enfermera estomaterapeuta y de la enfermera de hospitalización, para asegurar la educación del paciente ostomizado con pocos días de estancia tras la cirugía.

CONCLUSIONES

La Vía Clínica RICA supone una estancia hospitalaria corta con repercusión en el paciente ostomizado.

Es fundamental la visita preoperatoria con la estomaterapeuta y la coordinación entre esta y la enfermera de hospitalización en el postoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas A, Vázquez J M, Celda C. Programa de rehabilitación multimodal "Fast Track" para enfermería de anestesia en cirugía de colon. Enferm Anest. 2009; 17:22-27.
2. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-Based Surgical Care and the Evolution of Fast-Track Surgery. Annals of Surgery. 2008 August; 248 (2):189-198. PubMed PMID: 18650627.
3. Collazo F, García M, Sanz R, Sanz G, Ortega M, Zuloaga J, 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.
4. GERM (Grupo Español Rehabilitación Multimodal) [Internet]. 2008 [citado 20-sept-2022]. Disponible en: http://www.grupogerm.es/
5. Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, Demartines N, Roulin D, Francis N, et al. Enhanced Recovery After Surgery Society. Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Clin Nutr. 2012 Dec; 31(6):783-800. PubMed PMID: 23099039.
6. Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 [citado 20-sept-2022]; [aprox. 127 p.]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf
7. García-Botello S, Cánovas R, Tornero C, Escamilla B, Espí-Macías A, Esclapez-Valero P, Flor-Lorente B, García-Granero E. Implantación de un protocolo de rehabilitación multimodal perioperatoria en cirugía colorrectal electiva. Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado. Cir Esp. 2011; 89(3):159-66.
8. Alcántara M, Serra X, Gil MJ, Frasson M, Flor B, Garcia E; E.B.S.Q.-C on behalf of the collaborative Group of Coloproctology Section of The Spanish Association of Surgeons. Observational cross-sectional study of compliance with the fast track protocol in elective surgery for colon cancer in Spain. Int J Colorectal Dis. 2014 Apr; 29(4):477-83. PubMed PMID: 24435243.
9. Grant MC, Yang D, Wu CL, Makary MA, Wick EC. Impact of Enhanced Recovery After Surgery and Fast Track Surgery Pathways on Healthcare-associated Infections: Results From a Systematic Review and Meta-analysis. Ann Surg. 2017 Jan; 265(1):68-79. PubMed PMID: 28009729.
10. Pędziwiatr M, Pisarska M, Kisielewski M, Matłok M, Major P, Wierdak M, Budzyński A, Ljungqvist O. Is ERAS in laparoscopic surgery for colorectal cancer changing risk factors for delayed recovery? Med Oncol. 2016 Mar; 33(3):25. PubMed PMID: 26873739.
11. Ramírez JM, coordinador. Targarona EM, Roig JV, Jover JM, Martín E, Moreno P, Navarro S, Ruiz de Adana JC, Salvador JL, Enríquez JM. Editores. Rehabilitación multimodal. Monografías de la AEC. 2015. ARÁN EDICIONES, S.L. Madrid.
12. Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015 [citado 20-sept-2022]; [aprox. 127 p.]. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 Guías de Práctica Clínica en el SNS.
14. Zhao JH, Sun JX, Huang XZ, Gao P, Chen XW, Song YX, Liu J, Cai CZ, Xu HM, WangZN. Meta-analysis of the laparoscopic versus open colorectal surgery within fast track surgery. Int J Colorectal Dis. 2016 Mar; 31(3):613-22. PubMed PMID: 26732262.
15. Cavada M, Sanz M, Larrauri S, Zorilla C, García de Luis G, Larrea A. Actuación enfermera en la cirugía fast-track. Metas Enferm. 2015; 18(5):50-53.
16. Salvans S, Gil-Egea MJ, Pera M, Lorente L, Cots F, Pascual M, Alonso S, Courtier R, Grande L. Impacto de un programa de rehabilitación multimodal en cirugía electiva colorrectal sobre los costes hospitalarios. Cir Esp. 2013; 91(10):638-44.
17. Matute M, Montero A. Avances farmacológicos en el manejo multimodal de la analgesia perioperatoria. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2017. 64, (8):467-471.
18. Bagés C, Lleixà M, Español C, Imbernón G, Munté N, Vázquez D. Efectividad de la visita pre quirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enferm. glob. [Internet]. 2015 Jul;14(39): 29-40. [citado 20-sept-2022]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300002&lng=es

RevistaSEE
Número 03. Diciembre 2022

Sistematización en los cuidados del paciente ostomizado con pronóstico de cierre precoz del estoma. Caso Clínico

Systematization in the care of the ostomized patient with prognosis of early closure of the stoma. Clinical case

Virginia García Moreno. Enfermera experta en Estomaterapia. Hospital Universitario de la Princesa (Madrid).
vgarciamoreno@salud.madrid.org

RESUMEN:

La ileostomía de protección genera un impacto en la vida del paciente que puede ser diferente al de las ostomías definitivas relacionado con la temporalidad de estas.

Objetivo: elaborar un plan de cuidados para una paciente con una ileostomía de protección centrado en la implicación precoz en el autocuidado del estoma.

Metodología: valoración mediante Patrones Funcionales de Marjory Gordon, elaboración del plan de cuidados mediante taxonomías NANDA, NIC y consecución de objetivos mediante taxonomía NOC.

Resultados: se elaboró un plan de cuidados enfocado en aquellos patrones considerados disfuncionales tras la valoración (patrones 2,3,4,7) y se consensuaron etiquetas diagnósticas, intervenciones de enfermería y objetivos que conformaron la agenda de cuidados durante el proceso de hospitalización. Se elaboraron recomendaciones de enfermería en el informe de alta basadas en la evidencia.

Conclusiones: conocer la condición de estoma temporal puede motivar a los pacientes a implicarse de forma precoz en su autocuidado; el papel de la enfermera estomaterapeuta durante todo el periodo preoperatorio favorece la implicación del paciente en su autocuidado y mejora su calidad de vida.

Palabras clave

Ileostomía de protección, calidad de vida, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Protective ileostomy generates an impact on the patient's life that may be different from that of the definitive ostomies related to their temporality.

Objective: to develop a care plan for a patient with a protective ileostomy focused on early involvement in self-care of the stoma.

Methodology: assessment using Marjory Gordon's Functional Health Patterns, preparation of the care plan using NANDA and NIC taxonomies and achievement of objectives using NOC taxonomy.

Results: A care plan was prepared focused on those patterns considered dysfunctional after the assessment (patterns 2,3,4,7) and agreed on diagnostic labels, nursing interventions and objectives during the hospitalization process. Nursing recommendations were prepared in the evidence-based discharge report. Conclusions: knowing the temporary stoma condition can motivate patients to get involved early in their self-care; The role of the stoma therapist nurse throughout the preoperative period favors the patient's involvement in their self-care and improves their quality of life.

Key words

Protective ileostomy, quality of life, nursing care.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es muy habitual la realización de ileostomías de protección o ileostomías temporales en cirugías de resección anterior de recto para la prevención de fugas anastomóticas (1). Posteriormente, se realiza la reconstrucción del tránsito intestinal en un segundo acto quirúrgico entre las 6 y 24 semanas, con una tendencia cada vez mayor a realizar el "cierre precoz" del estoma en los primeros 10 días del postoperatorio (2). Son muchos los estudios que demuestran que se reducen los costes cuando se realiza la segunda intervención de forma precoz al evitarse las complicaciones precoces y tardías asociadas a una ostomía (dermatitis, hernia, deshidratación si la ileostomía es de alto débito, granulomas, estenosis, etc) (3).

El tiempo de espera para el cierre del estoma ocasiona en el paciente sentimientos de inseguridad e incertidumbre (4). El papel de la estomaterapeuta durante este periodo es fundamental para el abordaje del autocuidado de su ostomía durante el tiempo de espera, los sentimientos que puedan surgir como miedo, rechazo, negación así como la prevención de complicaciones y el cuidado de estas si aparecen.

El proceso de atención de enfermería (PAE) consta de cinco fases de desarrollo (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Para desarrollar el plan de cuidados se emplean las taxonomías NANDA- NOC- NIC. La clasificación NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association) (5) para emitir el juicio diagnóstico que deriva de la funcionalidad o disfuncionalidad de cada patrón; la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) (6) para la identificación de resultados y la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification) (7) para la planificación de intervenciones para la ejecución del plan de cuidados (8).

OBJETIVOS

- Objetivo general: elaborar un plan de cuidados para pacientes con ileostomía de protección.
- Objetivo específico: considerar el impacto que tiene en el paciente conocer que será sometido a un cierre precoz de la ostomía en la elaboración del plan de cuidados.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo de un caso clínico donde se desarrolla una valoración enfermera en base a la evolución del problema de salud del paciente al que se le realiza una ileostomía de protección así como un plan de cuidados.

Se llevó a cabo la valoración del estado actual de la paciente mediante los 11 Patrones Funcionales (PF) de Marjory Gordon. Este modelo permite una valoración holística al tener en cuenta la dimensión física, psicológica y social así como entorno y familia mediante la exploración de 11 áreas de influencia sobre la salud.

Presentación del caso

AG es una paciente de 56 años diagnosticada hace tres meses de cáncer colorrectal. Llevaba un año aproximadamente con episodios de incontinencia y "escapes" de heces y flatulencias cada vez más habituales. Lleva un mes usando prendas de ropa interior absorbentes para las pérdidas en el trabajo, en la calle, etc.

Sus antecedentes personales son: fractura de peroné, polimialgia reumática, cáncer colorrectal e histerectomía tras la menopausia. Cumple de forma correcta con el tratamiento de corticoides (prednisona 2.5 mg), ideos e hidroferol. Es totalmente independiente para las actividades de la vida diaria, es trabajadora en activo y tiene sus funciones cognitivas conservadas.

PLAN DE CUIDADOS

La valoración por PF de la paciente AG y las sucesivas valoraciones durante el proceso de hospitalización determinó la **funcionalidad** o **disfuncionalidad** de los mismos permitiendo elaborar el plan de cuidados basado en las necesidades de AG .A continuación se exponen los PF considerados **disfuncionales** en la valoración de la paciente a su llegada a planta de hospitalización tras la cirugía. La consideración de disfuncional en este caso clínico hace se relaciona con factores asociados a la ostomía que se ha considerado el foco de atención para la elaboración del plan de cuidados.

Patrón 2. Nutricional- metabólico.

AG ha iniciado tolerancia oral con líquidos claros (agua, manzanilla y caldos) y el débito de la ileostomía es totalmente líquido con 500 ml en las primeras 24 h; debido a la perdida de nutrientes ante una situación de recuperación posquirúrgica con requerimientos nutricionales incrementados y ser portadora de una ostomía con efluente todavía líquido, con un debito aumentado a lo habitual.

➢00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p.ej. cirugía, medicamentos, administración de hemoderivados deficientes en plaquetas, quimioterapia)

• NIC 120 Etapas en la dieta: 1. Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápidamente posible sin que se produzcan complicaciones; 2. hacer avanzar la dieta desde la dieta líquida absoluta, dieta líquida espesa, dieta blanda, a dieta normal o especial, según la tolerancia, para adultos y niños. 3. Observar la tolerancia a la progresión de la dieta y pautar seis comidas pequeñas, en lugar de tres, según corresponda.

• NIC 4120 Manejo de líquidos: 1. Administrar líquidos, según corresponda. 2. Distribuir la ingesta de líquidos en 24horas, según corresponda. 3. Vigilar el estado de hidratación [mucosas húmedas, pulso adecuado y presión arterial ortostática], según sea el caso.

Patrón 3. Eliminación

La eliminación intestinal la realiza a través del estoma (ileostomía de protección) localizado en el cuadrante inferior derecho; ya ha empezado la eliminación de heces a través del estoma, de aspecto bilioso en el momento y de consistencia líquida. Refiere sensación de querer defecar a través del ano, por el que expulsa restos de heces y mucosidad.

RevistaSEE
Número 03. Diciembre 2022

• *00014 Incontinencia fecal m/p incapacidad para reconocer la urgencia de defecar r/c lesiones colorrectales*

• NIC 3590 Vigilancia de la piel: 1. Documentar los cambios en la piel y las mucosas. 2 Instaurar medidas para evitar mayor deterioro3. Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.

• NIC 0460 Manejo de la diarrea: 1. Enseñar al paciente a eliminar los alimentos flatulentos o picantes de la dieta. 2. Enseñar al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos. 3. Fomentar la realización de comidas en pequeñas cantidades, frecuentes, y añadir fibra de forma gradual. Medir la producción de diarrea/defecación

Patrón 4. Actividad- ejercicio.

AG desde el primer momento que llega a la planta, muestra su interés e implicación en comenzar con el manejo y la educación sanitaria para el cuidado de su ostomía.

➢*00182 Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresa deseos de aumentar el autocuidado.*

• NIC 0480 Cuidados de la ostomía:

1. Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario. 2. Animar al paciente/allegado a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal. 3. Ayudar al paciente a practicar los autocuidados. 4. Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, según corresponda. 5. Comentar sus preocupaciones acerca del funcionamiento sexual, según corresponda. 6. Evaluar los cuidados de la ostomía por parte del paciente.7. Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria. 8. Expresar confianza respecto a que el paciente puede continuar haciendo vida normal con la ostomía.9. Fomentar la participación en grupos de apoyo para pacientes con ostomía después del alta hospitalaria. 9. Instruir al paciente acerca de los mecanismos para disminuir el olor. 10. Instruir al paciente cómo monitorizar la presencia de posibles complicaciones [lesión mecánica, lesión química, exantema, fugas, deshidratación, infección]. 11. Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía. 12. Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.13. Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como obstrucción intestinal, íleo paralítico, fístula de la anastomosis o separación mucocutánea.

• NIC 4420 Acuerdo con el paciente:

1.Ayudar al paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos.

Patrón 7. Autopercepción- autoconcepto.

AG refiere sentir "cierta incomodidad" al pensar que ahora las deposiciones "salen por el abdomen". Refiere una sensación extraña en la zona anal y le preocupa que pueda seguir teniendo escapes. Con frecuencia expresa que "tiene que implicarse cuanto antes porque es su cuerpo" y se siente motivada ante la posibilidad de un cierre precoz del estoma.

➢*00118 Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía y tratamiento real de la enfermedad m/p cambio real en la estructura.*

• NIC 4920 Escucha activa:

1. Mostrar interés por el paciente

• NIC 5220 Mejora de la imagen corporal:

1. Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda. 2. Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. 3. Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles.

• NIC 5210 Orientación anticipatoria:

1. Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar. 2. Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar el éxito o las necesidades de refuerzo.

• NIC 5400 Potenciación de la autoestima:

1. Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivo.

EVALUACIÓN. RECOMENDACIONES AL ALTA

En el informe de alta de Enfermería (9) para la continuidad de cuidados de la paciente con la enfermera estomaterapeuta se incluyen aquellas etiquetas diagnósticas que se consideran activas al no haberse alcanzado la puntuación diana para el total de los indicadores seleccionados o aquellas que responden a un patrón de promoción de la salud.

A continuación, se detallan aquellas etiquetas diagnósticas NANDA activas para el alta y recomendaciones basadas en la evidencia (10,11,12):

➢***00162*** *Disposición para mejorar la gestión de la salud m/p manifiesta deseos de manejar la enfermedad (p.ej., tratamiento, prevención de las secuelas).*

La paciente verbaliza con frecuencia la importancia de su implicación durante las tres semanas de espera hasta el segundo acto quirúrgico donde se realizará el cierre precoz del estoma. Se realiza la interconsulta a la enfermera estomaterapeuta para el evolutivo de la paciente AG tras el alta. Se establece la primera fecha de cita a la semana desde la fecha de hospitalización. Se entrega documentación sobre recomendaciones dietéticas, sobre actividades deportivas, prendas de vestir, etc. Se facilita el teléfono de asistencia de la consulta de Enfermería estomaterapeuta así como su dirección de correo electrónico.

➢ ***00014*** *Incontinencia fecal m/p incapacidad para reconocer la urgencia de defecar r/c lesiones colorrectales*.

AG ha comprendido la ausencia de control sobre la expulsión de heces a través de la ostomía, así como de gases. Ha adquirido el hábito de mirar o palpar con frecuencia el dispositivo de la ostomía a través de la ropa para percibir si se encuentra llena y es necesario vaciarla o cambiarla. Se le entregan y explican las recomendaciones dietéticas que favorecen la disminución del débito de la ostomía o favorecen el cambio en su consistencia. Se le instruye en la importancia de vigilar la piel periestomal, prevenir las fugas y las complicaciones cutáneas asociadas a la incontinencia de heces a través del estoma.

➢ ***00195*** *Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento (p.ej. cirugía, medicamentos, administración de hemoderivados deficientes en plaquetas, quimioterapia).*

Aunque durante la hospitalización el débito de la ileostomía ha sido 500-600 ml diarios, se explica a la paciente el riesgo de deshidratación y la importancia de mantenerse hidratada con 2 litros de agua al día, evitando ingerir líquidos con las comidas y tomarlos una hora antes de las comidas y dos horas después (información incluida en las recomendaciones dietéticas), así como la vigilancia de los cambios en el aspecto y cantidad de las heces. Se explican signos y síntomas relacionados con la deshidratación así como de alteraciones hidroelectrolíticas / mareo, cansancio, fatiga, hormigueo u cosquilleo en extremidades, calambres, palpitaciones, oliguria, etc). Se le indica acudir al servicio de urgencia ante la aparición de estos signos o síntomas.

➢ ***00182*** *Disposición para mejorar el autocuidado m/p expresa deseos de aumentar el autocuidado.*

AG ha mostrado una gran implicación desde el momento inicial en el autocuidado de su estoma. Solicita información acerca de cómo resolver situaciones que puedan surgir en domicilio, en la calle, etc., como fugas de la bolsa o escapes en la calle, necesidad de cambiar prendas de vestir, de adaptar el baño de domicilio, material que necesita obtener, forma de acceder a todos los dispositivos para manejar la ostomía, forma de desechar los residuos, etc. Se entregan recomendaciones estandarizadas sobre la incorporación a la vida diaria, así como se favorece el contacto del grupo de apoyo AOMA (Asociación de Ostomizados de Madrid).

➢ ***00118*** *Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía y tratamiento real de la enfermedad m/p cambio real en la estructura.*

Durante el ingreso la paciente ha verbalizado que en ocasiones le cuesta pensar que “hace deposición por la tripa”, y siente molestias en la zona anal, que le preocupan. Al alta, se explica junto con el equipo de médicos cirujanos el origen de esa sensación y se refuerza la idea del cierre precoz del estoma en el segundo acto quirúrgico. Se recomienda uso de prendas de vestir que disimulen la ostomía y se recuerda a la paciente AG la importancia de expresar todas sus emociones con sus seres queridos, evitando e aislamiento así como el seguimiento y apoyo que recibirá en la consulta de Enfermería de Estomaterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Cada vez es más habitual la realización de ileostomías de protección en los últimos años, con tendencia a realizar el segundo acto quirúrgico en el mismo proceso de hospitalización. Cabe pensar que, de ser así, el impacto que un estoma genera en el paciente es mucho menor así como las complicaciones asociadas a las ostomías, ya sean colostomías o ileostomías. Son escasos los estudios que hablan sobre la implicación del paciente con una ostomía temporal. El sentimiento común es el de incertidumbre durante ese periodo hasta que llega el momento de la reconstrucción del tránsito (9).

Son varios los estudios internacionales que apuntan hacia una mejor calidad de vida mientras se vive con la ostomía al ser esta temporal así como una mayor implicación en el autocuidado de la misma (13,14). J Park et al. no encontraron diferencias significativas en su estudio acerca de la calidad de vida en pacientes tras el cierre precoz (8-13 días) o tardío (tras más de 12 semanas).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez Melero A. Rehabilitación del intestino excluido previa al cierre de la ileostomía de protección [tesis]. Facultad de medicina y enfermería departamento de cirugía y radiología y medicina física. Universidad del País Vasco; 2019.
2. Climent M, Pacual M, Alonso S, Salvans S, Gil MJ, Grande L, Pera M. El estudio radiológico con contraste antes del cierre del estoma derivativo en el cáncer de recto no es necesario de forma rutinaria. Cir Esp. 2019; 97 (3): 145-149.
3. Nelson T, Pranavi AR, Sureshkumar S, Sreenath GS, Kate V. Early versus conventional stoma closure following bowel surgery: A randomized controlled trial. Saudi J Gastroenterol. 2018 Jan-Feb;24(1):52-58.
4. Danielsen AK, Soerensen EE, Burcharth K, Rosenberg J. Impact of a temporary stoma on patients' everyday lives: feelings of uncertainty while waiting for closure of the stoma. J Clin Nurs. 2013 May;22(9-10):1343-52.
5. Rubio Sevilla JC. Papel de Enfermería en el juicio clínico: la valoración y el diagnóstico. Enferm Cardiol. 2014; 21(61): 25-31.
6. Herdman TH, Katmisuru S. Diagnósticos enfermeros: Nanda Internacional. Definiciones y clasificación 2018-2020. 11 edición. Barcelona: Elsevier;2019.
7. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
8. Butcher M, Bulechek G, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019.
9. eCUIDADOS software. Consejo General de Enfermería de España.
10. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 225, de 16 de septiembre de 2010).
11. Registered Nurse´s Association of Ontario. Cuidado y Manejo de la Ostomía. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. 1º ed. Ontario; 2009. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
12. Registered Nurse´s Association of Ontario. Apoyo a Adultos que Viven o Esperan con una ostomía. Guía de Buenas Prácticas Clínicas. 2º ed. Ontario: 2019.
13. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf
14. Nelson T, Pranavi AR, Sureshkumar S, Sreenath GS, Kate V. Early versus conventional stoma closure following bowel surgery: A randomized controlled trial. Saudi J Gastroenterol. 2018 Jan-Feb;24(1):52-58.
15. Park J, Danielsen AK, Angenete E, Bock D, Marinez AC, Haglind E, Jansen JE, Skullman S, Wedin A, Rosenberg J. Quality of life in a randomized trial of early closure of temporary ileostomy after rectal resection for cancer (EASY trial). Br J Surg. 2018 Feb;105(3):244-251.

Hace ya algo más de un año, en concreto, el día 2 de noviembre de 2021, la Federación de Asociaciones de Personas Ostomizadas de España (**FAPOE**) se presentaba oficialmente, tras meses de trabajo, reuniones y burocracia, por fin la Federación "echaba a andar".

Durante años, las diferentes asociaciones de personas ostomizadas de toda España, tenían la gran inquietud y por otro lado necesidad, de romper un "techo" para seguir avanzando en la lucha de los derechos de las personas ostomizadas, necesidad de unificar criterios comunes e ir más allá tras el arduo trabajo realizado con diferentes parlamentos autonómicos, diputaciones provinciales, Ayuntamientos y resto de instituciones públicas a nivel comarcal, provincial o autonómico.

Es por ello que surgió la necesidad de crear una organización en la que se pudiera trabajar de manera coordinada entre las diferentes asociaciones miembros y poder llevar nuestras reivindicaciones a nivel nacional con la idea de que estas pudieran ir cayendo después "en cascada" a los diferentes organismos a nivel autonómico,

provincial y local.

La Federación de Asociaciones de Personas Ostomizadas de España (FAPOE) tiene como principal objetivo que las personas ostomizadas tengan la mejor calidad de vida posible, para ello su plan de acción se puede dividir en cuatro puntos fundamentales.

- **Inclusión del aseo adaptado a personas ostomizadas en el código técnico de la edificación.**

Actualmente una parte muy importante de nuestro colectivo tiene dificultades para acudir a espacios públicos, o limita su estancia en los mismos por carecer de un espacio adecuado en el que poder vaciar o cambiar sus dispositivos de ostomía, ya que ni los aseos "ordinarios" ni los de movilidad reducida sirven para las personas ostomizadas. Es por ello, que desde la **FAPOE** solicitamos, tal como se realizó en su día con la regulación de los aseos para personas con movilidad reducida, se haga en esta ocasión con los de nuestro colectivo. Aludimos en este caso al artículo 14 de nuestra constitución: "Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social." ya que dónde otra persona tiene un aseo, nosotros también lo necesitamos.

- **Financiación de consumibles para el cuidado de la ostomía en el sistema de la Seguridad Social.**

A día de hoy, el sistema de financiación de seguridad social deja fuera de su paquete de productos financiados la gran parte de consumibles para el cuidado de la ostomía. Estos productos pueden ser a modo de ejemplo los sprays/toallitas para eliminar el adhesivo y despegar la "bolsa" con mayor facilidad y sin irritar la piel; sprays/toallitas adhesivas y de barrera cutánea, que facilitan que el dispositivo se adhiera correctamente y que la piel no se irrite; polvos de ostomía para curar enrojecimientos e irritaciones, etc.

El coste de estos productos tienen que ser asumidos por el usuario al 100% siendo el gasto en muchos casos superior a los 500€ anuales, haciendo también que muchos pacientes no los utilicen por no poder permitírselo, lo que repercute negativamente, por ejemplo, en el estado de su piel periestomal.

- **Aplicación y regulación de una tarjeta de estacionamiento**

Las personas ostomizadas carecemos de este derecho al no tener problemas de movilidad, pero necesitamos, en numerosas ocasiones, poder estacionar nuestros vehículos en zonas verdes/azules, de movilidad reducida... para poder acudir al aseo de manera urgente en caso de fugas, reventones o la necesidad de vaciar el dispositivo, y no queremos que al volver del mismo tengamos una multa en nuestro vehículo o este haya sido retirado por la grúa.

Actualmente, se han firmado convenios para poder aparcar, por un tiempo limitado, en zonas de carga y descarga, zona verde/azul o cualquier lugar que no entorpezca la circulación con varios Ayuntamientos. Convenios, fruto del trabajo de varias Asociaciones y de la sensibilidad, apoyo y compromiso de dichos Ayuntamientos.

Se agradecen dichos convenios, pero es necesaria una regulación y normativa a nivel nacional.

- **Aumento del número de profesionales de enfermería estomaterapeutas y de psicología**

La figura de la enfermera especialista en **estomaterapia** es clave, tanto para enseñar al paciente el correcto uso del dispositivo de ostomía como para su seguimiento, dudas y apoyo del proceso.

La Ostomía ocasiona un gran impacto emocional y físico en los pacientes y ésta figura es vital para ellos.

Todavía, hay numerosos hospitales que no cuentan con esta especialista, y aquellos que sí lo tienen, en su gran mayoría carecen de una persona que ocupe el lugar de esta cuando está en su periodo vacacional, asiste a congresos o en reducciones de jornada. Es necesario ampliar el número de profesionales e incluirlos en los centros de atención primaria, primer centro de referencia para muchos pacientes.

Por otro lado, el papel del especialista en psicología es clave en el periodo de adaptación a una situación complicada, que en numerosas ocasiones supone una gran dificultad para el paciente.

Todos estos objetivos han sido defendidos desde la Federación de Asociaciones de Personas Ostomizadas de España (**FAPOE**) en las diferentes reuniones que hemos podido mantener con distintos grupos políticos y sus representantes en Congreso y Senado.

Además de ello, también hemos tenido reuniones y colaboramos con otros organismos como SEDE, cambiadores inclusivos o el Foro Español de Pacientes, con la idea de “seguir sumando” ya que no cabe duda que mediante la unión se pueden conseguir más cosas que a través del individualismo.

Actualmente la junta directiva de la FAPOE está compuesta por la asociación de ostomizados de Castilla - La Mancha con Javier Muñoz como presidente, la asociación ABACCO Baleares con Yolanda Fernández como vicepresidenta, AOMUR Murcia con Rafael Verdú de secretario, AVADO Comunidad Valenciana, representada por María Jesús Fuertes, tesorería y dos vocalías, Silvia Rodríguez de AOCOR Córdoba y Jorge González de AOTEN Tenerife.

Al finalizar el año 2022 la Federación de Asociaciones de Personas Ostomizadas de España (FAPOE) contaba con 22 asociaciones de todas las zonas del país, y con varias más pendientes para incorporarse en el primer trimestre del 2023.

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

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES QUE DESEEN COLABORAR CON REVISTA SEDE

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

Como requisito los artículos deben ser ORIGINALES relacionados con el ámbito de la estomaterapia, heridas e incontinencia.
Se aceptarán para publicación: trabajos y proyectos de investigación (cuantitativos, cualitativos o mixtos), revisiones bibliográficas, recopilación u opinión, proyectos de práctica clínica (casos clínicos), experiencias, entrevistas e incluso relatos; así como proyectos relacionados con TFG; TESIS DOCTORALES, TFM (TRABAJOS FIN DE MÁSTER); comunicaciones de proyectos científicos presentados en jornadas, congresos… El contenido debe ser **100% científico y objetivo**.
Para que el equipo editorial pueda valorar la idoneidad de su propuesta, debe mandar un correo electrónico a redacción revista@estomaterapia.es con la siguiente información en formato WORD:

- INFORMACION SOBRE AUTOR/ES: nombre de autores (máximo 8 autores); Unidad y Centro de trabajo. Correo electrónico de cada uno de los autores. Así como documento justificativo de que los autores consienten la publicación del artículo (se le enviará documento acreditativo al correo) TELEFONO AUTOR PRINCIPAL

- TÍTULO (máximo 20 caracteres) del artículo con su IDEA PRINCIPAL (En ambos idiomas: ESPAÑOL E INGLÉS)

- ARGUMENTO DEL ARTÍCULO (RESUMEN del estudio; de los puntos principales), que describa los objetivos, método, resultados y conclusiones (En ambos idiomas: ESPAÑOL E INGLÉS)

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

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

- La fuente especificada para escribir es **Arial tamaño 11** para el cuerpo, el interlineado que sea el estándar (1,5) con páginas numeradas en parte inferior derecha. Todo el manuscrito con bibliografía incluida no debe de tener más de 3000 palabras. Tablas, gráficos, imágenes y cuadro se contabilizan aparte del texto y se adjuntan en un documento por separado (6 archivos máximo).

- Nombre del autor/autores con apellidos que incluya centro y unidad de trabajo.
- Deben estar escritos en términos claros, científicos que incluyan los siguientes contenidos, respetando un orden:

1) TÍTULO (máximo 20 caracteres) *no incluir abreviaturas.
2) AUTORES (Apellidos, Nombre; afiliación institucional) (MÁXIMO 8 AUTORES)
3) RESUMEN (máximo 250 palabras). Debe describir objetivos, método, resultados y conclusiones.
4) INTRODUCCIÓN (problema de estudio, objetivos o preguntas de estudio, relevancia…). Se deben citar las referencias bibliográficas añadidas.
5) MÉTODO (descripción detallada y objetiva del proceso seguido para llevar a cabo la investigación) (se pueden presentar diagramas de flujo sobre la metodología empleada)

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

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

En el caso que el artículo incluya fotografías, SE DEBEN INCLUIR DENTRO DEL TEXTO: Se deben entregar las fotografías en formato jpg. con una resolución de 1600x1200 en una carpeta aparte (pierden resolución al insertar en Word). Se deben de nombrar las imágenes como IMAGEN 1.jpg; IMAGen2.jpg o similar. Las fotografías deben ser fuente propia, en caso de adjuntar imagen no propia se debe citar la fuente.

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

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

Para su conocimiento el comité editorial y asesor está formado por:
COMITÉ EDITORIAL: Directora y Subdirectora
DIRECTOR/A: Mª Inmaculada Pérez Salazar
SUBDIRECTORES/AS: María del Carmen Vázquez García
EDITOR: SEDE
COMITÉ ASESOR: Gemma Arrontes Caballero, María Jesús Bernarte Sorribas, Marta Pérez García, Noelia Díaz Ferrer, Patricia Ferrero Sereno, Virginia García Moreno, Inés Naranjo Peña

ISSN: 2792-8462

Mail: revista@estomaterapia.es

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

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

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

La ausencia de conformidad expresa de estos requisitos, o la comprobación por parte del Comité Editorial de su no veracidad, podrá ser motivo de rechazo del manuscrito.
La aprobación del manuscrito para su publicación será notificada vía mail al primer autor.
En caso de darse una condición de infracción de los derechos de autor, REVISTA **SEDE se exime de la responsabilidad**, recayendo la misma en el autor de dicho artículo.
Cualquier duda QUE SURGAN POR PARTE DE LOS AUTORES en relación o no a las Normas de Publicación aquí descritas, puedes realizarnos cualquier pregunta al correo revista@estomaterapia.es.

Así mismo, todos los autores abajo firmantes declaran:

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

Nombre del autor Firma

1. ……..
2. ……
3 ……

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

HAZTE SOCIO

SÚMATE A NUESTROS PROYECTOS

www.estomaterapia.es

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EXPERTA EN ESTOMATERAPIA