Número 4

REVISTA SEDE

Incluye Trabajos Premiados
Congreso Estomaterapia
Valencia 2023

ISSN: 2792-8462

Edita: Sociedad Española de Enfermería
Experta en Estomaterapia

Comité Editorial

Presidenta:

Mª Inmaculada Pérez Salazar

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

Subdirectora:

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. Enfermera Estomaterapeuta de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete

Comité Asesor

Mª Jesús Bernarte Sorribas

Diplomada Universitaria en Enfermería en la Universidad Complutense de Madrid. Experto en Ostomias. Universidad Francisco de Vitoria. Master en Coloproctología en la Universidad Francisco de Vitoria. Experto en Urgencias Extrahospitalarias Satse-lain Entralgo. Experto en Pacientes con Heridas Complejas. III Premio de Investigación en Enfermería Geteii-Janssen. Enfermera Consulta de Cirugía-Ostomias y Heridas Crónicas en el H. U. del Henares (Coslada-Madrid). Presidenta de SEDE

Marta Pérez García

Diplomada Universitaria en Enfermería (Universidad Pontificia de Comillas). Experta en Enfermería: Cuidados integral en el Paciente ostomizado (Universidad Europea de Madrid). Experta en Atención Global a Personas con Heridas Crónicas (Universidad Castilla la Mancha). Experto en Cuidados y Curas de Heridas Crónicas (Universidad de Cantabria). Docente en Cursos de Actualización de Técnicas de Enfermería del SUMMA. Enfermera del Hospital Universitario Ramón y Cajal

Patricia Ferrero Sereno

Jefa de estudios del Grado de Enfermería en la Universidad Alfonso X de Madrid. Curso de Experto en Estomaterapia por la Universidad Francisco de Vitoria. Master en Prescripción Enfermera y Seguimiento Farmacoterapéutico. Máster en Gestión Sanitaria para Enfermería: Gestión de Enfermedades Crónicas. Universidad de Valencia

Virginia García Moreno

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

Inés Naranjo Peña

Diplomado en Enfermería (DUE). Escuela Universitaria Salus Infirmorum (Universidad de Salamanca). Doctorado en Cuidados en Salud (Universidad Complutense de Madrid). Master en Prevención de Riesgos Laborales (Universidad Francisco de Victoria). Master en Coloproctología en la Universidad Francisco de Vitoria. Experto en Estomaterapia (Universidad de Alcalá de Henares). Experto en Heridas Crónicas y Complejas (Universidad de Cuenca). Curso de Formador de Formadores (Universidad de Comillas). Enfermera Consulta de Cirugía-Ostomías y Heridas en el H. U. Infanta Cristina (Parla-Madrid)

Índice

Comité Editorial **Página 02**

Editorial **Página 04**

Artículo 01 – Programa de Prehabilitación y Rehabilitación en el Sindrome de Resección Anterior Baja de Recto. Impacto y Factibilidad. **Página 05**

Artículo 02 – YouTube como herramienta de alfabetización en salud y promoción para enfermeras especializadas en Ostomía **Página 10**

Artículo 03 – Neurocomunicacion en el Paciente Ostomizado **Página 14**

Artículo 04 – Diseño de un Programa de Incontinencia Fecal en una Consulta Monográfica de Estomaterapia **Página 17**

Normas de Presentación **Página 24**

Hazte Socio **Página 27**

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

Editorial

¡¡¡Nuevos retos!!!

Estimado profesional de Enfermería:

Los pasados días 4,5 y 6 de mayo de 2023 celebramos el XI Congreso Nacional y II Virtual de Enfermería Experta en Ostomías, que tuvo lugar en la ciudad de Valencia.

Un acontecimiento que reunió a más de 450 profesionales de enfermería de diferentes niveles asistenciales: atención primaria, hospitalización, consultas de ostomía y todo un largo etcétera.

El programa científico de dicho Congreso estuvo compuesto de ponentes que abordaron temas de actualidad y que abren para la enfermería nuevos caminos y retos que aumentan nuestra motivación, inquietud y deseo de aprendizaje y mejora.

La presentación de comunicaciones y pósteres fue unos de los puntos fuertes del Congreso y la defensa de los numerosos trabajos de alto nivel en evidencia científica supusieron un gran dilema para seleccionar a los premiados en los diferentes apartados.

Nuestro agradecimiento al Comité Organizador y al Comité Científico por el gran trabajo desarrollado, tanto en la evaluación como en la selección de los trabajos presentados.

Por ello, este número de vuestra revista digital incluye, además, los trabajos premiados en el Congreso, para así dar visibilidad, divulgación y contribuir a consolidar nuestro lugar en la Investigación Enfermera, que constituye uno de los objetivos prioritarios de SEDE.

Enhorabuena a todos los compañeros de Enfermería que con gran esfuerzo y dedicación brindan mucho tiempo y trabajo a la elaboración de artículos y casos clínicos, y que de forma voluntaria dan a conocer, a través de la Revista Digital de SEDE, los resultados a otros profesionales.

Mª Inmaculada Pérez

Presidenta Comité Editorial

Revist@SEDE
Número 04. Junio 2023

Programa de Prehabilitación y Rehabilitación en el Sindrome de Resección Anterior Baja de Recto. Impacto y Factibilidad.

Program of Prehabilitation and Rehabilitation in the Syndrome of Low Anterior Resection of the Rectum. Impact And Feasibility

Artola Etxeberria, Marta**; Labaka Arteaga, Ione**; Dr. Enríquez Navascués, José María*; Dra.Elorza Echaniz, Garazi***; Dra. Etxart Lopetegi, Ane***.
*Jefe de Servicio de Cirugía General y Digestiva.Hospital Universitario Donostia-OSI Donostialdea. Donostia-SnSn. **Enfermeras Expertas en Estomaterapia. Hospital Universitario Donostia-OSI Donostialdea.Donostia-SnSn.
***Adjuntas de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Donostia-OSI Donostialdea.Donostia-SnSn.
martaaeeb@gmail.com

RESUMEN:

El Síndrome de Resección Anterior Baja de Recto (SRA) es altamente prevalente tras la cirugía oncológica reconstructiva por cáncer de recto. Se diseña un programa de prehabilitación y rehabilitación funcional precoz del suelo pélvico, para disminuir la severidad de la disfunción intestinal y defecatoria predecible tras la Resección Anterior Baja (RAB). Se analizan el impacto y factibilidad del programa, así como los efectos funcionales anorrectales y la calidad de vida. La selección de los pacientes, se realiza a través del modelo matemático POLARS que predice la gravedad del SRA postoperatorio y se cuantifica con el LARS Score (Low Anterior Resection Syndrome).

Es un estudio piloto prospectivo no aleatorizado en fase II (ClinicalTrial.gov: NCT04612569) para pacientes con RAB y POLARS predictivo>20, intervenidos entre junio/2019 y febrero/2022. El programa terapéutico incluyó el fortalecimiento supervisado del suelo pélvico (FTSP), la estimulación del nervio tibial posterior (ENTP), la manometría anorrectal y el entrenamiento con globo rectal y biofeedback (FB). Se evalúa la adherencia al plan terapéutico, la función intestinal y la calidad de vida. Se realiza un año de seguimiento a 44 pacientes. El 68% tiene estoma derivativo. El 47,7% realiza el programa completo, el 20% lo realiza parcialmente y el 31,8% sin estoma, desestima la fase de rehabilitación.

No se observan diferencias entre el POLARS (27; IQR6) y Vaicey basal (0; IQR1) y el LARS (26; IQR15) y Vaicey (4; IQR5) al año, si bien hubo gran dispersión de datos. Se observa un incremento presivo y volumétrico a lo largo del estudio, pero no se encuentra correlación con el LARS-Vaicey (r= -0,025 y -0.288, respectivamente).

Todo ello contrasta con los datos de satisfacción cuantitativa (VAS). Se concluye que el programa de prehabilitación y rehabilitación intrahospitalaria exige tiempo a los pacientes, lo cual dificulta la adherencia al plan terapéutico. Así mismo consume recursos profesionales especializados de Enfermería. Para potenciar la adherencia, se simplifica el programa reservándolo a casos severos con POLARS predictivo>30, sustituyendo la neuroestimulación percutánea hospitalaria por la transcutánea domiciliaria y creando una APP de apoyo para la ejecución de los ejercicios y la monitorización del LARS.

ABSTRACT:

Low Anterior Resection Syndrome of the rectum (RAS) is highly prevalent after reconstructive oncological surgery for rectal cancer. A prehabilitation and early functional rehabilitation program of the pelvic floor is designed to reduce the severity of predictable bowel and defecatory dysfunction after Low Anterior Resection (LAR). The impact and feasibility of the program are analyzed, as well as the anorectal functional effect and quality of life. The selection of patients is carried out using the POLARS mathematical model that predicts the severity of postoperative RAS and is quantified with the LARS Score (Low Anterior Resection Syndrome). It is a non-randomized prospective pilot study in phase II (ClinicalTrial.gov: NCT04612569) for patients with RAB and predictive POLARS >20, operated on between June/2019 and February/2022.

The therapeutic program included supervised pelvic floor strengthening (FTSP), posterior tibial nerve stimulation (ENTP), anorectal manometry, and rectal balloon training and biofeedback (BF). Adherence to the therapeutic plan, bowel function, and quality of life. A year of follow-up was carried out on 44 patients. 68% have diverting stoma.

47.7% carry out the complete program, 20% carry it out partially and 31.8% without a stoma, dismiss the rehabilitation phase. No differences were observed between the baseline POLARS (27; IQR6) and Vaizey (0; IQR1) and the LARS (26; IQR15) and Vaizey (4; IQR5) after one year, although there was a great dispersion of data. pressive and volumetric throughout the study, but no correlation was found with the LARS-Vaizey (r= -0.025 and -0.288, respectively). All of this contrasts with the quantitative satisfaction data (VAS). It is concluded that the in-hospital pre-habilitation and rehabilitation program demands time from patients, which makes it difficult to adhere to the therapeutic plan. Likewise, it consumes specialized professional Nursing resources. To enhance adherence, the program is simplified reserving it for severe cases with predictive POLARS>30, substituting hospital percutaneous neurostimulation for home transcutaneous neurostimulation and creating a support APP for the execution of the exercises and the monitoring of the LARS.

PALABRAS CLAVE:

Resección anterior baja de recto, disfunción intestinal y defecatoria, rehabilitación suelo pélvico, cáncer de recto, Síndrome de Resección Anterior Baja de recto (LARS), POLARS (Lars preoperatorio), calidad de vida.

INTRODUCCIÓN:

La preservación esfinteriana y la restauración de la continuidad intestinal son factibles hasta en un 80% de los pacientes intervenidos por cáncer de recto, evitando así una colostomía definitiva. Sin embargo, un 60-70% de los pacientes sometidos a una Resección Anterior Baja de Recto (RAB) experimentan un conjunto o combinación de síntomas más o menos permanentes, colectivamente conocidos como Síndrome de Resección Anterior Baja (SRA).El SRA es una constelación de disfunciones intestinales y defecatorias como: diferentes grados de Incontinencia Fecal(IF), Incontinencia a gases, urgencia defecatoria, defecación fragmentada, aumento de frecuencia defecatoria, ensuciamiento o soiling entre otras.

Los síntomas constitutivos del SRA mejoran con el paso del tiempo, no obstante, después de un año no cabe esperar mejoría espontánea. El SRA impacta de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes por hacerse en parte dependientes de los "toilettes". Por ello, es importante estudiar estrategias terapéuticas que mejoren la calidad de vida de los pacientes a quienes se les ha efectuado una resección rectal oncológica curativa.

Hasta que Laurberg y Emmersteinen el año 2012 desarrollaron y validaron en distintos idiomas la escala de medida LARS (Low Anterior Resection Syndrome), no existían estrategias para cuantificar de manera estandarizada la severidad del SRA y su correlación con la calidad de vida. Con la escala LARS, el SRA queda clasificado en tres niveles de severidad: No-LARS, LARS Menor y LARS Mayor.

En 2017 Battersby y Cols. publicaron el desarrollo y validación externa de un nomograma de puntuación accesible online, denominado POLARS. Se compone de la suma relativa de factores de riesgo con capacidad predictiva individual de la severidad LARS postoperatoria. Esto da la posibilidad de aplicar de manera anticipada una serie de medidas encaminadas a mejorar o mantener la fisiología anorrectal y pélvica, antes de que se instaure un SRA crónico y severo. Se diseña un programa de prehabilitación y rehabilitación funcional precoz del suelo pélvico, para disminuir la gravedad disfuncional postoperatoria, que incluye sesiones educativas, rehabilitación supervisada del suelo pélvico, estimulación del nervio tibial posterior-ENTP, manometría anorrectal, entrenamiento con globo rectal y biofeedback, para aumentar la fuerza, la propiocepción y la coordinación muscular.

Se efectúa un ensayo clínico, con el objetivo de estudiar la viabilidad y el impacto del programa diseñado para disminuir la gravedad de la disfunción intestinal, predecible tras la cirugía; así como los resultados funcionales anorrectales y la calidad de vida.

METODOLOGIA:

Se realiza un estudio piloto prospectivo, no aleatorizado y de un solo brazo en fase II (ClinicalTrial.gov: NCT04612569), en pacientes consecutivos con RAB, y escisión total de mesorrecto (ETM), POLARS predictivo >20 puntos y que han sido intervenidos entre 06/21019 y 02/2022. Se estudia la viabilidad y cumplimiento de un programa de prehabilitación y rehabilitación funcional, así como la disfuncionalidad intestinal y defecatoria y la calidad de vida

Revist@SEDE
Número 04. Junio 2023

El programa terapéutico, es de abordaje trifásico e incluye el fortalecimiento supervisado del suelo pélvico (FTSP), la estimulación del nervio tibial posterior (ENTP), la manometría anorrectal y el entrenamiento con globo rectal y biofeedback (FB); para aumentar la fuerza, la propiocepción y la coordinación muscular perineal. Para variables de resultado de adherencia se utiliza el número de sesiones de neuromodulación tibial completadas y el porcentaje de pacientes que abandonan el programa. Para los resultados funcionales, la correlación del POLARS predictivo con el LARS observado, así como la escala OXFORD modificada/Esquema PERFECT y los datos de la manometría anorrectal con el LARS y la escala Vaicey. Para la calidad de vida el cuestionario European Organization for Research and treatmentof Cancer (EORTC) QLQ-C30 y para la satisfacción del paciente la Escala Visual Analógica (EVA).

GRÁFICO 1

PROGRAMA TRIFASICO

Pre Cirugía	1M post RAB	3M post RAB Pre Cierre Ileostomía/Fin ENTP	1M Post Cierre	6M Post Cierre	12M Post Cierre
Sesión Informativa/ Formativa POLARS VAIZEY QLQC-30	*FSTP OXFORD **PERFECT Manometría ***ENTP Sesión Educativa Firma C.I.	*FSTP OXFORD **PERFECT Manometría ***ENTP	*FSTP OXFORD **PERFECT Manometría LARS VAIZEY QLQC-30	*FSTP OXFORD **PERFECT Manometría LARS VAIZEY QLQC-30 VAS	*FSTP OXFORD **PERFECT Manometría LARS VAIZEY QLQC-30 VAS

*FSTP: Fisioterapia del suelo pélvico
**PERF:Power+Endurance+Repetition+Fast
***ENTP: Estimulación Nervio Tibial Posterior

Criterios de inclusión:

Se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de cáncer de recto, a quienes se prevé realizar un RAB con escisión total de mesorrecto y anastomosis colorrectal/coloanal con o sin ileostomía de protección, que tengan una puntuación POLARS predictivo > a 20 puntos, que firmen su consentimiento informado, y que puedan realizar un programa de rehabilitación de suelo pélvico y ser susceptibles de neuroestimulación tibial posterior.

Criterios de exclusión:

Se excluyen a aquellos pacientes que tengan un POLARS predictivo < de 20, enfermedad lo ecorregional residual o a distancia, presencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), diagnóstico previo conocido de Síndrome de Intestino Irritable (SII), otras resecciones de segmentos intestinales fuera del recto, complicaciones anastomóticas, inhabilidad para realizar potenciación muscular pélvica, trastornos tróficos en tobillos, neuropatía diabética conocida, marcapasos o desfibriladores y/o a quienes se les haya implantado Neuromodulación sacra y/o realizado ENTP.

Dentro del paquete de intervenciones de prehabilitación y rehabilitación, **el periodo preoperatorio** incluye **sesión informativa/formativa:** Se informa sobre los riesgos de disfuncionalidad intestinal y defecatoria tras la cirugía y se ofrece la opción de participar en el programa de rehabilitación funcional. Se cumplimentan y registran los datos relativos a las escalas de medida de resultados (POLARS, Vaicey y QLQ-C30), se comprueban los criterios de inclusión/exclusión, las variables clínicas de interés como sexo, edad, índice de Masa Corporal (IMC), la fecha de resección rectal, la realización o no de estoma de protección, neoadyuvancia radioquimioterápica y altura del tumor. **El periodo postoperatorio** incluye **sesión educativa:** se inicia en la segunda semana postoperatoria. Se explican las actividades que comprende el programa (fortalecimiento de suelo pélvico, ENTP y manometría anal), sus fases y duración. Si el paciente acepta participar, se solicita la **firma del consentimiento informado.** Se instruye en los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico y comienzan a ejecutarlos. Efectúan ejercicios de contracción y relajación de los músculos elevadores del ano y del aparato esfinteriano. Las contracciones son lentas, máximas sostenidas y rápidas. En su domicilio, completarán tres series por día repitiendo 10 veces cada modalidad por serie. En cada visita se supervisa la correcta ejecución y cumplimiento de los ejercicios y se cuantifican. La calidad de la contracción muscular se mide mediante la escala Oxford modificada/esquema PERFECT (Power + Endurence + Repetitions + Fast + Every Contraction Timed), adjudicando un valor numérico en un rango de 0 a 5. Si la contracción es inversa a la orden o está ausente se cuantifica 0/5, si la contracción es débil o fluctuante 1/5, si la contracción es detectable pero no mantenida 2/5, si la contracción es sostenida con oposición suave 3/5, si la contracción es sostenida con oposición fuerte 4/5y si la contracción es fuerte con oposición fuerte 5/5. La Resistencia (tiempo que puede mantener la contracción máxima sin fatiga muscular) se mide en segundos.

Revist@SEME
Número 04. Junio 2023

Será el tiempo mínimo que el paciente deberá mantener la contracción anal en su tabla de ejercicios de fortalecimiento. La Rapidez se mide enumerando las contracciones efectivas rápidas capaz de realizar. El acrónimo PERF se completa con "ECT" (EveryContractionTimed) y se refiere a que el examinador debe controlar el tiempo y registrar todos los acontecimientos que sucedan durante las evaluaciones del test.

En la cuarta semana postoperatoria se inician **las sesiones de electroestimulación del nervio tibial posterior y se realiza la primera manometría anal.** Para llevar a cabo la ENTP se utiliza el dispositivo Urgent PC® (Uroplasty, NL). Este sistema se compone de un generador externo de pulsos accionado a pilas y un juego de cables con un electrodo adhesivo y otro de aguja.

La técnica se realiza de forma ambulatoria a cargo de la enfermera estomaterapeuta y el protocolo incluye un total de 16 sesiones de 30 minutos de duración cada una. No tiene efectos secundarios conocidos. Los beneficios se derivan de mantener activadas las vías sensoriales, motoras y autonómicas de la pelvis de forma retrograda, mediante la estimulación del citado nervio que comparte raíces con las estructuras y órganos intrapélvicos. Con la **manometría anal** se evalúa la presión del esfínter y los reflejos rectoanales, a la vez que se enseña a modificar la actividad fisiológica. Se utiliza el sistema portátil THD Anopress. Se registra la presión en reposo, en contracción y en expulsión, así como la sensibilidad y la distensibilidad del remanente rectal.

RESULTADOS:

Se incluyeron 57 pacientes. Resultaron 13 bajas definitivas por proceso Covid.

Se realizó un año de seguimiento a 44 pacientes. El 68% tenía estoma derivativo. El 31,8% desestimó la fase de rehabilitación, a pesar de tener un POLARS predictivo de LARS 27. Ninguno de ellos tenía estoma de protección. El 43% de la muestra obtuvo un POLARS predictivo de LARS Mayor y el 57% de LARS Menor. Los mayores beneficiados fueron los pacientes con POLARS Mayor. El 66,6% de estos, bajó un nivel de gravedad, el 22% se mantuvo en el mismo nivel y el 11% bajó a NO LARS. En el grupo de POLARS Menor se observó importante variabilidad, el 33,3% bajó un nivel de severidad, el 25% se mantuvo y el 41,7% subió a LARS Mayor.

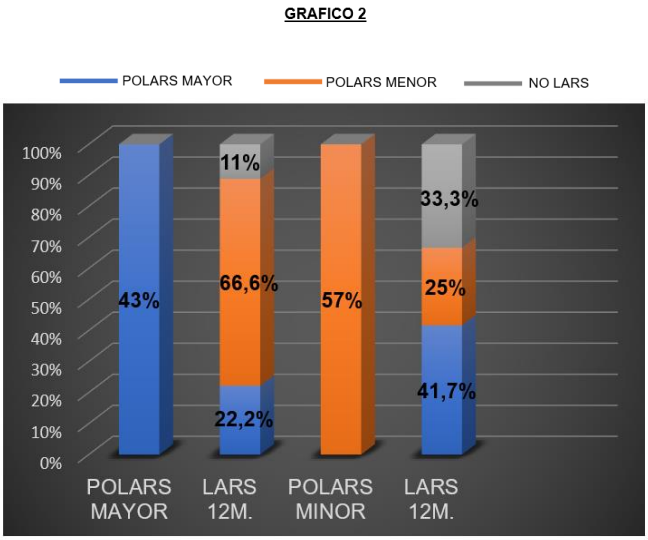

GRAFICO 2:
RESULTADOS FUNCIONALES

En los pacientes con POLARS Menor, no se observó diferencia entre el POLARS (27; IQR6) y Vaicey basal (0; IQR1) y el LARS (26; IQR15) y Vaicey (4; IQR5) al año, si bien se encontró gran dispersión de datos. El incremento presivo y volumétrico del remanente rectal observado a lo largo del estudio, no se correlacionó con el LARS-Vaicey (r=-0,025 y -0.288, respectivamente). Todo ello contrasta con los datos de satisfacción cuantitativa (VAS).

GRAFICO 3: ADHERENCIA AL PROGRAMA

Bajas proceso Covid	13/57 (22,8%)	N=44				
	TOTAL PACIENTES N :44 (100%)	CAUSAS DE ABANDONO 1:C.P. 5:Ex.	2:Mtts	3:BRF	4:LDG	
Programa completo	21/44 (47,7%)					
Programa incompleto	9/44 (20,4%)	1. (11%)	2 (22%)	3 (33%)	1 (11%)	2 (22%)
No Rehabilitación	14/44 (31,8%)			6 (43%)	8 (57%)	

Los datos cuantitativos se expresan como medianas y rango Inter cuartil (RIC) y los datos categóricos como frecuencias y porcentajes. La prueba de suma de rangos de Wilcoxon se utiliza para comparar los datos antes y después del tratamiento y la prueba de Chi cuadrado para evaluar las diferencias en las tasas de factores de riesgo entre los pacientes. Los valores de P inferiores a 0,05 se consideran estadísticamente significativos.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:

➢Un tercio de los pacientes desestima el programa de rehabilitación por la percepción subjetiva de buenos resultados funcionales y/o limitación de tiempo y/o dispersión geográfica.

•Llevar a cabo el programa de forma hospitalaria, consume tiempo a los pacientes y favorece la falta de adherencia.

•La pandemia Covid 19 presente durante el estudio, potencia el incumplimiento del plan terapéutico.

➢El mayor beneficio funcional se observa en los casos más severos de POLARS.

➢No existe correlación entre el incremento presivo y volumétrico del remanente rectal, con los resultados funcionales del LARS-Vaicey.

➢Los datos obtenidos sobre la correlación LARS/Calidad de Vida, se acercan a los ya publicados en otros estudios, sin embargo, la gran dispersión de datos observados nos hace plantear un estudio de enfoque cualitativo futuro.

➢Constatamos una satisfacción global del paciente alta, a pesar de no haber logrado resultados funcionales satisfactorios. Consideramos que puede estar relacionado con el acompañamiento percibido durante todo el proceso.

Con el propósito de potenciar la adherencia, se ha diseñado un nuevo plan de actuación, simplificando el programa. Se incluyen los casos severos con POLARS predictivo>30, se sustituye la neuroestimulación percutánea hospitalaria por la transcutánea domiciliaria y se crea una APP de apoyo para la realización de los ejercicios y la monitorización del LARS.

Los cuidados enfermeros especializados, se orientan hacia una alianza estratégica de colaboración activa enfermera/paciente, para el desarrollo de conductas encaminadas al empoderamiento del paciente en el proceso de salud.

BIBLIOGRAFIA:

1. Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: development and validation of a symptom-based scor- ing system for bowel dysfunction after low anterior resection. Ann Surg. 2012; 255: 922–28.
2. Battersby NJ, Bouliotis G, Emmertsen KJ, et al. UK and Danish LARS Study Groups. Development and external validation of a nomogram and online tool to predict bowel dysfunction following restorative rectal cancer resection: the POLARS score. Gut. 2018; 67:688-696.
3. 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. Cirugía Española. 2016; 94: 123-206
4. Martellucci J. Low Anterior Resection Syndrome: a treatment algorithm. Dis Colon Rectum 2016;59(1):79-82.
5. Imigo F,.Larach J .T. :Síndrome de la resección anterior baja: un alto precio del tratamiento del cáncer de recto. Revista Chilena de Cirugía .2019;71(2),178-186.
6. Viser WS., Te Riele WW., Boerma D., Van ramshorst B., van Westreenen HL.Pelvic floor rehabilitation to improve functional outcome after a low anterior resection: a systematic review. Ann Coloproctol. 2014; 30, 109-114

Revist@SEDE
Número 04. Junio 2023

YouTube como herramienta de alfabetización en salud y promoción para enfermeras especializadas en Ostomía

Montesinos Gálvez, Ana Carmen*; Jiménez-Gómez, Beatriz**; Herrera-Peco, Iván***; Ruiz-Núñez, Carlos****; García Montesinos, Paula****.
*Hospital Regional Universitario Málaga, Málaga. **Departamento de enfermería, Nutrición y dietética, Universidad Europea, Madrid. ***Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid. ****Programa de Doctorado en Biomedicina, Investigación Traslacional, y Nuevas Tecnologías en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga. *****Hospital Costa del Sol Marbella, Málaga
acmontesinos@uma.es

RESUMEN

YouTube, y todas las redes sociales, es una excelente herramienta de difusión de información sobre temas como la estomaterapia, ostomía, etc. Es por ello que los profesionales sanitarios son parte activa y relevante en este proceso de educación sanitaria, asegurando una información de calidad y veraz, que pueda llegar tanto a paciente como a los propios profesionales. El objetivo principal de este estudio fue estudiar los vídeos, en español, publicadas en YouTube, desde el año 2013 hasta la actualidad, que hicieran referencia a palabras que contengan estoma. Se estudia la utilidad para el paciente (DISCERN) y la calidad clínica (GQS). Los resultados muestran que existen grupos de influencia, denominados propagadores, que tienen efecto significativo sobre el resto (p=0,013). Se objetiva la presencia de enfermeras expertas en ostomía, que no ejercen influencia sobre los demás usuarios, al contrario, siendo significativa la influencia de estos últimos (p=0,005). Como conclusión, las enfermeras expertas, a pesar de generar contenido, no son un grupo influyente. La utilidad, para el público, de los vídeos no llega al aprobado, siendo la calidad clínica superior al aprobado. Será necesario mejorar la presencia de estas enfermeras con vídeos de calidad y apoyarse en referencias que certifiquen la evidencia científica de las publicaciones.

PALABRAS CLAVES

Estomaterapia, Enfermeras especialistas, YouTube, Ostomía, Cuidados, Humanización.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes ostomizados sufren pérdidas a nivel físico, emocional, social y funcional, afectando a su calidad de vida [1], que mejora con los cuidados pre y postoperatorios, incluyendo la información referente a su proceso, las complicaciones [2] y los autocuidados [3], para ayudar a la aceptación y adaptación por parte del paciente, sobre todo cuando vuelven a su domicilio.

Ante esta situación, pueden aumentar las dudas sobre los cuidados a realizar, lo que provoca, en ausencia de poder consultar a enfermeras expertas, que acudan a otras fuentes para buscar información de salud, como son las redes sociales [4], debido a su fácil acceso. Las de mayor aceptación son las de contenido audiovisual, como YouTube, ya que el contenido oral y/o visual es más comprensible que el escrito, influido por una redacción poco adaptada a personas sin formación adecuada [5].

La presencia de referentes en estas redes, como las enfermeras expertas en ostomías, contribuyen a mejorar la alfabetización digital tanto de pacientes como de profesionales debido a que ayudan a entender la información que mejore la comprensión y ayuden al autocuidado en los pacientes [6,7].

MATERIAL Y MÉTODO

La palabra clave de búsqueda se fijó en estoma*, elegida tras consulta con enfermeras expertas, por ser un término más representativo en el entorno sanitario, y que nos permitiese discriminar resultados menos profesionales.

Se realiza un estudio observacional, retrospectivo y limitado en el tiempo, desde 2011 hasta enero de 2023, de vídeos de YouTube, en los que aparezca la palabra clave en su descripción o título, reuniendo información sobre (a) procedencia, (b) enfoque, (c) institución promotora, (d) presentador, y (e) público objetivo, clasificado como pacientes o personal sanitario (Imagen 1).

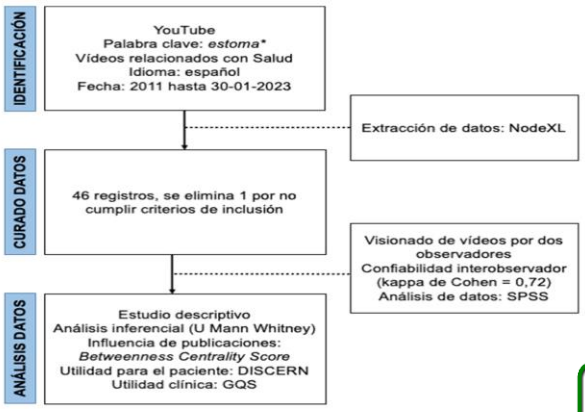

Imagen 1: Diagrama de flujo de la metodología

Se recolectaron datos con NodeXL, realizándose visionado de los vídeos por dos investigadores expertos, para revisión y categorización, certificando confiabilidad con el coeficiente kappa de Cohen (0,72), resultando considerable entre ambos.

Evaluamos características, calidad e información de contenidos. Usamos la escala DISCERN [8], que nos proporciona el nivel de utilidad para el paciente examinando el contenido, calidad y fiabilidad de vídeos sobre las opciones de tratamiento de un problema de salud. La utilidad clínica de un vídeo la estudiamos con el cuestionario Global Quality Score (GQS) [9]. En ambos casos se mide la frecuencia de cada ítem mediante una escala Likert de 5 puntos, de menor a mayor puntuación.

Para el análisis estadístico hemos usado el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 (IBM, Armonk, NY, USA). La comparación entre grupos se realizó con la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney, tras comprobación de los supuestos de normalidad. El nivel estadístico de significación se fijó en p< 0,05.

RESULTADOS

Los 45 vídeos estudiados presentaron 1481031 visualizaciones (M=32911,8; IC95%[3829,91–61993,69]), 803 comentarios (M=17,84; IC95%[7,24–28,45]) y 12325 (M=273,89; IC95%[81,95–465,82]) me gusta o likes.

La mayoría proceden de España (68,9%), seguido de México (26,7%), Ecuador y Chile, ambos con el 2,2% de vídeos. El 60% están destinados a pacientes y el otro 40% presentan orientación hacia el personal sanitario. Desde el punto de vista del enfoque del vídeo, el 62,2% es informativo, demostrando un objetivo práctico el 27,8%.

La valoración media de DISCERN es de 2,43 (IC95%[2,32– 2,53]), llegando la de GQS a 3,31 (IC95%[3,02–3,60]). En 3 (6,66%) de los vídeos se mostraron referencias científicas para validar la información.

El 24,4% (11) de los vídeos pertenecen a enfermeras denominadas expertas en ostomía (Imagen 2), existiendo diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de vídeos restantes (75,6%) pertenecientes a otro público, en DISCERN (Z=-2,799 ; p=0,005) y en los comentarios (Z=-1,426 ; p=0,001). Con respecto a GQS, visualizaciones y comentarios, ambos grupos se comportan de forma similar.

	E. Experta (n= 11)			No E. Experta (n= 34)		
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE
DISCERN	2,218	2,20	0,06	2,50	2,40	0,372
GQS	3	3	0	3,41	3	1,104
Visualizaciones	5584,91	3285	5088,03	41752,85	2521	110255,68
Comentarios	0	0	0	23,62	2	38,98
Likes	34,09	31	27,315	351,47	42	720,13

Imagen 2: Segmentación, por pertenencia a grupo, de enfermeras expertas en ostomía.

Para medir la influencia de ciertas publicaciones sobre el resto, usamos la métrica Betweenness Centrality Score (BCS). Encontramos un grupo de 25 autores, denominados propagadores, siendo el principal una empresa de servicios sanitarios, debido a su influencia sobre el resto, presentándose 6 (24%) de estos como enfermeras expertas.

Comparando ambos grupos, propagadores y no propagadores, se observa mayor actividad en el primero (Imagen 3), encontrando diferencias estadísticamente significativas, a favor de los propagadores, en el análisis de DISCERN (Z=-2,491; p=0,013) y en los likes (Z=-2,182; p=0,029). En el resto de variables (GQS, visualizaciones y comentarios) ambos grupos se comportan de forma similar.

El 72% de los vídeos de los propagadores se ubican en España (18), el 20% en México (5) y un 4% en Ecuador y Chile (1) respectivamente. El 56% (14) tienen un enfoque informativo, el 36% (9) presentan una visión práctica y el 8% restante (2) se reparten por igual entre la vivencia personal y la publicidad.

	Propagadores (n = 25)			No propagadores (n = 20)		
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE
DISCERN	2,512	2,400	0,321	2,330	2,200	0,357
GQS	3,520	3	1,046	3,05	3	0,826
Visualizaciones	47344,56	6136	123971,28	14870,85	2828	40858,52
Comentarios	21,64	1	43,481	13,10	1	21,275
Likes	432,88	42	824,38	75,15	23	108,98

Imagen 3: Segmentación por pertenencia a grupo de influencia.

Se dirigen principalmente a los pacientes (60%), más que al personal sanitario (40%). La promoción de los vídeos la encabezan los profesionales sanitarios (36%), seguidos por empresas u organizaciones dedicadas a la formación (16%), e influencers y proveedores de material, con un 12% cada uno. Los vídeos son narrados por enfermeras especialistas (28%), pacientes (16%) y médicos-as (12%).

Si sumamos todos los vídeos que se presentan desde organizaciones educativas (escuelas, universidades, hospitales, etc.) obtenemos el 20%, encontrando 3 vídeos, de alta influencia, con un claro enfoque comercial.

Si nos centramos en los no propagadores, el 65% de los videos se localizan en España (13), seguido de México (7). El 70% (14) tienen un enfoque informativo, el 20% (4) presentan una visión práctica y el 10% restante (2) un abordaje basado en la vivencia personal. Se dirigen principalmente a los pacientes (60%), más que al personal sanitario (40%), estando presentes las enfermeras especialistas en el 25% (5) de los vídeos de este grupo. La promoción de los vídeos corresponde la mitad a profesionales sanitarios, seguidos por los influencers (20%), estando presentados, en igual número, por enfermeras especialistas y pacientes (25% cada uno).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue analizar la presencia y evaluar la calidad de los vídeos de YouTube, que muestren información sobre la estomaterapia, e investigar la fiabilidad de la información disponible en esta plataforma y si proviene de enfermeras expertas en ostomías.

YouTube es una excelente herramienta de alfabetización digital. La mayoría (68,9%) de vídeos son de España, siendo el 55,55% vídeos influyentes propagadores de contenido, con significancia estadística en calidad y los likes, encontrando 6 de enfermeras expertas en este grupo. A pesar de estudios previos [10], las enfermeras expertas no obtienen mejores puntuaciones, significativas en DISCERN y comentarios, siendo de especial relevancia que sus videos no se apoyen en evidencias científicas o documentos técnicos contrastados.

La valoración DISCERN no llega a suficiente, por lo que existe la necesidad de mejorar la difusión de información fiable sobre este tema. Los vídeos publicados por las enfermeras expertas presentan menor comprensibilidad y fiabilidad, en comparación con los contenidos publicados por el resto de los usuarios, siendo estadísticamente significativas las diferencias en DISCERN y comentarios.

En el análisis de la propagación de contenido, las enfermeras expertas no tienen un peso significativo cuando mencionamos a los usuarios más influyentes, contraponiéndose a otros estudios [11], por lo que no consiguen diferenciarse con respecto a otros usuarios.

Se observa un importante intercambio de experiencias a cargo de pacientes, que también ejercen de influencers.

Como limitaciones encontramos las subjetivas de los observadores, a pesar de la confiabilidad entres sus lecturas y la existencia de un sesgo de selección (por la palabra clave) en los resultados.

Como línea de trabajo futura, es importante encontrar la palabra clave (ampliando a otras redes) que mejor defina el trabajo de las enfermeras expertas en ostomía, con el fin de conseguir un mayor reconocimiento, visibilidad y representatividad de su trabajo.

Se debe promover la creación de contenidos específicos basados en la práctica, incluyendo el uso de referencias para reforzar la evidencia científica del vídeo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Elfeki, H.; Thyø, A.; Nepogodiev, D.; Pinkney, TD.; White, M.; Laurberg, S.; Christensen, P. Patient and healthcare professional perceptions of colostomy-related problems and their impact on quality of life following rectal cancer surgery. BJS open. 2018; 2 (5), 336–344. Disponible en: https://doi.org/10.1002/bjs5.69
2. Berti-Hearn, L.; Elliott, B. Colostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. Home healthcare now. 2019; 37(2), 68–78. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1097/NHH.0000000000000735
3. Nichols, T. Utilidad de la salud, interactividad social y estado de la piel peristomal: un estudio transversal. Revista de Enfermería de heridas, ostomía y continencia: publicación oficial de The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 2018; 45 (5), 438–443.
4. Swire-Thompson B, Lazer D. Public health and online misinformation: Challenges and recommendations. Annu Rev Public Health. 2020; 41(1):433–51. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094127
5. Balci AS, Cabuk KŞ, Topcu H, Efe AC, Ulas MG. Evaluation of the reliability, utility, and quality of the lid loading videos on YouTube. Int Ophthalmol. 2022; Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s10792-022-02606-w

6. Glasdam, S.; Sandber, H.; Stjernswärd.; et al. Nurses' use of social media during the COVID-19 pandemic—A scoping review. PLoS ONE. 2022; 17(2): e0263502. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263502
7. Ayik, C.; Özden, D.; Cenan, D. Ostomy Complications, Risk Factors, and Applied Nursing Care: A Retrospective, Descriptive Study. Wound management & prevention, 2020;66 (9), 20–30.
8. Singh AG, Singh S, Singh PP. YouTube for information on rheumatoid arthritis--a wakeup call? J Rheumatol. 2012; 39(5): 899–903. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.111114
9. Gerundo, G.; Collà Ruvolo, C.; Puzone, B.; Califano, G.; La Rocca, R.; Parisi, V.; Capece, M.; Celentano, G.; Creta, M.; Rengo, G.; et al. Personal Protective Equipment in Covid-19: Evidence-Based Quality and Analysis of YouTube Videos after One Year of Pandemic. Am. J. Infect. Control. 2022; 50, 300–305. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.ajic.2021.11.013
10. Ferhatoglu MF, Kartal A, Ekici U, Gurkan A. Evaluation of the reliability, utility, and quality of the information in sleeve gastrectomy videos shared on open access video sharing platform YouTube. Obes Surg [Internet]. 2019; 29 (5),1477–84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s11695-019-03738-2
11. Herrera-Peco, I.; Jimenez-Gómez, B.; Peña-Deudero, J.J.; Benítez De Gracia, E.; Ruiz-Nuñez, C. Healthcare Professionals' Role in Social Media Public Health Campaigns: Analysis of Spanish Pro Vaccination Campaign on Twitter. Healthcare. 2021; 9 (6), 662. Disponible en: https://www.mdpi.com/2227-9032/9/6/662

Revist@SEDE
Número 04. Junio 2023

Neurocomunicacion en el Paciente Ostomizado
Neurocommunication in the Ostomized Patient

Chacón del Pino, Elisabet*; Lavandera Arrocha, C. Ruth**; García Dorta, Mª Yurena***; Campos Guerra, Isabel Mª****; González Hernández, Tania*; Rodríguez González, Eugenia*****. *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. **Hospital del Sur, Hospital Universitario Ntra Señora de Candelaria. ***Hospital Universitario de Canarias. ****Complejo Hospitalario Universitario Insular- Materno Infantil de Canarias. *****Hospital Universitario Ntra Señora de Candelaria.
elisabetchp@hotmail.com

RESUMEN:

Este artículo de investigación se centra en la aplicación de los principios de la Neurocomunicación a la práctica de enfermería estomaterapeuta para mejorar la calidad de vida de pacientes ostomizados a través del autocuidado de sus ostomías. Se llevará a cabo un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y multicéntrico en pacientes ostomizados mayores de 18 años en hospitales de la Comunidad Canaria. El cuestionario de calidad de vida para personas ostomizadas (Stoma-QOL) se aplicará antes y después de las técnicas de neurocomunicación para evaluar su efectividad. Las enfermeras estomaterapeutas recibieron una plantilla de observables para reconocer el fenotipo conductual del paciente y su estilo de comunicación preferente y realizaron un test de autodiagnóstico para identificar su propio estilo de comunicación. El estudio pretende conocer el estilo de comunicación de cada paciente y adaptar la estrategia de comunicación a su perfil para mejorar la relación enfermera-paciente y la calidad de vida del paciente ostomizado.

SUMMARY

This research article focuses on the application of Neurocommunication principles to stoma therapist nursing practice to improve the quality of life of ostomized patients through self-care of their ostomies. A descriptive, observational, prospective and multicenter study will be carried out in ostomized patients over 18 years of age in hospitals in the Canary Islands. The quality-of-life questionnaire for people with an ostomy (Stoma-QOL) will be applied before and after the neurocommunication techniques to assess their effectiveness.

The stomach nurses received a template of observables to recognize the patient's behavioral phenotype and her preferred communication style and performed a self-diagnostic test to identify her own communication style. The study aims to find out the communication style of each patient and adapt the communication strategy to her profile in order to improve the nurse-patient relationship and the quality of life of the ostomized patient.

PALABRAS CLAVES:

Neurocomunicación, ostomías, paciente ostomizado, enfermera, estomaterapia.

INTRODUCCIÓN

La neurocomunicación es un área de estudio que se enfoca en cómo la comunicación afecta al cerebro y al sistema nervioso. La comunicación es un proceso complejo que involucra tanto procesos cognitivos como emocionales y se relaciona con el sistema nervioso central y periférico. La neurocomunicación busca comprender cómo los estímulos comunicativos, como las palabras, las imágenes, los gestos y las emociones, afectan al cerebro y a la forma en que las personas procesan, interpretan y responden a la información[1].

El investigador estadounidense William Edwuard "Nedd Herrmann" (1922-1999), considerado como el padre de esta teoría, desarrolló el modelo de preferencias cerebrales que representó con una esfera dividida en cuatro partes que sugerían sendas formas de pensar, operar, crear, aprender, actuar y convivir con el mundo[2]. Estas cuatro áreas surgieron de cruzar los modelos ya existentes de Sperry (hemisferio izquierdo y derecho) y de McLean (cerebro cortical y límbico). Las cuatro áreas corresponden a los estilos de comunicación basados en las preferencias cerebrales y se denominan como Acción, Método, Concepto y Humano[2,3,4,5].

Revist@SEDE
Número 04. Junio 2023

Cortical Izquierdo: el estilo Acción.

Pacientes con pensamiento lógico, analítico, matemático, técnico y cuantitativo. Son pacientes que basan sus comportamientos en el razonamiento de datos numéricos y basados en hechos para apoyarse en decisiones[4,5]

Comportamientos de los pacientes «acción»: fríos y calculadores, distantes, poco gestuales, gran inteligencia, críticos, sentido del humor irónico, generalmente competitivos e individualistas[4,5].

Se comunican habitualmente interrumpiendo permanentemente a la enfermera durante la entrevista clínica.

Límbico Izquierdo: El estilo Método.

Pacientes con pensamiento estructurado y tendente a la secuenciar la información.

Organizan y planifican hasta los mínimos detalles. Quieren conocer el funcionamiento del seguimiento de su ostomía(4,5).

Comportamientos de los pacientes «método»: suelen ser pacientes introvertidos, con alta emotividad, mentalidad conservadora y fiel. Atentos a tener todo bajo control[4,5].

Se comunican empleando expresiones como: entonces, por consiguiente, paso por paso, por prioridades, pero, sin embargo, [4,5] ...

Límbico Derecho: El estilo humano.

Suelen ser los pacientes más idealistas y dispersos de los 4 tipos. Son pacientes que se mueven por una alta emotividad, pero a la vez perciben los detalles y la estética, tienen una facilidad para la comunicación interpersonal, poco organizadas y con falta de control sobre sí mismo. Pacientes que buscan el consenso de todos[4,5] .

Comportamientos de las personas «humanas»: pacientes extrovertidas, gesticuladores,

habladores, lúdicas, espontáneos y que reaccionan mal a las críticas[4,5] .

Se comunican habitualmente buscando el consenso y por ello se expresan con preguntas que involucren a la enfermera durante la entrevista clínica: ¿si le parece bien?... [4,5]

Cortical Derecho: el estilo concepto.

Pacientes más visuales e innovadores, mentalidad holística que prefieren razonar sus pensamientos de manera más conceptual, sintética y creativa. Su visión más global le hace ver cosas donde otros no las ven, con un marcado sentido de la intuición.

Comportamientos de los pacientes «concepto»: pacientes originales y con sentido del humor, con buena capacidad pada dialogar y una mentalidad futurista con gusto por los nuevos retos y el riesgo que implican.

Se comunican, en la entrevista clínica, habitualmente con expresiones como:

podríamos, quizás, sería conveniente... [4,5]

Tradicionalmente la práctica clínica de las enfermeras estomaterapeutas ha estado marcada por la necesidad de establecer relaciones interpersonales con sus pacientes basadas en la cercanía, la empatía y la comprensión, en definitiva, en un modelo de humanización [4,5] .

La comunicación es la herramienta terapéutica por excelencia que condiciona y determina la relación enfermera-paciente, siendo una disciplina se ha estudiado desde diferentes perspectivas entre otras, la Neurocomunicación que aporta una visión científica de la comunicación muy efectiva a la hora de personalizar la misma. [4,5]

El objetivo de nuestro estudio es entender y saber aplicar los principios de la Neurocomunicación a la conversación con el paciente para influir en su predisposición y conseguir el autocuidado de sus ostomías mejorando su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio con enfoque descriptivo, observacional, prospectivo y multicéntrico realizado en las consultas de estomaterapia de los hospitales de la Comunidad de Canarias.

La muestra estará formada por los pacientes ostomizados que acudan a revisión de su estoma que, bajo consentimiento informado, aceptan participar en el estudio.

Son incluidos pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años portadores de una ostomía de eliminación (ileostomía, colostomía y urostomía, con estoma temporal o definitivo). Los criterios considerados para la exclusión fueron la alteración cognitiva o perceptual y pacientes dependientes.

El proceso se llevará a cabo en dos fases:

- La primera es de identificación del fenotipo conductual del paciente y la adaptación del estilo de comunicación de la enfermera. Este proceso podrá

completarse en una única consulta o, en caso de que ser necesario, en dos.

- La segunda valorar el aumento de la calidad de vida de los pacientes a través del autocuidado de su ostomía.

Para la realización de la primera fase del estudio, se dotará a las enfermeras estomaterapeutas de una plantilla de observables que facilitarán el reconocimiento del fenotipo conductual del paciente y su perfil característico de acuerdo con la teoría de Neurocomunicación.

RevistaSEDE
Número 04. Junio 2023

Asimismo, las enfermeras realizarán un test de auto diagnóstico para identificar su estilo o estilos de comunicación preferentes, de manera que tendrán una referencia previa que les sirva de punto de partida para saber qué deben hacer de cara a personalizar la estrategia de comunicación con cada paciente.

En la segunda fase el instrumento utilizado será el cuestionario de calidad de vida para persona ostomizada (Stoma-QOL) antes y después de realizar las técnicas de neurocomunicación, para valorar el aumento de su calidad de vida a través del autocuidado de su ostomía. Constará de 20 ítems con escala Likert de 4 respuestas con puntuación de 1 a 4. Dicho cuestionario nos proporciona indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y satisfacción del paciente.

La finalidad del estudio es comprobar que a través de nuestra comunicación, dependiendo del fenotipo y característica del paciente podemos influir en su predisposición y conseguir un mejor autocuidado de su ostomía mejorando su calidad de vida.

RESULTADOS

En estos momentos nos encontramos en la primera fase, en donde cada enfermera participante de esta investigación nos hemos realizado el test de autodiagnóstico para identificar nuestro estilo de comunicación.

NOMBRE	ESTILO
RUTH	HUMANO-MÉTODO
MABEL	HUMANO-ACCIÓN
YURENA	HUMANO
TANIA	HUMANO-MÉTODO
ELISABET	MÉTODO-CONCEPTO
EUGENIA	ACCIÓN-MÉTODO

CONCLUSIONES

El abordaje que se hace de la Neurocomunicación, desde el modelo teórico construido por Ned Herrmann, tiene una aplicación con resultados positivos en la práctica clínica, como se refrenda en este estudio.

Ser consciente del estilo de comunicación propio y el estilo de comunicación de las pacientes permite preparar las entrevistas con objetivos concretos, desde el punto de vista de modelo de relación compartida.

Desde la posición de la enfermera, tomar conciencia de que existe una tendencia natural a comunicar de una determinada manera, que responde a un estilo concreto, pero que ese hecho no le impide hacerlo con otros estilos, es definitivo ya que la adaptación del estilo a cada paciente es determinante para desarrollar conversaciones personalizadas y, por lo tanto, más efectivas.

Desde la posición del paciente ostomizado, comunicarse con su enfermera estomaterapeuta en un clima de sintonía afecta a su predisposición tanto para escuchar recomendaciones como para expresar abiertamente sus ideas y emociones. En consecuencia, relacionarse desde el mismo estilo de comunicación afecta a fortalecer su compromiso con la mejora de su calidad de vida.

Las entrevistas en las que enfermera y paciente alcanzan un punto de encuentro, en términos de cómo se comunican, permiten alcanzar compromisos más sólidos en beneficio del control y seguimiento de la enfermedad.

La incorporación de una estrategia de comunicación adaptativa a las conversaciones con pacientes ostomizados contribuye a alcanzar los objetivos clínicos gracias a la optimización de la transmisión y la recepción de los mensajes, y a la creación de un clima más colaborativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Damasio, A. Y el cerebro creó al hombre: ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?. España: Ediciones Destino;2018
2. Herrmann N. La dominancia cerebral y la creatividad. Ed Ret: 1992
3. Romo Vega, M. Entrena tu cerebro: Neurociencia para la vida cotidiana. España: Grupo Planeta;2014
4. Barrett, L. F. La vida secreta del cerebro: Cómo se construyen las emociones. España: Ediciones Paidós;2018
5. Herrmann, N. The Whole Brain Business Book. Reino Unido: McGraw-Hill Education; 1996

Revist@SEE
Número 04. Junio 2023

Diseño de un Programa de Incontinencia Fecal en una Consulta Monográfica de Estomaterapia

Design of a Fecal Incontinence Program in a Monographic Stoma Therapy Practice

Yovana Rodríguez Maldonado (Estomaterapeuta. Enfermera en planta de cirugía general y digestivo. H.U. Gregorio Marañón. Madrid)
Inés Naranjo Peña (Estomaterapeuta. Consulta de cirugía. H. U. Infanta Cristina. Parla)
virgirm_17@hotmail.com

RESUMEN:

La incontinencia fecal es un síntoma clínico común e incapacitante que experimentan un gran número de individuos. Es de origen multifactorial, pero se asocia especialmente, a la mujer tras el parto, a pacientes intervenidos de cáncer de recto y a la edad avanzada. La repercusión en la autoestima y el miedo al estigma social produce un gran impacto en su calidad de vida. El trabajo conjunto del paciente y profesionales, junto con los avances tecnológicos, puede mejorar considerablemente la autoestima del paciente y minimizar los efectos de dicha incontinencia.

El objetivo es diseñar un programa de actuación llevado a cabo por una consulta monográfica de estomaterapia para el paciente con incontinencia fecal, estableciendo herramientas para la prevención, detección y tratamiento, para poder dar respuesta por parte de la sanidad a dicho problema desde un punto realista y personalizado en cada paciente.

La metodología del programa está estructurada en dos fases, una primera fase llamada diseño y elaboración del programa, la cual se subdivide en búsqueda bibliográfica y opinión de expertos. La segunda fase del programa es la de implementación de este en el hospital.

El resultado es el desarrollo del programa por un grupo multidisciplinar del centro que consta de ocho visitas programadas durante el primer año tras el cierre de un estoma, más visitas a demanda por el paciente y/o derivadas por el especialista.

PALABRAS CLAVE:

Incontinencia Fecal, Cuidados, Enfermería, Tratamiento.

ABSTRACT:

Fecal incontinence is a common and disabling clinical symptom experienced by a large number of individuals. It is of multifactorial origin, but it is especially associated with women after childbirth, patients undergoing rectal cancer and the elderly.

The impact on self-esteem and fear of social stigma has a great impact on their quality of life. The joint work of the patient and professionals, together with technological advances, can greatly improve the patient`s self-esteem and minimize the effects of such incontinence.

The objective is to design an update program carried out by monographic consultation of stomatherapy for the patient with fecal incontinence, establishing tools for prevention, detection and treatment but above all, to be able to give a response from the health to said problem from a realistic and personalized point in each patient.

The methodology of the program is structured in two phases, a first phase called design and development of the program, which is subdivided into bibliographic search and expert opinion. The second phase of the program is its implementation in the hospital.

The result of our study is the development of the program by a multidisciplinary group of the center consisting of eight visits scheduled during the first year after the closure of a stoma, more visits on demand by the patient and/or referred by the specialist.

KEY WORDS:

Fecal Incontinence, Care, Nurse, Treatment.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal (IF) es la pérdida involuntaria de contenido rectal (heces, gas) a través del canal anal y la incapacidad de posponer una evacuación hasta que sea socialmente conveniente, teniendo en cuenta la persistencia del problema durante al menos un mes y tras 4 años con el control previamente adquirido[1].

La continencia depende de las complejas relaciones entre el esfínter anal y la musculatura del suelo pélvico, la función del reservorio rectal (capacidad y funcionalidad), la consistencia de las heces y la función neurológica. Las condiciones o los defectos que alteran cualquiera de estos factores pueden ocasionar incontinencia fecal.

Revist@SEDE
Número 04. Junio 2023

Etiológicamente, de la incontinencia fecal es multifactorial[2].Desde el punto de vista clínico existen tres subtipos de IF: incontinencia pasiva, urgencia defecatoria y ensuciamiento anal. La falta de control en la eliminación exclusiva de gases no se considera dentro de la definición de IF, sin embargo, esta condición igualmente requiere de un manejo y tratamiento adecuado[3]. La disrupción o debilidad del Esfínter Anal Externo (EAE) se asocia a la presencia de urgencia y/o incontinencia asociada a deposiciones líquidas. Esta disminución de la presión del esfínter anal puede ser secundaria a un trauma anal (parto vaginal o cirugía anal), enfermedades neurológicas como diabetes o injuria de la médula espinal. En cambio, una alteración en el Esfínter Anal Interno (EAI), se asocia a una incontinencia pasiva[4].

Muchos de los pacientes operados con preservación esfinteriana van a desarrollar una alteración de la función intestinal y defecatoria. El conjunto de estos síntomas constituye el síndrome de resección anterior (SRA), que puede influir negativamente la calidad de vida de los pacientes operados y que constituye uno de los motivos principales de investigación clínica[5]. En este caso, las variables clínicas más frecuentes son: incontinencia a líquidos, fraccionamiento de la defecación y urgencia defecatoria[5].

La incidencia es variable en función de múltiples factores y de la definición de incontinencia fecal. Diferentes estudios hablan de hasta un 10,8% entre la población adulta, una incidencia similar a la de la diabetes mellitus[6], entre el 1.4% y el 18% para la The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence[2]. Junto con el sentimiento de vergüenza y el impacto en la calidad de vida de aquellos que lo padecen, hace que sea difícil cuantificar el número de pacientes que la padecen y el grado de afectación de esta.

No se han encontrado diferencias en el riesgo de disfunción intestinal de los pacientes, después de un tratamiento de radioterapia[7],[8]. Pero a menudo no se traslada esta información y en general, rara vez se evalúa la incontinencia fecal, aunque los síntomas pueden tener un impacto devastador en la calidad de vida del paciente[9], debido a la vergüenza, el estigma social y el cambio de vida que supone, lo que conlleva una prevalencia subestimada. Solo el 27.2% de los pacientes, hablarán de la IF con su médico, y el 12,4% de los médicos abordarán este tema con los pacientes[10].

Estimaciones aproximadas sugieren que se asocia con una repercusión sociosanitaria sustancial, particularmente en pacientes que requieren cirugía. El retraso diagnóstico-terapéutico en los pacientes con incontinencia fecal, es multifactorial, pero sin duda uno de los motivos radica en los circuitos de atención sanitaria[9].

Los trastornos funcionales afectan a un 30 a 90% de los pacientes tratados por cáncer de recto mediante RTM, donde coexisten trastornos intestinales, sexuales y urinarios[11],[12]. Alrededor de 45% de los pacientes presentan compromiso intestinal mayor definido como cualquier alteración que afecta la calidad de vida en forma significativa[13]. Además, entre un 10 a 35% de los pacientes, presentan síntomas urológicos y sexuales destacando entre los más frecuentes la incontinencia de orina, disfunción eréctil, eyaculación retrógrada y dispareunia[14,15].

Aunque un examen físico detallado es un componente esencial de la evaluación de pacientes con incontinencia fecal[2], existen varias escalas para evaluar la IF[16], destacando la escala Wexner, escala LARS o la escala Bristol[16]. Para valorar la calidad de vida del paciente, destaca el cuestionario FIQL[10].

El tratamiento de la IF es multidisciplinar, interviniendo cirujanos, fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras. Es necesario trabajar en distintos aspectos, como prácticas de cuidado personal, hábitos intestinales, medicamentos, dieta, ejercicio regular y ejercicio del suelo pélvico para mejorar los hábitos intestinales. Se debe proporcionar información suficiente sobre posibles cambios postoperatorios en los hábitos intestinales antes de la cirugía[17].

Según la afectación, grado de molestias e impacto en la calidad de vida se valorarán las diferentes alternativas de tratamiento (Figura 1).

Figura1: Enfoque escalonado propuesto para el tratamiento de la disfunción intestinal[18].

Revist@SEDE
Número 04. Junio 2023

El manejo conservador de la incontinencia debe ofrecerse, a priori, a todos los pacientes y especialmente a los que tengan un hábito defecatorio anómalo: por alteración de la consistencia de las heces, por alteración en la frecuencia defecatoria o simplemente, por alteración en el control de eliminación de los gases. El porcentaje de pacientes que responden a estas medidas higiénico-nutricionales implantadas, todavía no se encuentra documentado, pero en la práctica, se evidencia un grado satisfactorio en su calidad de vida y manejo de la IF.

Las enfermeras tienen un papel importante en la educación y el apoyo continuo a los pacientes y sus familias, estableciendo un ambiente de confianza donde el paciente se encuentre cómodo para poder detallar su problema. En muchos casos, los pacientes pueden beneficiarse de la derivación a una consulta monográfica de ostomía formada por enfermeras que ya conocen a través de su ostomía y con formación especializada, donde se atienda a pacientes con IF o riesgo de padecerla tras ser intervenidos de un tumor de Recto con o sin ostomía. Ofreciendo así, al paciente, un apoyo emocional y clínico, hasta la resolución o atenuación de los síntomas de la IF, siendo la clave del éxito la adherencia a corto y largo plazo.

Ya, en una encuesta realizada en España en 2009 a todos los hospitales de la red pública del estado español para conocer la actitud y opinión de los especialistas en cirugía general y gastroenterología se obtuvieron unos resultados: de 99 encuestas cumplimentadas (65 de especialistas en cirugía general y digestiva y 34 de gastroenterología). Solo el 41,8% utiliza sistemáticamente un diario defecatorio para la evaluación de estos pacientes. El 85,5% de los sujetos encuestados consideran que lo que debería mejorar es que los sistemas de evaluación fueran universalmente aceptados por todos los especialistas y el 98,9%, que sería de gran utilidad realizar un plan de información para el uso homogéneo de sistemas de evaluación de pacientes con incontinencia fecal en España[19].

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, descriptivo y transversal en dos fases.

Población diana: pacientes intervenidos de forma programada de Recto con estoma de protección que posteriormente se les cerrará el estoma y los pacientes sin estoma previo que puedan presentar o presenten IF.

El programa estará basado en dos fases, una primera fase es la del diseño y elaboración del programa que a su vez se subdivide en búsqueda bibliográfica y grupo de expertos, y una segunda fase de implementación en la consulta monográfica de ostomía del hospital.

En la fase de diseño, tras la revisión bibliográfica en busca de instrumentos y escalas de medición de la IF más actualizados, el grupo de expertos del centro hospitalario las valorará para su posterior utilización. Dicho grupo, reunirá de forma periódica para opinar y debatir los puntos clave que va a tener el programa (escalas elegidas para valoración y momento de cumplimentación, número de visitas del programa, funciones de cada profesional y tratamientos a establecer), los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes, lugar de la consulta y captación de los pacientes.

La fase de implementación es la puesta en marcha del programa de IF en el hospital.

El programa consta de ocho visitas programadas durante un año de seguimiento tras el cierre del estoma. Las visitas a demanda y/o derivadas por cirugía se considerarán suplementarias al seguimiento del paciente en el programa, pudiéndose alargar el alta del paciente. En este caso, la encuesta de satisfacción se pasará cuando se termine la consulta que motivó la cita del paciente. Al final de la última visita de seguimiento, se le pasará una única encuesta de satisfacción al paciente elaborada específicamente por el grupo de trabajo, para ver el grado de satisfacción del programa para analizar posteriormente las mejoras o cambios de este.

RESULTADOS: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

Las visitas en la consulta de ostomía están determinadas en función de un diagrama de flujo para el programa de IF **(figura 2)** y se detalla en el siguiente cuadro:

RevistaSEE
Número 04. Junio 2023

1ªVISITA	**El paciente ostomizado ya tiene fecha para la intervención de cierre de su ostomía.** **Resolución de dudas sobre la futura cirugía, enseñanza de los ejercicios de Kegel[20] para que los realice en el domicilio e información de la secuencia de citas tras la cirugía con la finalidad de detectar una posible incontinencia fecal y si esta aparece, tratarla.**
2ªVISITA	A los 15 días tras el alta hospitalaria del cierre del estoma. El objetivo de esta visita es recoger información relacionada con alimentación, fármacos y rutinas defecatorias, que nos pueda hacer sospechar de una posible incontinencia tanto para gases como para heces. En la exploración física: inspección ocular en búsqueda de ropa signos de soiling, cicatrices perianales, heridas obstétricas o lesiones dérmicas, fístulas, hemorroides, prolapsos o dermatitis. Valorar el tono del esfínter anal, tanto en reposo como en la contracción voluntaria, la presencia de masas, heces impactadas, cicatrices, prolapsos[21]. Se entregar un diario defecatorio al paciente para que recoja de forma sistemática y diaria información sobre sus deposiciones ;recomendaciones dietéticas en función del patrón intestinal del paciente[22].
3ªVISITA	A los 15 días de la visita anterior. Si el paciente nos comunica episodios de IF a pesar de las recomendaciones dadas en la visita anterior, le informaríamos sobre diferentes medicamentos que ayudan en la continencia fecal, como suplementos de fibra (metilcelulosa y plantago ovata), Antidiarreicos: (loperamida), Laxantes osmóticos: (lactulosa, macrovol), Antidepresivos:(amitriptilina), Microenemas y supositorios de Glicerina[23]. Entrega de cuestionarios al paciente: LARS y FIQL
4ªVISITA	Al mes de la anterior (2 meses de la cirugía) haciéndola coincidir con la primera visita programada por parte de cirugía tras el cierre del estoma. Si el paciente no presenta ningún grado de IF, se le dará cita en cinco meses de forma programada (visita nº 6). En los pacientes que precisen un tratamiento farmacológico para el control las heces, se le dará una cita programada en dos meses (visita nº 5) para valorar la efectividad de la incorporación de los nuevos fármacos.
5ªVISITA	A los dos meses de la visita anterior, coincidiendo con la segunda visita del cirujano (cuatro meses desde la cirugía). Si el paciente manifiesta una incontinencia tras cuatro meses de la cirugía, es difícil que desaparezca sin tratamientos más avanzados. El paciente será susceptible de la estimulación del nervio tibial, indicado en casos de IF establecida, especialmente en urgencia defecatoria o IF de urgencia tengan o no lesión esfinteriana[24].
6ªVISITA	Tiene lugar a los siete meses del cierre de estoma. Se valora a los pacientes que en la visita nº 4 no tuvieran ningún signo de IF y los pacientes en seguimiento por estimulación del tibial posterior que hayan terminado los tres meses de tratamiento de este. Al paciente se le vuelve a pasar los cuestionarios LARS y FIQL (como en la visita nº 3). Tras la recogida de datos, puede pasar varias cosas: -El paciente sigue sin tener problemas de IF. Se le da cita programada del año (visita nº 8). -El paciente ha tenido una respuesta satisfactoria a la técnica del tibial posterior. Se le da cita programada al año de la cirugía (visita nº 8). -El paciente sigue con problemas defecatorios a pesar de la técnica del tibial, se derivará a cirugía para ser reevaluado.
7ªVISITA	Al mes de la visita anterior, tras valoración por cirugía (visita de los 8 meses). Dependiente de la decisión médica, las alternativas en esta visita son: -Si el cirujano considera que el paciente puede seguir beneficiándose de la técnica del tibial, se ampliará el número de sesiones. -Si el cirujano considera que más sesiones de tibial fuesen innecesarias, se plantearía la irrigación transanal, derivando al paciente a visita para irrigación.
8ªVISITA	Tiene lugar al año de la cirugía (12 meses) tras la cuarta visita de cirugía. Si el paciente sigue con disfunción intestinal, se darán las siguientes citas en función de la reevaluación y acciones a seguir por cirugía. Si el paciente, no presenta IF o esta está controlada, se le dará de alta en la consulta de ostomía, proporcionándole un informe de todo el seguimiento realizado y una encuesta de satisfacción anónima, para valorar el servicio realizado por parte de la estomaterapeuta durante el seguimiento del programa

Tabla 1: Visitas programadas

RevistaSEDE
Número 04. Junio 2023

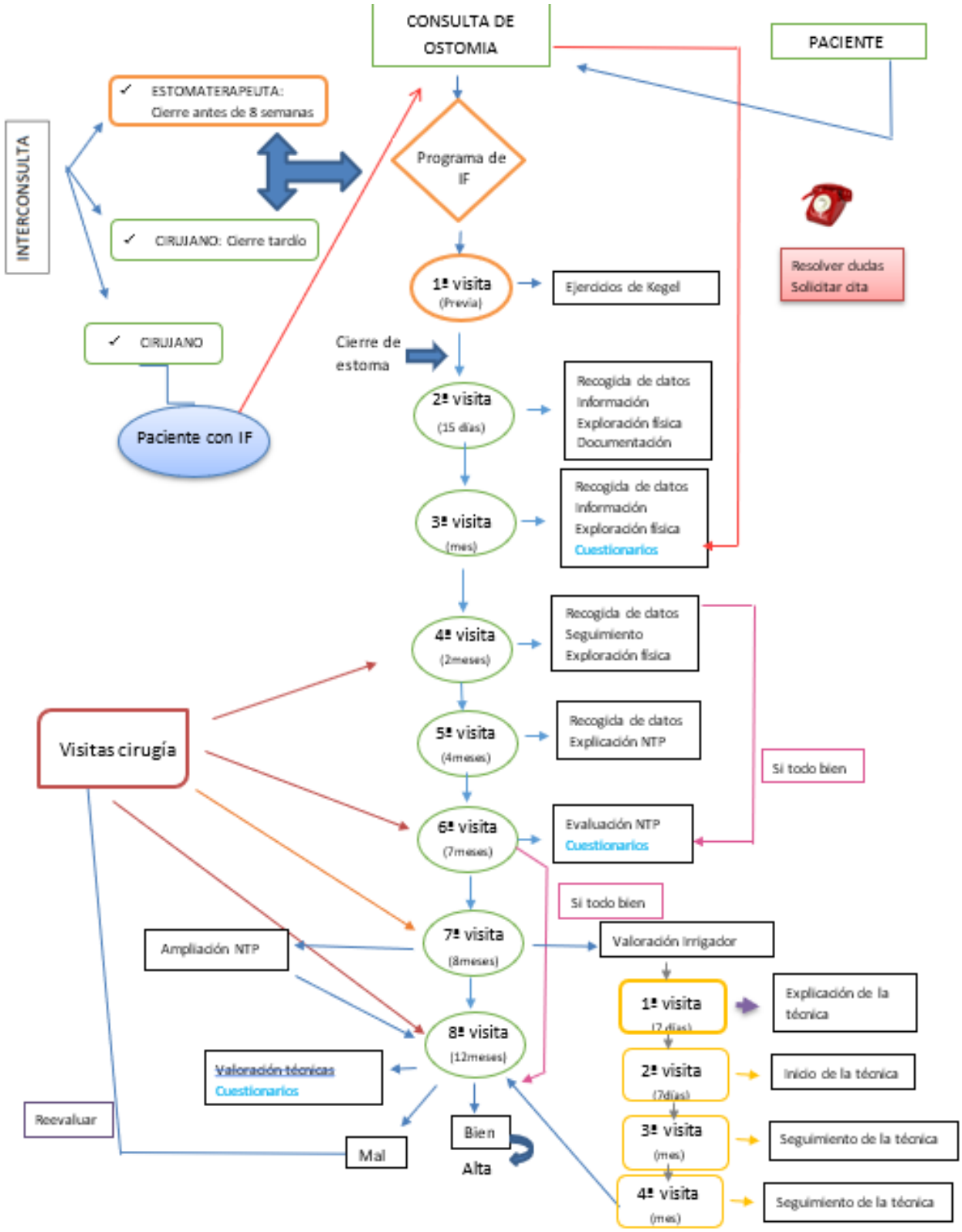

Figura 2: Diagrama de flujo

Revist@SEDE
Número 04. Junio 2023

VISITA PARA IRRIGACIÓN:

Consta de cuatro visitas para el adiestramiento del paciente en el uso de la irrigación transanal (IT). IT consiste en la introducción de un volumen variable de agua a través de un dispositivo anal con balón, que permite el posterior vaciamiento del colon. Aunque fue ideada para el uso de patología medular, ha pasado a ser una buena opción de tratamiento para determinados pacientes con incontinencia fecal o estreñimiento de causa orgánica o funcional[25].

VISITA DERIVADA POR CIRUGÍA:

Pacientes no portadores de ostomía ostomía que tras una visita con el cirujano, este considera que podría beneficiarse del programa de IF.

En este caso, el cirujano realiza una interconsulta a la consulta de ostomía, especificando el motivo de la derivación y el tratamiento a realizar en la misma.

Según la valoración del cirujano, este establecerá un programa específico de visitas para ese paciente.

VISITA A DEMANDA:

Pacientes que directamente a través del teléfono, se ponen en contacto con la consulta para solicitar una cita presencial, porque tengan dudas o complicaciones del tratamiento o pacientes que no están en seguimiento actual pero demanden una nueva valoración.

CONCLUSIONES

La actividad de autocuidado debe fomentarse para que los pacientes puedan adaptarse adecuadamente a los cambiantes hábitos intestinales. Las enfermeras tienen un papel importante en la educación y el apoyo continuo a los pacientes y sus familias, estableciendo un ambiente de confianza donde el paciente se encuentre cómodo para poder detallar su problema. En muchos casos, los pacientes pueden beneficiarse de la derivación a una consulta monográfica de ostomía formada por enfermeras que ya conocen a través de su ostomía y con formación especializada, donde se atienda a pacientes con IF o riesgo de padecerla tras ser intervenidos de un tumor de Recto con o sin ostomía. Ofreciendo así, al paciente, un apoyo emocional y clínico, hasta la resolución o atenuación de los síntomas de la IF, siendo la clave del éxito la adherencia a corto y largo plazo.

La implementación de este programa permitirá mayor cobertura asistencial de las actividades en el propio centro sanitario, unificación de criterios en el tratamiento de los pacientes con IF y mayor desarrollo profesional de las personas que trabajan en el bienestar de las personas incontinentes.

Los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción entregadas a los pacientes permiten evaluar la satisfacción percibida del paciente y establecer unas directrices de mejoras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sharma A, Yuan L, Marshall RJ, Merrie AEH, Bissett IP. Systematic review of the prevalence of faecal incontinence. Br J Surg 2016;103(12):1589-97.
2. Paquette IM, Varma MG, Kaiser AM, Steele SR, Rafferty JF. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guideline for the Treatment of Fecal Incontinence. Dis Colon Rectum 2015;58(7):623-36.
3. Whitehead WE, Wald A, Norton NJ. Treatment options for fecal incontinence. Dis Colon Rectum 2001;44(1):131-42.
4. Claudio Wainstein G, Rodrigo Quera P, Maria Isabel QG. Incontinencia fecal en el adulto: Un desafio permanente. Rev Médica Clínica Las Condes 2013;24(2):249-61.
5. Bryant CL, Lunniss PJ, Knowles CH, Thaha MA, Chan CL. Anterior resection syndrome. Lancet Oncol 2012;13(9):e403-8.
6. Bharucha AE, Dunivan G, Goode PS, Lukacz ES, Markland AD, Matthews CA, et al. Epidemiology, Pathophysiology, and Classification of Fecal Incontinence: State of the Science Summary for the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop. Am J Gastroenterol 2015;110(1):127-36.
7. Bregendahl S, Emmertsen KJ, Lous J, Laurberg S. Bowel dysfunction after low anterior resection with and without neoadjuvant therapy for rectal cancer: a population-based cross-sectional study. Colorectal Dis 2013;n/a-n/a.
8. McLachlan SA, Fisher RJ, Zalcberg J, Solomon M, Burmeister B, Goldstein D, et al. The impact on health-related quality of life in the first 12 months: A randomised comparison of preoperative short-course radiation versus long-course chemoradiation for T3 rectal cancer (Trans-Tasman Radiation Oncology Group Trial 01.04). Eur J Cancer 2016;55:15-26.

9. Muñoz-Duyos A, Lagares-Tena L, Vargas-Pierolas H, Rodón A, Navarro-Luna A. Circuito de alta resolución en el diagnóstico de la incontinencia fecal. Satisfacción de los pacientes. Cir Esp 2017;95(5):276-82.
10. Aitola P, Lehto K, Fonsell R, Huhtala H. Prevalence of faecal incontinence in adults aged 30 years or more in general population. Colorectal Dis 2009;12(7):687-91.
11. Ridolfi T, Berger N, Ludwig K. Low Anterior Resection Syndrome: Current Management and Future Directions. Clin Colon Rectal Surg 2016;29(03):239-45.
12. Juul T, Ahlberg M, Biondo S, Espin E, Jimenez LM, Matzel KE, et al. Low Anterior Resection Syndrome and Quality of Life. Dis Colon Rectum 2014;57(5):585-91.
13. Emmertsen KJ, Laurberg S. Impact of bowel dysfunction on quality of life after sphincter-preserving resection for rectal cancer. Br J Surg 2013;100(10):1377-87.
14. Adam JP, Denost Q, Capdepont M, van Geluwe B, Rullier E. Prospective and Longitudinal Study of Urogenital Dysfunction After Proctectomy for Rectal Cancer. Dis Colon Rectum 2016;59(9):822-30.
15. Ozgen Z, Ozden S, Atasoy BM, Ozyurt H, Gencosmanoglu R, Imeryuz N. Long-term effects of neoadjuvant chemoradiotherapy followed by sphincter-preserving resection on anal sphincter function in relation to quality of life among locally advanced rectal cancer patients: a cross-sectional analysis. Radiat Oncol 2015;10(1):168.
16. Monrroy H, Flández J. Clasificaciones en Gastroenterología Escalas de evaluación en incontinencia fecal Assessment' scales for faecal incontinence motivo. 2016.
17. 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 escala LARS (low anterior resection score). Cir Esp 2016;94(3):137-43.
18. Emmanuel A V, Krogh K, Bazzocchi G, Leroi AM, Bremers A, Leder D, et al. Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults. Spinal Cord 2013;51(10):732-8.
19. Parés D, Pera M, Cartanyà A, Delgado-Aros S, De Miguel M, Ortiz H, et al. Resultados de una encuesta nacional dirigida a especialistas sobre la evaluación clínica de pacientes con incontinencia fecal. Cir Esp 2009;86(3):154-8.
20. Robles M del PM, Martínez CA, Jiménez PMM. Efectividad de los ejercicios de Kegel como tratamiento fisioterápico en las disfunciones del suelo pélvico. Rev Sanit Investig 2022;3(9):103.
21. Peromingo JM, Couso MR. ESTREÑIMIENTO E INCONTINENCIA FECAL. En: TRATADO de GERIATRÍA para residentes. Madrid: página 161-8.
22. Avances y futuro del tratamiento de la incontinencia fecal | Lector mejorado de Elsevier [Internet]. [citado 2023 ene 3];Available from: https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864013701573?token=B6B1B7603EC9FD0AB881CE7CA63F9106407DA0C7297D0DA5C3C4EE214E51E67ABFEFE8BE1FCD03ACE59BC86333FA3741&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230103154756
23. López JT, Orgaz AC, Martín JLM. REVISIÓN: INCONTINENCIA FECAL (II): TRATAMIENTO. Rev ACIRCAL 2017;4(3):7.
24. Bosch-Ramírez M, Sánchez-Guillén L, Alcaide-Quirós MJ, Aguilar-Martínez MM, Bellón-López M, López Delgado A, et al. Long-term efficacy of percutaneous tibial nerve stimulation for faecal incontinence and a new approach for partial responders. Tech Coloproctology [Internet] 2022 [citado 2023 ene 3];Available from: https://link.springer.com/10.1007/s10151-022-02711-z
25. Nasher O, Hill RE, Peeraully R, Wright A, Singh SJ. Peristeen © Transanal Irrigation System for Paediatric Faecal Incontinence: A Single Centre Experience. Int J Pediatr 2014;2014:1-4.

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