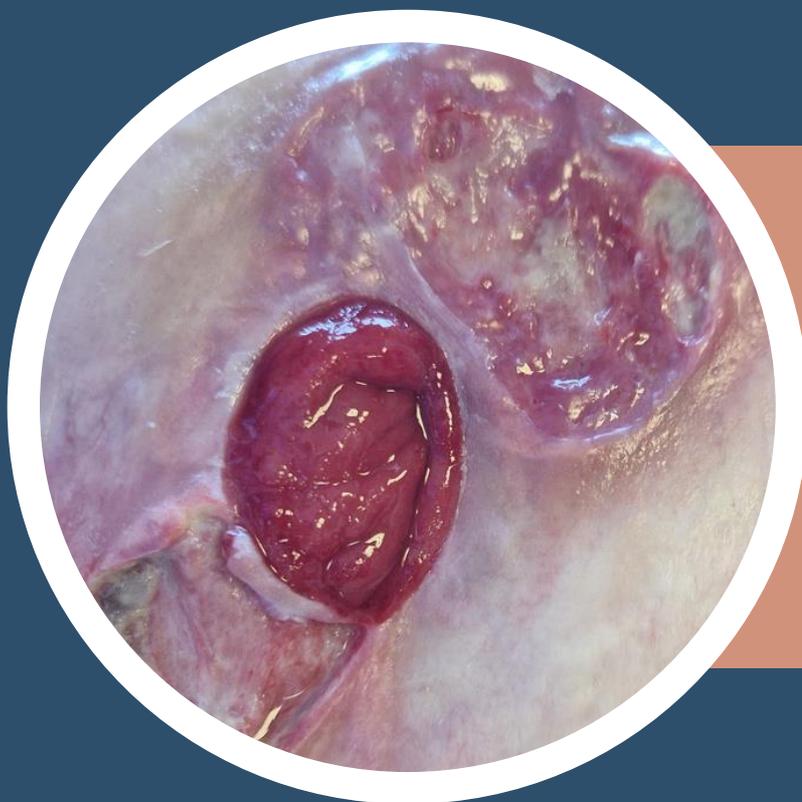


**NÚMERO 05
DICIEMBRE 2023**



REVISTA SEDE

ARTÍCULOS:

- Intervenciones enfocadas a la prevención de la formación de una eventración paraestomal en personas con ostomías de eliminación
- Proceso de atención enfermera a un paciente portador de colostomía terminal con dehiscencia de estoma. A propósito de un caso
- Úlcera satélite en ureteroileostomía: A propósito de un caso

EDITA:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
EXPERTA EN ESTOMATERAPIA

ISSN:

2792-8462

Comité Editorial

DIRECTORA

M^a Inmaculada Pérez Salazar

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

SUBDIRECTORA

M^a Carmen Vázquez García

Diplomada en Enfermería. Enfermera Experta en Estomaterapia. Autora del Manual Cuidados en Ostomías. Edit. Aula DAE. Madrid en 2009 Actualización del Manual Cuidados en Ostomías. Edit. Aula DAE. Madrid en 2015. Máster De Enfermería en Coloproctología. Enfermera Estomaterapeuta de la Gerencia de Atención Integrada de Albacete

COMITÉ ASESOR

M^a Jesús Bernarte Sorribas

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

Marta Pérez García

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

Patricia Ferrero Sereno

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

Virginia García Moreno

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

Inés Naranjo Peña

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

Margarita Poma Villena

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

Índice

Comité Editorial

Pág. 2

Artículo 01 - Intervenciones enfocadas a la prevención de la formación de una eventración paraestomal en personas con ostomías de eliminación

Pág. 4

Artículo 02 - Proceso de atención enfermera a un paciente portador de colostomía terminal con dehiscencia de estoma. A propósito de un caso

Pág. 15

**Artículo 03 - Úlcera satélite en ureteroileostomía:
A propósito de un caso**

Pág.21

Felicitación Navideña

Pág. 26

Normas de Presentación

Pág. 27

Hazte Socio

Pág. 30

INTERVENCIONES ENFOCADAS A LA PREVENCIÓN DE LA FORMACIÓN DE UNA EVENTRACIÓN PARAESTOMAL EN PERSONAS CON OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN

Victoria Alejandra López Callejón. Hospital Clínico Valencia.

alejandralopezcallejon@outlook.es

RESUMEN

CASO

Hombre de mediana edad, con estilo de vida sedentario, diagnosticado Crohn, al que se le practica una colostomía.

OBJETIVO

Identificar las intervenciones consensuadas de autocuidado del paciente, basadas en la evidencia, con criterios de implementación y evaluación, destinadas a la prevención de eventraciones paraestomales, y las destinadas a la afrontamiento eficaz de la misma en caso de aparición.

METODOLOGÍA

1. Búsqueda bibliográfica de evidencia científica a través de formulación de preguntas clínicas, localización de información, contextualización, (lectura crítica y síntesis de evidencias), implementación y evaluación, siguiendo el modelo PRAXIS: buscando la interconexión de la evidencia científica con el conocimiento tácito de la enfermera clínica, educando en prevención de complicaciones e involucrando al paciente a través de investigación-acción participativa: compartencia.

2. Recogida de datos de grupo focal: Entrevista grupal para identificación de conocimientos, habilidades y actitudes que determinarán las recomendaciones de autocuidado.

RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA

Establecer relación de confianza con estomaterapeuta, fomentar interrelaciones entre personas ostomizadas, educación de ejercicios de rehabilitación abdominal, recomendacio-

nes dietéticas y trato holístico de la persona ostomizada.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Acceso fácil a la enfermera especialista en ostomías, participación en grupos de apoyo, realización y registro de ejercicios diario, realización y registro de dieta diario, posibilidad de atención por parte de otros especialistas.

PALABRAS CLAVE

Estoma, Hernia Paraestomal, Prevención, Rehabilitación Abdominal, Ejercicio Complicaciones Ostomías, Gasto Sanitario.

TITLE

Interventions aimed at to avoid the formation of a parastomal eventration in people with removal ostomies

AUTHORSHIP

Victoria Alejandra López Callejón. Hospital Clínico Valencia.
alejandralopezcallejon@outlook.es

ABSTRACT CASE

Example of a middle-aged man, with a sedentary lifestyle, who undergoes a Colostomy because of his Crohn disease.

OBJECTIVE

Identify the consensual interventions for patient self-care, based on evidence, with implementation and evaluation criteria, aimed at the prevention of peristomal hernias.

METHODOLOGY

1. Bibliographic search of scientific evidence through formulation of clinical questions, location of information,

contextualization (critical reading and evidence synthesis), implementation and evaluation, following the PRAXIS model, that is, seeking the interconnection of scientific evidence with the tacit knowledge of the clinical nurse, educating in the prevention of complications and involving the patient through participatory-action-research (compartment).

2. Collection of focus group data: Group interview to identify the knowledge, skills and attitudes that will determine the self-care recommendations.

GOOD PRACTICE RECOMMENDATIONS

Establish a relationship of trust with a stoma therapist, promote interrelationships between ostomized people, education on abdominal rehabilitation exercises, dietary recommendations and holistic treatment of the ostomized person.

SELF-CARE PRACTICES

Easy access to the ostomy specialist nurse, participation in support groups, performance and recording of daily exercises, performance and recording of daily diet, possibility of care by other specialists.

KEYWORDS

Stoma, peristomal hernia, prevention, abdominal.

INTRODUCCIÓN

Prevalencia

Se estima que algo más de la mitad de las personas con ostomía va a presentar complicaciones, siendo un 42% cutáneas, un 50% hernias paraestomales¹ y el 8% restante corresponde a otros tipos menos frecuentes pero igualmente relevantes².

El riesgo de formación de hernia paraestomal aumenta con el tiempo; así, el 48% de las hernias aparecen en menos de un año después de su confección, mientras que el resto surgirán tras el primer año³.

La persona con colostomía permanente desarrollará una hernia más comúnmente (55-58%) que aquella con ileostomía permanente (25-28%) o con urostomía (5 a 10%).

Por otro lado, las colostomías temporales en asa son menos propicias a la aparición de hernia que las terminales³.

Justificación

En las consultas de estomaterapia encontramos un alto porcentaje de pacientes que han desarrollado una hernia paraestomal en los primeros seis meses tras la cirugía, con diagnóstico diferencial observacional o por pruebas complementarias⁴.

Esta complicación dificulta la fijación del dispositivo, aumenta la probabilidad de aparición de prolapso y puede cursar con dolor u otras complicaciones, (estrangulación del estoma, isquemia, fistulización, perforación u obstrucción intestinal)⁵, así como problemas estéticos o visión limitante: Repercusión negativa en su estilo de vida⁶.

Por otro lado, la aparición de una hernia paraestomal incrementa el número de dispositivos y accesorios para el cuidado del estoma, el número de visitas a urgencias, a la consulta de Estomaterapia, de Cirugía General o de Urología y en ciertos casos se requiere reintervención quirúrgica. Esto supone un impacto económico al sistema nacional de salud considerable⁷.

Las alternativas técnicas ante la eventración paraestomal complicada, son la herniorrafia primaria, la reubicación del estoma más reparación de la hernia paraestomal y la reparación con malla protésica del defecto herniario⁸.

Teniendo en cuenta que los factores de riesgo de formación de hernia son muy numerosos, (EII, obesidad, sedentarismo, desnutrición, diabetes, EPOC, ascitis, cronicidad de corticosteroides, edad avanzada, infección estomal...), entendemos que la atención al futuro ostomizado debe comenzar desde el momento en que la enfermedad es diagnosticada y continuar en todo su proceso⁹.

Un buen asesoramiento sobre actividad física contribuye a la prevención de hernias paraestomales¹⁰ y mejora la calidad de vida, autosuficiencia y autonomía en el cuidado de su estoma¹¹.

Objetivos:

Objetivo primario

Identificar las intervenciones consensuadas de autocuidado del paciente, basadas en la evidencia, con criterios de implementación y evaluación, destinadas a la prevención de hernias paraestomales.

Objetivos secundarios

1. Reducir el riesgo de formación de hernia paraestomal.
2. Prevenir el Trastorno Adaptativo ante la aparición de una hernia paraestomal¹²
3. Lograr un afrontamiento eficaz en caso de aparición de hernia paraestomal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de mediana edad sin antecedentes médicos relevantes, con clínica de 10 años de náuseas, vómitos y distensión abdominal, dolores cólicos, diarrea, urgencia y sensación de defecación incompleta.

Se diagnostica enfermedad de Crohn, y a pesar de la medicación continua con los síntomas y refiere una pérdida de peso continua y considerable; en una TC se revela un engrosamiento del íleon terminal y varios trayectos fistulosos, y ante tales hallazgos, se decide intervenirle para extirpar la parte dañada y confeccionar una colostomía tipo Hartmann.

De manera multidisciplinar, al paciente se le instruye a nivel nutricional y en cuanto a rehabilitación abdominal para prevenir la formación de hernias.

No presenta signos de trastorno adaptativo y es completamente autónomo, aunque se detecta que no hay adherencia a las recomendaciones recibidas.

En una cita rutinaria, se le identifica una hernia paraestomal mediana, que no cursa con dolor y no afecta al tránsito intestinal. Dice sentirse con la autoestima baja y muestra evidencias claras de que la hernia le afecta a la visión de sí mismo. Ha decidido no mantener relaciones con su mujer por vergüenza. También presenta dificultades en cuanto a la fijación de su dispositivo que antes no tenía.

El cirujano decide esperar antes de intervenirle la hernia, pues piensa que si no aumenta de tamaño, le colocará una

mallita durante la propia cirugía de reconstrucción.

A las dos semanas, acude a puertas de Urgencias con la eventración gigante, tiene mucho dolor y se ha llegado a desvanecer en casa. Reconoce haber cargado con garrafas de agua desde el supermercado hasta su casa, en una distancia de medio km.

Rafael deberá ser intervenido de urgencia para resolver esa hernia, antes de su intervención de reconstrucción del tránsito intestinal.

PREGUNTA PICO

¿Cuáles son las intervenciones que repercuten de manera directa en la prevención de aparición de hernias periestomales, en un paciente portador de una ostomía de eliminación?

BÚSQUEDA EVIDENCIAS

Bases de datos consultadas: SCIELO, PUBMED, Google Académico, LILACS, MEDLINE

Términos de búsqueda: Hernia periestomal, rehabilitación abdominal, ejercicios, core abdominal, complicaciones ostomías, fisioterapia abdominal.

Años: 1984-2021.

Idiomas: Español, Inglés, Portugués.

Documentos seleccionados: 10.

Instrumentos de lectura crítica:

CASPe para Estudio cualitativo fenomenológico¹³, Follow Up quality data^{10,14}, Exploratorio cualitativo¹⁵ y Bibliométrico¹⁶. Parámetros principales utilizados: “Se definen de forma clara los objetivos”, “El método de investigación es adecuado”, “La estrategia de selección de pacientes es adecuada”, “El análisis de datos es riguroso” y “La exposición de resultados es clara”.

CASPe para Estudio de control randomizado¹⁷. Parámetros principales utilizados: “Tema claramente definido”, “Sesgo de selección de reclutamiento no compromete la validez de los hallazgos”, “Factor de confusión sólo el socioeconómico” y “Resultados creíbles”.

Gálvez-Toro para Estudio Multicéntrico Experimental¹⁸, Quasi Experimental, Descriptivo cualitativo¹⁹ y Descriptivo, longitudinal, Observacional Retrospectivo⁷. Parámetros principales utilizados: “El problema está bien definido”, “Los

métodos de recogida de datos están identificados con claridad”, “Hay recomendaciones aplicables a la Práctica Clínica”, “Son válidas y fiables las narraciones del estudio”, “Se pueden extraer recomendaciones de la narración” y “Los hallazgos son aplicables a la práctica, transferibles a otros conceptos”.

Recomendaciones de la Buena Práctica (RBP) identificadas: 5 Validación ciudadana: 3 pacientes expertas identificaron 17 prácticas de autocuidado. Valoración del resultado: Las RBP identificadas en este trabajo son ampliamente reforzadas con las prácticas de autocuidado que aportan las pacientes expertas del grupo focal con el que se ha trabajado. El problema principal detectado ha sido el de la adherencia al tratamiento, en este caso a la realización de ejercicios y al seguimiento de la dieta. Las pacientes expertas han determinado maneras prácticas y sencillas que resuelven este problema.

Por otro lado, se extrae de este trabajo la necesidad de un soporte psicológico, sexual, fisioterápico y nutricional mayor y más cercano y directo, para que el paciente pueda ser atendido de una forma multidisciplinar más holística y completa.

Líneas de investigación:

1. Efectividad de intervenciones relacionadas con la prevención de formación de hernias periestomales, tanto con la realización de ejercicios de rehabilitación abdominal, como con la de otros ejercicios tipo de suelo pélvico, Pilates, u otras indicaciones tales como la manera de manejar espasmos abdominales involuntarios (toser, estornudar, etc.) o la de levantarse y acostarse de la cama.

2. Efectividad de intervenciones dirigidas al control del tipo y cantidad de efluente del estoma, al peso y a la sensación de astenia relacionada, orientadas éstas al control y seguimiento desde el punto de vista nutricional.

3. Efectividad de intervenciones relacionadas con el afrontamiento ineficaz y trastorno adaptativo derivado, al que se enfrenta una persona a la que se le confecciona un estoma, orientadas éstas a ejercicios de Mindfulness u otros con mismos fines.

Nº	Recomendación	Artículos fuente				Resultado	Prácticas de autocuidado
		Autores	Diseño	Participantes (País)	Intervención o método		
1	Establecer un acceso fácil, cercano y de confianza entre la enfermera especialista y la persona portadora de un estoma.	Coca C, Fernandez I, Serrano R, Garcia H. Año: 2015. (14)	Multicéntrico, quasi experimental.	100 personas ostomizadas de 3 hospitales (España).	Cuestionarios previos a la intervención y posteriores hasta 3 meses después de la misma, a pacientes tratados por experta en ostomías y a pacientes no tratados por especialista.	Los pacientes que recibieron cuidados de la especialista, experimentaron mejoras significantes en su calidad de vida frente a aquellos no tratados por especialista.	C1 C2 C6 C7 H1 A1 A3 A4
		Ruiz MD, et al. Año: 2011. (15)	Estudio bibliométrico.	200 pacientes entre el último trimestre del 2012 y el primero del 2013.(España)	Entrevista analítica: Impacto psicológico antes de intervención y tras el alta, valorando atención de enfermería y de la especialista en cuanto a información, apoyo emocional y cuidados recibidos.	Las intervenciones de la especialista, repercutieron de manera directa en cuanto a la adaptación psicológica a su nueva condición de persona ostomizada.	
		Castiño L, Espinosa J, et al. Año: 2010. (16)	Estudio quasi experimental.	110 personas ostomizadas de 4 hospitales. (España).	Escala validada por los expertos, con el objetivo de analizar la intervención educativa para el regreso sus ABVD.	La intervención educativa en personas ostomizadas planificada, estandarizada y evaluada, fue fundamental para lograr su rehabilitación educativa, laboral, social y familiar.	
		Felosa, et al. Año: 2019. (19)	Estudio descriptivo cualitativo.	65 pacientes ostomizados de Brasil.	Dos grupos: pacientes que recibieron atención especialista prequirúrgica frente a los que no. Entrevistas a todos tras intervención para valorar nivel de conocimiento de estrategias de autocuidado y grado de desenvolvimiento en estrategias preventivas de complicaciones del estoma.	Los pacientes que recibieron atención especialista prequirúrgica por parte de la especialista, tenían más conocimientos en cuanto a su autocuidado y prevención de complicaciones, que aquellos que no la recibieron.	
2	Fomentar las relaciones entre personas portadoras de un estoma para compartir experiencias y lograr la autonomía de la persona ostomizada.	Martin B, Panduro RM, Crespiño Y, Rojas L, González S. Año: 2010. (17)	Estudio cualitativo fenomenológico.	21 personas ostomizadas de diferentes países.	Entrevistas semiestructuradas y análisis de las mismas según el método de Taylor- Bodgan, y observación del paciente durante el postoperatorio.	Las estrategias dirigidas a la resolución de problemas presentaron mejor respuesta que las dirigidas a paliar emociones negativas: se consideraron esenciales para lograr autonomía y ajuste socio-familiar. La relación con otros ostomizados es un factor modulador del afrontamiento.	C2 C3 A2 A3 A4
3	Apoyarse en el recurso de la U.de Fisioterapia para educación en cuanto a ejercicios orientados a la rehabilitación abdominal.	Thompson M, Trainor B. Año: 2007. (18)	Estudio Follow up quality data.	101 pacientes ostomizados con seguimiento de 2 años.	Educación en cuanto a ejercicios de rehabilitación abdominal. Cuestionario mixto de preguntas abiertas y cerradas para valorar resultados. Valoración observacional.	Reducción significativa en la aparición de hernia periestomal, en aquellos que realizaron ejercicios de rehabilitación abdominal, frente a los que no.	C4 H4 H5 H6
		Russell S. Año: 2017. (10)	Estudio follow up quality data.	10.000 pacientes ostomizados que han desarrollado una hernia periestomal.	Encuestas orientadas a consejos recibidos en cuanto a actividad física que pueden realizar. Preguntas mixtas abiertas y cerradas, con calificaciones de 3 y 5 puntos, evitando preguntas principales.	Los pacientes que desarrollaron una hernia eran menos activos físicamente que aquellos que no la habían desarrollado. Refirieron haber recibido consejos orientados a disminuir su actividad física por precaución.	
	Apoyarse en el recurso de la U.de Fisioterapia para educación en cuanto a ejercicios orientados a la rehabilitación abdominal.	Vila y Blanco JM, Buitrago E, et al. Año: 2021. (07)	Estudio descriptivo, longitudinal, observacional y retrospectivo.	370 pacientes intervenidos de hernia de pared abdominal, del 01/10/15 al 30/09/16.	Intervenciones de hernia inguinal unilateral simple, crural y umbilical, con técnica libre de tensión y material protésico.	El coste al SNS que supone la reparación quirúrgica de una hernia es significativamente mayor que el que supone realizar intervenciones preventivas de formación de las mismas, tales como ejercicios de fortalecimiento del core abdominal.	
4	Valorar de forma holística a la persona ostomizada y derivar al especialista indicado aquellas problemáticas que les correspondan.	Vanessa Damiana M et al. Año: 2021. (20)	Estudio exploratorio cualitativo.	9 personas con estoma intestinal por causa oncológica en modelo Social de Discapacidad.	Seguimiento y registro de análisis de autocuidado en dos núcleos temáticos: "Asistencia interdisciplinaria necesaria" y "Autocuidado para la rehabilitación". Se aporta información de especialistas en diferentes áreas, orientada al autocuidado y seguimiento.	El cuidado integral por parte de diferentes especialistas, favoreció el alcance de la rehabilitación y reinserción social, así como la recuperación temprana de autonomía e independencia en las ABVD.	C5 C7 H2 H4 H6
5	Facilitar recomendaciones dietéticas ajustadas a cada persona portadora de una ostomía, y adecuadas al momento particular de su proceso.	Mandy HoJ, et al. Año: 2020.(21)	Estudio control randomizado.	223 pacientes oncológicos, sobrevivientes a cáncer colorectal primario, tras 1 año desde la finalización de su tratamiento.	Intervención dietética, de actividad física o combinada, a pacientes ostomizados sin tratamiento ostostático, versus pacientes sin sometimiento a tales intervenciones.	Los que recibieron intervención dietética, experimentaron mejora significativa en cuanto a su calidad de vida. Los que recibieron la intervención de actividad física sin ajuste dietético, solo demostraron mejora significativa en el índice de utilidad SF-6D y en cuanto a su forma física.	C5 H2 H3

RECOMENDACIONES BUENA PRÁCTICA

RBP 1: Establecer un acceso fácil, cercano y de confianza entre la enfermera especialista y la persona portadora de un estoma.

La manera más eficaz para conocer el grado de impacto psicológico que le supone a una persona el hecho de portar un estoma, es la entrevista analítica.

La entrevista deberá ser personalizada, ajustada a la condición sociocultural del paciente y a su grado de salud. La enfermera especialista deberá realizar una escucha activa, en la cual formulará preguntas abiertas al paciente, permitirá que éste hable con libertad de sus preocupaciones y consensuará el orden de las prioridades y la manera de abordar cada una de ellas^{20,21}.

Puede ser apoyada ésta recurriendo a la Escala de Autoestima de Rosenberg, que evalúa el grado de Trastorno Adaptativo, y el Cuestionario Montreux de Calidad de Vida en personas ostomizadas.

Es fundamental una primera cita previa a la cirugía, para poder determinar los diagnósticos de enfermería de manera precoz y establecer objetivos junto con la persona que va a ser intervenida¹⁹. Se le aportará toda la información disponible en cuanto al manejo y cuidado de su estoma, y se le informará sobre las posibles alteraciones en sus actividades básicas de la vida diaria que pudieran surgir tras el quirófano.

Se buscarán estrategias para abordar todas estas cuestiones de la manera más efectiva y cómoda para el paciente y se le ofrecerá apoyo psicológico.

De igual manera, para facilitar la accesibilidad, se le programarán citas de revisión posquirúrgicas y la enfermera especialista realizará un seguimiento telefónico proactivo del paciente al alta. Se le facilitará un número de contacto directo con la especialista para que pueda resolver dudas o solicitar citas a demanda, y se le facilitará una dirección de correo electrónico, de manera que la persona podrá enviar fotos de su estoma. Los siguientes criterios de evaluación indicarán si la persona siente que tiene un acceso fácil, cercano y de confianza con la enfermera especialista:

a) La persona verbaliza y muestra con lenguaje no verbal tranquilidad y seguridad en cuanto a su seguimiento por parte de la especialista²².

b) La persona siente que todas sus preguntas han sido respondidas de forma satisfactoria²³.

c) Las escalas Rosemberg y Montreux varían a mejor puntuación del inicio de la entrevista al final de esta.

RBP 2: Fomentar las relaciones entre personas portadoras de un estoma para compartir experiencias y lograr la autonomía de la persona ostomizada.

Las entrevistas semiestructuradas y la observación directa de la persona ostomizada, así como las interacciones grupales planificadas, son las medidas más efectivas para recabar datos en cuanto al impacto en la adaptación psicológica a su nueva situación de persona ostomizada. De igual manera, con estas intervenciones se puede medir cualitativa y cuantitativamente el grado de mejoría en cuanto al cuidado y aseo de su estoma, así como a la prevención de posibles complicaciones²⁴.

Se le ofrecerá a la persona recién ostomizada, en un principio, la posibilidad de recibir una visita de un paciente experto, (intervención espejo o entre iguales), y a medio plazo la posibilidad de asistir a reuniones de grupos de apoyo organizadas por pacientes expertos²⁵.

También se le ofrecerán datos de contacto de asociaciones de pacientes ostomizados, y se le estimulará a que participe en reuniones con miembros de la familia o personas de apoyo junto a la enfermera especialista en ostomías²⁶.

Se le estimulará a que participe, siempre dentro de su comodidad, e incluso a que aporte aquellos consejos que ha determinado como válido¹⁶. De esta manera se buscará que el paciente se sienta autónomo, cuidado, comprendido y útil²⁷.

Se le informará de todas las citas de reuniones por haber, y se le acompañará, presencialmente o por teléfono, en su presentación inicial al grupo en cuestión, para estimular la integración de la persona al mismo y aportar seguridad.

Los siguientes criterios de evaluación indicarán si la persona se siente más autónoma y acepta mejor su situación, tras participar en reuniones de personas ostomizadas: a) Tanto en la visita del paciente experto, como en las reuniones de los grupos de expertos, la persona participa activamente, ya sea preguntado, narrando su experiencia o aportando ideas propias. b) La persona verbaliza su satisfacción de pertenecer ya sea al programa de intervención espejo como a las reuniones de grupo de expertos.

RBP 3: Apoyarse en el recurso de la Unidad de Fisioterapia para la educación en cuanto a ejercicios orientados a la rehabilitación abdominal.

Los estudios quality data cuantitativos y los estudios descriptivos observacionales, son ideales para valorar la efectividad de la realización de ejercicios de rehabilitación abdominal, en cuanto a la reducción de la incidencia de aparición de hernias periestomales, frente a aquellas personas que no los realizan.

A la persona a la que se le ha confeccionado un estoma, se le facilitará una serie de ejercicios contrastados, siempre y cuando cumpla los criterios de inclusión para poder realizarlos¹³. Se le dará un cuaderno de recogida de datos y se valorará la aparición de hernia periestomal por observación o a través de una TAC.

Se contactará con la Unidad de Fisioterapia, quienes enseñarán al paciente actividades que pueden hacer y cómo hacerlas, en lugar de centrarse en las que no pueden hacer⁹, como por ejemplo a levantarse y acostarse de la cama, a realizar ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico⁶, o a manejar los espasmos abdominales involuntarios que suceden al toser, estornudar o reírse⁹.

Todas las estrategias estarán dirigidas a la prevención de formación de una eventración periestomal⁶, pero en caso de haberla desarrollado igualmente, se informará a la Unidad de Fisioterapia, quienes enseñarán estrategias de movilidad específicas.

La enfermera especialista valorará en tal caso, en base a la aparición de síntomas asociados²⁶, tales como dolor, alteración del tránsito o cambio en la coloración de la mucosa, solicitar una interconsulta con el cirujano por si dicha eventración puede requerir una intervención quirúrgica de reducción de esta²⁷.

Los siguientes criterios de evaluación permitirán analizar la efectividad de estas interacciones: a) La persona realiza los ejercicios de rehabilitación abdominal indicados y los anota en el cuaderno de recogida de datos. b) La persona acude a sus citas con Fisioterapia y realiza las técnicas específicas. c) La persona verbaliza sentirse cómoda y más segura gracias a participar en todas las técnicas ofrecidas.

RBP 4: Valorar de forma holística a la persona ostomizada y derivar al especialista indicado aquellas problemáticas que les correspondan.

En este caso, los estudios exploratorios cualitativos se han descrito como óptimos para valorar el impacto de beneficio que supone en la capacidad de autocuidado del paciente, el haber sido atendido de forma interdisciplinar.

Se deberá acoger al paciente de forma holística, realizando un cuidado integral con el objetivo de lograr la reinserción social lo antes y mejor posible.

En la primera entrevista, se realizará una valoración integral, de manera que si la especialista detecta algún problema que pertenezca a otra especialidad, realizará una interconsulta con la Unidad correspondiente y mantendrá un seguimiento del problema en cuestión. La comunicación entre servicios será fluida¹⁵.

Se mantendrá comunicación estrecha con Atención Primaria, tanto a través de los programas informáticos de sanidad (En la Comunidad Valenciana son Gestlab para Atención Primaria, y Orion para Atención Hospitalaria), como directamente por teléfono²⁸. Al paciente se le entregará un Informe de Alta de Enfermería, que deberá entregar a enfermería de su Centro de Salud, para que desde allí se pueda realizar un seguimiento al alta, en conjunto con la enfermera estomaterapeuta del hospital²⁹.

Se le aportará al paciente de manera escrita toda la información por parte del personal especializado en diferentes áreas, orientada al autocuidado y rehabilitación temprana³⁰.

Como criterios de evaluación para medir la eficacia de estas intervenciones encontramos las siguientes:

- a) La persona ostomizada verbaliza todos aquellos aspectos de cualquier disciplina, que le preocupan o le afectan.
- b) Expresa satisfacción en cuanto a su tratamiento integral de todos sus signos y síntomas, y su lenguaje no verbal es acorde a lo que manifiesta.
- c) La persona mantiene un seguimiento con su enfermera de Atención Comunitaria.

RBP 5: Facilitar recomendaciones dietéticas ajustadas a cada persona portadora de una ostomía, y adecuadas al momento particular de su proceso.

Los estudios de control randomizados, han mostrado unos resultados satisfactorios en cuanto a los beneficios que ha supuesto el seguimiento de una dieta específica en pacientes ostomizados, frente a aquellos que no tuvieron ningún control dietético tras la intervención¹⁷.

En la primera visita posterior a la cirugía de confección de un estoma, es fundamental recabar los siguientes datos: qué parte del intestino ha sido resecada, el tamaño de la pieza extirpada, los valores de la última analítica y la consistencia del efluente del estoma, así como el débito de este.

Una vez tenemos estos datos, se deberá contactar con el equipo de Nutrición del hospital y consensuar con ellos la dieta específica que se deberá seguir.

La evaluación de la consistencia y cantidad de débito del estoma será continua, y nos aseguraremos de que al paciente le gusta la dieta, puede permitírsela, es capaz de elaborarla y no presenta problemas de ingestión. De igual manera, nos aseguraremos de que se siente enérgico y vital²². Por ello, debe haber una comunicación estrecha entre la persona ostomizada y la especialista en ostomías, para que ésta última adecúe la dieta, (o bien que contacte con

el servicio de nutrición si lo considera necesario), en función de la consistencia y cantidad del efluente, las necesidades y requerimientos particulares y en función de la vitalidad que manifieste tener la persona con la ostomía.

Los criterios de evaluación que reflejarán los beneficios de un seguimiento nutricional son:

- a) La persona ostomizada se muestra receptiva a seguir la dieta indicada.
- b) Refiere sentirse enérgica y activa.
- c) Sigue las recomendaciones nutricionales sin saltárselas.
- d) El efluente es consistente y presenta tránsito conservado.

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO

Tras una reunión con un grupo focal de tres pacientes expertas, pues portan las tres ostomía desde hace más de un año, se han identificado 17 prácticas de autocuidado, clasificadas en tres grandes grupos: Conocimientos, Habilidades y Actitudes.

Conocimientos:

C1. La persona debe saber que dispone de un contacto directo y cercano con su estomaterapeuta, a través del teléfono o por correo electrónico, pudiendo así solicitar consejo a ayuda en cualquier momento, enviar fotos del estoma e incluso solicitar cita a demanda.

C2. Debe disponer de información escrita en cuanto a los diferentes grupos de apoyo, Escuela de Pacientes y asociaciones de ostomizados, así como direcciones de páginas Web, de Instagram, Facebook y Youtube, donde se amplía información relacionada con las ostomías.

C3. Puede solicitar un encuentro con una paciente experto, (paciente espejo), con el fin de poder resolver problemas, sentirse identificado y mejorar el afrontamiento ineficaz.

C4. Debe disponer de información escrita en cuanto a ejercicios de rehabilitación abdominal, Pilates y suelo pélvico, y se reforzará la técnica junto con el equipo de Fisioterapia del hospital.

C5. Debe disponer de información escrita en cuanto a información nutricional adaptada a su situación, información sexual orientada al paciente ostomizado y ejercicios de Mindfulness, y puede solicitar

cita con el especialista indicado cuando así lo requiera para ser atendido de forma multidisciplinar. Se le aclararán dudas que pueda presentar.

C6. Debe disponer de información sobre los distintos laboratorios y productos, e información de la Sociedad Española de Expertos en Estomaterapia (SEDE) en cuanto al tipo de ostomía y cuidados adaptados de la misma. La estomaterapeuta aclarará dudas al respecto cuando así se requiera.

C7. Si la persona así lo requiere, se formará al familiar o cuidador principal sobre los cuidados del estoma y sobre todos aquellos aspectos que precise. La educación sanitaria será realizada por la estomaterapeuta y por los especialistas indicados según la disciplina.

Habilidades:

H1. La persona ostomizada realiza el cuidado de su estoma estando aún ingresada, previo al alta, bajo supervisión de la estomaterapeuta. Si es el caso, el familiar o cuidador principal también es capaz de realizarlo.

H2. La persona es capaz de manejar su dieta acorde a las necesidades nutricionales aportadas, y realiza pequeñas modificaciones de la misma según la cantidad y aspecto del efluente, ajustadas a la directrices que se le han indicado.

H3. Realiza un registro diario de la dieta y del efluente de su estoma.

H4. paciente es capaz de realizar los ejercicios acordados de manera efectiva.

H5. Realiza un registro diario de los ejercicios pautados.

H6. Realiza ejercicios de Mindfulness, de Pilates y/o de suelo pélvico de manera efectiva.

Actitudes:

A1. Es conveniente que comprenda que la bolsa es su salvavidas, gracias al cual está vivo y con buena calidad de vida.

A2. La persona ostomizada deber ser capaz de relativizar su situación y las complicaciones que pudieran surgir, así como comprender que no está sola, pues hay muchas personas ostomizadas que no se sabe que portan estoma gracias a la discreción de los dispositivos. Desde esta posición, es capaz de enfrentarse a cada situación que se le plantee desde

un lugar más amable.

A3. Es necesario que la persona sea capaz de poder compartir sus temores y el sentimiento de culpa que pudiera sentir con aquellos que le rodean.

A4. La persona con ostomía debe comprender que los cuidados de su estoma son parte del aseo diario, son una tarea más del día a día y no una carga o una condena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Rivera BE., Castillo Ayala A., Caparrós Sanz MR., Ecenarro Rivera MT., Iruzun Larrañaga I., Lancharro Bermudez M. Calidad percibida por ostomizados en la utilización de un nuevo producto que contiene miel de manuka. Rev ROL Enferm. 2019; 42 (3): 9-14.
2. Stoffels B., Sommer N., Berteld C., Vita T., Von Websky M., Kalff JC., Pantelis D. Complicaciones tardías del estoma intestinal permanente. Zentralbl Chi. 2018; 146 (6): 603-608.
3. Leslie D. The parastomal hernia. Surg Clin North Am.1984; 64 (2): 407-41
4. Lerín P, Lainez P.L, Lozano M.D, Martínez M. Complicaciones de los estomas. Manual de cuidados de enfermería. Coloplast Productos Médicos. Madrid. Octubre 2010. p.8-49
5. Martín Muñoz B., Crespillo Díaz AY., La información, elemento clave para reconstruir la autoestima: relato de una persona recientemente ostomizada. Salud pública Mex. 2015; 24 (3): 169-173.
6. Wijeyekoon SP, Gurusamay K, El-Gendy K, Chan CL. Prevention of parastomal herniation with biologic/composite prosthetic mesh: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J am Coll Surg. 2010; 211 (1): 637-45.
7. Vila y Blanco JM, Buitrago E, et al. Cirugía de las hernias: efectividad y coste para el sostenimiento del sistema sanitario. Rev. Cir. Ago 2021; 72(4): 301-310
8. Heinet C., López F., Wainstein C., Kronberg U., Larach J., Larach A., et al. Reparación con malla de hernia paracolostómica por vía laparoscópica: Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura. RevChil Cir. 2019;60 (6): 542-547

9. Guerreiro C., Pereira CE., De Castro Jr PC. Experiencia inicial no tratamento das hérnias paraestomais. *Revbras. Colo-proctol.* 2008; 28 (2): 251-256
10. Russell S. Hernia paraestomal y actividad física: ¿Los pacientes reciben el consejo correcto? *Br:JJ.Nurs.* 2017; 26 (17): 5-12-5-18
11. Maurício Vanessa C., Dantas de Oliveira Souza NV., Cabral Pereira da Costa C., Oliveira Dias M. The view of nurses about educational practices targeted at people with a stoma. *Esc. Anna Nery.* 2017; 21 (4): 2017-0003.
12. Vaquero R, Alacid F, Muyor JM, López PA. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp.* 2013;28(1):27-35
13. Martín B, Panduro RM, Crespillo Y, Rojas L, González S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index Enferm.* 2010; 19(2-3):115-9
14. Thompson M, Trainor B. Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *GastrointestNurs.* 2007; 5 (3): 22
15. Vanessa Damiana M et al. Self-care of people with intestinal ostomy: beyond the procedural towards rehabilitation. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2021; 74:1
16. Ruiz MD, et al. IMPACTO STUDY: Expert nursing care: an essential factor for the ostomy patient rehabilitation. Oral communications of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET); 2011; 113 :12-15
17. Mandy Ho J, et al. Effects of dietary and physical activity interventions on generic and cancer-specific health-related quality of life, anxiety, and depression in colorectal cancer survivors: a randomized controlled trial. *Cancer Surviv.* 2020;14 (4): 424-433
18. Coca C, Fernandez I, Serrano R, García H. The Impact of Specialty Practice Nursing Care on Health-Related Quality of Life in Persons with Ostomies *J Wound Ostomy Continence Nurs* May-Jun 2015;42(3):257-63.
19. Castillo L, Espinosa J, Sánchez M, Cruz O, Cano M, Rivas J, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Rev Enf Univ.* 2010;7(2):9-14
18. Thompson M, Trainor B. Prevention of parastomal hernia: a comparison of results 3 years on. *GastrointestNurs.* 2007; 5 (3): 22
19. Feitosa, et al. Necesidade real do doente: percepção de pessoas com ostomias intestinais sobre os fatores associados às complicações. *Revista de Enfermagem Referência*, 2019, IV (22), 63-71
20. Hirschey R, Nance J, Hoover R, Triglianios T, Coffman E, Horrell LN, Walker J, Leak Bryant A, Valle C. Clin J Oncol Physical Activity: A systematic review to inform nurse recommendations during treatment for colorectal cancer. *Nurs.* 2021 Dec 1;25(6):697-705
21. Rodríguez M.j; Gómez C. ¿Cómo es el proceso de afrontamiento de las personas recientemente ostomizadas? *Evidentia.* 2012 ene-mar; 9 (37)
22. Hong KS, Oh BY, Kim EJ, Chung SS, Kim KH, Lee RA. Psychological attitude to self-appraisal of stoma patients: prospective observation of stoma duration effect to self-appraisal. *Ann Surg Treat Res.* Mar 2014;86(3): 152-60
23. Candela N, et al. Ostomy patients' perception of the health care received.
24. *Revista Latinoamericana de Enfermagem.* 2017, v. 25
25. Stokes AL, Tice S, Follett S, et al. Institution of a Preoperative Stoma Education Group Class Decreases Rate of Peristomal Complications in New Stoma Patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2017;44(4): 363-367. Marques Andrade de Souza AP., Beserra da Costa Santos I., Guimarães Oliveira Soares MJ., Oliveira de Santana I. Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados-João Pessoa, Brasil. *Gerokomos.* 2010; 21 (4): 183-190.
26. Chaura L, Benavides J, Villanueva J. A, Jiménez B, Abdo J. M, Hernández E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir,* 2011;79(2):149-5

27. Karabulut HK, DinçL, Karadağ A. (). Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *Journal of clinical nursing* 2014;23(19-20): 2800-2813.
28. Bodega C, Marrero CM; Muñiz N, Pérez AJ, Rojas AA, Vongsavath S. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería*. 2013.
29. Šantek N, Kirac I. Effect of physiotherapy on vital capacity before major abdominal surgery in cancer patients: a systematic review *Libri Oncologici : Croatian Journal of Oncology*, Vol. 49 No. 1, 2021.
30. Serra-Aracil X, Bombardo J, Moreno J, Darnell A, Mora L, Alacantara M, et al. Randomized, controlled, prospective trial of the use of a mesh to prevent parastomal hernia. *Ann Surg*, 249 (2009), pp. 583-587 9.

PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERA A UN PACIENTE PORTADOR DE COLOSTOMIA TERMINAL CON DEHISCENCIA DE ESTOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

NURSING CARE PROCESS FOR A PATIENT WITH A TERMINAL COLOSTOMY WITH STOMA DEHISCENCE. A CASE REPORT.

Carlos Manuel Nieves Rodríguez.

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

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

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5062-1989>
carlosnieves23@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Actualmente se puede ver que en España existe un colectivo de 70.000 personas con estomas, lo que vendría a significar 1'5 por cada mil habitantes. Los problemas principales cuando se realiza una ostomía, que es la salida artificial de una víscera hueca o de un conducto a través de la pared abdominal, son todas las repercusiones que este suceso produce y que acompañan al paciente de manera transitoria o en algunos casos incluso definitiva.

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

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

Resultados: La enfermera desempeña un papel clave en la interacción con el paciente antes y después de la cirugía. Antes de la cirugía con un correcto marcaje del estoma que debe ser localizado en el lugar adecuado y después de la cirugía enseñando y educando al paciente en los cuidados y medidas higiénicas necesarias para afrontar la nueva realidad del paciente a su salida del quirófano, y afrontar las

complicaciones que se presentan en el periodo post-operatorio.

Conclusiones: La situación de cada paciente es diferente y por ello los cuidados del paciente colostomizado deben ser individualizados siendo necesario establecer protocolos de atención y actuación de enfermería con objetivos e intervenciones claras y específicas para cada uno de ellos.

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

ABSTRACT

Introduction:

There are currently 70,000 people with stomas in Spain, which is equivalent to 1.5 per thousand inhabitants. The main problems when an ostomy is performed, which is the artificial exit of a hollow viscera or a conduit through the abdominal wall, are all the repercussions that this event produces and that accompany the patient in a transitory or in some cases even definitive manner.

Objectives: To carry out a care plan during the patient's hospital stay, with the aim of making a progressive adaptation to his environment that will help him face his new situation before discharge and improve his quality of life.

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

Results: Nursing plays a key role in the interaction with the patient before and after surgery. Before surgery with a correct marking of the stoma, which must be located in the right place, and after surgery by teaching and educating the patient in the care and hygiene measures necessary to face the new reality of the patient on leaving the operating theatre, and to deal with the complications that arise in the post-operative period.

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

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

INTRODUCCIÓN.

En 2023, los tumores más frecuentemente diagnosticados serán los de colon y recto, mama, pulmón, próstata y vejiga urinaria. En total, **según las previsiones del informe “Las cifras del cáncer en España 2023”, elaborado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), se diagnosticarán 279.260 nuevos casos**, lo que representa una cifra muy similar a la de 2022, con 280.199 casos (1). Debido a que la solución terapéutica más habitual para este tipo de patologías son las ostomías, se ha creado la necesidad de disponer en los servicios sanitarios, de personal cualificado y experto para tratar las necesidades derivadas de las colostomías (2).

Con frecuencia, el abordaje de las colostomías se hace desde el punto de vista biológico y como procedimiento quirúrgico, dejando a un lado los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la persona (3).

Por ello, es importante que la enfermera trabaje desde un enfoque holístico, que permita una atención integral al paciente y su familia, en todas sus esferas, con el componente ético y humano que debe estar presente en todas las actuaciones sanitarias, y que permita que el paciente pueda alcanzar el bienestar y la reintegración en la sociedad (4).

OBJETIVO PRINCIPAL.

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

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Francisco es un paciente de 84 años, con historial oncológico intervenido de adenocarcinoma (ADK) de recto inferior: TATME (escisión mesorrectal total transanal) por laparoscopia con ileostomía de protección en mayo del 2022. Tras dehiscencia de sutura coloanal, se realiza al paciente una cirugía de amputación del muñón rectal, y se procede al cierre de la ileostomía. Se le practica una resección intestinal por perforación intraoperatoria y, finalmente al paciente se le realiza el procedimiento quirúrgico de una colostomía terminal. La intervención quirúrgica (IQ) se lleva a cabo el día 02 de agosto de 2022.

Al ingreso en nuestro servicio, el paciente presenta una herida quirúrgica abdominal, en el que presenta drenado hemático antiguo, de características serosa por el tercio distal inferior, y una herida quirúrgica del cierre de la ileostomía. El lecho se presenta con algún tejido esfacelar, con presencia de exudado. La herida quirúrgica de la zona anal se presenta macerada y referente al estoma, se puede visualizar desinsertado casi en su totalidad, menos en un lateral. La boca estomal se encuentra visible pero el efluente drena en cavidad de dehiscencia. Tras la intervención quirúrgica el día 02 de agosto de 2022, Francisco permanece ingresado en nuestra unidad desde el 03 de agosto hasta el 25 de agosto del 2022.

Durante su estancia nos proponemos un programa de educación sanitaria y aprendizaje para el manejo y abordaje de la colostomía y plan de curas para el tratamiento de la dehiscencia del estoma.

El primer contacto con Francisco en la primera sesión (03/ 08/ 2023) va a tener como finalidad, establecer una relación enfermera-paciente y con su familia (5) que le acompañan en todo momento.

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

Necesidad de nutrición: Sigue una dieta diabética e hiposódica. La ingesta de líquidos es escasa. Refiere no tener apetito. Ha perdido 8 kg en el último año motivado por su enfermedad de base. Presenta palidez de piel y mucosas, pero se encuentran bien hidratadas.

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

Necesidad de higiene piel y mucosas: Francisco es portador de colostomía en cuadrante inferior izquierdo del abdomen (4cm x 3cm); herida quirúrgica en zona ano rectal y herida en zona abdominal derecha secundario a cierre de ileostomía.

Estoma: se presenta dehiscencia completa, el tejido del lecho es rojo sangrante sin esfacelos. La piel periestomal está íntegra pero enrojecida debido a varios cambios de la placa de colostomía por mala adherencia del paciente al dispositivo, requiriendo varios cambios a lo largo del día. Se realiza el Test "Ostomy Skin Tool" para valorar de forma estandarizada la piel periestomal.

DET score: 3/15 [Descoloramiento: 2/5; Erosión: 1/5; Sobrecrecimiento de tejido: 0/5].

El dispositivo que utiliza al inicio es de 3 piezas, y nos comenta que encuentra alguna dificultad en el manejo del dispositivo, sobre todo a la hora de realizar el cierre de la bolsa.

Necesidad de adquirir conocimientos:

Muestra interés en conocer los diferentes tipos de bolsas y placas de colostomía y sobre todo demuestra mucho interés a la hora de llevar a cabo el procedimiento de los cuidados y cuando se realiza la cura del estoma.

DIAGNÓSTICOS NANDA Y PLAN DE CUIDADOS:

En la Tabla 1 se detallan los objetivos enfermeros NOC propuestos para cada diagnóstico con los indicadores asociados y las intervenciones enfermeras NIC, que se obtienen tras la valoración: (6)

Diagnóstico NANDA	Objetivo NOC	Indicadores	Valor inicial	Valor final		
(00069) Afrontamiento ineficaz	NOC 1302 Afrontamiento de problemas	130201 Identifica patrones de superación eficaz 130203 Verbaliza sensación de control 130213 Utiliza estrategias de superación efectivas	2 2 2	4 4 4		
	NOC 1300 Aceptación estado de salud	130020 Expresa consideración por sí misma positiva 130016 Mantiene las relaciones 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud	2 2 2	4 4 4		
	NOC 1813 Conocimiento del régimen terapéutico	181301 Descripción de la dieta prescrita 181308 Descripción del ejercicio prescrito	2 2	5 4		
(00078) Gestión ineficaz de la salud	NOC 1615 Autocuidados de la ostomía	161504 Mide el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo 161505 Demuestra cuidados de la piel alrededor del estoma 161509 Controla las complicaciones relacionadas con la ostomía 161515 Sigue la dieta recomendada 161518 Busca ayuda profesional según sea necesario 161519 Expresa aceptación de su ostomía	2 1 1 2 2 2	4 5 4 4 5 5		
	(00053) Aislamiento social	NOC 1204 Equilibrio emocional	120402 Muestra un estado de ánimo sereno 120403 Muestra control de impulsos 120415 120404 Muestra interés por lo que le rodea 120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias	2 3 2 3	4 4 4 4	
		NOC 2002 Bienestar personal	200201 Satisfacción en la realización de actividades de la vida diaria 200207 Satisfacción en la capacidad de superación 200213 Satisfacción en la capacidad de controlar actividades	2 2 2	5 5 4	
		(00002) Desequilibrio nutricional por defecto	NOC 1004 Estado nutricional	100402 Ingestión alimentaria 100408 Ingestión de líquidos 100403 Energía 100411 Hidratación	2 2 2 3	5 4 4 4
			NOC 0303 Autocuidados: comer	030301 Prepara la comida030314 Finaliza la comida	2 2	5 5

Tabla 1

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO:

Figura 1. Descripción del estoma primera semana de ingreso.



En el primer cambio que se realiza de placa, se puede visualizar la dehiscencia completa del estoma que se encuentra desinsertado casi en su totalidad, menos en un lateral. La boca estomal se encuentra visible y presenta el drenado en cavidad de la dehiscencia.

La piel periestomal se presenta enrojecida ya que el paciente no se adapta bien al tipo de dispositivo utilizado en el ingreso en la planta, con la consecuente fuga del efluente y algunos cambios requeridos a lo largo del día. También se realiza la valoración de la herida que presenta en cavidad abdominal derecha, tras el cierre de la ileostomía. La lesión se presenta con algún tejido esfacelar en el lecho, pero se visualiza también tejido de granulación. Se inicia el programa de educación sanitaria al paciente y a la familia presente en todo momento, mediante los cuidados principales de higiene y limpieza del estoma, cuidados de la piel perilesional, cuidados de la herida tras el cierre de la ileostomía, así como el manejo de los diferentes dispositivos de ayuda en los cuidados de la colostomía. El paciente presenta una baja autoestima por la situación actual de la dehiscencia de la ostomía y se siente muy preocupado por su futuro, ya que le han comentado que será probable que sea necesaria una segunda intervención quirúrgica para la reparación del estoma.

Figura 2. Cuidados del estoma en la segunda semana de inareso.

12/08/22 IMAGEN 2



Se mantiene la dehiscencia completa del estoma del paciente. La mucosa del estoma se visualiza con un aspecto de color rosado y la piel perilesional menos enrojecida. El tejido del lecho se presenta sin esfacelos. Para el procedimiento de cura se realiza irrigación del lecho con suero fisiológico. A continuación, se aplican fomentos de polihexanida (Prontosan ® líquido) 15 minutos.

Para mantener el lecho separado del estoma y limpio de heces, se aplican tiras de hidrofibra de hidrocoloide con plata (Aquacel ® Ag).

La piel perilesional se protege con un spray barrera para evitar la dermatitis. Se coloca una lámina convexa 60mm con bolsa y cierre (3 piezas) y cinturón. Los cambios de placa se mantienen cada 48 horas. Se realiza valoración del estoma por turno, y en caso de ser necesario, se realiza cambio del apósito de hidrofibra de hidrocoloide. La familia participa en los cambios de dispositivos presentando un nivel muy alto de autonomía.

Referente a la lesión del cierre de la ileostomía, (imagen 2.1) se realiza limpieza con suero fisiológico, se aplican fomentos de polihexanida (Prontosan ® líquido). A continuación, se aplica un apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata (Aquacel® Ag) ya que se presenta un drenado serohemático abundante. En los bordes perilesionales de la lesión se aplica spray barrera, y finalmente se coloca un apósito hidrocélular. El paciente se muestra muy colaborador y presenta una actitud muy positiva en los cuidados de las lesiones y adherencia a los diferentes dispositivos.

17/08/22- Procedimiento de cura de herida cierre de ileostomía. IMAGEN 2.1



Figura 3. Cuidados del estoma en la tercera semana de ingreso y alta del paciente.

22/08/22 Procedimiento de cura de ostomía.(1).IMAGEN 3



En la última semana de ingreso, se ha conseguido una piel periestomal íntegra

con el uso de productos barrera y se consolida el cambio de placa a 3-4 días mediante la colocación de placa plana de 70mm y bolsa abierta, (dispositivo de 2 piezas), ya que el paciente refería no encontrarse cómodo con el uso de dispositivo de 3 piezas.

El paciente presenta un manejo excelente y gran apoyo familiar en los cambios de dispositivo. Referente a la cura, se mantiene limpieza del lecho con suero fisiológico, a continuación, fomentos de polihexanida. Se continúa con la aplicación de tiras de hidrofibra de hidrocoloide con plata (Aquacel® Ag) insinuado en la cavidad de la dehiscencia, y pasta para fijar mejor el dispositivo y también evitar la fuga del efluente que resulta muy efectiva. En referencia a la herida del cierre de la ileostomía, se aplica limpieza suero fisiológico, a continuación, fomentos de polihexanida, apósito de hidrofibra de hidrocoloide sin plata ya que se ha reducido considerablemente el exudado en relación con la anterior semana y por último un apósito secundario.



22/08/22 Procedimiento de cura de ostomía.(2)

Finalmente, el paciente presenta una buena adherencia al dispositivo implantado de 2 piezas con el cual es dada de alta. Se han cumplido con los objetivos propuestos en 3 semanas de ingreso en la unidad de cirugía general con un grado elevado de autonomía por parte del paciente y colaboración de todo el equipo de enfermería.

Figura 4. Cuidados del estoma en la consulta de cirugía y seguimiento post-alta del paciente.

29/08/22- Seguimiento desde consultas de cirugía. IMAGEN 4



Presentación de herida cierre de ileostomía.



Presentación del estoma.

En el seguimiento del paciente en consultas de cirugía se observa el estoma casi a nivel de pared abdominal. Se han mantenido los cuidados de enfermería y procedimiento de cura de la dehiscencia y se han conseguido unos resultados muy positivos para el paciente. El grado de satisfacción en la atención recibida tanto del paciente como familia se ha transmitido al equipo de enfermería, y queda reflejado en la mejora de la calidad de vida del paciente.

DISCUSIÓN:

Los profesionales de la enfermería juegan un papel muy importante en la satisfacción de las necesidades (7) individuales de información sobre el cuidado de la colostomía. Pero no se debe olvidar que el paciente una vez dado de alta de la unidad de cirugía general necesita mantener un seguimiento de los cuidados post-alta para prevenir posibles complicaciones tardías del postoperatorio.

CONCLUSIONES:

Para el éxito del plan de cuidados, el paciente siempre debe ser parte activa en la toma de decisiones. En nuestro caso, se ha aumentado su bienestar físico y psicológico, lo que favorece su incorporación progresiva a sus tareas cotidianas, gracias a las recomendaciones higiénico- dietéticas.

El paciente ha adquirido los conocimientos y las herramientas necesarias para realizar el autocuidado de su ostomía. Se adapta favorablemente al cambio del dispositivo de dos piezas. Este caso clínico muestra la imprescindible labor de enfermería en la atención bio-psico-social del paciente ostomizado y la importancia de la educación sanitaria para la autonomía y aceptación de ésta (8). El trabajo en equipo es imprescindible para poder conseguirlo.

APORTACIÓN Y RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

El presente trabajo aporta un método sistemático y organizado para la administración de cuidados de enfermería, orientado a dar una solución a los problemas identificados a un paciente colostomizado, y nos permite desarrollar unos cuidados individualizados y estandarizados, respetando los procedimientos y protocolos asistenciales basados en la evidencia científica. Mediante la propuesta de elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado, se han conseguido unos resultados de salud más altos para la paciente y familia, una disminución de los costes en salud y un incremento de la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2021 y provisionales semestres 1/2022. [acceso el 15/04/2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
2. Alwi F. Quality of life of persons with permanent colostomy: a phenomenological study. J Coloproctology [Internet]. 2018 Dec 8 [Consultado 15 de abril de 2023];38(04):295–301. Available from: <http://www.thiemeconnect.de/DOI/DOI?10.1016/j.jcol.2018.06.001>
3. Ponce Gómez G, Huerta González S, Carmona Mejía B. Tener una colostomía: transformación de la corporalidad. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2017 [Consultado 15 de abril de 2023];48:23–32. Disponible en: <https://dialnet-uniriojaes.cuarzo.unizar.es:9443/servlet/articulo?codigo=6105908>
4. Jin Y, Zhang J, Zheng M, Bu X, Zhang J. Psychosocial behaviour reactions, psychosocial needs, anxiety and depression among patients with rectal cancer before and after colostomy surgery: A longitudinal study. J Clin Nurs [Internet]. 2019 Oct 28 [acceso 16 de abril de 2023];28(19–20):3547–55. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14946>
5. Cots Morral I., Valoración al paciente candidato a practicarle una ostomía de eliminación. Necesidades Virginia Henderson. Biblioteca Las casas, 2012.
6. Lucía Roa Castillo X., Yamile Rodríguez Castañeda R.; Diagnósticos de enfermería más relevantes en los pacientes ostomizados a partir de la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Santafé de Bogotá, D.C. 2018.
7. P. Fernandes de Sousa Longarito C., Vivir con ostomía: la atención de enfermería en una vida con significado. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Viana do Castelo. Portugal. 2007.
8. Silva NM, Santos MA dos, Rosado SR, Galvão CM, Sonobe HM. Aspectos psicológicos de pacientes estomizados intestinais: revisão integrativa. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25(2950):1-11.

ÚLCERA SATÉLITE EN URETEROILEOSTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

SATELLITE ULCER IN URETEROILEOSTOMY: ABOUT A CASE

Merino Vázquez, Esther (EPA Ostomias) istarmv@gmail.com; Esteban Holanda, Elena (Estomaterapeuta)

Consulta de Estomaterapia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid).

istarmv@gmail.com

RESUMEN

Este caso trata sobre un paciente con úlceras periestomales de 13 meses de evolución tórpida, difícil cicatrización y mal control del dolor, entre otros motivos por la complejidad del paciente, tipo de estoma y comorbilidades.

Sufre fugas frecuentes y las úlceras periestomales tienen períodos de altibajos evolucionando bien, aunque despacio durante semanas y empeorando bruscamente.

El servicio de Dermatología realizó diagnóstico diferencial de pioderma en dos ocasiones siendo las biopsias siempre negativas.

En enero de 2022, presenta 2 úlceras periestomales clasificadas según el instrumento SACS como L1 TIV-L2 TIII, llegando durante esos meses a clasificarse en L2 TIV -L4 TIII. Ocupando una superficie 4x4 cm y 3x3 cm, respectivamente.

El 24 octubre de 2022 iniciamos tratamiento con alginatos hidratados.

Realizamos una valoración siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon. El patrón que presenta una alteración más significativa es el nutricional-metabólico. Se detectan tres diagnósticos prioritarios utilizando el lenguaje enfermero según la taxonomía de la NANDA:

1. Deterioro de la integridad tisular [00044]
2. Dolor agudo [00132]
3. Riesgo de infección [0004]

Una vez identificados los tres diagnósticos planificamos una serie de intervenciones y actividades para conseguir los siguientes objetivos:

1. Curación de la herida por segunda intención
2. Control del dolor
3. Control del estado inmune

En cinco semanas se consiguió la reepitelización completa de la úlcera en TIV y en L1 TIII, (según instrumento SACS) cubierta con epitelio fino.

PALABRAS CLAVE

Úlcera, Bricker, Ureteroileostomía, dolor

ABSTRACT

This case deals with a patient with peristomal ulcers of 13 months of torpid evolution, difficult healing and poor pain control, among other reasons due to the complexity of the patient, type of stoma and comorbidities.

He suffers frequent leaks and peristomal ulcers have periods of ups and downs evolving well but slowly over weeks and worsening sharply.

The Dermatology service made a differential diagnosis of pyoderma on two occasions, the biopsies always tested negative-

In January 2022, he presented 2 peristomal ulcers classified according to the SACS instrument as L1 TIV-L2 TIII, arriving during those months to be classified as L2 TIV -L4 TIII. Occupying a surface 4x4 cm and 3x3 cm, respectively.

On October 24, 2022, we began treatment with hydrated alginates.

We performed an assessment following M. Gordon's functional patterns. The pattern that presents a more significant alteration is the nutritional-metabolic one.

Three priority diagnoses are detected using nursing language according to the NANDA taxonomy:

1. Impaired tissue integrity [00044]
2. Acute pain [00132]
3. Risk of infection [0004]

Once the three diagnoses have been identified, we plan a series of interventions and activities to achieve the following objectives:

1. Wound healing by secondary intention
2. Pain control
3. Control of immune status

In five weeks, complete recurrence of the ulcer was achieved in TIV and in L1 TIII, (according to the SACS instrument) covered with thin epithelium.

Keywords

Ulcer, Bricker, Ureteroileostomy, pain

INTRODUCCIÓN

Es un hecho que la mayoría de los pacientes ostomizados sufren daños en la piel en algún momento durante el tiempo que permanecen en esa situación.

La etiología más frecuente de la dermatitis irritativa es el contacto del efluente con la piel debido a fugas. A esto le sigue, que la piel está irritada y humedecida por lo que el dispositivo no sella bien.

Entonces, se sucederán cambios frecuentes, añadiendo a lo anterior una dermatitis mecánica perpetuando el problema.¹

Para detener esta retroalimentación tenemos a nuestra disposición diferentes accesorios que nos ayudan a solucionar los problemas descritos.²

Si no solventamos el problema de forma efectiva y este avanza produciéndose la ulceración de la piel, puede ocurrir que las curas que se lleven a cabo sean dolorosas provocando un cierto grado de discomfort en el paciente.³

Como profesionales de Enfermería estamos capacitados y tenemos herramientas y lenguaje propio para poder definir, evaluar y resolver problemas específicos utilizando metodología NANDA, NIC, NOC.⁴

VALORACIÓN

Varón de 53 años con antecedentes personales de neoplasia vesical. En agosto de 2021 fue intervenido de cistectomía radical con reconstrucción tipo Bricker. Comorbilidades: polineuropatía sensitivo-motora, diabetes mellitus tipo II y obesidad.

En enero de 2022, presenta 2 úlceras periestomales clasificadas según el instrumento SACS⁵ como L1 TIV-L2 TIII, llegando durante esos meses a clasificarse en L2 TIV -L4 TIII. Ocupando una superficie 4x4 cm y 3x3 cm, respectivamente.

El 24 octubre de 2022 iniciamos tratamiento con alginatos hidratados.

Realizamos una valoración siguiendo los patrones funcionales de M. Gordon. El patrón que presenta una alteración más significativa es el nutricional-metabólico.

En la elaboración del plan de cuidados se utilizó la taxonomía NANDA, NIC y NOC (NNN).

1. Deterioro de la integridad tisular [00044] r/c fugas de la urostomía m/p úlceras periestomales.
 - a) [1103] Curación de la herida por segunda intención. Con los siguientes indicadores
 - i. Granulación [110301], escala 09: ninguno, escaso, moderado, sustancial, extenso
 - ii. Secreción serosa [110304], escala 23B: extenso, sustancial, moderado, escaso, ninguno.
 - a) Piel macerada [110311], escala 23B: extenso, sustancial, moderado, escaso, ninguno.
2. Dolor agudo [00132] r/c realización de la cura m/p facies y expresión verbal.
 - a) [1605*]control del dolor, como indicador:
 - i. Describe el dolor [160516], escala 13: nunca demostrado, raramente demostrado, a veces demostrado, frecuentemente demostrado, siempre demostrado.

Ya que nos interesa saber el grado del dolor, utilizamos Escala Visual Analógica del Dolor (EVA).

3. Riesgo de infección [0004] r/c inmunosupresión medica m/p mal olor de las heridas y exudado.

a) [0702] Estado inmune, como indicador:

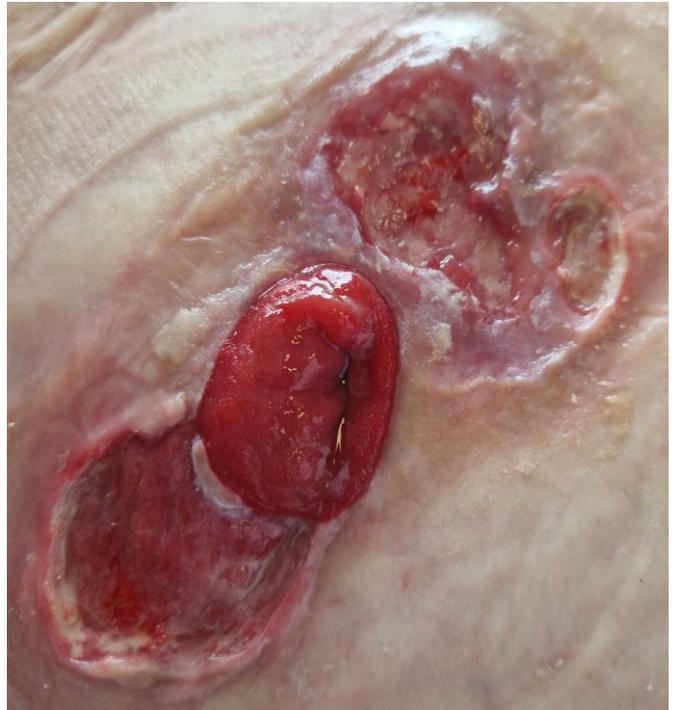
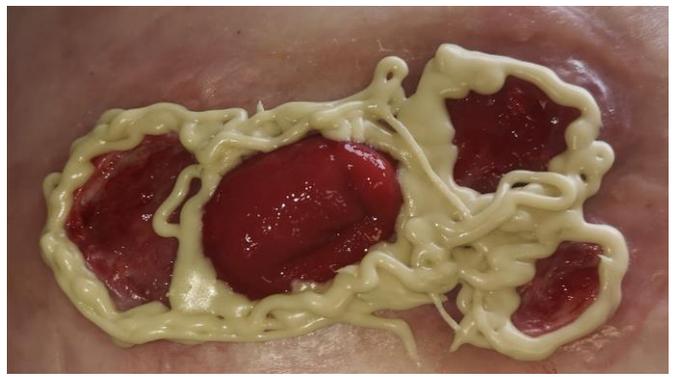
i. Integridad cutánea, escala 0: gravemente comprometido, sustancialmente comprometido, moderadamente comprometido, levemente comprometido, no comprometido.

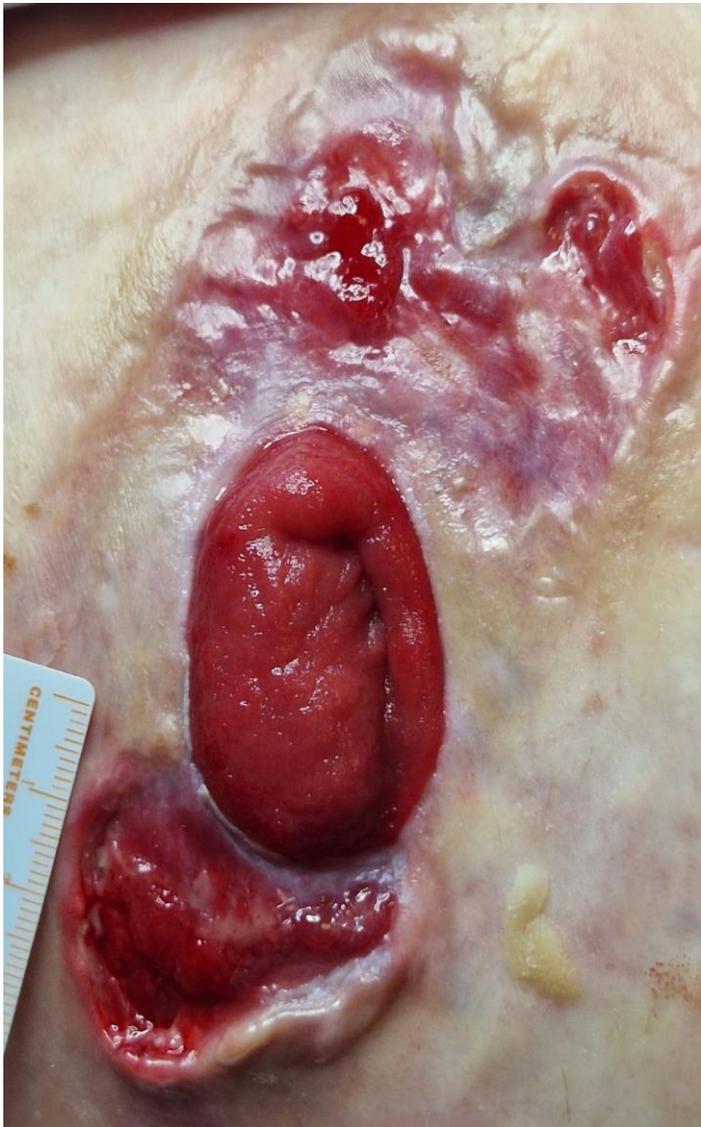
Las intervenciones (NIC) llevadas a cabo son:

1. Cuidados de las heridas [3360]
2. Administración de medicación tópica [2316] utilizando un complejo enzimático antibacteriano con alginatos hidratados
3. Cuidados de la ostomía para evitar las fugas que maceran la piel [0480]
4. Manejo de la medicación domiciliaria
5. Evaluación del dolor a través de EVA
6. Derivación a especialista para ajuste de tratamiento si procede

RESULTADOS

En cinco semanas se consiguió la reepitelización completa de la úlcera en TIV y en LI TIII cubierta con epitelio fino, según instrumento SACS.





Como criterios de resultado evaluamos:

1. Granulación extensa [110301]
2. Secreción serosa escasa escaso [110304]
3. Piel macerada ninguna [110311].
4. EVA:2
5. Estado inmune: Moderadamente comprometido

CONCLUSIONES

Es posible que el uso de alginato hidratado en lecho de herida con alto exudado y dolor agudo en una ureteroileostomia tipo Bricker, controle el dolor, acelere la granulación y cierre en este tipo de heridas periestomales. Para lograr espaciar y simplificar las curas ha sido fundamental la coordinación con AP para dar soporte semanal evitando desplazamientos al paciente.



BIBLIOGRAFÍA

1. O'Flynn SK. Peristomal skin damage: assessment, prevention and treatment. *Br J Nurs.* 2019 Mar;28(5):S6-S12. doi: 10.12968/bjon.2019.28.5.S6. PMID: 30907642.
2. Zhang M, Zhao X. Alginate hydrogel dressings for advanced wound management. *Int J Biol Macromol.* 2020 Nov 1;162:1414-1428. doi: 10.1016/j.ijbiomac.2020.07.311. Epub 2020 Aug 7. PMID: 32777428.
3. Jones J, Williams H. Wound management should not be a pain. *Br J Community Nurs.* 2017 Sep 1;22(Sup9):S38-S46. doi: 10.12968/bjcn.2017.22.Sup9.S38. PMID: 28862898.
4. NNN Consult. [Internet] Universidad de Alcalá: Elsevier [consultado 1-12-2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
5. Silveira NI; Lanza LB (2019) Adaptação cultural, índice de validade de conteúdo e confiabilidade interobservadores do The SACSTM Instrument: Assessing and classifying peristomal skin lesion. *ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.*, 17: e1919. https://doi.org/10.30886/estima.v17.768_PTsilveira N

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
EXPERTA EN ESTOMATERAPIA

TE DESEA

Feliz Navidad

Estimados lectores y compañeros,

Se acaba el año 2023, y qué mejor regalo para Reyes que un nuevo número de la Revista Digital SEDE.

Un año donde nuestro árbol de Navidad está lleno de buenos momentos, algunos sinsabores y desde luego de mucho trabajo y esfuerzo.

Por eso debemos animarnos y entre todos, edificarnos los unos a los otros, y qué mejor manera que ampliando conocimientos y afrontando nuevos retos.

SEDE, pone su grano de arena para todo ello. Os presentamos la 5ª edición de la Revista Digital, repleta de contenidos, basados en la evidencia y que nos aportan temas aplicados a nuestro trabajo cotidiano en los diferentes ámbitos asistenciales.

Aprovecho esta oportunidad para desearos, junto con todo el equipo editorial de la revista, ¡Feliz Navidad! y que el próximo Año seáis felices!!!

M^a Inmaculada Pérez
Directora Equipo Editorial



Y PRÓSPERO AÑO NUEVO

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES QUE DESEEN COLABORAR CON REVISTA SEDE

1. GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

2. TIPOS DE ARTÍCULOS

Como requisito los artículos deben ser ORIGINALES relacionados con el ámbito de la estomaterapia, heridas e incontinencia.

Se aceptarán para publicación: trabajos y proyectos de investigación (cuantitativos, cualitativos o mixtos), revisiones bibliográficas, recopilación u opinión, proyectos de práctica clínica (casos clínicos), experiencias, entrevistas e incluso relatos; así como proyectos relacionados con TFG; TESIS DOCTORALES, TFM (TRABAJOS FIN DE MÁSTER); comunicaciones de proyectos científicos presentados en jornadas, congresos... El contenido debe ser **100% científico y objetivo**.

Para que el equipo editorial pueda valorar la idoneidad de su propuesta, debe mandar un correo electrónico a redacción revista@estomaterapia.es con la siguiente información en formato WORD:

- INFORMACION SOBRE AUTOR/ES: nombre de autores (máximo 8 autores); Unidad y Centro de trabajo. Correo electrónico de cada uno de los autores. Así como documento justificativo de que los autores consienten la publicación del artículo (se le enviará documento acreditativo al correo) TELEFONO AUTOR PRINCIPAL
- TÍTULO (máximo 20 caracteres) del artículo con su IDEA PRINCIPAL (En ambos idiomas: ESPAÑOL E INGLÉS)
- ARGUMENTO DEL ARTÍCULO (RESUMEN del estudio; de los puntos principales), que describa los objetivos, método, resultados y conclusiones (En ambos idiomas: ESPAÑOL E INGLÉS)

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

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

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

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

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

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

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

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

COMITÉ EDITORIAL: Directora y Subdirectora

DIRECTOR/A: M^a Inmaculada Pérez Salazar

SUBDIRECTORES/AS: María del Carmen Vázquez García

EDITOR: SEDE

COMITÉ ASESOR: 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>)

NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

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

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

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

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

Así mismo, todos los autores abajo firmantes declaran:

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

Nombre del autor

Firma

1.
2.
3.

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



HAZTE
SOCIO

SÚMATE
A NUESTROS
PROYECTOS



www.estomaterapia.es

 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA
EXPERTA EN ESTOMATERAPIA