



**Incluye Nueva Sección:
"Experiencias de Enfermería"**

ARTÍCULOS

Artículo 01. Influencia del Tratamiento Oncológico en la Calidad de Vida de las Personas Ostomizadas

Artículo 02. Gamificación y Videojuegos en el Cuidado de la Ostomía: Estrategia Inclusiva de Aprendizaje

Artículo 03. Manejo de la Quemadura Térmica de Segundo Grado Profundo. A Propósito de un Caso Clínico

Artículo 04. Circuito del Paciente urostomizado en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

Incluye información del

**CONGRESO
APECE-SEDE**

**CONGRESO
ECET-SEDE**

ENTREGA
INMEDIATA

NÚMERO 08
julio 2025



ISSN: 2792-8462

www.estomaterapia.es/revista-sede

Comité Editorial

DIRECTORA

M^a Inmaculada Pérez Salazar

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

COMITÉ ASESOR

M^a Jesús Bernarte Sorribas

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

Marta Pérez García

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

Patricia Ferrero Sereno

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

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

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

Margarita Poma Villena

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

Nancy M. Camacho León

Licenciada en Enfermería (Universidad Peruana Cayetano Heredia-Escuela de Enfermería de la Marina). Máster en Ostomías para Enfermería (TECH Universidad Tecnológica). Experto Universitario en Estomaterapia (Universidad de Alcalá). Experto Universitario en Prescripción Enfermera (Universidad a Distancia de Madrid Udim). Experto Universitario en Procesos e Intervenciones Enfermeras al Paciente Adulto en Situaciones Comunes de Hospitalización (Universidad Católica de Ávila). Enfermera referente en Cuidados de Ostomías en el Paciente Hospitalizado del HLL.(2016-2019). Tutor principal de prácticas clínicas con alumnos del 2º Grado de Enfermería Universidad de Nebrija en HLL (2018-2019). Actividad Docente en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra, Madrid. Enfermera referente en Ostomías, consulta de Cirugía Gral y Digestiva-Coloproctología en Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Comité Editorial

Gemma Arrontes Caballero

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

Ana Garnica Goyanes

"Diplomada Universitaria en Enfermería"

Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Navarra, Pamplona. España. Julio 1997. Programa de Educación Oncológica para Enfermería. Universidad de Texas, Md Anderson Cancer Center, Houston. USA 7 Febrero - 17 Marzo 2000

ÍNDICE

REVISTA SEDE

02

COMITÉ EDITORIAL

Miembros Evaluadores de la Revista SEDE

05

EDITORIAL

A cargo de Inmaculada Pérez, Directora de la Revista

06

ARTÍCULO 01

Influencia del Tratamiento Oncológico en la Calidad de Vida de las Personas Ostomizadas

12

ARTÍCULO 02

Gamificación y Videojuegos en el Cuidado de la Ostomía: Estrategia Inclusiva de Aprendizaje

17

ARTÍCULO 03

Manejo de la Quemadura Térmica de Segundo Grado Profundo. A Propósito de un Caso Clínico

21

ARTÍCULO 04

Circuito del Paciente urostomizado en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca

REVISTA SEDE N°08

Julio 2025

Un Hito Alcanzado para la Estomaterapia

La enfermería en Estomaterapia ha experimentado un impulso significativo en los últimos años, impulsada por la necesidad constante de innovación, calidad y un enfoque centrado en el Paciente.

Con gran satisfacción en este editorial, recordamos la celebración del I Congreso Ibérico de Estomaterapia, que tuvo lugar en febrero de 2025 en Portugal.

Un evento que marca un hito en la colaboración entre la Asociación Portuguesa de Enfermeras de Estomaterapia (APECE) y la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE).

Este Congreso no fue, simplemente, un evento científico; representó la materialización de una visión compartida, fortaleciendo la disciplina de la Estomaterapia en la Península Ibérica, elevando los estándares de cuidado y fomentando el desarrollo profesional de los enfermeros especialistas en esta área.

APECE y SEDE, unidas por la misión común de representar y promover la Estomaterapia en Portugal y España, demostraron el poder de la sinergia. La combinación de experiencias, conocimientos y perspectivas de ambos países enriqueció enormemente el Congreso, ofreciendo una plataforma excepcional para el intercambio de buenas prácticas, la presentación de investigaciones innovadoras y el debate sobre los desafíos actuales que enfrenta la Enfermería Estomaterapeuta a nivel global.

El I Congreso Ibérico se centró en un enfoque integrador, orientado a la Persona, priorizando la Calidad del Cuidado y una práctica basada en la Evidencia Científica.

La seguridad del Paciente, la prevención de complicaciones y la eficiencia en la gestión de las ostomías y heridas complejas, fueron pilares fundamentales del evento, generando un rico debate y propuestas concretas.

A lo largo de los días del Congreso, se exploraron las últimas tendencias en materiales, técnicas y tecnologías, así como los aspectos psicosociales que influyen en la adaptación de los pacientes a su nueva realidad. Las sesiones fueron dinámicas y participativas, fomentando la interacción entre los asistentes y los ponentes.

El Congreso ha servido para fortalecer los lazos entre las comunidades de Portugal y España, sentando las bases para futuras colaboraciones y proyectos conjuntos.

Esperamos que las conclusiones y aprendizajes del I Congreso Ibérico de Estomaterapia inspiren a todos los enfermeros, investigadores y profesionales de la salud, a continuar trabajando con dedicación y pasión para mejorar la calidad de vida de los Pacientes con Ostomías, Heridas Complejas e Incontinencia.

Este evento representa un paso importante hacia la excelencia en el cuidado y un nuevo horizonte para la Estomaterapia ibérica.

Además, SEDE participo en el 16ª Conferencia del Consejo Europeo de Estomaterapia (ECET), celebrada en Barcelona en marzo de 2025 que contó con la participación activa de estomaterapeutas españolas.

Estos profesionales presentaron trabajos de investigación innovadores y ponencias basadas en evidencia científica de alta calidad. Su contribución destacó por su enfoque en la mejora de la atención a Pacientes con estomas.

La participación española fue reconocida por su rigor académico y compromiso con la excelencia profesional. El evento fomentó el intercambio de conocimientos entre expertos de distintos países. Las ponencias de los estomaterapeutas españoles generaron gran interés y debate. Su labor reflejó el alto nivel de formación y actualización en el ámbito de la estomaterapia.

El Congreso y la Conferencia, reafirmaron el papel clave de los profesionales españoles en la evolución de esta disciplina.

¡¡¡Enhorabuena a todos los premiados en ambos eventos!!!!

M.ª Inmaculada Pérez
Directora Revista SEDE

Resumen:

Antecedentes: La persona portadora de una ostomía tiene que adaptarse a muchos cambios tanto físicos, psicológicos como de pérdida de control de sus autocuidados. El tratamiento oncológico con sus efectos secundarios puede alterar la calidad de vida de la persona ostomizada. La calidad de vida valora esa sensación de bienestar físico, psicológico y social.

Objetivo: El objetivo ha sido identificar la influencia del tratamiento oncológico en la calidad de vida de las personas ostomizadas, según el momento del tratamiento en que se encuentre.

Metodología: Se ha realizado una investigación descriptiva, observacional y transversal con un estudio piloto de 30 personas ostomizadas, divididos en tres grupos, utilizando como variables independientes el momento del tratamiento en que se encuentre (los que están actualmente en tratamiento, los que terminaron hace más de 6 meses y los de más de un año), que han sido atendidos en los últimos 5 años en la consulta de enfermería del Hospital La Luz de Madrid.

Se ha utilizado como variable dependiente principal la calidad de vida, mediante el cuestionario *Estoma Qol*, así como una valoración del paciente y otras variables independientes como parámetros socioeconómicos, nutrición, estado de la piel periestomal, tipo de ostomía, entre otros, y la dependencia.

Resultados: No existen diferencias estadísticas en la calidad de vida entre los grupos de estudio.

Conclusiones: Parece que no existen diferencias en la calidad de vida de las personas ostomizadas según el momento del tratamiento en el que se encuentran. Sin embargo, el presente estudio piloto necesita ampliar la muestra para alcanzar el tamaño muestral necesario para presentar conclusiones sólidas.

Palabras clave: Ostomía, tratamiento oncológico, calidad de vida.

Abstract:

Background: The person with an ostomy has to adapt to many changes: physical, psychological or the loss of control of their self-care. Cancer treatment, with the side effects, can alter the quality of life of the ostomized person. Quality of life values that feeling of physical, psychological and social well-being.

Objective: The aim of the project has been to identify the influence of cancer treatment on the quality of life of ostomized people, according to the moment of treatment they are in.

Methodology: A descriptive, observational and cross-sectional investigation has been carried out, with a study of 30 ostomized people, divided into three groups, using as independent variables the time of treatment in which they are (those who are currently in treatment, those that ended more than 6 months ago and those of more than a year), and who have been treated in the last 5 years in the nursing consultation of the Hospital La Luz in Madrid.

Título: Influencia del Tratamiento Oncológico en la Calidad de Vida de las Personas Ostomizadas.

Influence of Oncological Treatment on the Quality of Life of Ostomized People.

Autores: Aurora Margarita Poma Villena (1). Tutor: Dr. César Calvo Lobo (2).

(1) Enfermera Estomaterapeuta y Experta en heridas complejas.

Unidad Integral de Heridas Complejas y Estomaterapia.
Hospital Universitario La Luz. Madrid

(2) Tutor Máster Investigación en Cuidados de la Salud.
Universidad Complutense de Madrid.

Contacto: margaritapovi@gmail.com

Quality of life was used as the main dependent variable, using the questionnaire "*stoma Qol*" as well as an assessment of the patient and other independent variables such as socioeconomic parameters, nutrition, state of the peristomal skin, type of ostomy, among others, and dependency.

Results: There are no significant differences $P < 0,05$ in quality of life between the study groups.

Conclusions: It seems that there are no differences in the quality of life of ostomized people according to the time of treatment in which they are. However, the present pilot study needs to expand the sample to reach the sample size necessary to present robust conclusions.

Keywords: Ostomy, treatment oncology, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El ser una persona ostomizada conlleva muchos cambios tanto físicos, psicológicos y de pérdida de control en sus autocuidados ⁽¹⁾. Suelen presentar un rechazo total a este procedimiento quirúrgico que puede ser programado o de urgencia, frente a ello, se pueden ver afectadas sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Tener una ostomía, no depende de la edad, y ello supone vivir pendiente de una bolsa donde se van a eliminar los desechos del cuerpo ya sea orina o heces. Esto les produce mucha vergüenza, ya que estas circunstancias son impopulares y si hay falta de asesoramiento puede llevarle a que su vida sea muy dificultosa ⁽²⁾.

En España hay 70.000 personas portadoras de una ostomía, y cada año hay 13.000 nuevos casos ⁽³⁾. De los cuales el 60% son temporales y 40% permanentes. Siendo la más frecuente las colostomías con un 55,1% e ileostomías 35,2% ^(4, 5).

La patología más frecuente que lleva a la realización de una ostomía es el cáncer colorrectal, en ambos sexos, seguida por la enfermedad inflamatoria (5% - 8%) ⁽⁶⁾. Y es la segunda en causa de muerte en España ⁽⁷⁾ del cual el 90% es prevenible con un *screening* de sangre oculta en heces (SOH), el cuál si es positiva necesita de confirmación con una colonoscopia ⁽⁸⁻¹¹⁾.

En pacientes con tratamiento oncológico: la quimioterapia (incluida la inmunoterapia) y radioterapia, actúan sobre las células activas, estas están en continuo crecimiento y se dividen en más células del mismo tipo, células cancerosas que están activas, también algunas células sanas, como las células de la sangre, boca, sistema digestivo y el cabello. Los efectos secundarios se generan cuando el tratamiento daña estas células sanas ⁽¹²⁾.

Entre los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia suelen haber alteraciones de la piel, picores, eritemas, descamación, sequedad e incluso úlceras ⁽¹³⁾ que suelen cicatrizar con mucha dificultad, de ahí la importancia de la prevención y cuidados adecuados para mejorar su calidad de vida, está depende en gran medida del buen cuidado de la piel periestomal y con mayor énfasis en los pacientes con terapia oncológica.

La calidad de vida incluye los dominios físico, social, psicológico y espiritual. Tener una ostomía altera significativamente la calidad de vida, según los estudios realizados en nuestro entorno ⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

En el presente proyecto de Investigación se quiere conocer la influencia de la terapia oncológica en la calidad de vida de la persona ostomizada, hay estudios realizados en Calidad de vida del paciente ostomizado como los de De Frutos et al ⁽¹⁵⁾, Davis et al ⁽¹⁶⁾ y Erwin Toth et al ⁽¹⁷⁾, pero no en pacientes con tratamiento oncológico y el momento en que se encuentre. Por ello la importancia de conocer cómo influye la terapia oncológica en la calidad de vida del paciente ostomizado en las distintas dimensiones: sueño, actividad sexual, relaciones personales y relaciones sociales. Mediante la encuesta Estoma Qol que valora la calidad de vida y comparándolo si hay diferencias significativas según el momento en que se encuentre de estar con tratamiento o no.

OBJETIVO

Determinar la influencia del tratamiento oncológico sobre la calidad de vida de las personas ostomizadas y compararla según el momento en que se encuentre (actual, de 6 meses a un año y más de un año).

METODOLOGÍA

DISEÑO DE ESTUDIO Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Estudio descriptivo, observacional y transversal, con un estudio piloto. Aprobado por el comité ético del Hospital Clínico San Carlos. Se ha recogido los datos entre los meses abril y mayo de 2021.

Criterios de inclusión ⁽¹⁸⁾:

- Paciente ostomizado que esté en tratamiento oncológico (quimioterapia o inmunoterapia, radioterapia o ambas). Actualmente o que lo haya recibido.
- Pacientes que acudan a la Consulta de Enfermería del Hospital La Luz.
- Paciente mayor de 18 años.
- Haber firmado el consentimiento informado, haberlo entendido y aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Persona ostomizada que no haya recibido tratamiento oncológico ahora o en años anteriores.
- Paciente ostomizado menor de 18 años.
- Tener alteraciones cognitivas.
- Imposibilidad de entender las instrucciones del estudio.
- Pacientes que tengan enfermedades neurológicas, enfermedades autoinmunes o enfermedad metabólica ⁽¹⁹⁾.

Tabla 1 VARIABLES DESCRIPTIVAS DEL ESTUDIO			
Edad	Cuantitativa continua		Medida en años
Sexo	Cualitativa dicotómica		Mujer/hombre
Peso	Cuantitativa continua		Medida en kilogramos
Altura	Cuantitativa continua		Medida en centímetros.
IMC	Cuantitativa continua		Medida en kg/m2
Estado civil	Cualitativa politémica	nominal	Soltero/casado/viudo/divorciado
Nivel educativo	Cualitativa politémica	nominal	Analfabeto/ ESO / formación profesional/ formación universitaria.
Nivel socioeconómico	Cualitativa dicotómica	nominal	Salario mínimo vital / más del salario mínimo vital
Tratamiento oncológico	Cualitativa politémica	nominal	Quimioterapia e Inmunoterapia/ radioterapia / quimioterapia + radioterapia.
Tipo de ostomía	Cualitativa politémica	nominal	Colostomía, ileostomía y urostomía (incluye nefrostomía)
Estado nutricional: Escala MUST (20)	Cualitativa politémica	ordinal	Bajo/medio/alto
Valoración de la piel periestomal: Escala D E T (21)	Cualitativa politémica	ordinal	Hidratada/ seca/ eritematosa /erosionada/ macerada/ ulcerada/ otros
Valoración aspecto del estoma	Cualitativa politémica	ordinal	Protruido/ plano / invaginado / retraído
Fugas	Cualitativa dicotómica		Si / no

Fuente: Elaboración propia

VARIABLE DEPENDIENTE

La variable dependiente principal en este proyecto de investigación es la calidad de vida. Para medirla en nuestros pacientes se ha utilizado el *Cuestionario Stoma QoL* que mide la calidad de vida del paciente ostomizado, este ha sido utilizado en otros estudios donde se ha validado la prueba ⁽²²⁾. El cuestionario ha sido validado y adaptado al castellano en España ⁽²³⁾.

El *cuestionario Stoma QoL* (anexo 1) Valora las siguientes dimensiones:

- Sueño.
- Actividad sexual.
- Relaciones personales.
- Relaciones sociales.

Tiene 20 preguntas muy sencillas, con escala Likert de 4 respuestas que se valoran con puntuaciones de 1 a 4. La puntuación final nos aporta un 80% por lo que se debe sumar un 20% al total para obtener un 100%. De este total se consideran tres niveles de medición:

- Buena calidad de vida (70- 100%)
- Moderada calidad de vida (30 a 70%)
- Mala calidad de vida (0 a 30%)

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Población dividida en:

- Los que están actualmente en tratamiento oncológico.
- Los que han terminado su tratamiento oncológico de 6 meses a un año.
- Los que han terminado su tratamiento oncológico más de un año.

RECLUTAMIENTO Y RECOGIDA DE DATOS:

Se ha realizado un muestreo consecutivo para reclutar todos los pacientes ostomizados en tratamiento oncológico atendidos en el Hospital La Luz en los últimos 5 años, en el cual se ha solicitado permiso para realizarlo.

Se ha realizado un registro y análisis de datos a través de un cuaderno de recogida de datos, en el cual se ha registrado la información socio económica, físicos, se valora la piel periestomal con la Escala D E T (Decoloración, Erosión y Tejido de sobre crecimiento) ⁽²¹⁾, el estado nutricional con la Escala M U S T (*Malnutrition Universal Sreening Tool*) ⁽²⁰⁾, el tratamiento oncológico que ha estado recibiendo quimioterapia (ya sea vía IV y oral) e Inmunoterapia y Radioterapia o ambas y otros parámetros como tipo de ostomía, marcaje, dependencia y si presenta fugas en el dispositivo, todo ello ha sido evaluado por la investigadora, así como el cuestionario Stoma Qol que ha sido contestado por los pacientes.

TAMAÑO MUESTRAL:

Se ha realizado un estudio piloto, de 30 pacientes, compuesto de la siguiente manera:

- 10 pacientes que están actualmente en tratamiento oncológico.
- 10 pacientes que han terminado su tratamiento de 6 meses a un año.
- 10 pacientes que han terminado el tratamiento más de un año.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la realización del análisis estadístico, se utilizó el programa estadístico *Statistical Package for Social Sciences* en su versión 24.0.

En relación con los datos cuantitativos, se analizó la normalidad mediante el test de Shapiro-Wilk al presentar un tamaño muestral menor de 30 sujetos por grupo, obteniendo que todas las variables se ajustaron a una distribución normal y fueron paramétricas. Por tanto, dichos datos se describieron mediante media $\pm$ desviación típica (DT) y se completaron con los límites superior e inferior del IC al 95%. La comparación entre los 3 grupos se realizó mediante el test de Análisis de varianza (ANOVA) de una vía, completado con pruebas post-hoc mediante la corrección de Bonferroni.

Con relación a los datos cualitativos, se describieron mediante frecuencias (n) y porcentajes (%). Las comparaciones entre los 3 grupos se realizaron mediante la prueba Chi cuadrado (χ^2).

RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Variables	Pacientes ostomizados con tratamiento oncológico (n=30)			P-valor (estadístico)
	Actual (n=10)	Después de 6-12 meses (n=10)	Después de 1 año (n=10)	
Edad (años)	63,70 $\pm$ 12,56 (54,71-72,68)	68,30 $\pm$ 8,57 (62,16-74,43)	70,10 $\pm$ 70,04 (65,05-75,14)	0,328* (F=1,163)
Peso (kg)	65,55 $\pm$ 9,05 (59,06-72,03)	71,50 $\pm$ 16,71 (59,68-83,31)	71,75 $\pm$ 17,09 (59,52-82,97)	0,571* (F=0,571)
Talla (cm)	169,55 $\pm$ 40,764 (164,07-174,62)	165,90 $\pm$ 8,84 (159,56-172,23)	166,90 $\pm$ 10,07 (159,69-174,10)	0,665* (F=0,415)
IMC (kg/cm ²)	22,82 $\pm$ 3,24 (20,49-25,14)	25,90 $\pm$ 5,21 (22,17-29,63)	25,48 $\pm$ 4,02 (22,59-28,36)	0,230* (F=1,553)
Género	Hombre 8 (80%)	8 (80%)	6 (60%)	0,506† ($\chi^2=1,364$)
	Mujer 2 (20%)	2 (20%)	4 (40%)	
Estado civil	Soltero 1 (10%)	1 (10%)	4 (40%)	0,088† ($\chi^2=11,000$)
	Casado 9 (90%)	8 (80%)	4 (40%)	
	Viudo 0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	
	Divorciado 0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	
Nivel educativo	Analfabeto 0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,363† ($\chi^2=4,333$)
	ESO 2 (20%)	0 (0%)	1 (10%)	
	FP 2 (20%)	5 (50%)	2 (20%)	
	Universitario 6 (60%)	5 (50%)	7 (70%)	
Nivel socioeconómico	SMV 1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0,355† ($\chi^2=2,069$)
	Más de SMV 9 (90%)	10 (100%)	10 (100%)	

Gráfico 1: Género de las personas ostomizadas en tratamiento oncológico.
Fuente: Elaboración propia.
Población muestral (n=30) Consulta de Enfermería. Hospital La Luz, abril – mayo 2021



Predominio del género masculino en todos los grupos. p-valor 0,506

DATOS CLÍNICOS

Variables	Pacientes ostomizados con tratamiento oncológico (n=30)			P-valor (estadístico)
	Actual (n=10)	Después de 6-12 meses (n=10)	Después de 1 año (n=10)	
Tipo de cirugía	Programada 9 (90%)	10 (100%)	9 (90%)	0,001† ($\chi^2=14,659$)
	Urgente 1 (10%)	0 (0%)	1 (10%)	
Tratamiento oncológico	QT 9 (90%)	5 (50%)	4 (40%)	0,204† ($\chi^2=5,933$)
	RT 1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)	
Marcaje	Si 3 (30%)	4 (40%)	5 (50%)	0,659† ($\chi^2=0,833$)
	No 7 (70%)	6 (60%)	5 (50%)	
Ubicación del estoma	Buena 10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	N/A† ($\chi^2=N/A$)
	Mala 0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Tipo de ostomía	Ileostomía 2 (20%)	2 (20%)	3 (30%)	0,982† ($\chi^2=0,403$)
	Colostomía 6 (60%)	6 (60%)	5 (50%)	
Dependencia	Si 4 (40%)	0 (0%)	1 (10%)	0,044† ($\chi^2=6,240$)
	No 6 (60%)	10 (100%)	9 (90%)	
E. MUST	Bajo 2 (20%)	7 (70%)	8 (80%)	0,036† ($\chi^2=10,297$)
	Medio 6 (60%)	1 (10%)	1 (10%)	
E. DET	Alto 2 (20%)	2 (20%)	1 (10%)	0,125† ($\chi^2=9,985$)
	Hidratada 3 (30%)	8 (80%)	6 (60%)	
Aspecto del estoma	Secca 2 (20%)	1 (10%)	0 (0%)	0,769† ($\chi^2=3,307$)
	Eritematosa 3 (30%)	1 (10%)	4 (40%)	
Fugas	Protruido 5 (50%)	6 (60%)	5 (50%)	1,875† ($\chi^2=N/A$)
	Retraído 1 (10%)	1 (10%)	0 (0%)	
	Invaginado 0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	
	Si 5 (50%)	7 (70%)	4 (40%)	
	No 5 (50%)	3 (30%)	6 (60%)	

Abreviaturas:
E. MUST: Escala de Valoración Nutricional (Malnutrition Screening Tool)
E. DET: Valoración de la integridad de la piel (Decoloración, Erosión, Integridad de la piel.
QT: Quimioterapia.
RT: Radioterapia.
QT + RT: Quimioterapia + Radioterapia.
N/A: No aplicable.
Los valores se describieron mediante frecuencias (n) y porcentajes (%) y el P-valor corresponde a la prueba Chi cuadrado (χ^2).
Para todos los análisis, se consideró un P-valor < 0,05 como significativo para un IC al 95% (en negrita).

Gráfico 2: Tipo de cirugía que se realizó a las personas ostomizadas y momento de tratamiento oncológico en que se encuentran actualmente.
Fuente: Elaboración propia.
Población muestral (n=30) Consulta de Enfermería. Hospital La Luz, abril – mayo 2021



Incremento de cirugía urgente en el momento actual. Fernando Portilla, Impacto de la pandemia sobre la actividad quirúrgica en cáncer colorrectal en España, 2020. p-valor 0,001

Gráfico 3: Dependencia de los pacientes según momento de tratamiento oncológico.
Fuente: Elaboración propia.
Población muestral (n=30) Consulta de Enfermería. Hospital La Luz, abril – mayo 2021



En el momento actual tienen un 40% de Dependencia. p-valor 0,044.

Gráfico 4: Nivel nutricional de los pacientes (E. MUST) según momento de tratamiento oncológico.
Fuente: Elaboración propia.
Población muestral (n=30) Consulta de Enfermería. Hospital La Luz, abril – mayo 2021



Predominio de nivel medio en el momento actual de TTO. p-valor 0,036.

Gráfico 5: Aspecto del estoma de los pacientes ostomizados.

Fuente: Elaboración propia.

Población muestral (n=30) Consulta de Enfermería. Hospital La Luz, abril – mayo 2021



Predominio de estoma protruido, p-valor 0,769.

CALIDAD DE VIDA

Tabla 5: DATOS DE CALIDAD DE VIDA ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

Variables	Pacientes ostomizados con tratamiento oncológico (n=30)			P-valor (estadístico)
	Actual (n=10)	Después de 6-12 meses (n=10)	Después de 1 año (n=10)	
CVD total	48,90±12,54 (39,92-57,87)	55,90±13,06 (46,55-65,24)	59,30±11,46 (51,10-67,49)	0,179* (F=1,836)
CDV (%)	60,50±15,85 (49,15-71,84)	69,87±16,33 (58,18-81,56)	74,12±14,32 (63,87-84,37)	0,153* (F=2,015)
Nivel de CDV	Buena 3 (30%)	6 (60%)	7 (70%)	0,175† (χ²=3,482)
	Moderada 7 (70%)	4 (40%)	3 (30%)	
	Mala 0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Fuente: Elaboración propia

Abreviaturas:

CDV: Calidad de vida.

*Los valores se describieron mediante media±DT (IC al 95%) y el P-valor corresponde a la prueba ANOVA de 1 vía.

†Los valores se describieron mediante frecuencias (n) y porcentajes (%) y el P-valor corresponde a la prueba Chi cuadrado (χ²)

Para todos los análisis, se consideró un P-valor < 0,05 como significativo para un IC al 95%.

Gráfico 6: Distribución de frecuencias de Nivel de calidad de vida de los pacientes ostomizados según el tiempo tras tratamiento oncológico

Fuente: Elaboración propia.

Población muestral (n=30) Consulta de Enfermería. Hospital La Luz, abril – mayo 2021



DISCUSIÓN

En nuestro estudio las variables sociodemográficas nos permiten ver el perfil de las personas ostomizadas que hay en nuestro hospital, el 73% son varones, y respecto al nivel educativo el 60% tiene formación universitaria, muy similar ambos a los estudios realizados por De Frutos *et al*.⁽¹⁵⁾ El 70% son de estado civil casado, la media en el trabajo de De Frutos *et al* es de 48%.

Respecto al nivel socioeconómico el 97% tiene más del salario mínimo vital, debido al estrato social medio – alto que atiende nuestro centro hospitalario.

No hemos encontrado diferencias significativas en las variables sociodemográficas probablemente por nuestra pequeña muestra. Según la investigación de Muñoz *et al*.⁽²⁴⁾ hay mejores puntuaciones en pacientes con mayor nivel de estudios, por consecuencia mejor calidad de vida.

En el tipo de cirugía, se ha encontrado diferencias significativas de Cirugía urgente en el grupo de persona ostomizada que esté recibiendo tratamiento oncológico en el momento actual, p valor ($P=0,001$; $\chi^2=14,659$) según Fernando de Portilla *et al* menciona en los resultados de su investigación en el Impacto de la pandemia sobre la actividad quirúrgica en cáncer colorrectal en España. Resultados de una encuesta nacional 2020⁽²⁵⁾ menciona que en condiciones normales sabemos que la supervivencia de estos pacientes no varía si la cirugía se demora entre dos a tres meses⁽²⁶⁾, pero si esta se prolonga puede tener un efecto importante en la supervivencia de estos pacientes independientemente de la situación de la Pandemia actual COVID 19 y sus efectos colaterales adversos^(27, 28). En el grado de Dependencia se ha encontrado diferencias significativas ($P=0,044$; $\chi^2=6,240$) mostrando una mayor presencia de dependencia en los que se encuentran actualmente en tratamiento oncológico. Según el estudio de Tal *et al*.⁽²⁹⁾ en un estudio de estudio de pacientes ostomizados, el 50% era dependiente en sus cuidados los cuales eran realizados por su familia, en el nuestro, el grado de dependencia es un 40% para el primer grupo (ostomizados en tratamiento oncológico) y en los posteriores está en 90 a 100% de autonomía, lo que indica que se está realizando unos buenos cuidados de enfermería basados en la mejor evidencia y según las guías de recomendaciones de la RNAO (Asociación profesional de enfermeras de Ontario)⁽³⁰⁾.

En el nivel nutricional de las personas estudiadas se encuentra una mayor presencia del nivel medio en los que están en tratamiento oncológico actualmente $P=0,036$; $\chi^2=10,297$ que coincide con el estudio realizado según la Guía de actuación Nutricional en pacientes oncológicos en la farmacia comunitaria⁽³¹⁾, cifras muy variables de incidencia de desnutrición según la localización o el tipo de tumor primario. La incidencia es intermedia (50-60%), en cáncer de pulmón, ovario, colon y próstata, la cual es similar a nuestro estudio de investigación. En la cual afirma que un buen control nutricional incide favorablemente en la supervivencia y la calidad de vida del paciente y que la atención nutricional influye en su evolución y tolerancia al tratamiento oncológico, lo que determinará su pronóstico, tratamiento y calidad de vida de estas personas. En cuanto a las características de cómo se encuentra la piel según Escala DET las personas ostomizadas del segundo (80%) y tercer grupo (60%) los que han terminado el tratamiento oncológico de más de 6 meses y los de más de un año, hay más presencia de piel hidratada. Y en el primer grupo, los que están en tratamiento oncológico actualmente tienen más problemas de alteraciones de la piel (seca 20%, eritematosa 30% y erosionada 20%) relacionado con el tratamiento que están recibiendo. Las complicaciones de la piel ocasionan una peor calidad de vida porque es más fácil que el dispositivo se despegue y precisen cambios continuos irritándose cada vez más la piel el cual si se produce es muy doloroso para el paciente.

El estudio de Cottam et al ⁽³²⁾ manifiesta que un estoma protruido de aproximadamente 22 mm no tenía problemas, y uno de menos de 10 mm tiene más riesgo de complicaciones de la piel, si a esto le añadimos que, en los pacientes con tratamiento oncológico, en los desechos de heces y orina se eliminan los residuos del tratamiento, estos son más corrosivos si no tiene un estoma bien construido. Hay pocos estudios al respecto.

En referencia al aspecto del estoma tenemos en nuestro estudio predominio de Protruido 53%, plano 37%, retracción 7% e invaginado 3%. Un estoma bien construido es sinónimo de buena calidad de vida porque tendrá menos riesgo de fugas, lo que es su principal temor. En nuestro estudio con respecto a si tienen fugas, el 53% lo tiene, pero muy ocasionales, los que no tienen ninguna fuga, 47%, cifras menores respecto a otro estudio internacional de Erwin Toth *et al* ⁽³³⁾ en el 2012 con una media de 58%, de calidad de vida. En cuanto a la calidad de vida no hay diferencias significativas entre los tres grupos por ser nuestra muestra poblacional de 30 personas. Al realizarse por distribución de frecuencias con relación a los niveles de calidad de vida de los pacientes ostomizados según el tiempo tras tratamiento oncológico si vemos que las personas que terminaron hace 6 meses tienen un 50% más de Buena calidad de vida, los que terminaron hace más de un año 60%. La diferencia entre los que finalizaron hace 6 meses y un año es sólo un 15%. La puntuación de calidad de vida de las personas ostomizadas en nuestro estudio es alta (74% de media), superior a otros estudios realizados como los de Arango ⁽³⁴⁾, Muñoz *et al* ⁽²⁴⁾ entre otros que está en una media de 58% al año de ser ostomizado.

CONCLUSIONES

Parece que no existen diferencias significativas entre el tratamiento oncológico y la calidad de vida de la persona ostomizada. No obstante, se trata de un estudio piloto que necesita ampliar el tamaño muestral. Aunque no hay diferencias significativas en este estudio piloto las personas ostomizadas que han terminado su tratamiento oncológico hace más de 6 meses tienen el doble de buena calidad de vida respecto a los que estén ahora mismo en tratamiento. Las personas ostomizadas que terminaron el tratamiento oncológico hace más de 1 año tienen aproximadamente 60% más de buena calidad de vida respecto a los que están en tratamiento actual. Las personas ostomizadas que finalizaron su tratamiento oncológico hace 6 meses tienen sólo un 15% menos de buena calidad de vida respecto a los que terminaron hace más de un año.

BIBLIOGRAFIA



ANEXO 1: Cuestionario stoma QoL

Paciente inicial: _____ Fecha: ____/____/20____

Stoma-QoL
Cuestionario de calidad de vida para personas con ostomía

Por favor, marque en cada pregunta aquella respuesta que mejor describa cómo se siente usted en este momento

	Siempre	A veces	Raras veces	Jamás
1. Me pongo nervioso/a cuando la bolsa está llena.	1	2	3	4
2. Me preocupa que la bolsa se despegue	1	2	3	4
3. Cuando estoy fuera de casa necesito saber dónde está el asco más cercano	1	2	3	4
4. Me preocupa el olor que se pueda desprender de la bolsa	1	2	3	4
5. Me preocupan los ruidos del intestino	1	2	3	4
6. Necesito descansar durante el día	1	2	3	4
7. La bolsa condiciona la ropa que me puedo poner	1	2	3	4
8. Me siento cansado/a durante el día	1	2	3	4
9. Siento que he perdido mi atractivo sexual debido al estoma	1	2	3	4
10. Duermo mal por la noche	1	2	3	4
11. Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar con la ropa	1	2	3	4
12. Me daña el cuerpo	1	2	3	4
13. Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa	1	2	3	4
14. Me cuesta disimular que llevo una bolsa	1	2	3	4
15. Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean	1	2	3	4
16. Evito el contacto físico con mis amigos (por ejemplo al bailar)	1	2	3	4
17. Me resulta difícil estar con otras personas debido al estoma	1	2	3	4
18. Me da miedo conocer gente nueva	1	2	3	4
19. Me siento solo/a incluso cuando estoy con otras personas	1	2	3	4
20. Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo debido al estoma	1	2	3	4

Gracias por contestar al cuestionario

BIBLIOGRAFÍA:

BIBLIOGRAFÍA:

- Herrera S, López V, Martínez M, Hermoso A, Amezcua M, Intervenciones para normalizar las actividades de la vida cotidiana en pacientes a los que se ha practicado una reciente ostomía. Index Enferm [internet] 2020 [citado 2021 Feb 07]; 29(3): 176-182. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&p id=S1132-12962020000200018&lng=es. Epub 25- Ene-2021.
- Danielsen A, Sorensen E, Burcharth K, Rosenberg J. Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013; 40(4): 407- 12.
- ancio S, Coca C, Fernández I, García M. Estudio coste efectividad de la atención especializada en ostomía. 2014. http://www.consejogeneralenenfermería.org/docs_re vista/EstudioOstomías.pdf.
- Cobos J y Grupo Coloplast Ostomy Forum. Libro blanco de la ostomía en España. Madrid 2018. Coloplast productos Médicos S.A.
- The Orix Group. The Canadian ostomy patient. Pennington, NJ. 2001
- Brand MI, Dujovny N. Preoperative considerations and creation of normal ostomies. Clin Colon Rectal Surg 2008 21(1): 5-16. doi:10.1055/s- 2008-1055316
- Evolución del cáncer de colon [internet]. Madrid: Asociación Española contra el cáncer. 2018 [actualizado 2018; citado 15 de abril 2018]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancercolon/evolución-cancer-colon>
- Díaz-Santos C, López V, Amaro B. Análisis coste efectividad del cribado de cáncer colorrectal en población ge- neral. Primera parte: Revisión sistemática sobre su eficacia y seguridad. Madrid: Plan de calidad para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Lain Entralgo; 2008. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS No 2006/06
- Gili M, Cabanillas J, Bejar L. Avoidable mortality and colorrectal cancer. Gac Sanit. 2007; 21(2): 176-177.
- Gonzalez R, Garcia S, Diaz-Mayordomo A. Effectiveness of colorectal cancer screening using faecal occult blood. Experience in a occupationalsurveillance study. SEMERGEN. 2011; 37(10):584-585

11. Ferlay J, Soerjmataram I, Dirkshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Bray F. Cancer incidence and mortality world- wide: Sources, methods and major patterns in Globocan. 2012. *Int J Cancer*. 136(5). E359-E386.
12. American Cancer Society. Como funcionan los medicamentos de quimioterapia. [internet]. [consultado 18 Feb 2021]. Disponible en <http://www.cancer.org/es/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia/como-funcionan-los-medicamentos-de-quimioterapia.html>
13. American Society of Clinical Oncology. ASCO. Efectos secundarios de la quimioterapia. *Cancer Net*. [internet]. [consultado 10 Ener 2021]. Disponible en <https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-delc%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/efectos-secundarios-de-la-quimioterapia>
14. Canovas C, Giorato E, Roveron G, Turrini P, Zanotti R. Validation of a stoma-specific quality of life questionnaire in a sample of patients with colostomy or ileostomy. *Colorectal Disease*. 2013 [citado 2021 Feb 14]; 15(11) 692-e698. <https://doi.org/10.1111/codi.12324>
15. De Frutos R, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de Enfermería*. 2011 (2): 24-31
16. Davis J, Svavarsdóttir M, Pudlo M, Arena R, Lee Y, Jensen M. Factors impairing quality of life for people with an ostomy. *Gastrointestinal*. 2011. *Nursing*, 9 (2) 14-18.
17. Erwin -Toth P, Thompson S, Davis J.. Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North america: Results from the dialogue study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing: Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/ WOCN*. 2011. 39(4) 417-22
18. Gutierrez E. Efectos que producen ser portador de una colostomía en la calidad de vida de los pacientes de la Unidad de curación de Heridas y Ostomías en un Hospital Nacional. Tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. Lima. 2016: 43 <https://hdl.handle.net/20.500.12672/6469>
19. Lopera-Vásquez Juan Pablo. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Feb [cited 2021 Feb 20]; 25(2): 693-702. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000200693&lng=en. Epub Feb 03, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232020252.16382017>.
20. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, Dixon R, Price S, Stroud M. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the malnutrition universal screening tool (MUST) for adults. *Br J Nutr* 2004; 92:799-808. doi:10.1079/BJN20041258.
21. Jemec G, Martins L, Claessens I, Ayello E, Hansen A, Poulsen L, Sibbald R. Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. *Br J Dermatol* [internet] 2011 [consultado 12 Ener 2021]; 164(2): 330-335
22. Felice, D. Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1997 [citado 2021 Feb 14]; 41(2): 126-135. Disponible en <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1997.tb00689.x>
23. Collado E., García P. Validación de un cuestionario específico de calidad de vida con una muestra de pacientes colostomizados e ileostomizados. *Eur J Health Research*. 2015. 1 (3): 107-118.
24. Muñoz R et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de enfermería*. 14(2), 24-31
25. Portilla F, Reyes M, Rammallo I. Impacto de la pandemia sobre la actividad quirúrgica en cáncer colorrectal en España. Resultados de una encuesta nacional. *Cir Esp* 2020. 9(1).
26. Wanis K.N., Patel S.V.B., Brackstone M. Do moderate surgical treatment delays influence survival in colon cancer? *Dis Colon Rectum*. 2017; 1241-1249.
27. Wang H., Zhang L. Risk of COVID-19 for patients with cancer. *Lancet Oncol*. 2020; 21: e181.
28. Liang W., Guan W., Chen R., Wnag W., Li J., Xu K. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: A nationwide análisis in China. *Lancet Oncol*. 2020; 21:335-337.
29. Tal R, Cohen M, Yossepowitch O, Golan S, Regev S, Zertzer S, Baniel J. An ileal Conduit – who takes care of the stoma? *The Journal of urology*. 187(5), 1707-1712.
30. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Cuidado y manejo de la ostomía. Guía de buenas prácticas clínicas. 2009.
31. Martín A, Pontes Y, Mateos A, Beas A, Perez P. Guía de actuación nutricional en pacientes oncológicos en la farmacia comunitaria. SEFAC. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2016. 26; 8 (1).
32. Cottam J, Richards A, Hasted A, Blackman A. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease*. 2007. 9(9): 834-838.
33. Erwin -Toth P, Thompson S, Davis J. Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: results from the Dialogue Study. *Journal of wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. 2012. 39(4), 417-424.
34. Arango A. Estudio "Stoma Life". Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año después de la cirugía. *Hacia la promoción de la salud*. 2015. 9(1), 33-44.

Resumen:

Introducción: La gamificación ha surgido como una metodología innovadora en la educación, con el potencial de mejorar la motivación, el compromiso y los resultados de aprendizaje. Al incorporar juegos, videojuegos, desafíos y recompensas, en la formación de los pacientes portadores de una ostomía, se fomenta su motivación y el compromiso de los mismos, promoviendo activamente su participación, mientras convierte el proceso de aprendizaje en una experiencia inmersiva y estimula el trabajo autónomo para la adquisición de nuevas habilidades.

En este sentido, se plantea la hipótesis de que la participación de los pacientes portadores de una ostomía a través de una dinámica activa y participativa como es la plataforma Sgame, contribuye a una experiencia positiva en relación con el aprendizaje basado en videojuegos y su implicación directa en el cuidado de su ostomía.

Objetivos: Examinar las relaciones entre las experiencias de los pacientes portadores de una ostomía al participar en un video juego académico y analizar su experiencia, conocimientos y el nivel de motivación referente a su ostomía.

Metodología: Propuesta de diseño de un proyecto de innovación docente para pacientes que van a ser futuros portadores de una ostomía. El objetivo del estudio se abordará mediante un estudio cuantitativo descriptivo (en las unidades de cirugía general y consulta de enfermería especialista en estomaterapia).

Resultados: Dentro de este apartado se va a analizar si el participante se ha sentido motivado durante todo el proceso y en qué grado; es decir, se conocerá la evolución de la estimulación para alcanzar la meta desde el inicio hasta el final del proyecto, y se conocerá el nivel de conocimientos adquiridos a lo largo de los diferentes niveles de aprendizaje del videojuego.

Conclusiones: Este estudio permitirá examinar las experiencias de esta metodología innovadora en los cuidados de enfermería a pacientes portadores de un estoma ya que ofrece información, apoyo sobre su aceptación y su potencial como estrategia de aprendizaje en contextos de inclusividad.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Gamificación. Aprendizaje basado en videojuegos. Experiencia inclusiva. Motivación de aprendizaje.

Título: Gamificación y Videojuegos en el Cuidado de la Ostomía: Estrategia Inclusiva de Aprendizaje.

Autores: Carlos Manuel Nieves Rodríguez

Graduado en enfermería. Unidad de Hospitalización Cirugía general y digestivo del Hospital Universitario 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>

Noelia Díaz Ferrer

Enfermera Estomaterapeuta en la Unidad de Ostomías del Hospital Universitario Son LLàtzer. Enfermera asistencial en planta de Cirugía Digestiva, Cirugía Plástica y Otorrinolaringología en el Hospital Universitario Son LLàtzer del 2002 al 2023.

David Gómez Santos

Técnico en Cuidados de Enfermería en la Unidad de Neumología y Cardiología. Especialista en la Unidad del Sueño, Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca, Islas Baleares.

Correspondencia: carlosnieves23@gmail.com

INTRODUCCIÓN.

La gamificación ha surgido como una metodología innovadora (1) en la educación, con el potencial de mejorar (2) la motivación, el compromiso y los resultados de aprendizaje (3).

Al incorporar juegos (4), videojuegos, desafíos y recompensas, en la formación de los pacientes portadores de una ostomía, se fomenta su motivación y el compromiso de los mismos, promoviendo activamente su participación, mientras convierte el proceso de aprendizaje en una experiencia inmersiva (5) y estimula el trabajo autónomo (6) para la adquisición de nuevas habilidades.

Estos nuevos modelos de enseñanza y aprendizaje se deben a la necesidad de renovación de los mismos, ya que necesitamos utilizar herramientas que provoquen aprendizajes significativos en los pacientes, donde ellos mismos sean los protagonistas activos en ese proceso de aprendizaje.

La mejor forma de conseguir que los pacientes se impliquen en el proceso de enseñanza aprendizaje es estando motivados. La gamificación representa una metodología idónea para motivar a los pacientes en el proceso de aprendizaje (Kapp, 2012; Zichermann y Cunningham, 2011). Deterding, Dixon, Khaled & Nacke (2011) defienden que la gamificación consiste en el uso de elementos de diseño del juego en contextos no lúdicos. Kapp (2012) añade que aparte de usar mecánicas de juego, su diseño y estrategias, a través de la gamificación se promueve y se motiva la acción, el aprendizaje y la resolución de problemas. Se concluye entonces que, a través del uso de la gamificación en ese proceso de enseñanza, se aumenta la motivación de los pacientes (Erenli, 2013; Lee y Hammer, 2011), favoreciendo así el aprendizaje de los mismos.

Algunos ejemplos que podemos citar de actividades lúdicas educativas que ayudan a los pacientes en su aprendizaje y permite el desarrollo de sus habilidades, son los videojuegos, escape Room (Dugnol-Menéndez et al., 2021; Cabero-Almenara et al., 2020). Su implementación mejora la motivación del aprendizaje porque permite a los pacientes experimentar y descubrir, mientras practican habilidades y aprenden de forma lúdica (Manzano et al., 2020; Romero-Tena et al., 2020).

ARTÍCULO 2

La gamificación se ha utilizado en contextos diferentes, principalmente de negocios y marketing, pero también ha mostrado su utilidad e importancia en el entorno educativo. Al incorporar elementos del juego en las actividades diarias del aula se busca aumentar la motivación (Shneiderman, 2004) pero, para hacerlo, debemos planear con sumo cuidado y coherencia todas las tareas y actividades que se van a desarrollar (Von Ahn y Dabbish, 2008).

Piñeiro-Otero y Costa-Sánchez (2015) destacan que el uso de la gamificación en educación tiene tantos beneficios que se adopta como metodología. Además, para cambiar o desencadenar un determinado comportamiento, los pacientes deben estar motivados y al mismo tiempo tener la capacidad de resolver los desafíos. Se produce así en las unidades de atención sanitaria una cercanía al mundo cambiante en el que el alumno está inmerso, cuestión que es crucial para el aprendizaje significativo del paciente y familia.

En este sentido, se plantea la hipótesis de que la participación de los pacientes portadores de una ostomía a través de una dinámica activa y participativa como es la plataforma Sgame, contribuye a una experiencia positiva en relación con el aprendizaje basado en videojuegos (7) y su implicación directa en el cuidado de su ostomía.

En la actualidad, uno de los grandes retos que debe superar la educación sanitaria es la reformulación del proceso de enseñanza, teniendo que elegir los medios necesarios para satisfacer las demandas de los pacientes portadores de una ostomía y promover aprendizajes significativos.

La integración de la gamificación en la unidad de cirugía general y consulta de enfermería experta en estomaterapia implica una enseñanza diferente y más estimulante que aumenta el grado formativo en el cuidado de su ostomía.

METODOLOGÍA:

Propuesta de diseño de un proyecto de innovación docente para pacientes que van a ser futuros portadores de una ostomía. El objetivo del estudio se abordará mediante un estudio cuantitativo descriptivo (en las unidades de cirugía general y consulta de enfermería especialista en estomaterapia) donde los pacientes llevarán a cabo una experiencia de aprendizaje mediante un videojuego creado con la plataforma digital SGAME, como parte de la guía de actividades de aprendizaje del programa de educación del paciente ostomizado basado en las últimas evidencias de las guías de práctica clínica en el cuidado de los pacientes portadores de una ostomía.



Enlace al videojuego:

<https://view.genially.com/66ad3ed690de6739ec90ea53/guide-sgame-paciente-ostomias>

La actividad será accesible desde el domicilio, y también se podrá realizar en un aula de formación del hospital (biblioteca) dotada de los siguientes recursos: hardware informático y software que permita; acceso al video juego mediante la plataforma genially, enlace directo a la plataforma SGAME (integración de recursos de aprendizaje en juegos existentes), y a otras herramientas online donde podrán usar diferentes recursos para consultar toda la información propuesta en el videojuego.



Así, los pacientes aplicarán los conocimientos en el cuidado de las diferentes ostomías impartidos por una enfermera experta en estomaterapia y un enfermero de cirugía general para la consecución de los objetivos de manera secuencial: demostrar la comprensión del contenido teórico de los cuidados básicos de su ostomía (mediante una evaluación inicial con preguntas de tipo test), aplicar el razonamiento y pensamiento crítico respecto a diferentes situaciones complejas (que pueden surgir en las primeras semanas del postoperatorio) y realizar una toma de decisiones basada en la evidencia (mediante consulta guías de práctica clínica y videos formativos realizados por los profesionales de enfermería alojados en YouTube).

DIFERENTES FASES Y NIVELES DE APRENDIZAJE.



Tras finalizar la actividad, los pacientes completarán la escala GAMEX (Gameful Experience in Gamification) o escala de experiencia de juego gamificado adaptada al castellano. La escala ha sido desarrollada y validada en inglés por Eppmann, Bekk y Klein (2018). Las opciones de respuesta son de tipo Likert (1= "totalmente en desacuerdo" y 5= "totalmente de acuerdo"). Se compone de 27 ítems dividida en torno a 6 dimensiones principales en lo que se evaluará la experiencia de los participantes en actividades o ambientes gamificados.



SE REALIZAN CUESTIONES SENCILLAS PARA FACILITAR EL MANEJO DE LA OSTOMÍA Y REFORZAR LOS CAMPOS MÁS COMPLICADOS EN LOS DIFERENTES CUIDADOS EN EL ESTOMA.

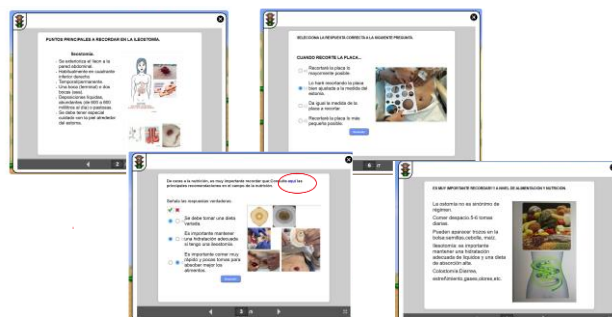


CONTENIDOS TEÓRICOS ACOMPAÑADOS SIEMPRE DE VIDEOS PRÁCTICOS PARA FACILITAR EL APRENDIZAJE Y HACERLO MÁS SENCILLO.



Los cuestionarios serán administrados de forma virtual y a través de correo electrónico utilizando la plataforma de Google Forms mediante la cual los participantes accederán a través del enlace proporcionado.

La herramienta será configurada para respetar el anonimato de los participantes e impedir que estos respondan más de una vez al mismo cuestionario. Para el tratamiento de los datos recogidos se utilizará al software de análisis estadísticos SPSS en su versión 24.0.



PALABRAS CLAVES: Enfermería; Gamificación; Aprendizaje basado en videojuegos; Experiencia inclusiva; Motivación de aprendizaje.

RESULTADOS:

Dentro de este apartado se va a analizar si el participante se ha sentido motivado durante todo el proceso (8) y en qué grado; es decir, se conocerá la evolución de la estimulación para alcanzar la meta desde el inicio hasta el final del proyecto, y se conocerá el nivel (9) de conocimientos adquiridos a lo largo de los diferentes niveles de aprendizaje del videojuego.

CONCLUSIONES:

Este estudio permitirá examinar las experiencias de esta metodología innovadora en los cuidados de enfermería a pacientes portadores de un estoma ya que ofrece información, apoyo sobre su aceptación y su potencial como estrategia de aprendizaje en contextos de inclusividad (10).

Por último, también se pone de manifiesto la importancia que debe tener el trabajo en equipo en este tipo de experiencias gamificadas, para no fomentar la competitividad negativa, sino la autosuperación en cada prueba y la motivación de superarse, mejorar y conseguir los objetivos tanto de forma individual como a través del trabajo en equipo en los cuidados de los pacientes portadores una ostomía.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:

Propuesta de implementación y diseño de un videojuego en la plataforma Sgame para la formación de las profesionales de enfermería en el cuidado y manejo de pacientes portadores de una ostomía.

Se necesita explorar y promover el desarrollo del pensamiento creativo, y mediante esta metodología de innovación e implementación de un videojuego educativo puede ser una buena herramienta para conseguirlo a través del uso de la gamificación. Se presenta como un reto, pero con muchos beneficios de caras a la mejora del aprendizaje e inclusividad de las profesionales en esta dimensión.

Por último, a través de los valores implementados de dominancia también se pone de manifiesto la importancia que debe tener el trabajo en equipo en este tipo de experiencias, para no fomentar la competitividad negativa, sino la autosuperación en cada prueba y la motivación de superarse, mejorar y conseguir los objetivos tanto de forma individual como a través del trabajo en equipo.

Se concluye que, la gamificación, es un factor clave en este tipo de experiencias y ayudan a promover la acción, el aprendizaje y la resolución de problemas en el campo de los cuidados de las ostomías.

APORTACIÓN Y RELEVANCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

El presente trabajo aporta un método sistemático, gamificado y organizado para la planificación y ejecución de cuidados de enfermería, orientado a dar una solución a los problemas identificados a futuros pacientes portadores de una ostomía de eliminación intestinal y de esta forma mejorar la calidad de vida de los pacientes, respetando los procedimientos y protocolos asistenciales basados en las guías prácticas clínica del paciente ostomizado y en la mejor evidencia científica disponible.

Mediante la propuesta de elaboración de este trabajo nos proponemos conseguir unos resultados de salud más altos para los paciente y familiares, una disminución de los costes en salud y un incremento de la calidad asistencial.

La gamificación aplicada a los cuidados de salud está revolucionando la enfermería al mejorar la adherencia terapéutica mediante el diseño de diferentes Apps con recompensas y premios, otras que facilitan la educación del paciente con juegos interactivos, y apps que promueven estilos de vida saludables con herramientas que convierten el ejercicio en una aventura o consiguen reducir el estrés y el dolor mediante terapias con realidad virtual. Su relevancia clínica radica en aumentar la participación activa del paciente, personalizar tratamientos, reducir costos sanitarios y generar datos cuantificables para adecuar terapias.

Esta estrategia innovadora no solo humaniza la atención de enfermería, sino que optimiza resultados clínicos a través de métodos motivadores y tecnológicos, demostrando ser un pilar clave en la transformación digital de la salud en el paciente ostomizado.

Agradecimientos:

A todo el equipo de SEDE, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento por su colaboración, así como por la visibilidad y el reconocimiento brindados a nuestro trabajo, los cuales han hecho posible nuestra participación mediante una comunicación oral en el Primer Congreso Internacional de Estomatología 2025, celebrado en la ciudad de Guimarães (Portugal).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Gargallo López B, Morera Bertomeu I, García Félix E. Metodología innovadora en la universidad. Sus efectos sobre los procesos de aprendizaje de los estudiantes universitarios: Innovative methodology at the university. Its effects on learning processes of university students [Internet]. Vol. 31. 2015. p. 901–15. [citado 21 de abril 2025]. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/catart?codigo=5239049>
2. Davidson SJ, Candy L. Teaching EBP Using Game-Based Learning: Improving the Student Experience. *Worldviews evidence-based Nurs*. 2016 Aug;13(4):285–93.
3. Koivisto J-M, Multisilta J, Niemi H, Katajisto J, Eriksson E. Learning by playing: A cross-sectional descriptive study of nursing students' experiences of learning clinical reasoning. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2016; 45:22–8. [citado 21 de abril 2025]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.009>
4. Ortiz-Colón, A. M., Jordán, J. y Agredal, M. (2018). Gamificación en educación: una panorámica sobre de la cuestión. *Educação e Pesquisa*, 44,1-17. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-46342018441737731-17>
5. Torres, J. A. y Fernández, J. M. (2015). Promoviendo escuelas inclusivas: análisis de las percepciones y necesidades del profesorado desde una perspectiva organizativa, curricular y de desarrollo profesional. *REIFOP*, 18(1), 177-200. <https://doi.org/10.6018/reifop.18.1.214391>
6. Paim CPP, Goldmeier S. Development of an Educational Game to Set Up Surgical Instruments on the Mayo Stand or Back Table: Applied Research in Production Technology. *JMIR Serious Games* [Internet]. 2017;5(1): e1. [citado 21 de abril 2025]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28073736%0Ahttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28073736>
7. Johnsen HM, Fossum M, Vivekananda-Schmidt P, Fruhling A, Slettebo A. Teaching clinical reasoning and decision-making skills to nursing students: Design, development, and usability evaluation of a serious game. *Int J Med Inform*. 2016; 94:39–48.
8. Uiboleht, K., Karm, M. y Postareff, L. (2018). The interplay between teachers' approaches to teaching, students' approaches to learning and learning outcomes: a qualitative multi-case study. *Learning Environments Research*, 21(3), 321-347. <https://doi.org/10.1007/s10984-018-9257-1>

9. Day-Black C, Merrill EB, Konzelman L, Williams TT, Hart N. Gamification: An Innovative Teaching-Learning Strategy for the Digital Nursing Students in a Community Health Nursing Course. ABNF J [Internet]. 2015;26(4):90–4. [citado 21 de abril 2025]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26665503>
10. Torres, J. A. y Fernández, J. M. (2015). Promoviendo escuelas inclusivas: análisis de las percepciones y necesidades del profesorado desde una perspectiva organizativa, curricular y de desarrollo profesional. REIFOP, 18(1), 177-200. <https://doi.org/10.6018/reifop.18.1.214391>

Resumen:

A través de este caso clínico se pretende unificar criterios a la hora de manejar quemaduras de segundo grado profundo en atención primaria.

Concretamente se trata de una mujer de 73 años sin antecedentes patológicos de interés que acude al centro de salud presentando una quemadura térmica de 2º grado profunda en la zona lumbar izquierda, esta había sido ocasionada al aplicar hielo directamente sobre la epidermis. Inicialmente, la quemadura había sido tratada con sulfadiazina argéntica y presentaba claros signos de infección.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema principal de este caso clínico y el seguimiento exhaustivo de curas a esta paciente, se concluye que la sulfadiazina argéntica retrasa la curación de las quemaduras, que además, no existe consenso en el uso de determinados apósitos en este tipo de heridas y que el tratamiento pertinente ante una infección son los apósitos antimicrobianos.

INTRODUCCIÓN

La piel es el órgano de más extensión en el cuerpo, se encarga de recubrir de forma externa el organismo, sirviendo de elemento de conexión y comunicación de éste con el exterior. La importancia de su función de protección y de defensa se ven vulneradas con la aparición de las heridas. Es importante conocer que está formada por tres capas diferenciadas: capa epitelial ectodérmica o epidermis (más superficial), capa dermis o corion (intermedia), hipodermis o panículo adiposo (más profunda). (5)

Se conoce como quemadura al resultado de un traumatismo que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares provocando la necrosis y destrucción de los diferentes tegumentos, esta puede tener múltiples etiologías entre la que se encuentra la térmica, que tienen el potencial de poner en peligro la vida con graves consecuencias estéticas y funcionales, ya que representan el 30% de todas las muertes por quemaduras. (1,8).

Las quemaduras se clasifican dependiendo de su profundidad en: primer grado (no alcanzan la dermis), segundo grado superficial (epidermis y parte de la dermis), segundo grado profundo (epidermis y dermis completa) y de tercer grado (todo el espesor de la piel). Una vez clasificadas podremos estimar qué quemaduras tendrán más o menos relevancia en función de la localización, ya que la cara, cuello, manos, pies, pliegues articulares, genitales, mamas y axilas son consideradas de especial gravedad debido a su implicación estética y funcional. (1,4)

En España según las últimas estadísticas se puede observar que por cada 100.000 habitantes que se ven afectados por quemaduras de diversa etiología y gravedad, sólo 300 (5-15%) necesitan hospitalización, el porcentaje restante puede ser tratado de manera ambulatoria por presentar un menor riesgo de complicaciones agudas. Teniendo en cuenta que los centros de atención primaria son los principales referentes dentro de la atención ambulatoria y en ellos, la figura de enfermería es la máxima representante en el cuidado y la cura de las heridas, queda evidenciada la necesidad de unificar criterios a la hora de tratar con soluciones de continuidad de este índole. (3)

Título: Manejo de la quemadura térmica de segundo grado profundo. A propósito de un caso clínico. Management of deep second degree thermal burn. Regarding a clinical case.

Autora: Marina Sempere Albert

Graduada en Enfermería. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Castellón. Centro de Salud de Benicasim

Además, debemos tener presente que el mayor porcentaje de quemaduras alrededor de un 80-90% se producen en el ámbito doméstico seguido del ámbito laboral de las cuales las más comunes son las producidas por líquidos y sólidos calientes, llamas y explosiones. En el ámbito doméstico los más sensibles a sufrir quemaduras son las mujeres, niños y ancianos mientras que en el trabajo son los hombres. En varios estudios podemos observar que la población con más riesgo y problemas a la hora de la curación son los niños y los ancianos debido al debilitamiento de las capacidades de autodefensa y autorregulación. (1,8)

Así pues, a través de este trabajo podremos ver la evolución de las quemaduras de etiología térmica y los efectos tisulares que esta conlleva. Además, incidiremos en la importancia de un correcto manejo de estas heridas por parte de enfermería, ya que, la evolución tórpida de las curas realizadas puede conllevar graves consecuencias en el usuario que estamos tratando.

OBJETIVOS:

Dar a conocer los criterios seguidos a la hora de abordar una quemadura de segundo grado profundo en atención primaria.

Objetivos secundarios:

- Cicatrizar este tipo de solución de continuidad situada en la zona lumbar izquierda de la paciente siguiendo la mejor evidencia científica disponible.

METODOLOGÍA:

Este trabajo está estructurado siguiendo las bases de un caso clínico que ha sido llevado a cabo desde atención primaria, en el periodo de formación de enfermera interna residente en familiar y comunitaria.

Concretamente, la intervención sanitaria se lleva a cabo en una mujer de 73 años sin antecedentes patológicos de interés, que acude al centro de salud de Benicasim (Castellón) el 11/8/2023 por presentar una quemadura térmica de 2º grado profunda en la zona lumbar izquierda de 30 x 17 cm ocasionada al aplicar hielo directamente sobre la epidermis. Se decide realizar una valoración exhaustiva según las 14 necesidades de Virginia Henderson:

1. Respirar normalmente: Sin alteraciones. No es fumadora.
2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente: Sin alteraciones. No presenta disminución del apetito. Dieta mediterránea variada. Desconoce intolerancias o alergias relacionadas con los alimentos.
3. Eliminar los desechos corporales: Antecedentes de estreñimiento que son paliados con cambios en su alimentación. No presenta ningún tipo de incontinencia ni fecal ni urinaria. Ausencia de desequilibrio hídrico relacionados con la quemadura. No edemas.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas: La paciente presenta total autonomía para desplazarse y sube y baja escaleras sin necesitar ayuda. Actualmente puede adoptar la postura corporal que desee evitando apoyar la zona de la herida en cualquier superficie durante un tiempo muy prolongado. Habitualmente realiza actividad física 2-3 veces por semana, saliendo a andar con sus amigas durante 1,5h, actualmente no lo realiza debido a la herida. Tras quemadura valores normales de diuresis. Función sensitiva cutánea de la zona quemada normal.
5. Dormir y descansar: Sueño reparador.
6. Escoger ropa adecuada: Total autonomía para vestirse y desvestirse. Acude al centro con vestuario y calzado cómodos que facilitan las curas.

7. Mantener la temperatura corporal: Sin alteraciones. La paciente sabe cómo actuar en caso de aumento o disminución brusca de la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: La paciente acude a la consulta siempre con aspecto aseado y cuidado. Suele hidratar su piel con crema corporal y facial. En consulta presenta una quemadura térmica de 2º grado profunda en la zona lumbar izquierda de 30 x 17 cm ocasionada al aplicar hielo directamente sobre la epidermis
9. Evitar los peligros del entorno: La paciente se siente satisfecha con su estado de salud actual. Tras la consulta conoce los signos de infección que pueden llegar a ser detectados en la herida cutánea.
10. Comunicarse con los demás: Se comunica satisfactoriamente con las personas de su entorno. Considera que su situación actual ha mejorado sus relaciones familiares y sociales porque su marido, sus hijos y amigas están más pendiente de ella.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias: Sin alteraciones.
12. Trabajar para sentirse realizado: la paciente está jubilada. Vive con su marido, con el que mantiene una buena relación. Comenta que son una familia unida y a pesar de que sus dos hijos no viven en su domicilio, mantienen el contacto asiduamente.
13. Participar en actividades recreativas Considera que su principal pasatiempo es quedar con sus amigas para realizar deporte, pero que además le gusta la jardinería. Actualmente no practica ninguna de ellas por la herida.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles. La paciente tiene estudios primarios y un nivel cultural medio. No presenta dificultad para comprender las recomendaciones sanitarias relacionadas con su herida y se muestra implicada con su nivel de salud.

Una vez realizada la valoración de la paciente, se expone el plan de cuidados seguido con el objetivo dar a conocer los criterios seguidos a la hora de abordar una quemadura de segundo grado profundo en atención primaria. De esto modo, debe saberse que esta solución de continuidad fue tratada inicialmente desde el servicio de urgencias con sulfadiazina argéntica durante una semana, pero tras evolución tórpida y aparición de claros signos de infección, es derivada a la consulta de su Enfermera de Atención Primaria (EAP) para iniciar seguimiento de curas. Así pues, se inicia una secuencia de curas con apósito de fibra hidrodetersiva con vaselina y plata debido a su poder desbridante y amplio espectro antimicrobiano cada 48h para de este modo, poder ir adaptando la metodología de la cura según la evolución de la herida.

Además, se decide hacer partícipe a la usuaria de su autocuidado comentándole la importancia de conocer los signos típicos de la infección, la prevención de la aparición de estas y el mantenimiento del material de curas.



Tras 25 días manteniendo el uso del apósito de fibra hidrodetersiva con vaselina y plata por la buena evolución de la quemadura, se decide cambiar la cura a causa de la aparición repentina de esfacelos muy adheridos al lecho de la herida. A partir de ese momento, se inicia la aplicación de cadexómero yodado durante 15 días manteniendo el seguimiento cada 48h, así mismo, se hace hincapié a la paciente con la necesidad de mantener el material de curas lo más limpio posible. antes de finalizar la consulta la usuaria añade que durante los últimos días ha reducido su actividad física al no poder salir a andar con sus amigas y no poder practicar jardinería; se le recomienda que amolde la situación a las actividades cotidianas que suele llevar a cabo invitando a sus amigas a casa para que la visiten y realizando actividades recreativas en su domicilio que le ayuden a estar distraída como por ejemplo pintar, resolver sopas de letras, realizar puzles, etc.

Finalmente, se consigue eliminar los restos inflamatorios y necróticos de tejidos del lecho de la herida y se decide iniciar curas con una matriz impregnada con tecnología TLC-NOSF (reductora de exceso de metaloproteinasas) para favorecer la cicatrización de la solución de continuidad espaciando el seguimiento cada 72h, también se refuerza los conocimientos de prevención de infección de la herida. Tras 7 días se consigue la cicatrización completa de la herida.



Taxonomía NANDA, NOC, NIC utilizada

NANDA:

- 00004 - Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel y/o destrucción tisular)
- 00046.66 Deterioro de la integridad tisular - Quemadura en tronco

00153 Riesgo de baja autoestima situacional

NOC:

- 1103 Curación de la herida: por segunda intención
- 1106 Curación de las quemaduras
- 1302 Afrontamiento de problemas.
- 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
- 1842 Conocimiento: control de la infección

NIC:

- 3650.01 Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración.
- 3520.01 Medir y describir las características de la úlcera a intervalos regulares
- 3520.15 Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida
- 3550.02 Realizar una exploración física para identificar alteraciones en la piel (lesiones, ampollas, úlceras o abrasiones).

- 3660.19 Mantener técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida
- 3660.21 Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- 3661 Cuidados de las heridas: quemaduras
- 4070.07 Evitar infecciones en heridas
- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 6550 Protección contra las infecciones
- 6550.21 Enseñar al paciente y al familiar a evitar infecciones

Resultados y objetivos conseguidos: Tras 1 mes y 16 días se consigue la cicatrización completa de la solución de

la solución de continuidad situada en la zona lumbar izquierda de la paciente.



Diagnósticos resueltos:

- 00004 - Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas (rotura de la piel y/o destrucción tisular)
- 00046.66 Deterioro de la integridad tisular - Quemadura en tronco
- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional

Objetivos conseguidos:

- 1103 Curación de la herida: por segunda intención
- 1106 Curación de las quemaduras
- 1302 Afrontamiento de problemas.
- 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad
- 1842 Conocimiento: control de la infección
- 1902 Control del riesgo

Discusión: En la lectura crítica que se llevó a cabo tras la búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane y Epistemonikos, solo se encontró una guía de práctica clínica española, que, sin hacer una recomendación precisa, incluye entre las opciones terapéuticas para los pacientes con quemaduras el uso de sulfadiazina argéntica; además, en otras guías de práctica clínica y sumarios de evidencia de ámbito internacional, no se menciona este principio activo entre los preparados tópicos a utilizar en quemaduras. Por otro lado, si se ha encontrado suficiente evidencia sobre la indicación de tratamientos con apósitos antimicrobianos en quemaduras de segundo grado en caso de sospecha o riesgo de infección (en base, por ejemplo, a la extensión de la quemadura, la evolución o su localización). Así mismo, también podemos afirmar en base a los documentos encontrados que en aquellos pacientes sin patología concomitante que padezcan quemaduras sencillas sin riesgo o sin signos de infección podemos decantarnos por la cura sin uso de agentes tópicos antimicrobianos, es decir, por una cura en ambiente húmedo.

Conclusiones: La sulfadiazina argéntica presenta múltiples efectos secundarios que retrasan la curación de la quemadura. No hay consenso en el uso de determinados apósitos en el tratamiento de quemaduras mediante cura en ambiente húmedo, su elección dependerá del profesional en base a las características de cada lesión. El tratamiento de primera línea ante una infección son los apósitos que contienen sustancias antimicrobianas.

Material adicional: Este caso clínico no cuenta con ningún tipo de financiación económica y la autora declara no tener ningún conflicto de interés. Asimismo, se ha seguido en todo momento las directrices de la declaración de Helsinki sobre criterios éticos para la investigación con seres humanos, y respetando todo lo indicado y contemplado en la Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de derechos digitales.

Evaluación del plan de cuidados: Tras la exposición de este caso clínico puede afirmarse que todos los diagnósticos fueron resueltos tras 1 mes y 16 días; sólo hubo un diagnóstico que fue resuelto 20 días antes de la curación total de la quemadura: "00153 Riesgo de baja autoestima situacional" y su NOC relacionado "1302 Afrontamiento de problemas", el resto de diagnósticos y resultados se ha mantenido hasta el final del proceso. Así mismo, la prioridad durante toda la duración del seguimiento del caso clínico ha sido resolver el diagnóstico de "00046.66 Deterioro de la integridad tisular - Quemadura en tronco" planteando como objetivos "1103 Curación de la herida: por segunda intención" y "1106 Curación de las quemaduras". Aún así, tras el seguimiento de la cura se considera que todos los diagnósticos y objetivos planteados para este caso clínico han sido realistas y oportunos dada la situación de la paciente y los recursos con los que se contaba.

Bibliografía/Bibliography:

1. Walsh K, Hughes I, Dheansa B. Management of chemical burns. Br J Hosp Med (Lond). 2022 Mar 2;83(3):1-12. doi: 10.12968/hmed.2020.0056. Epub 2022 Mar 4. PMID: 35377199.
2. Claes KEY, Vyncke T, De Wolf E, Hoeksema H, Verbelen J, Monstrey S. Enzymatic debridement as an effective treatment for combined flame and chemical burns caused by e-cigarettes. Am J Emerg Med. 2020 Jun;38(6):1199-1202. doi: 10.1016/j.ajem.2020.02.030. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32139205.
3. González Suárez B. Abordaje enfermero de quemaduras menores. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2021 Febrero; 9(1): 6-17
4. López-Casanova O; Rueda-López J; Brito-Rodríguez P; Camprubi-Rodríguez E; Carrasaco-Racero MM; Carnicero-Antón E; García-Vallejo R; Navarro-Pico M; Tierz-Payuelo S. Heridas en Atención Primaria: Preguntas y Respuestas más frecuentes Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XVIII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2023.

5. Manrique Martínez I; Angelats Romero C.M. Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII (2): 81
6. Gómez Ramírez C.M; Orozco Carreras E; Benavides Espínola I.M. Actualización en el tratamiento de las quemaduras en Atención Primaria. *HYGIA de enfermería*. 2019; XXXVI (101): 36-37
7. Jiménez Serrano R; García Fernández F.P. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. *Gerokomos*. 2018; 29(1): 45-51
8. García, M.J.L., Llagostera, T.C., Romero, M.P. M., Vela, J. L.S., Monclús, M.P.P., & Llimós, N. B. (2010). Tratamiento ambulatorio de las quemaduras. *Enfermería Dermatológica*, 4(9), 42-53. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4317093.pdf>
9. Jaramillo, D.C., Salja, L.E.A., & Gallardo, R. P. (2020a). Uso de apósitos en quemaduras. *DOAJ* (DOAJ: Directory of Open Acces Journals). <https://doi.org/10.4321/s0376-78922020000200008>

Congreso Nacional de Estomaterapia 2025
1º Congreso Ibérico de Estomaterapia

Circuito del paciente urostomizado en el Hospital Virgen de La Luz de Cuenca

AUTORES:

Paloma Márquez Martín, Enfermera Estomaterapeuta Consulta de Urología pmarquezmartin@sescam.jccm.es
Montserrat Arias Mancheño, Enfermera Estomaterapeuta Supervisora de enfermería
Ana Mª Abril Pontones, Enfermera Estomaterapeuta Consulta de Cirugía
Ana Mª Martín Romero, Enfermera Estomaterapeuta Supervisora de enfermería planta cirugía
Mª Teresa Pérez Martínez, Supervisora de enfermería planta cirugía
Laura Martínez Arcos, Jefa de Servicio de Urología
María Sánchez García, FEA de Urología

PALABRAS CLAVE:

Urostomía, circuito, estomaterapeuta, cuidados, evidencia

INTRODUCCIÓN

La Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Cuenca como Centro Candidato con la Excelencia en Cuidados (COEC®/BPSO®) está incorporando recomendaciones de la guía de práctica clínica "Apoyo al adulto que espera o vive con una ostomía"(1). Existe evidencia que sugiere que el acceso a enfermeras estomaterapeutas desde el preoperatorio y de manera continuada mejoran la satisfacción del paciente y los resultados en salud (1). En la GAI de Cuenca no existía un circuito establecido de atención al los pacientes que necesitan o van a vivir con una urostomía

OBJETIVOS

Diseñar y dar a conocer a las personas que van a recibir o viven con una urostomía y a profesionales implicados en el cuidado de las personas, un circuito integral e interdisciplinario del proceso para:

- Ayudar al paciente a entender y asimilar el proceso desde que le diagnóstican su enfermedad.
- Proporcionarle un profesional referente (el estomaterapeuta) para guiarle en el proceso de la enfermedad.
- Mejorar la comunicación con el paciente.
- Fomentar el abordaje multidisciplinario del proceso.

MÉTODO

En enero de 2024 se decide crear un grupo de trabajo formado por enfermeras estomaterapeutas del hospital Virgen de La Luz, supervisoras de planta de cirugía y urologos.

El objetivo es realizar un análisis de la información que recibe el paciente sobre el recorrido que debe realizar desde que se le informa de la realización de la cistectomía, tanto en hospital como en consultas externas. Mediante una lluvia de ideas, se evidenciaron problemas como: desconocimiento por parte de los profesionales de todas las etapas de proceso, así como angustia del paciente ante un recorrido desconocido e inexplicado. Por ello el equipo de trabajo decide desarrollar un proyecto de mejora sobre la información al paciente con urostomía en diferentes etapas por las que va a pasar a lo largo de dicho procedimiento.

Las fases del proyecto fueron:

1. Identificación de problemas mediante lluvia de ideas
2. Evaluamos la evidencia científica sobre los circuitos informativos para pacientes
3. Analizamos las brechas de práctica respecto de la evidencia
4. Creación del equipo y elaboración del circuito.
5. Presentación a Servicio de Urología
6. Implantación en el Servicio de Urología del Hospital Virgen de La Luz de Cuenca

RESULTADOS

Hemos conseguido un circuito donde de manera esquematizada el paciente, familia y profesionales pueden observar las diferentes etapas por las que van a pasar, por qué profesionales van a estar acompañados y donde se van a realizar las etapas.

- Etapa prequirúrgica (consultas de urología, valorado por urologo responsable y estomaterapeuta).
- Etapa quirúrgica (hospitalización, valorado por urologo responsable, enfermería de hospitalización y estomaterapeuta).
- Etapa postquirúrgica (seguimiento en consultas, valorado por urologo responsable y estomaterapeuta).

Se ha presentado el circuito a servicios implicados

El resultado ha sido satisfactorio para los pacientes y profesionales, reduciendo los tiempos de espera entre los distintos procesos, la ansiedad y la incertidumbre del paciente.



CONCLUSIONES

Este circuito ha presentado una mejora para los pacientes, familiares y profesionales sanitarios, creando un profesional de referencia -la enfermera estomaterapeuta. Lo que ayuda a anticiparse a las necesidades creando un plan de cuidados basados en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Registered Nurses Association of Ontario Traducción al español: Guías de buenas prácticas clínicas. Apoyó a adultos que esperan o viven con una ostomía. Investen 2019 https://mao.ca/sites/default/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf
2. Vela Abengozar C, Alcázar Octavio I. Cuidados de enfermería a la persona que espera o vive con un estoma de eliminación. Manual de procedimientos de enfermería. Proc. Enf. 54. GAI Alcázar de San Juan, España 2022
3. Consejo general de Enfermería. Libro Blanco de la ostomía en España. Rueda de prensa. 11 julio 2018. Disponible en: <http://www.colegioenfermeria.es/mao-ca/sites/default/files/Libro%20Blanco%20Ostom%C3%ADa%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>
4. Álvarez Sánchez AB, Gómez Colmenero MM, Cestero Guinea I et al. Guía de cuidados en paciente con urostomía. Hacia una mejora en la calidad de los cuidados. Rev Enfuro [Internet] 2017. Disponible en: file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/TFG/Dialnet-GuiaDeCuidadosEnPacientesConUrostomiaHaciaUnaMejora-4093903.pdf
5. Cucalón Lecifena G, Chiquero Valenzuela S, Pérez Irache I. Coordinación interdisciplinaria en la cistectomía radical en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Revista Sanitaria de Investigación. [Internet] 2020.



Experiencias de Enfermería

La semana del 16 al 20 de septiembre del 2024, se llevó a cabo un voluntariado sanitario en Iquitos, ciudad de Perú. El objetivo era dar formación a personal y estudiantes de enfermería sobre ostomías digestivas de eliminación y urinarias.

Iquitos es la ciudad más grande de la Amazonía Peruana, y la capital de la región Loreto. Debido a su ubicación geográfica solamente puede accederse por vía aérea o fluvial, lo que limita el acceso a recursos médicos y más aún a atención especializada. La ciudad y sus alrededores presentan altos índices de pobreza, lo que dificulta que la población acceda a atención sanitaria de calidad y a material adecuado.

En este contexto las personas ostomizadas presentan grandes desafíos. Según las estadísticas de la Asociación de Ostomizados de Madrid (AOMA), el Instituto Nacional de Estadística (INE), y la Sociedad Española de Enfermería en Estomaterapia (SEDE): en España, aproximadamente llegamos a los 100.000 pacientes ostomizados con un incremento de 16.000 casos nuevos al año. En Perú no hay datos estadísticos porque no está la figura de enfermería que lleve a cabo ese control.

El conocimiento sobre el manejo adecuado de las ostomías por ahora ahí es un campo virgen en cuanto a la intervención de enfermería. Los cuidados de los estomas son mandados por los cirujanos en cuanto a su competencia. La visión holística y de cuidado propia de enfermería está en desarrollo. Capacitar a personal de enfermería en esta área es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y fortalecer el sistema de atención sanitaria en la región.



Esta iniciativa fue posible gracias a la representación de SEDE y a la colaboración de la empresa Hollister y se consiguió formar a más de 80 personas. El primer paso en este proyecto fue establecer contacto personal con el Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias", la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, La Clínica Naval de Iquitos y Sanidad de la Policía Nacional de Perú. Se acordó la fecha de la formación y desde Madrid se pudo llevar material sanitario donado por el Hospital del Henares y la Clínica Universidad de Navarra.

Título:
LLEGAMOS A LA AMAZONÍA PERUANA

Autora: Nancy Marcela Camacho León

El programa consistió en formar acerca de los tipos de ostomía, cómo hacer un marcaje correcto, los cuidados al paciente portador de ostomía, prevención y complicaciones.

Al finalizar el programa se entregaron acreditaciones expedidas por Hollister.

Gracias a este proyecto se logró dar información y material a personal sanitario para el cuidado de las ostomías y las personas que las portan. La satisfacción con el proyecto fue alta y la intención es replicar el programa en el futuro.



Experiencias de Enfermería

Soy estomaterapeuta desde hace muchos años y desde hace 15 años trabajo en una Consulta de Ostomías.

A lo largo de estos años han sido muchas las dificultades que he tenido que solventar hasta llegar al momento actual en el que, desde el 29 de Diciembre de 2024, tengo autonomía para poder realizar y modificar las recetas que necesitan mis pacientes ostomizados, relacionadas con su ostomía.

Haciendo un repaso: se conoce como **prescripción enfermera** el conjunto de acciones basadas en el juicio clínico y terapéutico del personal de enfermería con el objetivo de satisfacer las necesidades de salud de las personas.

Se refiere a la capacidad de las enfermeras para indicar o seleccionar el mejor régimen terapéutico para un paciente, basándose en su juicio clínico y experiencia. Esto incluye la prescripción de medicamentos, productos sanitarios, y la indicación de cuidados y consejos de salud.

Esta actividad contribuye a optimizar los recursos del sistema de salud,

promoviendo un enfoque integral y colaborativo en la atención sanitaria.

La prescripción enfermera ha demostrado:

- mejorar el cuidado de las personas que necesitan atención sanitaria.
- mayor efectividad en el uso de tiempo y recursos.
- mejorar la relación entre los profesionales de la salud.

Tipos de prescripción enfermera:

La prescripción enfermera puede clasificarse en diferentes tipos según el alcance, la naturaleza y la regulación normativa que la rige.

1. Prescripción Autónoma:

La enfermera ejerce su autoridad profesional de manera independiente, sin necesidad de autorización previa de otros profesionales de la salud.

Requiere un alto nivel de formación y experiencia, además de estar respaldada por la normativa vigente.

2. Prescripción Colaborativa o Interprofesional:

Se realiza en colaboración con otros profesionales de la salud. En este contexto, la enfermera prescribe en función de un acuerdo o plan de atención conjunto, complementando las indicaciones médicas o siguiendo protocolos establecidos.

3. Prescripción por Protocolos o Guías Clínicas:

Está basada en protocolos, guías clínicas o normativas institucionales previamente establecidas. En este caso, la enfermera sigue procedimientos estandarizados que especifican las indicaciones, dosis, duración y condiciones de uso de ciertos medicamentos o

intervenciones, facilitando la prescripción segura y eficiente en situaciones clínicas específicas.

Título:

EXPERIENCIA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN ESTOMATERAPIA

Autora: Milagros Marín Fernández

Enfermera Estomaterapeuta

Consulta de Ostomías. Hospital General Universitario

Gregorio Marañón. Madrid

Prescripción enfermera en Estomaterapia

Para que el paciente ostomizado reciba en cada momento la mejor atención es fundamental el papel de la enfermera estomaterapeuta, ya que la especialización de los cuidados mejora la evolución y el bienestar del paciente.

Así lo reflejan desde el Consejo General de Enfermería: "la actuación de una enfermera estomaterapeuta, tanto en la fase preoperatoria, intrahospitalaria y en la fase de seguimiento posterior al alta, contribuye a mejorar la calidad de vida de la persona ostomizada, con una disminución de las complicaciones postoperatorias, la mejora de la adaptación del paciente al estoma, y una menor estancia hospitalaria"

<https://www.consejogeneralenfermeria.org/actualidad-y-prensa/sala-deprensa/noticias/item/99051-el-cge-recuerda-la-importancia-de-la-enfermeraestomaterapeuta-para-los-pacientes-ostomizados>

La prescripción enfermera en estomaterapia constituye un avance significativo en la autonomía y la competencia profesional de las enfermeras Estomaterapeutas, permitiendo una atención integral, eficiente y centrada en el paciente.

Por una parte es autónoma, para la indicación de productos sanitarios, y por otra está sujeta a protocolo para indicar determinados medicamentos.

Dificultades y desafíos en la implementación de la prescripción en enfermería en Estomaterapia

A pesar de los beneficios evidentes, la incorporación de la prescripción enfermera en estomaterapia ha sufrido diversas dificultades.

La falta de una regulación clara y homogénea ha generado incertidumbre sobre el alcance y los límites de la prescripción por parte de las enfermeras estomaterapeutas.

Inicialmente la formación de enfermeras en estomaterapia se centraba en aspectos asistenciales, sin atribuciones prescriptivas, por lo que la formación también ha representado un reto dado que la prescripción requiere conocimientos específicos y una formación sólida en farmacología y productos sanitarios.

Las reivindicaciones en torno a la prescripción enfermera en Estomaterapia han sido impulsadas por colegios profesionales y por sociedades científicas, que abogan por el reconocimiento de la competencia de estos profesionales para prescribir productos sanitarios y medicamentos relacionados con su ámbito de actuación.

Las enfermeras expertas en Estomaterapia han tenido autonomía para indicar los productos sanitarios que necesitaba un paciente ostomizado. Sin embargo hasta ahora era necesario que un médico realizara la prescripción de dichos productos, indicados por la estomaterapeuta. Esto suponía una pérdida de tiempo tanto para el paciente como para el médico, incrementando la demanda asistencial. Esta situación aumentaba el gasto sanitario, por el tiempo que requiere por parte del médico y porque al no estar familiarizado con las pautas y cantidades de dispositivos y accesorios que necesita el paciente, con frecuencia se recetaba por exceso. Como resultado, en algunos pacientes han acumulado una gran cantidad de material de ostomía que posteriormente ha tenido que ser desechado.

La evidencia científica y la experiencia clínica han demostrado que la prescripción enfermera en estomaterapia reduce tiempos de espera, mejora la continuidad asistencial y disminuye la carga asistencial a médicos de Atención Primaria y a especialistas como cirujanos o urólogos, que hasta ahora eran los que recetaban lo que indicaba la enfermera estomaterapeuta.

Etapas atravesadas en la regulación y reconocimiento

En España la prescripción de enfermería ha tenido un desarrollo lento, a causa de continuas modificaciones legislativas que no han llegado a ponerse en práctica.

Actualmente en España se reconoció un cierto grado de autonomía, autogestión e independencia en la prescripción enfermera gracias al **Real Decreto 1302/2018 de 22 de octubre**. Esta última normativa permitía que el colectivo de enfermería pudiera prescribir medicamentos y productos sanitarios con plena seguridad jurídica, siempre dentro de las especificaciones de cada Comunidad Autónoma.

El último gran avance ha sido la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: Ostomías (Código de identificación: 202211- GENFOSTOMÍAS), publicada en el BOE» núm. 312, de 29 de diciembre de 2022.

Esta Guía ha sido adaptada posteriormente por las diferentes Comunidades Autónomas, estableciendo un protocolo y normativa que reconoce la prescripción enfermera en estomaterapia, en línea con las directrices nacionales.

Hoy es una realidad la prescripción de productos sanitarios y medicamentos sujetos al protocolo de Ostomías por parte de enfermeras Estomaterapeutas, aunque sigue existiendo variabilidad en la implementación. En algunos Centros Asistenciales aún se encuentran en fases preliminares o en proceso de desarrollo normativo, pero podemos afirmar que la tendencia general apunta hacia una mayor incorporación de la prescripción enfermera en Estomaterapia y enfermería especializada.

Inconvenientes y beneficios de la prescripción en enfermería en estomaterapia

Entre los inconvenientes, destaca la posible falta de reconocimiento por parte de otros profesionales sanitarios, la necesidad de una formación específica y la posible sobrecarga administrativa para las estomaterapeutas prescriptoras.

Sin embargo, los beneficios superan ampliamente estos obstáculos.

La prescripción enfermera en estomaterapia favorece una atención más rápida y personalizada, reduce la dependencia de la consulta médica para aspectos relacionados con el cuidado de pacientes ostomizados, y promueve la autonomía profesional de las enfermeras expertas.

Además, contribuye a una gestión más eficiente de los recursos sanitarios y a una mayor satisfacción del paciente, que recibe una atención integral y especializada.

Conclusión.

Tras muchos años de reivindicación la prescripción enfermera en Estomaterapia es una realidad de la que el mayor beneficiado es en primer lugar la persona ostomizada:

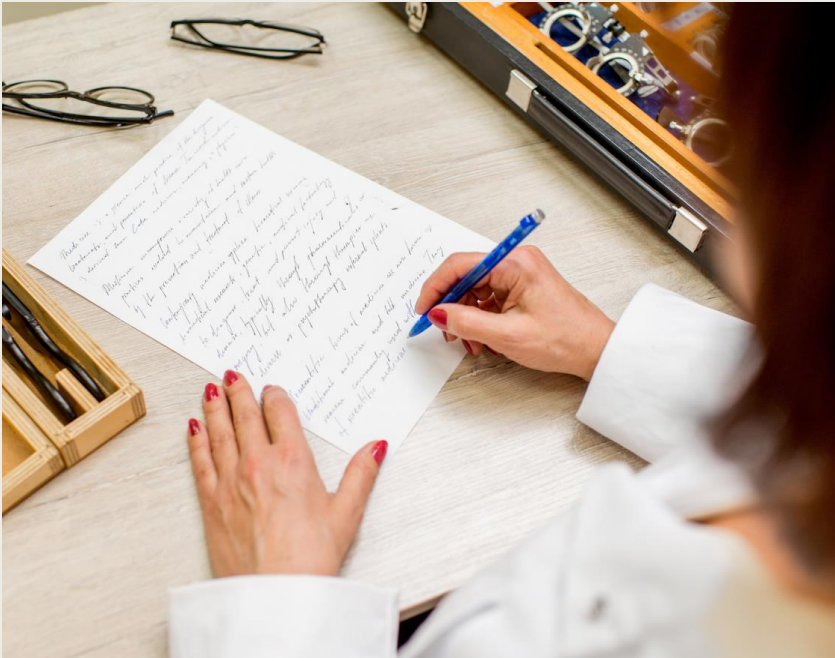
- se evitan altas hospitalarias sin prescripción de dispositivos, evitando la angustia que genera para el paciente la falta de los mismos y el tener que acudir al hospital a por material de ostomía o a solicitar la receta.

- cuando por fugas u otras complicaciones es necesario cambiar de modelo o añadir accesorios de ostomías, el paciente ostomizado tiene acceso rápido a los nuevos dispositivos

- permite modificar las pautas para que el paciente tenga la cantidad de material que necesita de una forma ágil

También tiene ventajas para el sistema:

- ahorra tiempo en consultas médicas
- supone un mayor control de dispositivos y accesorios de ostomía que necesita un paciente ostomizado. Las enfermeras estomaterapeutas sabemos exactamente qué necesita y evitamos errores en la pauta que aumentan el gasto sanitario.



¿Cómo puedes publicar tu artículo científico?

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

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES QUE DESEEN COLABORAR CON REVISTA SEDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMITÉ EDITORIAL: Directora

DIRECTORA: M^a Inmaculada Pérez Salazar

EDITOR: SEDE

COMITÉ ASESOR: María Jesús Bernarte Sorribas, Marta Pérez García,, Patricia Ferrero Sereno, Virginia García Moreno, Inés Naranjo Peña, Margarita Poma Villena, Nancy Marcela Camacho León

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