

SEECir Digital

Volumen 3- Junio 2015



EQUIPO EDITORIAL

Director: Núñez Crespo, Fernando

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.
Profesor Universidad San Rafael Nebrija. Madrid. Doctor por la URJC.

Subdirección: Tarín Pereira Virginia

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.
Diplomada en Puericultura.

COMITÉ EDITORIAL:

Espín Faba, Jose Antonio

Diplomado en Enfermería. Unidad críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Profesor
Universidad Alfonso X el Sabio. Doctorando.

Granados Martín, Monica

Grado en Enfermería. Máster en ciencias de la Salud. Doctorando en Enfermería.
Universidad Alicante. Enfermera de consultas externas. Hospital de Fuenlabrada.
Madrid

Jardón Huete, Clara

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario 12 de octubre. Especialista en
Enfermería obstétrica –ginecológica (matrona). Especialista en Enfermería del trabajo.

Martín Rodríguez, Francisco

Enfermero, especialista en Emergencias. Gerencia de Emergencias sanitarias de Castilla
y León. Ume Valladolid. Instructor internacional de gestión de desastres.

Moldes Moro, Regina

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesor Universidad
Alfonso X el Sabio.

Palacios Ceña, Domingo

Diplomado en Enfermería. Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos. Profesor del
departamento de Enfermería, URJC.

Soto Arnáez, Francisco

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Doctorando URJC.

Torres González, Juan Ignacio

Diplomado en Enfermería. Unidad críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Profesor
Asociado Clínico de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y
Podología. UCM. Doctorando UCM.

SUMARIO

Equipo Editorial	Pág. 02
Nota Editorial	Pág. 04
Artículo 1: “Terapia de Presión Negativa Ante un Caso Complejo de Fístula Entero-Cutánea”	Pág. 05-07
Artículo 2: “Nutrición en el Postoperatorio del Paciente Sometido a Gastrectomía Total o Esofagectomía. Elaboración de un Procedimiento Enfermero de Administración de Nutrición Enteral, y Cuidados en Yeyunostomía”	Pág. 09-12
Artículo 3: “Proyecto Implantación Marcaje de Estomas Urinarios”	Pág. 15-17
Artículo 4: “Abordaje del Patrón Sexualidad Al Paciente Ostomizado, por Enfermeros de Unidad Quirúrgica”	Pág. 19-25
Resumen y Conclusiones 5º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía: “Maridaje de Experiencias y Evidencia”	Pág. 26-29
Normas de Presentación de Trabajos en SEECir Digital	Pág. 30-31
Hazte Socio de SEECir	Pág. 32

ISSN: 2341-0957

SEECir Digital, ha cumplido un año. Desde su presentación Oficial en el Congreso de Alicante, son muchos los profesionales que se han interesado por la revista de la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía (SEECir). Nació para ser un medio de difusión de conocimiento sencillo y actual, en el que los profesional de enfermería puedan compartir sus investigaciones sus experiencias. A lo largo de este año, son muchos los autores que se han interesado en publicar en ella y cada artículo que en ella se publica es la cara visible del esfuerzo por mejorar y aplicar la práctica basada en la evidencia, en el día a día de la profesión.

Es para todo el Comité Editorial un orgullo constatar que la revista es leída, citada y comienza a ser un referente como fuente de conocimiento. En el Congreso que este 2015 hemos vivido en Valladolid. Muchas han sido las referencias e interés por sus contenidos ya publicado y por los futuros. Esto hace que continúe la ilusión por seguir sacando nuevos números.

En este número incluimos un resumen del V Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía, celebrado en Valladolid y que bajo el lema “Maridaje de Experiencias y Evidencia”, nos ha permitido decantar lo mejor de la enfermería actual.



FDO: FERNANDO NUÑEZ CRESPO
Director Editorial



TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ANTE UN CASO COMPLEJO DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA.

Jerez González, José Antonio*; Villanova Solano, Lluisa**; Luquin Fernández, Luisa***; García Arnau, Estefanía****; del Barrio Martín, M^a José*****; Moreno Arroyo, María del Carmen*****. *Enfermero de Práctica Avanzada. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona. **Enfermera Gestora. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona. ***Enfermera Gestora. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona. ****Enfermera Gestora. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona. *****Jefa de Enfermería. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona. *****Profesora Colaboradora. Departamento Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica. Escuela Universitaria de Enfermería. Campus Bellvitge. Universidad de Barcelona.

jjerez@bellvitgehospital.cat

RESUMEN

Objetivo: Mostrar la evolución de la herida tras la aplicación de la terapia de presión negativa en paciente afecto de fistula enterocutánea compleja.

Material y métodos: Caso clínico de paciente ingresada por perforación yeyunal requiriendo resección de la perforación con postoperatorio marcado por fistula enterocutánea. Se iniciaron curas aplicando bolsa colectora para control y manejo del débito. Posteriormente se aisló la zona fistular de la herida aplicando terapia de presión negativa.

Resultados: El postoperatorio presentó evolución compleja, con estancia hospitalaria de 11 meses. La terapia aceleró la granulación de la herida aunque se presentaron problemas para aislar la zona adyacente. Finalmente, la paciente requirió resección quirúrgica de fistula.

Conclusiones: La terapia de presión negativa puede ser una herramienta útil en los pacientes con fistula enterocutánea. Conviene individualizar cada caso: adecuar la nutrición, el aporte endovenoso u oral para controlar el volumen y consistencia del débito; evitando las obstrucciones del dispositivo.

PALABRAS CLAVE

Presión Negativa, Renasys EZ®, Curas Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Una fistula enterocutánea es una filtración anormal que permite el escape de contenido intestinal a través de una abertura en la piel. La incidencia se establece entre un 0,8% a 2% de los

pacientes que han sido sometidos a importantes intervenciones abdominales^{1,2}. Además, esta incidencia ha llegado a ser un 20% en pacientes con procesos inflamatorios del intestino y en heridas que han sido gestionadas con un sistema de curación mediante presión negativa³. Los procedimientos que más predisponen a los pacientes a la formación de fistulas enterocutáneas incluyen: reparación de hernia encarcerada con o sin malla protésica, resección intestinal, y adhesiolisis⁴.

Esta complicación post-operatoria genera una serie de dificultades en el control hidroelectrolítico (HE) del paciente. Los desequilibrios HE, desnutrición y sepsis generan mayores tasas de cierre fistular y aumenta la mortalidad¹⁵⁻⁷; por lo que el papel de enfermería es fundamental en el mantenimiento de la integridad cutánea de la piel peri-fistular, y en el control de volumen de eliminación para su posterior equilibrio con nutrición e infusión de volumen intravenoso⁶.

Varias publicaciones⁸ recogen fistulas tratadas con presión negativa plasmando resultados positivos. Nienhuijs et al⁹ describe una serie de 10 casos, la media de duración del tratamiento fue 25 días, donde en 4 casos la fistula cerró, y en otros 5 hubo que intervenirlos para cerrar las fistulas. Todas ellas comunican buenos resultados: como el cierre completo de la fistula, la disminución del débito o bien la posibilidad de aislar el débito de la fistula de la herida, con lo que ésta mejora en cuanto a excoriación y olor, pudiéndose recoger el contenido completo de la fistula y permitiendo una medición efectiva del débito¹⁰.

A pesar de todo ello, todavía resulta un tratamiento controvertido por la complejidad y la individualidad de cada caso.

OBJETIVO

El objetivo del presente caso clínico consiste en mostrar la evolución de la herida fistular tras aplicación de la terapia de presión negativa en paciente afecto de fistula enterocutánea compleja.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso clínico de una paciente mujer de 66 años que acude al Servicio de Urgencias en mayo de 2014 refiriendo cuadro de diarreas acuosas sin productos patológicos acompañados de vómitos de 4 días de evolución sin fiebre asociada, deterioro físico con astenia y debilidad generalizada.

Los antecedentes patológicos más destacados eran: ictus, osteonecrosis en ambas cabezas femorales y adenocarcinoma endometrioide intervenido en 2013 con quimioterapia y radioterapia concomitante. Tras la exploración física, anamnesis y pruebas complementarias, la paciente es diagnosticada de oclusión intestinal secundaria a bridas intestinales. Se propuso ingreso con tratamiento inicialmente conservador: sonda nasogástrica (SNG) en aspiración intermitente, administración de contraste yodado hidrosoluble por SNG como favorecedor de la motilidad intestinal y sueroterapia. Por evolución tórpida se realizó nueva prueba de imagen (TAC) donde se evidenció perforación yeyunal secundaria probablemente secundaria a enteritis rádica y oclusión mecánica distal a la perforación. Se realizó intervención quirúrgica reseccionando la perforación yeyunal, con postoperatorio marcado por fistula enterocutánea de alto débito.



(Bolsa colectora con sonda para succión de débito fistular, en herida con fistula enterocutánea)

Se iniciaron curas aplicando bolsa colectora en la fistula para control y manejo del débito.

Posteriormente se aisló la zona fistular de la herida aplicando terapia de presión negativa mediante Renasys EZ® (Smith & Nephew®) con revisión de la zona cada 72h. Se presenta el procedimiento recogido mediante imágenes (ver tabla 1).



Tabla 1: Procedimiento terapia presión negativa en paciente con fistula enterocutánea compleja

RESULTADOS

La paciente presentó un postoperatorio complejo con aislamiento cutáneo, dificultad para el manejo fistular por inadecuación en los dispositivos, infección de catéter de repetición y necesidad de nutrición parenteral total domiciliaria. La estancia hospitalaria total fue de 11 meses.

Tras la aplicación de Renasys EZ® se consiguió acelerar la granulación de la herida perifistular

aunque se presentaron problemas para conseguir el aislamiento de la zona adyacente fistular: fuga durante el tratamiento, obstrucción del puerto de succión (la consistencia del débito fistular era variable, pese a la adaptación de la dieta por el Servicio de Endocrinología y Nutrición del centro) y eritema en la piel perilesional (*ver imagen 2*).



(Imagen 2)

Finalmente, la paciente fue sometida nuevamente a resección quirúrgica de fistula y anastomosis intestinal, consiguiendo la resolución de la herida y el caso.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La terapia de presión negativa puede ser una herramienta útil en los cuidados del paciente afecto de fistula enterocutánea con intención de abocar la fístula en forma de estoma hacia la piel, en virtud a las características particulares que posee: disminuye el edema perilesional, mejora la vascularización de la herida y moviliza el exceso de secreción, lo que permite una mayor creación de tejido de granulación, facilita la movilización de las bacterias de la herida y aísla la herida de la infección por otros gérmenes³. Al ser un sistema cerrado, mantiene la higiene y evita el mal olor de la fístula. Es de fácil manejo y disminuye el número de curas a realizar por el equipo de enfermería, con lo que supone un ahorro de tiempo para este personal y comodidad para el paciente. Posibilita la movilización del enfermo y la deambulación. Todo ello conlleva la percepción de bienestar del enfermo y la autonomía en su aseo, y puede acortar la estancia hospitalaria.

Pese a ello, es conveniente individualizar en cada caso: adecuar la nutrición del paciente, el aporte endovenoso u oral del paciente para controlar el volumen y consistencia del débito fistular; evitando así las obstrucciones o fugas del dispositivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stawicki S, Braslow B. Absite corner gastrointestinal fistulae. *OPUS 12 Scientist*. 2008;2(1):13-16.
2. Wainstein D, Fernandez E, Gonzalez D, Chara O, Berkowski D. Treatment of high-output enterocutaneous fistulas with a vacuum-compaction device. A ten-year experience. *World J Surg*. 2008;32:430-435.

3. Rao M, Burke D, Finan P, Sagar P. The use of vacuum-assisted closure of abdominal wounds: a word of caution. *Colorectal Dis*. 207;9:266-268.
4. Ramsay P, Mejia V. Management of enteroatmospheric fistulae in the open abdomen. *Am Surg*. 2010;76(6):637-639
5. Hwang R, Schwartz R. Enterocutaneous fistulas: current diagnosis and management. *Curr Surg*. 2000;57(5):443-445.
6. Wright A, Wright M. Bedside Management of an Abdominal Wound Containing an Enteroatmospheric Fitula: A Case Report. *Ostomy Wound Manage*. 2011;57(1):28-32
7. Becker H, Willms A, Schwab R. Small bowel fistulas and the open abdomen. *Scand J Surg*. 2007;69:263-271.
8. Argenta LC, Morykwas M.J. Vacuum assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. *Ann Plast Surg*. 1997;38:563-576.
9. Nienhuijs SW, Manupassa R, Strobbe LJ, Rosman C. Can topical negative pressure be used to control complex enterocutaneous fistulae?. *J Wound Care*. 2003;12:343-345.
10. Ruiz-López M, Carrasco Campos J, Sánchez Pérez B, González Sánchez A, Fernández Aguilar JL, Bondía Navarro JA. Uso de terapia con presión negativa en heridas con fistulas entéricas. *Cir Esp*. 2009 Jul;86(1):29-32
11. Evenson A, Fischer J. Current management of enterocutaneous fistula. *J Gastrointestinal Surg*. 2006;10(3):455-464.
12. García ML, Xargay D. Enterocutaneous fistula, a problem in nursing. *Rev Enferm*. 1998 Apr;21(236):69-74
13. Venturi ML, Attinger CE, Mesbahi AN, Hess CL, Graw K.S. Mechanisms and clinical applications of the vacuum assisted closure (VAC) Devi a review. *Am J Clin Dermatol*. 2005;6:185-194.
14. Joseph E, Hamori CA, Bergman S, Roaf E, Swann NF, Anastasi G.W. A prospective, randomized trial of vacuum assisted closure versus standart therapy of chronic non healing wounds. *Wounds*. 2000;12:60-67.
15. Gregor S, Maegele M, Sauerland S, Krahn JF, Peinemann F, Lange S. Negative pressure wound therapy: a vacuum of evidence?. *Arch Surg*. 2008;143:189-196.
16. Lambert KV, Hayes P, McCarthy M. Vacuum assisted closure: a review of development and current applications. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2005;29:219-226.

Apostamos por la investigación

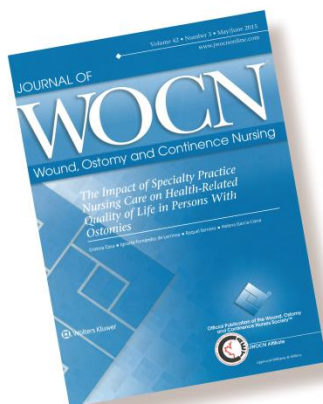
Cuidamos los Detalles. Cuidamos la Vida.

Hollister
21 09 47

Hollister es hoy una compañía global con más de 90 años de historia, presente en más de 50 países, y dedicada a la salud de las personas.

Es nuestro firme compromiso investigar cada día con la más absoluta dedicación para desarrollar nuevos productos y servicios que ayuden a los profesionales de la salud en su día a día, y que mejoren la calidad de vida de los pacientes.

Por ello, Hollister fomenta la participación de los Profesionales de Enfermería en la elaboración y desarrollo de Proyectos de Investigación basados en la Evidencia como la **I Edición Puerta de Hierro en Investigación en Cuidados**, que Hollister patrocina.*



Además, el **Journal of Wound, Ostomy and Contingence Nursing**, una de las revistas con mayor impacto internacional en este área, publica resultados sobre la relación entre la calidad de vida de un paciente ostomizado con atención especializada y sin ella, obtenidos en el Estudio Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía, un estudio pionero en el mundo en el que participaron 160 profesionales de enfermería de todo el territorio nacional.

 Hollister

Soluciones para la ostomía y la continencia

Más información:

*www.madrid.org/hospitalpuertadehierro

**journals.lww.com

specir
DIGITAL

NUTRICIÓN EN EL POSTOPERATORIO DEL PACIENTE SOMETIDO A GASTRECTOMÍA TOTAL O ESOFAGUECTOMÍA. ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO ENFERMERO DE ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL, Y CUIDADOS EN YEYUNOSTOMÍA.

Hernando Landa, María Aránzazu*; Martínez Perales, Silvia*; Beltrán Orga, Miriam*; Cabañas Puertolas, Paula*; Aguaviva Marcuello, Beatriz*; Castillo Alegría, Cristina*; Millán Pérez, María Margarita**. *Enfermera de la unidad de cirugía general del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. **Supervisora de la unidad cirugía general del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

silviuked@hotmail.com

RESUMEN

INTRODUCCION: En pacientes sometidos a una esofaguectomía y/o gastrectomía total, se requiere cubrir sus necesidades nutricionales para evitar complicaciones postoperatorias. En el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza se protocolizó la realización de una yeyunostomía intraoperatoria para iniciar nutrición enteral.

OBJETIVOS:

Principal: Elaborar un procedimiento enfermero de administración enteral y cuidados de yeyunostomía.

Secundario: Proporcionar un soporte nutricional adecuado en el postoperatorio.

Prevenir complicaciones y disminuir la morbilidad y estancia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión bibliográfica para la elaboración de un procedimiento enfermero que se aplicará a pacientes con sonda de yeyunostomía intervenidos de gastrectomía total o esofaguectomía.

RESULTADOS:

Realización del procedimiento enfermero con la estandarización de los cuidados a realizar en una yeyunostomía y el método de administración de la nutrición enteral.

DISCUSIÓN/CONCLUSION:

Disminución de la variabilidad en los cuidados enfermeros y de la desnutrición postoperatoria.

PALABRAS CLAVE

Procedimiento Enfermero, Yeyunostomía, Nutrición Enteral, Nutrición Parenteral, Gastrectomía, Esofaguectomía.

INTRODUCCIÓN

En pacientes sometidos a una cirugía gastrointestinal, se requiere cubrir sus necesidades, ya que la mayoría presentan malnutrición desde el preoperatorio (por disfagia, vómitos, astenia,) y así evitar complicaciones postoperatorias y disminuir la estancia hospitalaria (*1)(*5).

Nuestro trabajo está centrado en la desnutrición de pacientes intervenidos de esofagectomía y/o gastrectomía total, donde se observa en la mayoría de los casos, una desnutrición previa a la intervención quirúrgica, relacionada con la propia enfermedad y su sintomatología (*2). Por ello, la desnutrición previa unida al propio proceso quirúrgico, afecta de manera notoria en la recuperación del paciente, retardando además la cicatrización de las heridas lo que implica un aumento de la morbimortalidad y estancia hospitalaria (*3)

Existen tres tipos de desnutrición: (*4)

* Desnutrición energética o marasmo(desnutrición de forma crónica). Desnutrición propia del preoperatorio.

* Desnutrición proteica o kwashiorkor, identificada como aguda. Se relaciona con el postoperatorio de una cirugía compleja, con disminución de la masa corporal.

* Mixta.

Ante la situación de estos pacientes, se protocolizó en nuestro servicio de Cirugía General la inserción de una sonda de yeyunostomía intraoperatoria para iniciar nutrición Enteral lo más precoz posible y de esta manera junto con nutrición parenteral, mantener un estado nutricional óptimo (*1)(*5)(*7).

Nutrición Enteral por sonda de yeyunostomía:

La Nutrición Enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional directamente en el aparato gastrointestinal (*10). La contraindicación más absoluta es una situación de obstrucción intestinal, aunque hay otras situaciones en las que no estaría recomendada a nivel digestivo como; hemorragia digestiva aguda, fistulas a nivel medio de intestino delgado de alto débito, perforación intestinal enteral, pancreatitis aguda severa...(*10) A nivel socioeconómico, una contraindicación de nutrición enteral domiciliar sería aquellos casos en los que no existe un adecuado soporte familiar que imposibilita seguir el tratamiento nutricional (*8).

Por ello una vez instaurado un funcionamiento intestinal óptimo, se inicia el soporte mediante el uso de una sonda de yeyunostomía (*7).

La yeyunostomía es la comunicación del intestino delgado (yeyuno) a la piel. Muy utilizada en intervenciones quirúrgicas del tracto gastrointestinal especialmente esófago, estómago, hígado y páncreas, cuyos postoperatorios son largos, donde nos va interesar un correcto estado nutricional de la forma más fisiológica posible (*5)(*7).

Complicaciones de la nutrición enteral por yeyunostomía

La mayoría de las complicaciones derivadas de la utilización de la nutrición enteral a través de yeyunostomía, son: mecánica (obstrucción o perforación intestinal), metabólica (hiperglucemia, hiponatremia, hipercalcemia, hipokaliemia), infecciosas (contaminación bacteriana de la fórmula, mala praxis en su cuidado) y gastrointestinal (pueden aparecer vómitos, diarrea, estreñimiento) (*10).

Hay que tener en cuenta el síndrome de dumping o vaciado gástrico rápido, como complicación gastrointestinal tras una cirugía gástrica.

• Síndrome de dumping:

El vaciado gástrico rápido, o el síndrome de dumping temprano, sucede cuando el extremo inferior del intestino delgado (yeyuno) se llena demasiado rápido de alimento, por lo que la infusión de nutrición enteral debe ser continua (para lo cual se precisa una bomba de infusión) con el fin de evitar dicho síndrome. Existen dos tipos:

- Síndrome de dumping precoz: Se presenta de 15 a 30 minutos postprandial
- Síndrome de dumping tardío: Se presenta conjuntamente con la forma precoz, aunque este ocurre generalmente 1 a 2 horas después de comer.

Para evitar la entrada rápida de grandes volúmenes al intestino, hay que fraccionar la dieta en pequeñas porciones, y evitar el consumo de líquidos con las comidas¹.

OBJETIVOS

Por todo lo que hemos expuesto, dado que en nuestra unidad se ha protocolizado el uso de la sonda de yeyunostomía para nutrición enteral en intervenciones de esofagectomía y / o gastrectomía total, nuestros objetivos de estudio son los siguientes:

Principal:

Elaborar un procedimiento enfermero de administración Enteral de forma simultánea con la

Nutrición Parenteral Total (NPT)(*6) para posteriormente mantener la NE el tiempo preciso para la recuperación del estado nutricional del paciente (incluso de forma domiciliaria) y cuidados de yeyunostomía.(*9)(*10)(*13)

Secundario:

- Proporcionar un soporte nutricional adecuado en el postoperatorio
- Prevenir complicaciones y disminuir la morbilidad y estancia hospitalaria

MATERIAL-METODO

Para poder realizar el procedimiento enfermero, primero hemos realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos: Pubmed, Cuiden, Dialnet, revisiones sistemáticas en Biblioteca Cochrane, Instituto Joanna Briggs.

Los descriptores utilizados fueron: Desnutrición, sonda de yeyunostomía, Nutrición Enteral, esofagectomía y gastrectomía. Se filtro en español e inglés, y los últimos 10 años.

Se realizó el procedimiento de enfermería y junto con el servicio de nutrición y endocrinología y la unidad de cirugía esofagagástrica se realizó el protocolo de administración de Nutrición Enteral en este tipo de pacientes.

RESULTADOS

Durante el primer trimestre del año 2015 realizamos el procedimiento enfermero según el formato utilizado en el Hospital Universitario Miguel Servet, junto con la unidad de endocrinología y nutrición y la unidad quirúrgica de esofagagástrica.

El procedimiento se divide en dos partes:

- Cura del catéter de yeyunostomía: se ha estandarizado la cura del catéter con los siguientes materiales: Guantes y gasas estériles, Suero fisiológico, Clorhexidina al 2% y apósito estéril (*7).

Los pasos a seguir en el cuidado del catéter son los siguientes(*7):

1. Informar al paciente de la técnica a realizar.
2. Higiene de manos previa colocación de guantes estériles.
3. Cura del punto de inserción de la yeyunostomía con suero fisiológico, desde la pared del catéter hacia fuera, secar bien la zona, aplicar solución antiséptica (clorhexidina 2% acuosa) y cubrir con apósito estéril.
4. Vigilar el punto de inserción, (sangrado, exudado o eritema).
5. No girar la sonda, sólo moverla con cuidado en sentido vertical.

6. Observar que la sonda no se haya desplazado, antes de cada administración de Nutrición Enteral. Evitar que la sonda esté tensa para que no se salga o se desplace.
7. Irrigar la sonda, al menos tres veces al día con 30 cc de suero fisiológico o agua, para evitar la obstrucción de la misma(*11) (*12)
8. Mantener cerradas las conexiones mediante los tapones propios del catéter, excepto en el momento de administrar la nutrición o medicación.

• **Administración de Nutrición Enteral** de manera protocolizada, atendiendo a las situaciones especiales de los pacientes.

Materiales a utilizar: Guantes no estériles, jeringa estéril de 20 cc, conexión universal (catéter urológico), llave de tres vías, suero fisiológico, fórmula de nutrición enteral y equipo de administración de Nutrición Enteral y bomba de infusión de Nutrición Enteral y palo de gotero (*10).

Los pasos a seguir en la administración de la Nutrición enteral, será la siguiente:

1. Confirmar la identificación del paciente e informar de la técnica a realizar.
2. Higiene de manos, con agua y jabón y colocación de guantes
3. Comprobar inmediatamente antes de la administración, que el paciente, el producto, la hora, la vía de administración y la dosis son los establecidos por la prescripción médica.
4. Verificar la forma de administración: continua o intermitente.
5. Colocar el contenedor a infundir a unos 50 cm por encima del paciente.
6. Conectar el sistema de infusión a la nutrición y purgar el sistema.
7. Insertar el equipo en la bomba a través de la yeyunostomía.
8. Administrar con una jeringa, 30 cc de suero fisiológico o agua (*11)(*12).
9. Conectar el sistema a la sonda de yeyunostomía con la llave de tres vías .

La forma e inicio de la administración de Nutrición Enteral será de la siguiente forma(*6):

- ✓ En las primeras horas iniciaremos Nutrición Parenteral Total, siguiendo el protocolo de la unidad.(*1)(*5) Primero iniciamos a 40ml/h, a las 6 horas subiremos a 60ml/h, a las 6 horas siguientes subiremos a volumen total. Realizaremos controles de glucemia capilar dos

veces al día, si el paciente fuera diabético, según control de endocrino.

- ✓ **Día 1:** Inicio con suero glucosado al 5% a 20ml/h durante 6 horas. Luego paso a fórmula de inicio **Nutrison-Pre®** a 20 ml/h y manteniendo NPT a volumen total.

- ✓ **Día 2:** Cambio a nutrición oligomérica (hipercalórica, hiperproteica y sin fibra), **Novasource Peptide Plus®** ó **Survimed OPD Drink®** a 20ml/h durante 6 horas, luego a 40ml/h otras 6 horas y por último a 60ml/h y bajar NPT a la mitad de volumen total.

Si el paciente es diabético administrar **Glucerna Select®**, **Novasource Diabet Plus®** y realizar controles de glucemias

Si aparece diarrea, cambiar a la fórmula **Alitraq®** a igual volumen.

- ✓ **Día 3 y sucesivos:** Nutrición enteral a 60ml/h y suspender NPT total.

Cuando el paciente ingiera >50% de una dieta blanda disminuir la nutrición a 40ml/h.

Registrar el procedimiento y las incidencias, si las hubiese.

Para evitar obstrucción de la yeyunostomía lavar la sonda con 30 cc de suero fisiológico o agua, al menos una vez por turno.

Cambiar el sistema de infusión cada 24 horas.

Registrar actuación en documentación enfermera.

- ✓ **Alta próxima:** Educar al paciente en el manejo de la yeyunostomía a nivel ambulatorio(*1)

- ✓ Infusión nocturna por gravedad de 1000 ml en 12 horas o a 83ml/h si buena tolerancia.

- ✓ Lavados de la yeyunostomía con 30 cc de suero fisiológico o agua al inicio y al final de la infusión.

- ✓ **Consideraciones especiales:**

- ✓ Disminuir la velocidad de infusión si el paciente presenta distensión, molestias abdominales o síndrome de Dumping.

- ✓ Si obstrucción de la sonda realizar lavados con suero fisiológico o agua templada.(*11)(*12)

- ✓ Se procederá a dar información al alta sobre el programa NEXO®, siendo un programa gestionado por especialistas en nutrición, que vía telefónica resolverán dudas y problemas de pacientes con Nutrición Enteral domiciliaria, las 24 horas y los 365 días.



DISCUSION Y CONCLUSIÓN:

En la revisión bibliográfica realizada podemos afirmar que es necesaria la puesta en marcha de un procedimiento para mejorar tanto la calidad de vida del paciente como estandarizar los cuidados de enfermería basados en la evidencia científica.

Las sociedades científicas American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) y European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEA) recomiendan el soporte nutricional especializado, en los pacientes que no pueden cubrir sus requerimientos en 7-10 días, especialmente tras una intervención quirúrgica, aunque en este caso el soporte nutricional debe abordarse de manera inmediata.

Debido a la reciente implantación de este procedimiento enfermero que nos ha llevado a estudio, no podemos hablar de manera cuantitativa y cualitativa de los beneficios de su implantación a largo plazo.

Se ha observado a corto plazo que gracias a la estandarización de los cuidados en los diferentes servicios que es necesaria la nutrición enteral, ha disminuido la variabilidad en la práctica, mejorando el conocimiento científico del personal enfermería. Y por parte del paciente, se ha observado una mejora en la calidad de vida del paciente al mejorar su estado nutricional, al iniciar de manera precoz el soporte nutricional, con mayor recuperación postoperatoria.

AGRADECIMIENTOS:

La realización de este procedimiento ha sido posible gracias a la unidad de endocrinología y nutrición y al equipo de cirugía esofagogástrica del Hospital Universitario Miguel Servet.

BIBLIOGRAFIA:

1. Fernández T, Neira P, Enríquez C. Nutrición enteral por yeyunostomía a largo plazo. *Nutr Hosp*. 2008; 23 (1): 75-76.
2. Salvador L, Fernández MS, Murillo J. Desnutrición y factores que influyen en la ingesta de alimentos en pacientes hospitalizados: una revisión. *Nutr Clin diet hosp*. 20014; 34(3):80-91.
3. García PP, Parejo J, Pereira JL. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico. *Nutr Hosp*. 2006; 21:10-6.
4. Sánchez J, Abdel O. Importancia en la desnutrición en el paciente quirúrgico. En: Abdel-Lah M, Álvarez Hernández J. Guía de

- actuación: soporte nutricional en el paciente quirúrgico. Barcelona: Glosa: 2009. P.13-18.
5. Calañas A, Silva J, Guzmán C. Soporte nutricional en el enfermo con cirugía de estómago y esófago: dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Madrid: Díaz de Santos: 2012.
6. Planas M, De la Cuerda MC, Wanden-Berghe C, Grupo NADYA- SERGE. Guía de nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud. 2ªEd. Madrid:Ministerio de Sanidad y Consumo: 2008.
7. Corella JM, Vazquez A, Tarragón MA, Mas T, Corella JM, Corella L. Estomas. Manual para enfermería. Alicante: consejo de enfermería de la Comunidad Valenciana: 2005.
8. G.A.C. Wheble et al. Is routine postoperative enteral feeding after oesophagectomy worthwhile? *Interactive Cardiovascular and thoracic surgery*. 2012; 15: 709-712.
9. Álvarez J, Peláez N, Muñoz A. Utilización clínica de la nutrición enteral. *Nutr Hosp*. 2006; 21 (2): 87-99.
10. Comedores saludables para personas con discapacidad [sede web]. Sevilla: Sociedad andaluza de nutrición clínica y dietética; 2010 [acceso 7 de marzo de 2015]. Rabat JM^a, Campos C, Rebollo I. Recomendaciones de nutrición enteral por sonda. Disponible en: <http://sancyd.es/comedores/discapacitados/recomendaciones.sonda.php>
11. (*11)cuidado de la sonda/tubo de yeyunostomía. Recomendaciones Prácticas del Joanna Briggs Institute. 2006. identificador en JBI COonNECT:RP 1215 [Consulta 7 de marzo de 2015].
12. Cuidado del enfermo con una sonda de yeyunostomía. Recomendaciones Prácticas del Joanna Briggs Institute. 2005. identificador en JBI COonNECT:RP 0710 [Consulta 7 de marzo de 2015].
13. Delgado RC, Luque CE. ¿Contribuye la nutrición enteral precoz a disminuir las complicaciones de la gastrectomía radical por cáncer gástrico? *Rev Gastroenterol Perú* . 2011;31 (2): 146-150.

“El arco de sujeción elástico aumenta la fijación de mi disco adhesivo. Con él me siento más segura”



Muestras gratuitas con el kit domiciliario PACE

Brava™ Arco de sujeción elástico y Brava™ Arco de sujeción elástico para cinturón

Brava™ Arco de sujeción elástico y Brava™ Arco de sujeción elástico para cinturón son parte de la nueva gama de accesorios de Coloplast, diseñados para reducir fugas y cuidar la piel periestomal.



NUEVO



Brava™ Arco de Sujeción elástico para Cinturón

Ayuda a fijar el disco proporcionando una seguridad extra

Producto	Código Nacional	Ref.
Arco de sujeción elástico para cinturón	176870.4 (*)	12072

Presentación: 20 unidades



Brava™ Arco de Sujeción elástico

Ayuda a fijar el disco proporcionando una seguridad extra

Producto	Código Nacional	Ref.
Arco de sujeción elástico	176869.4 (*)	12070

Presentación: 20 unidades

PROYECTO IMPLANTACIÓN MARCAJE DE ESTOMAS URINARIOS.

Molina Villaverde, Diana; Bermejo Gutiérrez, Zaira; López Herrera, Elisa Isabel; García Menéndez, Ana; González Rojo, Carmen. Unidad Hospitalización Quirúrgica Infanta Sofía (Madrid).

dimovill@gmail.com

1. PLANIFICACIÓN

Introducción

La Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO) inició en 1999 el Proyecto Best Practice Spotlight Organization (BPSO)(*1) con la finalidad de desarrollar, difundir, implantar y evaluar Guías de Buenas Prácticas (GBP). Las GBP proporcionan recomendaciones basadas en la evidencia, para ayudar a profesionales y usuarios en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud (*2).

Con estos antecedentes en 2011, el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para Cuidados en Salud basados en la Evidencia (constituido por el Instituto de Salud Carlos III y 14 comunidades Autónomas), en colaboración con la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud “Investén-isciii” y RNAO, iniciaron un Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia (CCEC) basado en el modelo de implantación de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO)(3). El objetivo de esta acción es fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basadas en las Guías de RNAO. La convocatoria se realizó a nivel nacional; pretendiendo crear una red nacional de CCEC que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación en cuidados; favoreciendo así la traslación del conocimiento teórico a la práctica clínica y en consecuencia promoviendo el uso de GPC en España. Y así, hay en la actualidad ocho Centros Comprometidos con la Excelencia en el Cuidado del Sistema Nacional de Salud (SNS)(*2).

Ante los buenos resultados en esos centros se plantea la posibilidad de implantar en la unidad de hospitalización quirúrgica el marcaje de la ubicación de los estomas urinarios, siguiendo la Guía de Buenas Prácticas de la RNAO “Cuidado y manejo de la ostomía”(*3), como parte fundamental en el preoperatorio encaminado a iniciar la educación desde el día del ingreso(*4,*5) lo que marcará el postoperatorio(*6) y reducirá posibles complicaciones(*7) aumentando satisfacción del usuario(*8) en cuanto al aprendizaje de cara al cuidado tras el alta.

Misión, Visión y Valores:

La misión de este proyecto es realizar el marcaje de la ubicación de los estomas urinarios por parte del personal de enfermería de la unidad de hospitalización quirúrgica, como parte del preoperatorio iniciando la educación para el cuidado del futuro estoma

Esta misión va dirigida a alcanzar un nivel excelente de cuidados de enfermería al paciente y su entorno familiar y a fomentar, facilitar y apoyar la implantación de la evidencia científica llevada a la práctica.

Visión:

Este proyecto tiene como visión consolidar el papel de enfermería en el completo proceso del paciente ostomizado e implantar los estándares de calidad asistencial con la GPC de la RNAO como marca de excelencia y fiabilidad ante la sociedad científica(*5)

Valores:

- Orientación al usuario, es el centro de nuestra actividad asistencial.
- Rigor científico y ánimo innovador del personal de la unidad.
- Orientación hacia la mejora continua.
- Compromiso con los objetivos del hospital
- Uso adecuado de los recursos.

Matriz DAFO



Objetivos estratégicos

- Identificar el proceso a implementar (proceso seleccionado “cuidado y manejo de los estomas”): Introducir el marcaje del estoma en la unidad en el preoperatorio.
- Presentar a Dirección de Enfermería para su aprobación y presentar a los equipos impulsores.
- Impartir formación metodológica acerca del marcaje a todo el personal de enfermería de la unidad.
- Organizar el equipo coordinador del proyecto.
- Diseñar plan de acción y evaluación posterior

2. ORGANIZACIÓN

El proyecto incluye:

- Análisis del entorno
- Elaboración del diagrama de los procesos y cronograma de implantación
- Establecimiento de los objetivos estratégicos
- Selección y operativización de las recomendaciones de la Guía adaptándolas al entorno del Centro e incorporándolas a los protocolos existentes.
- Formación en relación al marcaje del estoma, dirigida a los profesionales sanitarios.
- Otra de las líneas de trabajo es la concienciación de la importancia de los registros de enfermería generales y específicos del proceso relacionado con el estoma, realizando una base de datos con los pacientes que se incluyan en el proyecto (con tratamiento de los datos según la Ley de protección de datos).
- Coordinación con la consulta de enfermería de urología, para asegurar la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria durante el primer año en el propio Centro
- Fomentar el trabajo en equipo y la comunicación, para asegurar la complementariedad, coordinación, motivación y el compromiso con el nuevo proyecto.

Criterios de inclusión para el marcaje: Todos los pacientes que ingresen por Admisión el día previo a la cirugía a cargo de Urología, para preparación intestinal, en las que se realice derivación urinaria, tanto ortotópica como heterotópica (*4).

3. COORDINACIÓN

Se lleva a cabo el proceso creando dos grupos impulsores del proyecto, y con la formación inicial de todo el personal de enfermería de la Unidad.

Se crea base de datos con los pacientes que se incluyen en el proyecto, asegurando la confidencialidad.

Se aplica a pacientes subsidiarios de derivación urinaria, tanto por estoma como tutorización de uréteres con catéter. Se realiza marcaje de la ubicación del estoma el día previo a la cirugía, coincidiendo con que estos pacientes ingresan un día antes para la preparación. Se inicia la educación en el preoperatorio.

Se coordina con enfermería de consultas de urología, valorando al paciente desde el alta hospitalaria, para su seguimiento al menos durante el primer año.

La comunicación interna se asegura con reuniones periódicas tanto con los grupos impulsores como con el personal de enfermería de la unidad.

“Equipo: número reducido de personas con capacidades complementarias, comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y un planteamiento comunes y con responsabilidad mutua compartida.”

Katzenbach y K. Smith

Cronograma (provisional)

FECHA	ACTUACIONES
1-2 Octubre, 2014	Reunión de puesta en marcha con asistencia de todo el personal de Enfermería de la Unidad y Consultas de Urología
5-9 Octubre, 2014 (a concretar)	Sesiones de aprendizaje de marcaje de ubicación de estomas para DUE
13 Octubre, 2014	Puesta en marcha del proyecto
14 Enero, 2015	Reunión de evaluación a los 3 meses de los equipos impulsores junto con Jefe de Urología y Supervisión de Calidad
14 Mayo, 2015	Reunión de evaluación a los 7 meses de los equipos impulsores junto con Jefe de Urología y Supervisión de Calidad
14 Octubre, 2015	Fin del proyecto inicial de marcaje de ubicación de estomas urinarios.
18 Octubre, 2015	Reunión de evaluación del año de los equipos impulsores junto con Jefe de Urología y Supervisión de Calidad.

4. CONTROL

Para mejorar es necesario medir, y lo que no es medible no es, por tanto, evaluable. Sin datos que nos confirmen lo que se realiza, sería imposible mejorar. Por ello es necesaria una monitorización trimestral del trabajo realizado en las reuniones

periódicas, y análisis de la base de datos que se está realizando(*9).

Este proceso de evaluación conlleva siempre un ejercicio de autocritica por parte de los profesionales para reconocer los posibles errores e identificar las áreas de mejora para la incorporación de cambios.

La evaluación del cumplimiento y su eficacia es fundamental para poder favorecer su implantación, el feedback con el personal del grupo de trabajo de los resultados obtenidos permite valorar, por un lado, su efectividad y, por otro, las dificultades en su puesta en marcha lo que favorece la evaluación de los resultados y la toma de decisiones; modificando los procesos según los resultados obtenidos(*10).

La estrategia de mejora es desarrollada por dos grupos de profesionales asistenciales que asumen el rol de “impulsores” del proyecto (turno de mañana y de tarde). Ambos grupos son coordinados por un líder de enfermería que recibe el apoyo del coordinador de Calidad del Centro.

Crterios para el marcaje óptimo de la ubicación del estoma(*4):

Guía de Buenas Prácticas: Cuidado de manejo de la ostomía. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario(*3).

5. CONCLUSIONES

Ante nuevos retos es necesario el uso de nuevas herramientas; herramientas útiles de validez demostrada que permitan unas correctas prácticas clínicas enfocadas a resultados en salud.

Esta metodología permite conjugar la investigación y la experiencia mediante la participación de los profesionales asistenciales. Defiende la posición de la enfermería a través del conocimiento, favoreciendo la interprofesionalidad y la habilidad en el lenguaje enfermero.

Favorece la motivación del personal y la satisfacción laboral.

Fomenta el autocuidado del futuro portador del estoma desde el día del ingreso acortando plazos de educación en el postoperatorio y aumentando la satisfacción del paciente de cara al alta

Hay evidencia de que el marcaje del estoma reduce las complicaciones posteriores(*7).

“Se debe ofrecer información preoperatoria a todos los pacientes que requieran una cirugía de ostomía y a sus familias” Nivel de evidencia: Ib (*3).

“Se debe marcar la ubicación del estoma en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a una cirugía de ostomía” Nivel de evidencia: IIa (*3).

Niveles de Evidencia

Ia	Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi-experimental, no aleatorizado.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de la opinión o los informes elaborados por un comité de expertos y/o las experiencias clínicas de autoridades en la materia.

Adaptado de SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook (2008)

BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso P, Bonfill X. [Clinical practice guidelines (I): elaboration, implementation and evaluation]. Jan;49(1):19–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17397615>
2. Martín Monjas, Sofía; Rodríguez Soberado, M^a Pilar; Sánchez Muñoz, M^a Teresa; Cantón Álvarez, M^a Belén; Guerra Bernal FJ. Caminando de la investigación a la práctica: Implantar Guías de Buenas Prácticas. Nuestra experiencia. Rev Paraninfo Digit. 2013;19:Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n19/15>.
3. Ontario. AP de E de. Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto, Canadá. 2005;Disponible en: <http://rnao.ca/bpg/lenguaje/cuidado>.
4. Erwin-Toth P, Barrett P. Stoma site marking: a primer. Ostomy Wound Manage. 1997 May; 43(4):18–22, 24–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9205395>
5. Colwell JC, Gray M. Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? J Wound Ostomy Continence Nurs. Jan; 34(5):492–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17876209>
6. Readding LA. Stoma siting: what the community nurse needs to know. Br J Community Nurs. 2003 Nov;8(11):502–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14685134>
7. Baykara ZG, Demir SG, Karadag A, Harputlu D, Kahraman A, Karadag S, et al. A multicenter, retrospective study to evaluate the effect of preoperative stoma site marking on stomal and peristomal complications. Ostomy Wound Manage. 2014 May;60(5):16–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24807019>

8. Gulbiniene J, Markelis R, Tamelis A, Saladzinskas Z. [The impact of preoperative stoma siting and stoma care education on patient's quality of life]. *Medicina (Kaunas)*. 2004 Jan; 40(11):1045-53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15547305>
9. Mora Martínez, J. R. T., Arribas Lázaro, B., López Jiménez, E., Ferrer Arnedo, C., & Mora Martínez JR. *Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. Aplicación en las organizaciones de enfermería*. Díaz de Santos: Madrid ISBN 84-7978-583-7. 2003.
10. Cotanda FL. *Manual de administración y gestión sanitaria*. Ediciones Díaz de Santos. 1998.
11. Katzenbach JR, Smith DK. The discipline of teams. *Harv Bus Rev* [Internet]. Jan [cited 2015 Jun 21];71(2):111-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10124632>





SURGICAL INNOVATIONS



ÚLTIMOS AVANCES EN CIRUGÍA

Una Compañía - Productos Innovadores - Todas las Especialidades



Sonicision™



LigaSure™ Maryland



Cargas Endo GIA™
con Refuerzo
con Tecnología
Tri-Staple™



Sistema de
posicionamiento
Gástrico Gastrisail™



Absorbatack™ 30X
Symbotex™ Composite



Endo Stitch™ con
sutura V-Loc™



Versaport™
Trocar Óptico



Clarify™ sistema
de visualización



Covidien is joining Medtronic

COVIDIEN, COVIDIEN con logotipo, y ™ son marcas comerciales de Covidien AG o sus afiliadas.
© 2015 Covidien. Todos los derechos reservados.

Covidien
Spain S.L

Plaça de la Pau s/n,
Edificio 7, 3ª Planta
08940 Cornellá de Llobregat
Barcelona

+34 93 475 86 10 [t]
+34 93 477 10 17 [f]

www.covidien.com

ABORDAJE DEL PATRÓN SEXUALIDAD AL PACIENTE OSTOMIZADO, POR ENFERMEROS DE UNIDAD QUIRÚRGICA.

Pérez Rodríguez, P*.; Rodríguez González, E.**; Barreto Rodríguez, Z.***. *Enfermera, unidad de cirugía general y digestiva, Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. **Enfermera, consulta de ostomías, Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ***Enfermera, consulta, Mutua Fremap, Santa Cruz de Tenerife.

pinoperezrguez@gmail.com

RESUMEN

El cáncer colorrectal es el tumor maligno más frecuente, siendo muchas veces causa de la formación de una ostomía. Este tipo de cirugía produce cambios en el estilo de vida de los pacientes, entre otros, sufren alteraciones en su sexualidad. Los enfermeros deben identificar las disfunciones sexuales previas a la cirugía para poder llevar a cabo un plan de actuación en el postoperatorio, valiéndose para ello de la valoración inicial, en la que se incluye el patrón sexualidad-reproducción.

Objetivo principal: Determinar si el personal de enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria aborda el patrón sexualidad-reproducción con el paciente ostomizado.

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal, y de tipo prospectivo. La población de estudio fueron los/as enfermeros/as titulados/as empleados en las unidades de urología y cirugía general y digestiva de dicho hospital en el mes de marzo de 2014 (N=48). Se excluye el personal de refuerzo. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, experiencia profesional, cursos postgrado realizados relacionados con las ostomías. La recogida de datos se ha llevado a cabo a través de una entrevista cara a cara con los encuestados, mediante una encuesta de auto-cumplimentación. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos.

Ha resultado que el 40% de las enfermeras abordaban el patrón sexualidad ocasionalmente y un 28% casi siempre. El 95% piensa que es importante tratar dicho patrón. Los enfermeros formados en sexualidad utilizan más el patrón. La mayoría de los enfermeros están de acuerdo en la importancia de abordar el patrón sexualidad-reproducción, pero solo una minoría lo hace siempre, esto es debido a la falta de formación específica en este tema.

Concluimos que los enfermeros de este tipo de unidades deberían recibir formación en sexualidad.

PALABRAS CLAVE

Paciente Ostomizado, Sexualidad, Patrones Funcionales, Valoración de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

En España el cáncer ha supuesto en 2007, la primera causa de mortalidad en varones, por delante de la cardiopatía isquémica, y la segunda causa en mujeres, según datos publicados por el Centro Nacional de Epidemiología(*1).

En este contexto, La Asociación Española Contra el Cáncer señala que el cáncer colorrectal es el tumor maligno más frecuente en España si se consideran ambos sexos, con casi 28000 nuevos casos al año(*2). Del mismo modo, un estudio publicado por La Sociedad Española de Oncología médica, prevé que la incidencia de cáncer colorrectal para la población española en el año 2015, será de 30230 personas(*1).

El cáncer colorrectal, es la principal etiología por la que se somete a los usuarios a cirugía para la formación de una ostomía de eliminación (colostomía, ileostomía y urostomía), seguida de la enfermedad inflamatoria intestinal y el cáncer de vejiga(*3).

Se define la ostomía como, la intervención quirúrgica que origina un abocamiento artificial de una víscera hueca a través de la pared abdominal, para conducir al exterior los desechos orgánicos, materia fecal o secreciones del organismo. La nueva abertura que se crea en la ostomía recibe el nombre de estoma(*4,*5).

Las ostomías de eliminación son ileostomías, colostomías y urostomías. Las dos primeras comunican el intestino delgado o grueso respectivamente con la pared abdominal, eliminando de esta forma las heces a través del estoma. Por otro lado, las urostomías son aquellas en las que se desvían al exterior los uréteres a través del abdomen, eliminando por el estoma la orina(*4).

En España, existen aproximadamente 45000 personas portadoras de ostomías de eliminación(*6). En el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria (donde se va a centrar este estudio), sólo en el año 2011, se registraron un total aproximado de 130 nuevos casos de pacientes ostomizados.

Una de las principales cuestiones que preocupa a los pacientes que van a ser sometidos a una intervención de estas características, en el pre y postoperatorio, es saber cómo va a cambiar su estilo de vida con la presencia del estoma. El hecho de tener que aprender nuevas conductas de autocuidado, lleva consigo sentimientos negativos, como miedo al rechazo social, rabia por la dependencia que en ocasiones se crea para el cuidado y la higiene del estoma, inseguridad por los cambios que se producen en su imagen corporal y las nuevas adaptaciones que ha de hacer en la vivencia de su sexualidad(*7).

La Organización Mundial de La Salud define la sexualidad como una parte esencial e integral del ser humano(*8,*9). La sexualidad para el hombre y la mujer es más que un requerimiento biológico. Supone una expresión de sentimientos y de afecto que aporta estima, seguridad y aceptación y que se relaciona con la calidad de vida(*10).

Como consecuencia de la intervención quirúrgica y de la construcción de una ostomía de eliminación, pueden aparecer ciertas disfunciones sexuales que alteran la salud sexual de los individuos afectados (*7). Se entiende salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.

Algunas de las disfunciones más habituales son, en los hombres, disminución en el deseo, imposibilidad de llegar al orgasmo, orgasmo seco (sin eyacuación), infertilidad, etc. En las mujeres son más comunes: disminución del deseo, relaciones sexuales dolorosas, menos lubricación vaginal, dificultad para alcanzar el orgasmo, infertilidad, etc(*6).

Además del resultado quirúrgico, hay que añadir que los pacientes que padecen este tipo de afección, se someten a menudo a tratamientos coadyuvantes como la quimioterapia o radioterapia, que a su vez tienen efectos secundarios sobre su salud sexual(*9).

La quimioterapia se relaciona con la pérdida del apetito sexual y la disminución de la frecuencia coital en ambos sexos, y da lugar a otros efectos secundarios que provocan problemas a este nivel: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, alteración del gusto y el olfato, y otros cambios de la imagen corporal (alopecia entre otros)(*4,*9).

Los problemas más habituales secundarios al tratamiento con radioterapia consisten en debilidad, náuseas, vómitos, diarreas, etc. Estas alteraciones contribuyen a la pérdida de la libido y reducción de la actividad sexual (*6,*9,*10).

El impacto de una ostomía puede ser desolador, incluso en un periodo postoperatorio sin complicaciones. La forma en que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada impacta sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad, y pasar por el proceso de rehabilitación(*7). A pesar de los cambios que sufren los afectados en todo el proceso de cura de su enfermedad, el portador de una ostomía mantiene presente el deseo del contacto físico y la sexualidad sigue siendo una necesidad(*7).

Uno de los aspectos más importantes para un buen reajuste después del cáncer son los sentimientos que la persona tenía en relación con su sexualidad antes del cáncer, por eso es importante una correcta evaluación de su sexualidad previa. Así una persona con conceptos negativos de la propia sexualidad tendrá menos probabilidad de reasumir unas relaciones sexuales o de tener una buena función sexual después del tratamiento oncológico al que se va a someter(*12).

A fin de mantener la función sexual de los pacientes y mejorar la calidad de vida, los profesionales de la salud deben identificar y resolver los problemas sexuales. Por lo tanto, la atención sanitaria prestada a los usuarios debe integrar los factores físicos, psicológicos y sexuales(*14).

El profesional de Enfermería juega un papel relevante en la detección e identificación de disfunciones sexuales previas a la intervención e implantación de las ostomías, así como en la ayuda al afrontamiento de las disfunciones sexuales que se puedan producir a posteriori.

En estudios previos, se ha visto que los/as enfermeros/as consideran la evaluación de la sexualidad como una parte importante del cuidado enfermero, pero se ha observado que pueden experimentar algunas dificultades para resolver este problema en la práctica(*14,*15).

Otros estudios, como el de Saunama" ki, Andersson, Engstro"m (2009), en Suecia, expone que, aunque los/as enfermeros/as entienden como las enfermedades que afectan a los pacientes y su tratamiento podría afectar a su sexualidad, la mayoría refiere no tener tiempo para hablar de problemas sexuales, y más de la mitad no se sienten seguros de su capacidad para abordar los problemas sexuales de los pacientes(*8).

También se encontraron publicaciones que relacionan la inexperiencia profesional de los/as enfermeros/as oncológicos/as, con la dificultad para hablar de salud sexual con los pacientes(*16).

Las investigaciones encontradas sobre el abordaje de la sexualidad por parte de la enfermera se han realizado en países de habla no hispana. Sin embargo, no se han encontrado estudios españoles que se hayan ocupado de este tema y ninguno de los examinados se ha referido específicamente al trato con el paciente ostomizado.

En el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria el personal de enfermería realiza una valoración inicial a los pacientes programados para cirugía basada en los patrones de Marjory Gordon. Esta valoración inicial es un proceso organizado y sistematizado que constituye una herramienta esencial para identificar las necesidades del paciente y así poder elaborar los diagnósticos de enfermería, siendo ésta el punto de partida para realizar un adecuado plan de cuidados(*17).

La valoración según los patrones de Marjorie Gordon, incluye once patrones a valorar, que son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada. Entre estos se encuentra el patrón sexualidad-reproducción que describe los patrones de satisfacción o insatisfacción relacionados con la sexualidad y/o reproducción. El patrón sexual inefectivo, se describe como dificultades, limitaciones o cambios en la conducta o actividad sexual(*18).

A pesar de esto, se desconoce si el personal de enfermería del Hospital elabora dicha valoración tratando todos los patrones, con lo cual surge el siguiente planteamiento: ¿Abordan las enfermeras de las unidades de cirugía y urología del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria el patrón sexualidad-reproducción con el paciente ostomizado?

Se propone la siguiente hipótesis para estudio: el personal de enfermería de las unidades de cirugía general y digestiva y urología del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria no aborda el patrón sexualidad-reproducción en la valoración de los patrones funcionales del paciente ostomizado.

Como objetivo general se propone averiguar si el personal de enfermería de las unidades de cirugía general y digestiva y urología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria aborda el patrón sexualidad-reproducción en la valoración por patrones funcionales de salud del paciente ostomizado. Se proponen los siguientes objetivos específicos para la investigación:

- Averiguar qué tipo de valoración inicial realizan las enfermeras de la unidad de cirugía general y digestiva.
- Determinar en qué medida abordan los/as enfermeros/as el patrón sexualidad-reproducción con el paciente ostomizado.
- Averiguar la importancia que dan las enfermeras al abordaje de dicho patrón con el paciente portador de una ostomía.
- Identificar los motivos por los cuales las enfermeras no abordan el patrón sexualidad-reproducción con este tipo de pacientes.
- Comprobar si hay relación entre experiencia y nivel de formación del personal a la hora de abordar la sexualidad con el usuario ostomizado.

METODOLOGÍA

El estudio se ha llevado a cabo en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal, y de tipo prospectivo. La población de estudio ha estado compuesta por los/as enfermeros/as titulados/as empleados en las unidades de cirugía general y digestiva del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria en el mes de marzo de 2014, siendo la población total de 48 (N=48). Se ha excluido el personal de refuerzo, es decir, aquellos profesionales que no son empleados exclusivos de dicha unidad.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, experiencia profesional, cursos postgrado realizados relacionados con las ostomías.

Para la recogida de datos se ha llevado a cabo una entrevista cara a cara con los encuestados, a los que se les entregó una encuesta de auto-cumplimentación, que fue diseñada por el propio autor, y que fue validada mediante la evaluación de expertos en la materia. El cuestionario consta de 15 preguntas cerradas. Se adjunta la encuesta (Anexo 1). Las entrevistas han sido llevadas a cabo los supervisores de la unidad, por ser los más cercanos y accesibles al personal, siendo entrenados previamente. Dichas entrevistas se realizaron a lo largo de un mes con el objetivo de acceder a todos los enfermeros de la unidad.

Se contactó con la Dirección del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, para informarles acerca de la naturaleza y objetivo del estudio, una vez aprobado por la Dirección de dicho hospital, se contactó con los/as supervisores de las unidades de estudio. Posteriormente se informó verbalmente a los sujetos, el día que se les entrevistó, y se les pasaron a cada uno la correspondiente encuesta. Se garantizó el anonimato de los

participantes así como la confidencialidad de la información.

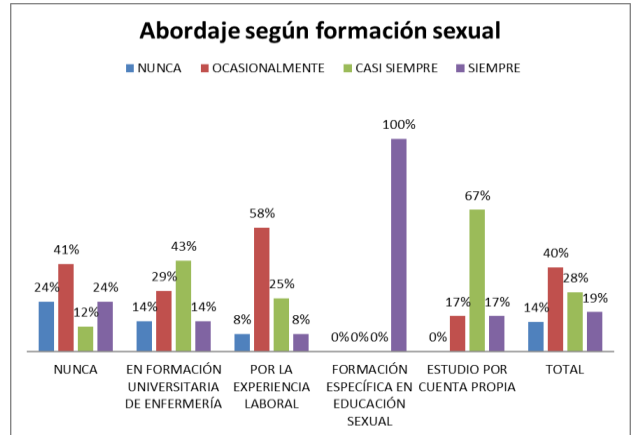
Los datos obtenidos han sido tratados y analizados con el programa estadístico IBM SPSS STATICTIS 19. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos, donde se analizaron medidas de centralización y dispersión, que se representaron mediante tablas de frecuencia y diagramas de barras. Para comprobar la relación entre edad, experiencia y formación con el abordaje del patrón sexualidad-reproducción por parte de los enfermeros se empleó chi-cuadrado. Finalmente se realizó un contraste de hipótesis que indicó si existía evidencia o no para la hipótesis de partida.

RESULTADOS

Se obtuvo que en las unidades de cirugía general y digestiva y urología del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, el 40% de las enfermeras abordan el patrón sexualidad-reproducción ocasionalmente, un 28% casi siempre y una minoría lo hace siempre. No se encontró relación entre la edad de los encuestados o la experiencia laboral con la frecuencia con la que abordan este patrón funcional.

La mayoría de los encuestados piensa que someterse a la cirugía de formación de una ostomía y el tratamiento coadyuvante que ello conlleva afectan bastante o mucho a la sexualidad del usuario. El 95% piensa que es importante tratar el patrón sexualidad-reproducción con este tipo de pacientes. Así mismo, cuando se cuestiona sobre la prioridad o la utilidad de este patrón funcional, más de un 70% ha respondido que debe ser bastante prioritario y que es muy útil.

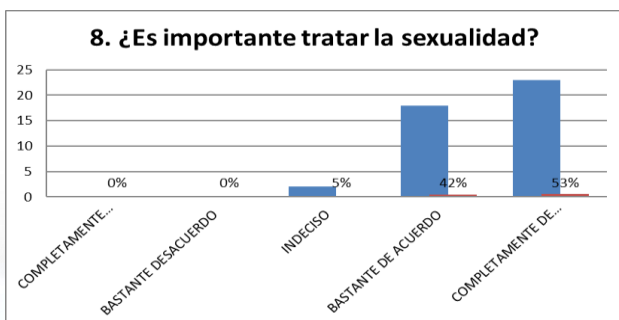
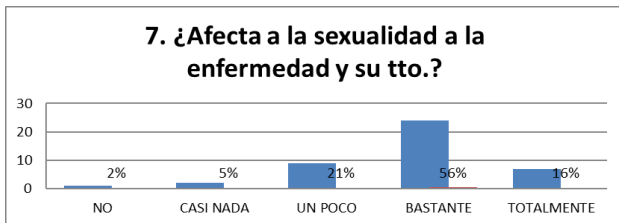
Resultó que aquellos enfermeros formados específicamente en sexualidad utilizan siempre el patrón sexualidad-reproducción. En cambio, aquellos que no han recibido este tipo de formación, han respondido mayoritariamente que lo usan ocasionalmente. Por otro lado, aquellos que afirman haberse formado en sexualidad por su cuenta dicen emplearlo casi siempre.



A la hora de cuestionar sobre qué piensan acerca de tratar el patrón sexualidad-reproducción con los usuarios susceptibles de portar una ostomía, un tercio de los encuestados manifestó que era incómodo, y casi la mayoría afirmó que era necesario para el paciente. Sobre el grado de dificultad para tratarlo con los usuarios no hubo una respuesta rotunda, pero sólo un 14% respondió que no era “nada” difícil valorar el patrón sexualidad-reproducción. La mayoría de los enfermeros reconoce evitar ocasionalmente el abordaje de este patrón funcional, y las razones que dan para ello abarcan desde la falta de habilidad o conocimientos, a la falta de tiempo, timidez, y algunos refieren que “no lo evitan, esperan a que el paciente dé el primer paso”.

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

La mayoría de los enfermeros encuestados para este estudio, piensan que someterse a cirugía de formación de una ostomía y el tratamiento coadyuvante que ello conlleva afectan bastante o mucho a la sexualidad del usuario. Además están de acuerdo en la importancia de abordar el patrón sexualidad-reproducción en la valoración inicial de enfermería. Pero como se ha demostrado en esta investigación, sólo una minoría de los profesionales emplea siempre este patrón.



Se han corroborado los resultados obtenidos en otros estudios hechos con pacientes oncológicos, en los que los enfermeros, a pesar de admitir la importancia de la sexualidad para el paciente, no tratan este tema con él por distintos motivos. En este caso se ha fundamentado que si los enfermeros reciben formación específica en el tema, si se comunican con el paciente en términos de sexualidad. Basándonos en los resultados obtenidos podemos afirmar que los profesionales que han recibido formación específica en sexualidad tratan el patrón sexualidad-reproducción con el paciente que va a ser sometido a cirugía de formación de una ostomía.

La bibliografía empleada para la elaboración de este trabajo de investigación demuestra la importancia de tratar la sexualidad con el paciente ostomizado. Además refleja que se debe empezar en el pre-operatorio, para poder identificar las características de la sexualidad individual del usuario que va a ser ostomizado. Y partir de ahí en la elaboración del plan de cuidados en el post-operatorio.

Se ha comprobado que los enfermeros precisan de formación en sexualidad para tratar el tema con los usuarios ostomizados. Esta formación es beneficiosa para el paciente, ya que se lograrían evitar muchos trastornos que giran en torno a este tema, y que si no se tratan a tiempo pueden derivar en que los usuarios ostomizados eviten el sexo, se avergüencen de su cuerpo, se aislen, etc. Por lo tanto el tema de la sexualidad debería, no sólo formar parte de la carrera profesional, si no que los enfermeros tuvieran facilidades para acceder a cursos de formación específicos en el tema durante el ejercicio de la profesión.

Esto nos lleva a la necesidad que existe de formación especialista dentro de nuestra profesión. Tanto en el tema de la sexualidad como en otros, muchas veces nos enfrentamos con un déficit de conocimientos que se podría paliar con formación más específica para los enfermeros en función de los servicios en los que están empleados. A su vez esto tendría enormes beneficios para el paciente, disminuirían los riesgos y errores, y por lo tanto también los costes.

Estamos poniendo en marcha otras líneas de investigación que van en dirección a averiguar hasta qué punto los pacientes demandan hablar de sexualidad con los enfermeros. Nuestro objetivo final es comparar los resultados con los de este estudio. Además se está trabajando para aumentar la amplitud de esta investigación a otros hospitales y regiones de España, lo que aportaría mayor

veracidad a los resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. El cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica 2012; [Acceso en diciembre/20, 2012] Disponible en: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/103644-el-cancer-en-espana-2012?showall=1>.
2. Incidencia del cáncer de colon. Asociación Española Contra el Cáncer 2012; [Acceso en diciembre/10, 2012] Disponible en: www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/incidencia.aspx.
3. Barbado San Martín E, Blanco Domínguez C, Blasco Belda P, Centellas Morral M, Fernández Rodríguez I, Gómez Megías V, et al. Atención de Enfermería al Paciente Ostomizado Durante el Seguimiento en Consulta Estomaterapeuta. Madrid: Coloplast; 2010.
4. Lequerica Llopis R, Belenguer Civera G. Atención avanzada al paciente con ostomías. Atención enfermera en situaciones comunes en la práctica asistencial. 1ª ed. Madrid: Enfo Ediciones; 2007. p. 453-495.
5. Villajuan Reyes E.J. Calidad de vida del paciente Ostomizado que asiste a la Consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2006. [Tesis doctoral]*. Perú; 2006.
6. Vázquez García MC, Poca Prats T. El apoyo emocional. Propuesta de intervención. Manual de Cuidados en Ostomías. 1ª ed. Madrid: DAE; 2009. p. 294-307.
7. Aggleton P, Wood K, Thomas F, Hawkes S, Coleman E, Martin-Hilber A, et al. Developing sexual health programmes. World Health Organization, 2010; [Fecha de acceso: 12/12/2012]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/rhr_hrp_10_22/en/index.html.
8. Saunamaa ki N, Andersson M, Engstroöm M. Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. JAN. 2010; 66 (6): 1308-1316.
9. Soler Gómez MD, Garcés Honrubia V, Zorrilla Ayllón I. El paciente con cáncer: estrategias terapéuticas. 1ª ed. Madrid: DAE, S.L.; 2007.
10. Luke C. Case study of a young adult with colorectal cancer and formation of a stoma. WCET 2012 04/2012; 32 (2): 37-41.
11. Ribes Melián A.B. La sexualidad en pacientes con ostomías digestivas y urinarias. Valencia: Enferm Integral 2011; 95: 42-44.

13. Charúa-Guindic L, Benavides-León C.J, Villanueva-Herrero J.A, Jiménez-Bobadilla B, Abdo-Francis J.M.; Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. México, D.F.: Cir Cir 2011;79:149-155.
14. Ayaz S. Sexuality and Nursing Process: A Literature Review. Nueva York: Sex Disabil 2012.
15. Olsson C, Berglund A, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - A neglected area of cancer nursing? Karlstad: Elsevier 2012(16):426-431.
16. Julien JO, Thom B, Kline NE. Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. Estados Unidos: Oncol Nurs Forum 2010;37(3):E186-E190.
17. Miguel García A, De Miguel Salinas F. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2009. [fecha acceso 21 de diciembre de 2012]; 6 (43): 11. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protabac439102009103337.pdf
18. Álvarez Suarez JL, Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de valoración de patrones funcionales. Gijón: Dirección de Enfermería de Atención Primaria; 2010.

ANEXO I

Se está elaborando una investigación científica por varios profesionales de enfermería relacionados con las ostomías, para la cual solicitamos su ayuda cumplimentando este cuestionario. La encuesta se rellena de forma anónima, le garantizamos que sus datos serán tratados con total confidencialidad. De antemano le damos las gracias por su colaboración.

Instrucciones: Para la correcta cumplimentación de éste cuestionario responda a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible, rodeando con un círculo la respuesta que usted considere correcta:

Masculino	Femenino
-----------	----------

2. Su edad es: _____ años

3. Años de trabajo como enfermera:

Menos de 1 año	1-4	5-8	9-12	13 ó más
----------------	-----	-----	------	----------

4. Años de trabajo en la unidad de cirugía general y digestiva (y urología):

Menos de 1 año	1-4	5-8	9-12	13 o más
----------------	-----	-----	------	----------

5. ¿Ha hecho cursos de formación continuada relacionados con las ostomías?:

Ninguno	1	2	3	4 o más
---------	---	---	---	---------

6. ¿Ha recibido educación sobre sexualidad relacionada con tu puesto de trabajo?

Nunca	Cuando estudiaba enfermería	Me la proporcion a la experiencia laboral	He hecho cursos de educación sexual	He estudiado por mi cuenta
-------	-----------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------

7. En el caso de un/a paciente ostomizado/a, ¿cree usted que su enfermedad y tratamientos complementarios afectarán a su sexualidad?

No	Casi nada	Un poco	Bastante	Totalmente
----	-----------	---------	----------	------------

8. Es importante tratar la sexualidad con el/la paciente programado para cirugía de formación de una Ostomía. Ante esta afirmación usted está:

Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indeciso	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
-----------------------------	------------------------	----------	---------------------	--------------------------

9. En la valoración inicial a el/la paciente programado para cirugía, ¿aborda usted el patrón sexualidad?

Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
-------	----------------	--------------	---------

10. ¿Encuentra útil el abordaje del patrón sexualidad-reproducción?

Nada	Algo	Indeciso	Bastante	Mucho
------	------	----------	----------	-------

11. ¿Qué piensa usted sobre el abordaje del patrón-sexualidad?

No tengo tiempo para llevarlo a cabo	Me siento incómodo por falta de habilidad	Es algo secundario, no es primordial	Lo hago porque es mi responsabilidad	Es necesario para el paciente, además es mi responsabilidad
--------------------------------------	---	--------------------------------------	--------------------------------------	---

12. ¿Tiene dificultades para valorar el patrón de sexualidad de los pacientes?

Nada	Algo	Indeciso	Bastante	Mucho
------	------	----------	----------	-------

13. En caso afirmativo, refiera cuáles son esas dificultades: _____

14. ¿Evita abordar el patrón de sexualidad?

Nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
-------	----------------	--------------	---------

15. En caso afirmativo, ¿por qué lo evita?:

Muchas gracias por su colaboración.



RESUMEN 5º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA: “MARIDAJE DE EXPERIENCIAS Y EVIDENCIA”

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA SEECir HA CELEBRADO SU 5º CONGRESO EN VALLADOLID.

El encuentro tuvo lugar en el Centro Cultural San Agustín del 27 al 29 de mayo bajo el lema: “Maridaje de Experiencias y Evidencia”.

Durante los pasados 27 a 29 de mayo, en el Centro Cultural San Agustín de Valladolid, se celebró la V Edición del Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía, organizado por la nuestra Sociedad SEECir y con la colaboración del Colegio Oficial de Enfermería de Valladolid, Ayuntamiento de Valladolid, Hospital Río Hortega y diversos profesionales de enfermería de los hospitales de la zona.

El Congreso es el máximo exponente de la actividad científica y profesional de nuestra Sociedad, y como en otras convocatorias se ha realizado un gran esfuerzo para conseguir un elevado nivel científico y de participación. Se esperaba buena acogida y asistencia, finalmente así fue, recibéndose a más de 250 profesionales de todo el territorio nacional, ya que los temas tratados han sido de gran interés y actualidad para todos los profesionales que acudieron al evento.

La organización del congreso pretende crear un punto de encuentro y un foro de discusión e intercambio de conocimientos donde los profesionales sanitarios puedan reflexionar sobre el papel que debe desempeñar el enfermer@ dentro de un entorno sanitario y social. Por todo esto, en el congreso se planteó como tema central la experiencia de nuestros participantes y la evidencia en nuestro trabajo analizados desde diferentes puntos de vista y contando con ponentes de un alto nivel.

ACTO INAGURAL



El acto inaugural corrió a cargo de Carmen Nogueiras, Presidenta de SEECir, Juan Luis Badallo, Presidente del Colegio de Enfermería de Valladolid y D. Fernando Sastre, Presidente del Comité Organizador. Se recalcó el papel de la enfermería en la cirugía y los procesos quirúrgicos, intentando que en este congreso se consiguiera un maridaje perfecto entre experiencias y evidencias por parte de todos los participantes.

MESA REDONDA I:

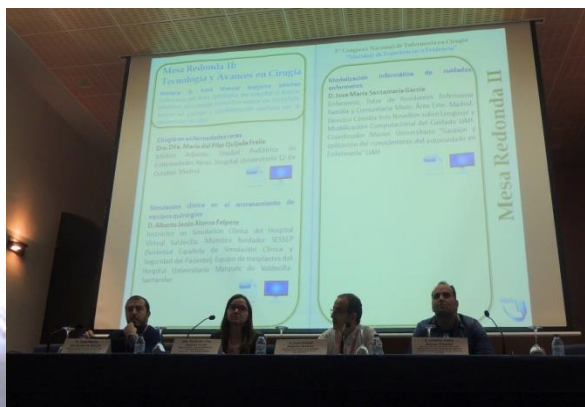
Competencias en Enfermería



La mesa estuvo moderada por María José Cao Arija, Decana de la Facultad de Enfermería de Valladolid y tuvo como ponentes a Mercedes Gómez del Pulgar que nos ilustró sobre la "Evaluación de Competencias en el Espacio Europeo de Educación Superior como instrumento para el Grado de Enfermería" y Ana María Gutiérrez Maroto que nos puso al día sobre lo se está trabajando e introduciendo poco a poco en todo el Sistema Sanitario y que no es otra cosa que la "Gestión por Competencias".

MESA REDONDA II:

Tecnología y Avances en Cirugía



Como un caldo ensamblado de cepas bien diferenciadas la mesa de tecnología y avances nos brindó la oportunidad de saborear la visibilidad de los procesos quirúrgicos en enfermedades poco frecuentes (mal llamadas raras) en pediatría de la mano de María del Pilar Quijada Fraile. A continuación tocó el sabor más metálico de la simulación como herramienta de aprendizaje y entrenamiento con humor y vídeos de la mano de Alberto Jesús Alonso Felpete y para terminar probamos los complejos aromas y el sabor de la modelización informática de los cuidados tratando de vislumbrar en el discurso de José María Santamaría García cómo se va a enseñar a los ordenadores a pensar como las enfermeras.

MESA REDONDA III: Cirugía y Cooperación



En esta mesa contamos con María del Carmen Usero Pérez que nos ilustra con su experiencia como capitán Enfermera del ejército español, con la ponencia “Cirugía en escenarios bélicos”, donde mostro los medios que dispone el ejército español para la atención quirúrgica en misiones como Kosovo. Por otro lado Francisco Martín Rodríguez, reconocido experto en proyectos de cooperación, nos mostro en imágenes como es la Experiencia en África de la reapertura de un hospital. En concreto en Liberia en un Contexto de ébola. Se pudo ver imágenes realizando una cesárea in situ, con todos los equipos de protección individual y con la ayuda de los medios locales.

en Liberia en un contexto de Ébola. Se pudo ver imágenes realizando una cesárea in situ, con todos los equipos de protección individual y con la ayuda de los medios locales.

MESA REDONDA IV:

No Somos Islas. "Trabajo en Equipo: Un Reto para la Enfermería"



En la IV Mesa del congreso afrontamos el difícil reto que supone aún hoy en día trabajar en equipo y en cómo debemos desechar paradigmas del pasado. Como dijo el poeta y metafísico John Donne, no somos islas. Los profesionales debemos compartir conocimiento y desde su experiencia durante muchos años como TCAE, Fermina Valero nos desgana las dificultades del día a día y las resistencias que existen aún en los profesionales. Este congreso ha supuesto el broche de oro a tantos años de dedicación con motivo de su reciente jubilación.

José María Cepeda, autor del “Manual de Inmersión 2.0 para profesionales de la Salud” nos hablo de como las nuevas tecnologías están cambiando el panorama sanitario, la relación entre pacientes, profesionales e instituciones y cómo se están redefiniendo los roles dentro del equipo. El actual empoderamiento del paciente en su proceso de salud, gracias en parte a los avances tecnológicos, hace que debamos incluirle como un miembro imprescindible de nuestro equipo de trabajo.

Silvia Pérez nos aborda, desde su experiencia en la gestión de servicios enfermeros, las dificultades y a la vez las sinergias que aparecen cuando intentamos poner en práctica la teoría del trabajo en equipo. En una cultura laboral en la que impera la necesidad de reivindicar nuestras competencias como colectivo, nos habla de la importancia que tiene el sentido de pertenencia al grupo; así como de la responsabilidad de las organizaciones sanitarias para brindarnos las herramientas necesarias en la búsqueda de la excelencia clínica.

MESA REDONDA V: Papel de Enfermería en la Gestión de las Heridas



Pablo López del Casanova del Departamento de Salud de Alcoy y miembro del Comité director de GNEAUPP, nos presenta “Coste-efectividad de la gestión de heridas por Enfermeras”, Nuria De Argila Fernández-Durán, Responsable Unidad Multidisciplinar de Úlceras y Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, nos expuso la ponencia “Unidades clínicas de heridas”, y Virginia Fernández Espinilla, Jefe de Sección de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Universitario de Valladolid nos mostro la importancia del proyecto “Infección quirúrgica Zero”. Esta mesa fue un ejemplo de cómo la enfermería tiene que reivindicar y asumir competencias en la gestión de las heridas. Hemos visto cómo la cura de las heridas con una buena gestión de los recursos es coste-efectiva, la importancia de implantar las guías de buenas prácticas de la RENAU, cómo la formación, la docencia, las comisiones de heridas y el equipo multidisciplinar son pilares fundamentales en las unidades clínicas de heridas. La Infección quirúrgica Zero es prioritaria para seguridad del paciente y es tarea de todos.

MESA REDONDA VI: Coordinación Asistencial en el Paciente Oncológico



Como profesionales de referencia en la asistencia al paciente oncológico, Encarnación Pérez Bret – Vicepresidenta de la Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos y Responsable Académica del Área de Formación en la Fundación Vianorte-Laguna; dio a conocer la importancia del trabajo de los equipos de soporte y atención domiciliaria.

Por otro lado, Ana M^a Blanco Álvarez – Enfermera de la Unidad Funcional de Cáncer Colorrectal en el Hospital Universitario de Bellvitge; sintetizó la gran labor de las Unidades Funcionales desde el manejo multidisciplinar del paciente oncológico-quirúrgico.

MESA DE DEBATE: Resistencia a la Evidencia



Con un formato diferente a una ponencia tradicional, se presentó este debate entre Teresa Moreno Casbas, directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) y Azucena Santillán García, enfermera del Hospital Universitario de Burgos y creadora del Blog ebevidencia.com, ambas mostraron experiencias y ejemplos de la resistencia a la evidencia. La primera mostro experiencias en cambio organizacional bajo la pregunta ¿porqué fracasa un cambio?, la segunda lo hizo desde la pregunta ¿conoce la enfermería la práctica basada en la evidencia?, ambas enfermeras son referentes para la enfermería nacional e internacional y su debate fue seguido con gran interés, participando en el debate tanto el moderador Juan Luis Badallo como los asistentes.

CONFERENCIA DE CLAUSURA



Para la Conferencia de Clausura tuvimos la suerte de contar con el actual Consejero de Sanidad Jesús Sánchez Martos, enfermero, doctor y profesor de vocación, que puso broche final al Congreso con una presentación que no dejó indiferente a ninguno de los allí presente.

Haciendo honor al título que llevaba el Congreso, nos demostró cómo se puede maridar a la perfección ilusión, entrega, humanidad y, sobre todo, felicidad en nuestro trabajo y, por tanto, en nuestro día a día, con una ponencia que tenía dosis de sensibilidad y humor a partes iguales.

Una nueva forma de entender y llevar a cabo la profesión de enfermería es posible, y esto quedó palpable tras la conferencia de clausura.

ENTREGA DE PREMIOS:



En la entrega de premios estaban presentes (de izquierda a derecha) el Presidente del Comité Organizador: Fernando Sastre, la Presidenta de SEECir, Carmen Nogueiras, la Presidenta del Comité Científico, Mabel Prados y el representante de nuestro patrocinador de los premios Covidien.

El premio otorgado por el Comité Científico a la mejor comunicación se lo llevo el trabajo: "SIMULACIÓN CLÍNICA PARA EL ENTRENAMIENTO DE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN URGENCIAS VITALES" del Hospital Virtual de Valdecilla de Santander.

El premio al mejor póster concedido por el Comité Científico llevaba por título: "PERCEPCION DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS SOBRE LA INFORMACION EN SEXUALIDAD FACILITADA POR LAS ENFERMERAS" del Hospital General Universitario Reina Sofía de Madrid.

El premio al mejor póster concedido por el público asistente al Congreso se lo llevó: "UNA CURA UNA EXPERIENCIA" del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Desde SEECir queremos destacar y agradecer la calidad y el alto nivel de los trabajos presentados al Comité Científico del Congreso que contribuyeron a lograr el objetivo fundamental de nuestro evento científico anual.

NORMAS DE PRESENTACIÓN

Serán publicados en **SEECir DIGITAL** los trabajos presentados a los **Congresos Nacionales de Enfermería en Cirugía** que hayan sido seleccionados por el comité editorial. Los autores ceden los derechos de publicación a la revista científica de Enfermería SEECir DIGITAL desde el momento del envío voluntario de sus trabajos a la revista.

Serán publicados aquellos trabajos enviados directamente a la dirección editorial de la revista albertomoraga@fabulacongress.es, aceptados por el comité editorial.

Los autores ceden los derechos de publicación a la revista científica de Enfermería **SEECir Digital** desde el momento del envío voluntario de sus trabajos a la revista.

Formato envío artículos:

Word, letra Times New Roman tamaño 10, máximo 5 páginas. Se pueden incluir imágenes gráficas y/o tablas ilustrativas. (Referenciar el orden en el texto) Abstenerse de insertar notas a pie de páginas. *Corrección alfabética y de estilo a cargo de los autores.*

Estructura de presentación Artículo científico:

1. Título y Autor/res

Título completo del trabajo escrito en forma clara y precisa, seguido de la lista de autores con sus nombres y apellidos completos en el orden en que deberán figurar en la publicación. A cada autor se le especificarán sus títulos académicos y el nombre completo del centro de trabajo si desean referenciarlo. E-mail de contacto del autor principal para publicación.

2. Resumen y palabras clave

Se presentará un resumen con un máximo de 150 palabras. El resumen debe incluir el objetivo del trabajo, los materiales y métodos utilizados, los principales hallazgos/resultados y una aproximación a las conclusiones a las que se ha llegado o plantear una discusión.

Es necesario destacar de tres a seis palabras clave que permitan identificar el tema del artículo.

3. Metodología:

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

- **Introducción.** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el Trabajo presentado.
- **Material y métodos.** En esta sección se incluirán los procedimientos de selección de los recursos utilizados (R. Humanos, R. Materiales). Deben describirse los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle. Los fármacos y productos químicos utilizados, deben ser referenciados incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración. Los procedimientos.
- **Resultados.** Los resultados se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto, en el texto sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros y figuras no deberá ser mayor al 50 por ciento del número de páginas del texto.
- **Conclusiones.** Que se obtines a la vista de los resultados.
- **Discusión.** En esta sección se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del trabajo y se presentan las conclusiones. Los datos ya presentados en la sección de resultados deben comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros trabajos similares. Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas
- **Agradecimientos.** Los agradecimientos sólo deben aplicarse a aquellas personas que hayan hecho contribuciones sustanciales al trabajo presentado.
- **Referencias bibliográficas** Normas Vancouver o APA, indicadas en el texto.

Para los restantes artículos (procedimientos, experiencias, protocolos, opinión o reflexión) la estructura será más flexible

Las fotografías deben ser originales, formato jpg, e irán referenciadas en el texto y con pie de foto en el caso de ser imprescindible para la comprensión del mismo. SEECir declina cualquier responsabilidad de la no veracidad de la fuente bibliográfica expresada por el autor y en el caso de que estén protegidas por derechos de autor.

Los juicios y opiniones vertidas en los artículos serán de los autores, por lo que la Dirección de SEECir Digital, declina cualquier responsabilidad sobre dicho material.



se



seecir

sociedad española
de enfermería en cirugía

HAZTE SOCIO

**Disfruta de las ventajas que
te ofrecemos por ser socio
por menos de 4€ al mes**

Descuento de un 50% en los Cursos de FORMALVIZ

Acceso a Artículos Completos

Acceso a Videotecas Completas

Descuentos en Congresos y Actividades SEECir

Descuentos en Cursos Online

Becas en Sorteos de Formación e Inscripción Jornada SEECir

Prioridad a la Hora de Publicar en la Revista "SEECir Digital"

www.seecir.es

