

SEECir Digital

Volumen 1- Marzo 2014



Revista de Enfermería en Cirugía

ISSN: 2341-0957

EQUIPO EDITORIAL

Director: Núñez Crespo, Fernando

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.
Profesor Universidad San Rafael Nebrija. Madrid. Doctorando 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 UCM.

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

Jardon 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 Arnaez, 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 de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. UCM. Doctorando UCM.

SUMARIO

Presentación Editorial	Pág. 4-6
4º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía	Pág. 7
Artículo 1: “Cura de Herida Compleja por Absceso Inguinal Mediante Lidocaina en Spray”.	Pág. 8-10
Artículo 2: “Resultados Iniciales de la Implantación de un Programa de Mejora de Resultado y Prevención de Complicaciones en Cirugía de Colon (Fast- Track)”.	Pág. 12-14
Artículo 3: “Hidrosadenitis Supurativa Perineo-Glútea (HSPG) o Enfermedad de Verneuil: A Propósito de un Caso”.	Pág. 16-19
Artículo 4: “Cirugía Menor Avanzada en Atención Primaria”.	Pág. 21-22
Artículo 5: “Cirugía de Colon Abierta Vs Laparoscópica. ¿Cuidados de Enfermería Diferentes?”	Pág. 24-28
Artículo 6: Introducir la Evidencia Científica en una Unidad de Hospitalización de Cirugía a Través del Programa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados”.	Pág. 29-32
Normas de Presentación de Trabajos en SEECir Digital.	Pág. 33-34
Hazte Socio de SEECir.	Pág. 35

ISSN: 2341-0957

PRESENTACIÓN EDITORIAL

“SEECir Digital”, nace con la intención de ser una revista de divulgación científica en la que tenga cabida toda la actividad científica de los profesionales de enfermería que se dedican a los distintos campos que abarca la cirugía.

La investigación y el desarrollo de conocimiento es un campo en el que en los últimos años nuestra profesión ha avanzado mucho, pero aún quedan muchas cosas por hacer. La intención es que “SEECir Digital” sea un canal de difusión de los avances del conocimiento en el campo de la cirugía. Un medio que garantice la calidad científica de lo publicado y permita darlo a conocer entre los lectores.

Tras el compromiso adquirido con vosotros, finalmente os presentamos nuestro primer número, el inicio del que esperemos sea un largo camino. Como en el caso de la portada, no está libre de curvas y altibajos, pero deseamos que con vuestra contribución podamos avanzar y construir una revista que, esperemos próximamente, se encuentre indexada en las mejores bases de datos y sea un referente de cara a la publicación de nuevos trabajos científicos, que estos sean consultados y citados.

Desde El Comité Editorial os animamos a participar y enriquecer el camino de “SEECir Digital”, esperamos vuestra colaboración en este ilusionante proyecto.

FERNANDO NUÑEZ CRESPO
Director de SEECir Digital



DESTINATARIOS

SEECIR DIGITAL está dirigida a los profesionales de Enfermería de cualquier ámbito, gestores, docentes y asistenciales interesados en aspectos relacionados con Enfermería y cirugía

REGISTRO E INDEXACION

Nos comprometemos a registrar nuestra publicación, mediante Identificador ISSN (International Standard Serial Number),

Así mismo esperamos poder indexar la revista a las bases de datos mas consultadas de ámbito nacional e internacional en habla hispana.

CONTENIDOS

Desde la Sociedad Española de enfermería en Cirugía (SEECir) pretendemos convertirnos a través de SEECir DIGITAL en promotores de Investigación de Enfermería, con el fin de mejorar nuestra oferta profesional a la población cerrando así el ciclo de calidad, para ello pondremos especial atención en la promoción, divulgación y publicación de la investigación en Enfermería en Cirugía en todos sus ámbitos a, dada su trascendencia para el Mundo Profesional, así como de la aplicación de la Practica basada en el Evidencia.

Desde nuestra experiencia profesional opinamos que es necesario por lo tanto fomentar diferentes líneas de investigación en el ámbito propio de la Enfermería asistencial, instando a aquellos investigadores consolidados, instituciones, docentes, comunidad científica a participar en nuestra revista.

Nos hemos marcado lo que entendemos deben ser las líneas temáticas:

- Cuidados especializados en cirugía.
- Cuidado Prequirugicos
- Cuidados Intra-quirugicos
- Cuidados Postquirugicos
- Enfermería y Cirugía en Cualquier ámbito

Para asegurar el valor científico de nuestra Revista deben ser considerados los siguientes Factores de Calidad:

- Validez
- Importancia
- Originalidad del tema
- Contribución para el área temática en cuestión
- Estructura del trabajo científico

Nuestra Revista tendrá uno o más de los siguientes tipos de información:

- Artículos de investigaciones originales
- Estudios observacionales derivados de la práctica clínica originales acompañados de sus correspondientes análisis y discusiones.
- Análisis de aspectos filosóficos, éticos o sociales relacionados al área de Enfermería.
- Informes de casos o reuniones profesionales, con discusiones.
- Estadísticas epidemiológicas de situaciones de Salud, con análisis y discusiones.
- Descripciones o evaluaciones de métodos o procedimientos Enfermero.
- informes de actividades de sociedades o asociaciones científicas, resúmenes, noticias y reseñas de actualidad de interés profesional.
- Noticias de temas institucionales de interés profesional.

Serán Excluidos: Artículos traducidos o presentados en otras revistas

REVISION CONTENIDOS

La revisión y aprobación de las contribuciones para las revistas científicas será realizada por pares.

La revista tendrá un Consejo Editorial reconocidamente idóneo.

La composición del Consejo Editorial se hará pública en el primer ejemplar estando compuesto por Profesionales de Enfermería con amplia experiencia profesional de procedencia y niveles de competencia.

Su edición será únicamente en formato electrónico.



4º Congreso Nacional Enfermería en Cirugía

Humanización y Evidencia en los Cuidados

Alicante

28, 29 y 30 Mayo



CURA DE HERIDA COMPLEJA POR ABSCESO INGUINAL MEDIANTE LIDOCAINA EN SPRAY.

Molina Villaverde, Diana*; Perez Bono, Margarita**; Blazquez Castro, Bárbara.

*Enfermera del Hospital Universitario Infanta Sofía. **Enfermera del Hospital Universitario Clínico San Carlos (Madrid).

dimovill@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: Exponer la utilidad de la lidocaína en spray como alternativa para el control analgésico en las curas de una herida compleja.

Presentamos el caso de un paciente pluripatológico con un absceso en la región inguinal. Se realizó extirpación de tejido séptico, resultando una herida con bordes indurados, esfacelos en planos profundos y dolor mal controlado. La cuantificación del dolor se midió con escala visual analógica (EVA). Para el control del dolor inicialmente se administraron antiinflamatorios no esteroideos por vía intravenosa pautados y cloruro mórfico. Al 5º día se inician curas administrando previamente lidocaína en spray, con un control adecuado del dolor. El paciente no volvió a precisar la utilización de AINEs ni cloruro mórfico.

Conclusiones: La analgesia con opiáceos, para realizar la cura de heridas complejas, no está exenta de complicaciones. En el presente caso clínico se comprobó una mejoría importante en la escala de puntuación analgésica EVA una vez sustituido el cloruro mórfico por el anestésico en aerosol, presentándose como una alternativa terapéutica.

PALABRAS CLAVE: Wound Healing, Pain, Pain Measurement, Lidocaine, Topical Drug Administration.

INTRODUCCIÓN

La realización de la cura diaria de heridas complejas en el ámbito hospitalario supone un reto importante en la labor de enfermería. Su objetivo es obtener una evolución satisfactoria, pero también conseguir un correcto control del dolor al realizar la misma.

En muchas ocasiones es necesaria la administración de opioides y su utilización por vía sistémica no está exenta de efectos secundarios^{*1}. Se ha descrito también el empleo, según el programa de uso compasivo, de anestésicos halogenados, como el sevoflurano^{*2}, y en heridas extensas se contempla la posibilidad de realizar la cura previa administración de analgesia mediante un catéter epidural^{*3}.

Una alternativa sencilla y no contemplada habitualmente es el uso tópico de un anestésico local como la lidocaína en spray.

MÉTODO

Se presenta el caso de un varón de 76 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), artritis reumatoide y cardiopatía isquémica; entre sus antecedentes quirúrgicos constaban colecistectomía y funduplicatura por hernia de hiato.

Acude a urgencias por un cuadro de dolor y tumefacción en la región inguinal izquierda. En la exploración física se observa una celulitis con presencia de flictenas hemorrágicas en la región inguinal izquierda y en la cara interna del tercio superior del muslo izquierdo.

En el hemograma urgente presenta leucocitosis (18.000 leucocitos/mm³), alteración del tiempo de protrombina y elevación significativa de la proteína C reactiva (305.1 mg/L).

Se realizó una tomografía axial computerizada, observándose la presencia de burbujas aéreas localizadas en el tejido celular subcutáneo, que se originan en la región inguinal izquierda y que descienden por la cara antero-lateral hasta el tercio medio del muslo, con un aumento de atenuación de la grasa subcutánea y engrosamiento fascial, sin afectación muscular ni del paquete vasculonervioso.

Se decide intervención quirúrgica urgente por parte del servicio de Cirugía General, realizando una extirpación amplia del tejido séptico (piel y tejido celular subcutáneo), hasta alcanzar la aponeurosis. El cultivo de las muestras fue positivo para Bacterioides, grupo fragilis, sensible a β-lactámicos de amplio espectro; de acuerdo con este resultado, se instauró tratamiento antibiótico intravenoso específico.

El postoperatorio inmediato transcurrió en la Unidad de Reanimación. Posteriormente, el paciente fue trasladado a la planta, donde se inician los cuidados de enfermería. En la exploración se observa una herida con bordes indurados y abundantes

esfacelos en planos profundos. Inicialmente, se realizaron curas con apósito de plata.



Para el control del dolor se administran AINE cada 6 horas por vía endovenosa alternos y cloruro mórfico antes y después de la cura.

La eficacia de la analgesia utilizada se valoró mediante una escala visual analógica (EVA)^{*4}, obteniendo los siguientes resultados: EVA en reposo, antes de la realización de la cura: 2-3 (con perfusión de cloruro mórfico); EVA después de la cura: 6-7.^{*5}. Después de la cura el paciente precisaba permanecer encamado por dolor intenso con la movilización.

La puntuación en la escala analógica se mantiene estable hasta el 5º día de postoperatorio, momento en el cual se inician las curas con administración de lidocaína en spray en los 5 minutos previos a la realización de la misma (5 pulverizaciones - equivalen a 50mg-, dosis máxima para adulto de su peso -70Kg- 200mg.)



La puntuación EVA a los 5 minutos de la pulverización y antes de la cura fue de 1, permitiendo que el paciente pudiera levantarse, ir a la ducha y realizarse un

lavado exhaustivo de la herida con cepillo.

Tras la cura la puntuación en la escala EVA fue de 2; no fue necesaria la utilización de cloruro mórfico pudiendo el paciente deambular libremente y recuperar independencia además de mejorar el patrón respiratorio con la movilización.



Tras iniciar este procedimiento, al 7º día del inicio con analgesia tópica, la herida presenta una evolución satisfactoria.

El paciente no volvió a precisar AINEs y es independiente en sus cuidados.

El paciente es dado de alta el día 20º, con un excelente control de la herida quirúrgica y pendiente de consulta con el servicio de Cirugía Plástica.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La lidocaína es un anestésico local de tipo amida ampliamente difundido y utilizado, con acción de comienzo y duración intermedios (su efecto comienza a los 2-5 minutos, y se mantiene durante 65-150 minutos). Puede administrarse como anestésico local, epidural, espinal o tópico en formulación de aerosol o crema.

El mecanismo de acción de los anestésicos locales es a través del bloqueo de los canales de sodio de la membrana celular, impidiendo la transmisión de potenciales de acción a lo largo de los nervios sensitivos. Este bloqueo de la conducción del impulso nervioso es particularmente eficaz para el dolor periférico bien localizado. La mayor limitación de la lidocaína es la corta duración de su efecto anestésico, aunque habitualmente ésta es suficiente para cubrir el tiempo en el que se realiza una cura^{*6}.

La crema eutéctica de lidocaína/prilocaína (EMLA[®])^{*7} es el único anestésico tópico para el que existen pruebas de eficacia analgésica para realizar desbridamiento quirúrgico de heridas o úlceras, pero se recomienda que sea aplicada entre 30 y 45 minutos antes de realizar la cura^{*8}.

El sevoflurano es un anestésico que habitualmente se administra por vía inhalatoria. La formulación en aerosol ha sido diseñada principalmente para su uso en mucosas, aunque también ha demostrado su eficacia por vía tópica, principalmente en zonas desbridadas con eliminación cutánea, donde las terminaciones nerviosas están más expuestas y su mecanismo de acción sobre las mismas podría ser más eficaz^{*9}.

La analgesia con opioides para realizar la cura de heridas complejas no está exenta de complicaciones, como la depresión respiratoria^{*10}, que puede agravarse en pacientes con EPOC, y que además, llevan más efectos adversos, menos graves pero que limitan la calidad de vida del paciente y pueden prolongar la hospitalización, entre ellos el estreñimiento o trastornos del sueño, además de la

dificultad para la movilización y la independencia.

En el presente caso clínico se hace patente una mejoría significativa en la escala de puntuación analgésica EVA una vez sustituido el cloruro mórfico por el anestésico en aerosol. Además, este favorable control analgésico permitió un mejor tratamiento de la herida, al poder ser lavada de forma exhaustiva, retirando los esfacelos y favoreciendo la granulación por aumento de la irrigación.

A pesar de los resultados favorables de este caso, no es menos cierto que sería necesario un estudio con un número de pacientes suficiente para proporcionar evidencia que vale el empleo de anestésico local en spray para realizar la cura de heridas complejas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, et al. Complications and side effects. *Pain Physician*. 2008; 11 Suppl 2: S105-120.
2. Gerónimo-Pardo M, Martínez-Monsalve A, Martínez-Serrano M. Analgesic Effect of topical sevoflurane on venous leg ulcer with intractable pain. *Plebologie*. 2011; 40: 95-97.
3. Muñoz-Ramón JM, Dubois M. Protocolos de analgesia epidural postoperatoria en el Centro Médico de la Universidad de Nueva York. *Rev Soc Esp Dolor*. 2003; 10:370-376.
4. Ho K, Spence J, Murphy MF. Review of pain-measurement tools. *Ann Emerg Med*. 1996; 27:427-32.
5. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimeters? *Pain*. 1997; 72:95-7.
6. Briggs, M, Nelson EA. Topical agents or dressing for pain in venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(4):CD001177.
7. Vanscheidt W, Sadjadi Z, Lillieborg S. EMLA anaesthetic cream for sharp leg ulcer debridement: a review the clinical evidence for analgesic efficacy and tolerability. *Eur J Dermatol*. 2001; 11:90-96
8. Blanke, Walter and Hallern, Bernd V. Sharp wound debridement in local anaesthesia using EMLA cream: 6 years experience in 1084 patients. *European journal of emergency medicine: official journal of the European Society for Emergency Medicine*. 2003; 1 0(3): 229-231.
9. Garcia-Gubern CF, Colon-Rolon L, Bond MC. *Essential Concepts of Wound Management*. Emergency Medicine Clinics of North America. 2010; 28(4):951-967
10. Faucher L, Furukawa K. Practice guidelines for the management of pain. *Journal of Burn Care and Research*. 2006; 27(5):659-668.

Brava™

“Antes,
la retirada
de la bolsa
de ostomía
me dolía
bastante.”

Rhonda, ostomizada desde
el 2006 y usuaria de Brava™
desde el 2013



Piensa de nuevo. Piensa en Brava™

Ahora hay una nueva gama de accesorios de Coloplast

La nueva gama de accesorios Brava™ ha sido diseñada para reducir las fugas y cuidar tu piel.



Brava™ Cinturón

Brava™ Spray
Barrera CutáneaBrava™ Toallita
Barrera CutáneaBrava™ Spray
Elimina AdhesivosBrava™ Toallita
Elimina AdhesivosBrava™ Resina
Moldeable

Coloplast® Pasta

Brava™ Anillo
MoldeableBrava™ Crema
BarreraBrava™ Polvos
de OstomíaBrava™ Píscas
Autoadhesivas

www.coloplast.es



Coloplast, y todas las marcas contenidas aquí son marcas registradas de Coloplast A/S. Høtveddam 1 - 3050 Humlebæk - DK. Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S.A.

RESULTADOS INICIALES DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE RESULTADO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA DE COLON (FAST- TRACK).

Martín Díaz, Raúl; Campo Cecilia, Elena; Jiménez González, Mónica; Santos Díaz Rosa Isabel; Soto Arnáez, Francisco; Simón García, Lorena.

Enfermería de la Unidad de Reanimación. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

francisco.soto@salud.madrid.org

PALABRAS CLAVE: Cirugía de Colon, Prevención de Complicaciones Quirúrgicas, Cuidados en Cirugía de Colon, Rehabilitación Multimodal.

RESUMEN

La atención a los pacientes intervenidos de cirugía de colon requiere la implicación de todos los profesionales que intervienen en su cuidado. Por este motivo es necesario crear un protocolo consensuado que sirva de guía, que permita mejorar los resultados y sirva de prevención de complicaciones (FAST-TRACK). El seguimiento inicial requiere monitorizar el cumplimiento de distintos aspectos del pre, intra y post operatorio.

Objetivos: Conocer el grado de cumplimiento del Protocolo Fast - Track en el preoperatorio e intraoperatorio.

Mostrar los resultados en el postoperatorio inmediato y complicaciones posteriores.

Comparar los resultados respecto a estancia con la situación previa a la implantación.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional transversal durante los tres primeros meses (Octubre a Diciembre de 2011) de la implantación de un protocolo Fast-Track, creado desde un enfoque multidisciplinar y su registro se realiza mediante formularios en la historia clínica informatizada.

Resultados: Durante este periodo se incluyeron 7 pacientes de los cuales 2 fueron excluidos en la etapa intraquirúrgica por complicaciones.

En el preoperatorio todos los pacientes recibieron la hoja informativa y realizaron la preparación correctamente. Durante la cirugía todos comenzaron por técnica laparoscópica y el 80% finalizó en cirugía abierta.

El primer día del postoperatorio (tarde-noche) el 60% iniciaron la sedestación precoz, 100% tolerancia a líquidos, 100% Dolor (EVA) entre 0-1, 100% de retirada de sonda vesical sin sondaje. El % de complicaciones y reintervenciones fue 0.

La estancia media postoperatoria fue 4,6 días (3-7)

en pacientes con protocolo FAST- TRACK frente a 9,8 (3-28) de los pacientes susceptibles de aplicación durante el año 2010, con una moda de 4 y 8 días, respectivamente.

Discusión: El protocolo FAST-TRACK parece optimizar los cuidados perioperatorios, minimizar complicaciones y acortan la estancia hospitalaria.

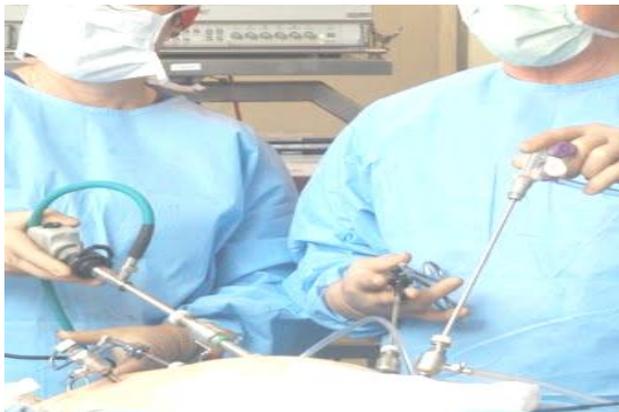
Esta modalidad multiprofesional de asistencia implica una organización centrada en el paciente, contando con su participación desde el preoperatorio hasta el alta.

METODOLOGÍA

Introducción: La atención a los pacientes intervenidos de cirugía de colon requiere la implicación de todos los profesionales que intervienen en su cuidado. Por este motivo es necesario crear un protocolo consensuado que sirva de guía, que permita mejorar los resultados y sirva de prevención de complicaciones (FAST-TRACK). La implantación requiere superar una serie de adversidades: resistencia al cambio^{*1}, cambios en la historia clínica informatizada, curva de aprendizaje y difusión del papel de cada profesional en el protocolo. El seguimiento inicial requiere monitorizar el cumplimiento de distintos aspectos del pre, intra y post operatorio.

Hasta hace una década, los pacientes intervenidos por la técnica abierta debían someterse a reposo, ayuno y colocación de medidas invasivas. El papel de enfermería se reducía a vigilancia, cuidados y técnica.

En la actualidad, gracias a los avances en la rehabilitación multimodal, se ha avanzado para una rápida recuperación del paciente y el papel de la enfermería es prioritario al dotarle de autonomía en la toma de decisiones sobre decisiones en la administración de cuidados en función de la evolución del paciente^{*2}.



Objetivos:

- Conocer el grado de cumplimiento del Protocolo Fast-Track en el preoperatorio e intraoperatorio.
- Mostrar los resultados en el postoperatorio inmediato y complicaciones posteriores.
- Comparar los resultados respecto a estancia con la situación previa a la implantación.

Material y métodos: Se crea un protocolo consensado detallando todas las acciones y cuidados que debe realizar cada profesional implicado desde la captación del paciente hasta el alta al domicilio. Dicho protocolo fue creado desde un enfoque multidisciplinar y su registro se realiza mediante formularios en la historia clínica informatizada.

Las medidas que minimizan la agresión quirúrgica incluyen:

- Abordajes quirúrgicos poco agresivos.
- Evitar medidas invasivas.
- Evitar, en lo posible, la preparación mecánica del colon.
- Técnicas anestésicas y analgésicas que minimicen la respuesta sistémica.
- Adecuada preparación preoperatoria, rica en hidratos, que reduce el catabolismo proteico y la resistencia a la insulina.

También hay unos criterios de exclusión:

- Pacientes ASA IV o que se prevea precisen Cuidados Intensivos postquirúrgicos.
- Cardiopatía con mala clase funcional.
- Pacientes anticoagulados.
- Obesos con IMC > 30.
- Desnutridos.
- Cirugía de urgencia.
- Enfermedad metastásica.
- Diabéticos.
- EPOC severo.
- Enfermedad psiquiátrica o demencia.
- Negativa del paciente o familia para cirugía según este procedimiento.

En el postoperatorio inmediato los pacientes permanecerán en la Unidad de Reanimación hasta el día siguiente de la cirugía, que pasará a una unidad de hospitalización. En este periodo reciben los siguientes cuidados por parte de Enfermería:

- Comprobar la identidad, monitorización de constantes vitales, comprobar historia y alergias.
- Valorar el estado general: taquicardia, distensión abdominal, náuseas...
- Mantener normotermia.
- Retirar SNG, si viniera con ella de quirófano.
- Administrar oxígeno con gafas nasales.
- Tolerancia oral con agua a las 4 horas de la cirugía si presenta buen estado general hasta un máximo de 500 cc.
- Levantar la tarde de la intervención si cumple los siguientes criterios: hemodinámicamente estable, tolerancia positiva a líquidos y movilidad de miembros inferiores.
- Ofrecer batido hiperproteico durante la tarde de la intervención.
- Favorecer la inspirometría incentivada.
- Favorecer el descanso nocturno.
- - Analgesia por catéter epidural (*3), antieméticos y profilaxis antitrombótica según protocolo.

La enfermera de hospitalización administrará los cuidados pertinentes desde el día siguiente de la cirugía hasta el alta hospitalaria del paciente. Entre estos cuidados se incluyen: Constantes vitales por turno, balance hídrico, control de peso, valorar las heridas quirúrgicas, estomas, presencia de flebitis, incentivador respiratorio, levantarlo y estimularlo para que pasee en todos los turnos. Valorar con los facultativos la retirada de sueros y medidas invasivas (si las tuviera), control analítico según precise.

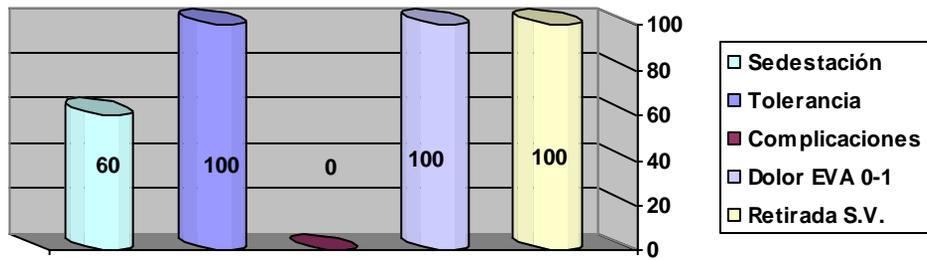
Se realiza un estudio descriptivo observacional transversal durante los tres primeros meses (Octubre a Diciembre de 2011) de la implantación del protocolo Fast-Track. Se realiza un comparativo respecto a los pacientes susceptibles de aplicación de dicho protocolo en el año 2010, que fueron un total de 82 pacientes. En este grupo de pacientes del 2010 se observó como la preparación y evolución posterior era muy variable, tanto en la retirada de sondas y drenajes como el inicio de sedestación, tolerancia, complicaciones y estancia hospitalaria.

Resultados: Durante el periodo se incluyeron 7 pacientes de los cuales 2 fueron excluidos en la etapa intraquirúrgica (Embolia Aérea y Catéter Epidural no funcionante).

En el periodo preoperatorio el 100% de los pacientes recibieron la hoja informativa y realizaron la preparación correctamente. Durante la técnica quirúrgica todos comenzaron por técnica laparoscópica y el 80% finalizó en cirugía abierta.

El primer día del postoperatorio (tarde-noche) el 60% iniciaron la sedestación precoz, 100% tolerancia a líquidos, 100% dolor controlado (EVA entre 0-1), 100% de retirada de sonda vesical, sin sondaje. El % de complicaciones y reintervenciones fue 0.

La media de estancia postoperatoria fue 4,6 días (3-7) en pacientes con protocolo FAST - TRACK frente a 9,8 (3-28) de los pacientes susceptibles de aplicación durante el año 2010, con una moda de 4 y 8 días, respectivamente.



Resultados primer día postoperatorio.

CONCLUSIONES:

El protocolo FAST-TRACK parece optimizar los cuidados perioperatorios, minimizar las complicaciones y acortar la estancia hospitalaria.

Esta modalidad multiprofesional de asistencia implica una organización centrada en el paciente, contando con su participación desde el preoperatorio hasta el alta.

DISCUSIÓN:

Hasta hace una década, la cirugía de colon, se realizaba de manera abierta y el paciente tenía que estar en reposo, ayunas, restricción de líquidos, medidas invasivas...

Los avances que se han producido en los últimos años en las técnicas quirúrgicas, anestésicas, laparoscópicas... han permitido la creación del programa de rehabilitación multimodal o Fast-Track consistentes en la aplicación de una serie de medidas para evitar la repercusión orgánica que tiene toda intervención quirúrgica, lo que parece minimizar la disfunción sistémica, reducir las complicaciones, acelerar la recuperación y reducir la estancia hospitalaria.

Sería interesante realizar más trabajos de investigación ampliando el número de sujetos (pacientes) de estudio y realizar otros estudios centrados en conocer la percepción del paciente postintervención y recuperación.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Roig JV, Rodríguez-Carrillo R, García-Armengol J, Villalba F, Salvador A, Sancho C, et al. Rehabilitación multimodal en cirugía colorrectal. Sobre la resistencia al cambio en cirugía y las demandas de la sociedad. Cir Esp.2007; 87: 307-15.
2. Roig JV. Rehabilitación multimodal perioperatoria en cirugía colorrectal. Su utilización está más que justificada. Cir Esp. 2010; 88:67-8.
3. WaurickR, Van Aken H. Update in thoracic epidural anaesthesia. Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology 2005; 19 (2):201-13.

Lámina Moldeable FormaFlex

5ª Generación de Adhesivos

Hollister, compañía con más de 90 años dedicados al cuidado de la salud, ofrece una completa gama de láminas que incorporan la más alta tecnología, y que ayudan a encontrar las necesidades individuales de las personas portadoras de una ostomía.

Porque encontrar la lámina correcta es importante para el cuidado del estoma.

Lámina FormaFlex
Nueva generación de Láminas para Ostomía
Moldeable, para un ajuste perfecto
Tú le das la forma



Diseño

Una novedosa película protectora que permite moldear la lámina y mantener su nueva forma, incrementando el tiempo de uso.



Y unos círculos táctiles que sirven de guía y ayudan a conseguir la nueva forma deseada.

Formulación

Una nueva formulación que incorpora:

- Suaves y resistentes microfibras, que permiten una total flexibilidad para ajustar y reajustar con máxima resistencia frente a la degradación.
- Nuevo elastómero líquido con propiedades adhesivas de larga duración, que se adapta a los micropliegos o surcos de la piel garantizando una excelente protección cutánea.

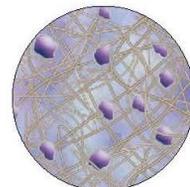


Ilustración microscópica de la formulación de la lámina FormaFlex.

Fácil Uso



Calentar la lámina durante unos segundos para aumentar la adherencia y flexibilidad, y retirar el protector



Estirar en plano desde el centro hacia afuera, sin enrollar
¡No hacen falta tijeras!



Ajustar al tamaño del estoma.



Aplicar la lámina dando masaje circular, sin dejar piel expuesta

Beneficios

- Mejora en el tiempo de uso.
- Protege la piel que está en riesgo de contacto con los fluidos corrosivos incluso en prematuros.
- Mejora de la piel que fue dañada debido al contacto con descarga corrosiva.
- Capacidad para ajustarse correctamente.
- Disminución del tiempo de enfermería dedicado a los procedimientos del uso y educación.

Más información

FormaFlex está financiada por el SNS.

¿Necesitas más información? ¿Quieres probar FormaFlex?
¿Quieres descubrir más opciones de láminas Conform 2?
No dudes en llamarnos y solicitar muestras gratuitas
Tel.: 900 21 09 47

Hollister Ostomía. Los Detalles Importan.

Hollister y su logo, Conform 2, así como "Hollister Ostomía. Los Detalles Importan" son marcas registradas de Hollister Incorporated. © 2014 Hollister España

HIDROSADENITIS SUPURATIVA PERINEO-GLÚTEA (HSPG) O ENFERMEDAD DE VERNEUIL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernández Fernández, Rosa Teresa*; Valencia Valencia, Cristina**; Pérez Salgado, M^a de los Ángeles**; López Villaza, Luz**; Fernández Noguerol, M^a Luz**; Quintas Pérez, Lourdes**; González González, Ana M^a **; Nieto Gómez, Ángeles **; Conde Barrio, Ana Isabel **; Riveiro García, M^a Socorro***. *DUE y Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo. Supervisora de Unidad de Cirugía General y Digestiva 6^a Dcha del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. **DUES Unidad de Cirugía General y Digestiva 6^a Dcha del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ***DUE Unidad de Cirugía General y Digestiva y Estomaterapeuta.

rosa.teresa.fernandez.fernandez@sergas.es

RESUMEN

Objetivo: Exponer caso de HSPG intervenido mediante exéresis radical y posterior tratamiento con curas húmedas.

Metodología: Caso clínico: varón, 57 años que presenta HSPG extensa. Se realiza escisión radical, pensando en injerto en un 2º tiempo. Se programaron curas húmedas con hidrofibras hidrocoloides con /sin plata + espuma; antibioterapia IV y analgesia epidural + IV y subcutánea inicialmente, posteriormente vía oral a demanda.

Recursos humanos: DUES de Unidad de Cirugía, de HADO y de Atención Primaria.

Resultados: Se trató la herida con curas húmedas de fibra coloide + Ag + espuma y antibioterapia. Se instauraron medidas higiénico-dietéticas y posturales. Dada la buena evolución de la herida no fue preciso la realización de injerto cutáneo como se tenía previsto.

Conclusión: La cura húmeda con fibras coloides + Ag + espuma, junto con las medidas higiénico-dietéticas y posturales constituyen una terapia efectiva para una adecuada cicatrización de una herida compleja.

PALABRAS CLAVE: Hidrosadenitis Supurativa Perineo-glútea (HSPG), Verneuil, Cura Húmeda, Cicatrización por Segunda Intención.

INTRODUCCIÓN

La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria, crónica, recurrente, originada en las glándulas apocrinas. Puede localizarse en axila, ingles, periné, región ano-perineal y cuero cabelludo^{*1, *2}.

Es poco frecuente y por lo tanto son pocos los trabajos publicados.

El propósito del presente trabajo es dar a conocer la enfermedad y el manejo terapéutico de la misma por parte del personal de enfermería, ya que es proceso complejo; aunque reproducible; que requiere un abordaje multidisciplinar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es éste un trabajo de Investigación Aplicada sobre el caso clínico de un varón de 57 años, independiente para las actividades basales de la vida diaria, con antecedentes de HTA y alergia a Penicilina y Metamizol.

Motivo de Ingreso: Intervención programada.

Diagnóstico: HSPG extensa, con placas inflamatorio-purulentas que alcanzaban la fascia glútea y presacroccígea, siendo resistente a curas tópicas ambulatorias y antibioterapia por vía oral de años de evolución (Estadío III en la estadificación de Hurley).



Sistema de estadificación Hurley (*2, *3)

Etapa	Características
I	Formación de un absceso aislado solitario o múltiples sin dejar cicatrices o fistulas.
II	Abscesos recurrentes, lesiones únicas o múltiples muy separadas, con la formación de fistula.
III	Afectación difusa o amplia a través de una zona regional con múltiples extensiones y abscesos del seno interconectados.

Intervención: De forma programada se le practicó una exéresis amplia radical en bloque que obligó en la zona sacro-coccígea y glútea bilateral a incorporar la fascia para incluir toda la placa patológica.



Inicialmente en el quirófano se le realizó cura oclusiva con Nitrofuril pomada más apósito de malla antiadherente.

Postoperatorio Inmediato:
En la primera valoración,

realizada en planta de Cirugía a las 24 h de la intervención, se aprecia una herida extensa que afecta a ambos glúteos, incluyendo región perianal. Presenta el lecho limpio y algunas zonas con fibrina. No presenta signos infección.

Las curas fueron realizadas durante el periodo de hospitalización por personal de enfermería del Servicio de Cirugía con amplia experiencia en la realización de curas complejas. Posteriormente por Enfermería de HADO y AP, con revisión en Cirugía con cadencia semanal.

En un primer momento se decide realizar curas húmedas con fibra coloidal (Aquacel®) + espuma (Allevyn®) + compresas estériles y, como fijación de éstos, apósito transparente de poliuretano con adhesivo acrílico (Opsite®). Posteriormente, dadas las características de la herida y que la zona suele estar expuesta a materia orgánica contaminante (sudor, heces) y al presentar cultivo de herida positivo, se consideró oportuno instaurar curas húmedas con hidrofibra hidrocólida con plata + espuma + compresas estériles + apósito transparente de poliuretano con adhesivo acrílico *4, *5.

Se trata también con antibioterapia según antibiograma (se aíslan *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* y *Morganella morganii*): Vancomicina 1 gr. IV cada 12 h + Amikacina 500 mg. IV cada 12 h.

La analgesia postoperatoria fue por vía epidural (levobupivacaína 0,125% + fentanilo 3µg/ml a 3ml/h y bolos a demanda) + analgesia IV con Tramadol cada 8 horas durante cuatro días. Luego precisó analgesia IV con Tramadol cada 8 horas + analgesia por vía oral con Paracetamol 1 gr. a demanda durante cuatro días, precisando Hidrocloruro de Petidina (Dolantina®) sc antes de la realización de las curas. Posteriormente se deja con analgesia por vía oral con Paracetamol 1 gr. sólo a demanda. A los veintiún días no precisaba ningún tipo de analgesia.

RESULTADOS

Decidimos abordar la cura según nuestros criterios y experiencia profesional. Iniciamos tratamiento de la herida con cura húmeda a las 24 h de la intervención con hidrofibra hidrocólida (Aquacel®) + espuma (Allevyn®) + compresas estériles + apósito transparente de poliuretano con adhesivo acrílico (Opsite®), previo lavado con Suero Fisiológico.

Se realizan las curas inicialmente C/ 48 h, aunque precisa cambios de apósitos secundarios cada 12 h los 3 primeros días, por ser muy productiva, luego c/24 h durante 12 días. A partir de entonces se realiza cura completa c/48 h-72h.

A los 10 días y tras resultado de cultivo positivo (se aíslan *Escherichia coli*, *Enterococcus faecalis* y *Morganella morganii*). Decidimos modificar pauta de curas y realizarla con hidrofibra hidrocólida con plata + espuma + apósito transparente de poliuretano con adhesivo acrílico con el fin de controlar la carga bacteriana y gestionar el exudado de la herida *4.

A los 5 días se suspende la antibioterapia por presentar una reacción alérgica cutánea generalizada de origen incierto, que precisa tratamiento con corticoides IV (Metilprednisolona 60 mg c/24 h), corticoides tópicos (Metilprednisolona aceponato), antihistamínicos IV (Desclorfeniramina maleolato), no presentando franca mejoría.

A los 9 días del tratamiento tópico con plata reevaluamos la herida y, a pesar de la mejoría que se evidencia (disminución importante del exudado y reducción de la fibrina), decidimos suspenderlo al considerar dicho metal la posible causa de alergia. Cambiamos a hidrofibra hidrocólida (Aquacel®) + espuma (Allevyn®) C/48 h. Presenta a partir de entonces disminución importante de la erupción cutánea confirmando la sospecha de la alergia.

Las medidas dietéticas instauradas fueron: Dieta absoluta el 1º día postintervención, progresando a dieta líquida sin sal durante 4 días, para luego continuar con dieta sin residuos hiposódica.

Medidas posturales adoptadas: se mantiene en reposo en cama en posición de decúbito prono y lateral y a partir del 5º día se le permite deambular.

Causó alta hospitalaria a los 36 días del ingreso presentando ya una herida con muy buen tejido de granulación, escaso exudado y que ha disminuido



considerablemente de tamaño. Continuó la realización de las curas por el Servicio de Hospitalización a Domicilio (HADO) según pauta previa con hidrofibra hidrocólida (Aquacel®) + espuma (Allevyn®) realizando 2 curas por semana y la 3ª cura semanal en Unidad de Cirugía 6ª Dcha.



A los 80 días causó alta médica y pasó a realizar curas en Atención Primaria 1 vez por semana y la 2ª cura semanal en la planta

de Cirugía. Ya presentaba una herida de poca extensión (aproximadamente de 10 cm x 1,5cm) en la que sólo faltaba completar la epitelización.

En los estadios finales de la cicatrización el paciente fue diagnosticado de Ca pulmonar e inició tratamiento de quimioterapia.

La cicatrización total de la herida se produjo a las 25 semanas.



CONCLUSIONES

La cura húmeda con apósitos de hidrofibras hidrocoloides con plata/ sin plata + espuma, junto con las medidas higiénico-dietéticas y posturales descritas, y la antibiograma, constituyen una terapia efectiva para una adecuada cicatrización por 2ª intención en un paciente con curas complejas y de amplia superficie de desbridamiento.

DISCUSIÓN

La hidrosadenitis supurativa es un proceso inflamatorio crónico, recurrente, originada en las glándulas apocrinas. Se puede localizar en axila, ingle, periné, región ano-perineal y cuero cabelludo. Es una patología poco frecuente: presenta una incidencia de 1/300-600 personas adultas^{*1,*6}; es rara antes de la pubertad y más frecuente en adultos jóvenes. Fue descrita por primera vez en 1839 por Velpeu, siendo reconocida clínicamente en 1854 por Verneuil. Como factores predisponentes se pueden destacar la tendencia genética al acné, alteraciones endocrinas (obesidad, diabetes mellitus), tabaquismo y exceso de andrógenos, entre otros.

La clínica puede tener un inicio insidioso con prurito, ardor y aumento de la temperatura local, progresando a dolor y nódulos subcutáneos profundos que se organizan como abscesos. Éstos se caracterizan por descargas purulentas, dolor local e inflamación. Puede progresar a una forma crónica recurrente con lesiones continuas o distantes y, finalmente, a múltiples nódulos con varios trayectos fistulosos irregulares, rodeados de fibrosis y celulitis. Son típicos los ciclos de remisión y recaída^{*3}.

El diagnóstico, que suele ser tardío, se establece por la exploración física, cultivo de la secreción y biopsia de la lesión para estudio histológico.

El tratamiento inicial en casos leves es de carácter conservador, con medidas encaminadas a aliviar el dolor y los síntomas (fomentos de agua caliente, antisépticos locales, ropa de algodón holgada). En casos moderados o severos es útil el empleo de

antibióticos de amplio espectro. Algunos autores recomiendan esteroides. En enfermedad extensa o crónica el tratamiento de elección es la cirugía^{*2,*3}. Suele requerir resección amplia radical de todo el tejido comprometido con límites de 1 a 2 cm más allá de la zona afectada y la extirpación de tejido celular subcutáneo hasta la fascia muscular en profundidad. Una vez efectuada la exéresis, la herida se puede tratar de diversas maneras: cierre primario, injerto de piel, avance o rotación de colgajos cutáneos o cicatrización por segunda intención^{*2,*3}.

El apósito de hidrofibra de hidrocoloide (Aquacel®), es un apósito compuesto de Hydrofiber con fibra reforzante, estéril, blando, en forma de almohadilla, no tejido, compuesto por carboximetilcelulosa sódica y fibras de celulosa regenerada para reforzar. Este apósito adaptable y muy absorbente, absorbe el exudado de la herida transformándolo en un gel suave, que mantiene un medio húmedo para facilitar el proceso de cicatrización y la retirada de los tejidos necróticos de la herida (desbridamiento autolítico) sin dañar el tejido neoformado. Potencia la absorción vertical, controlando o limitando la expansión lateral. La combinación de ambas características hace que, el apósito forme un gel cohesivo, evitando o minimizando la maceración de la piel perilesional^{*12}.

Diversos estudios han revelado que los apósitos de plata se asocian a factores beneficiosos en lo que respecta al coste-efectividad, por ejemplo:

- Reducción del tiempo transcurrido hasta la cicatrización de la herida^{*9,*10}.
- Reducción de la estancia hospitalaria^{*7,*8}.
- Disminución de la frecuencia de cambios de apósito^{*11,*13}.
- Menor necesidad de analgésicos durante el cambio del apósito^{*11}.
- Menos bacteriemias por SARM resultantes de heridas infectadas por SARM^{*10}.

El apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata iónica (Aquacel Ag®), es un apósito absorbente antimicrobiano. La plata contenida en el apósito posee un amplio espectro antibacteriano. Este apósito absorbe y retiene grandes cantidades de exudado y las bacterias contenidas en él, formando un gel blando y cohesivo que se adapta perfectamente a la superficie de la herida, manteniendo la humedad y ayudando a eliminar el tejido necrótico (desbridamiento autolítico). El ambiente húmedo en la herida contribuye al proceso de cicatrización y el control del número de bacterias ayuda a reducir el riesgo de infección^{*12}.

El apósito hidrocélular no adhesivo (Allevyn®) nos fue útil como apósito secundario para el tratamiento de esta herida altamente exudativa, proporciona una cura en ambiente húmedo que favorece el proceso de cicatrización.

El uso de apósitos secundarios transparentes de poliuretano con adhesivo acrílico (Opsite®) añadió mayor seguridad en las áreas que son anatómicamente difíciles.

En el caso clínico descrito, tras realizarse una exéresis radical amplia en bloque de toda la zona perineo-glútea, la cicatrización por segunda intención llevada a cabo con la instauración de curas húmedas con apósitos de hidrofibras hidrocoloides con/sin plata + espuma constituye una alternativa eficaz a la reconstrucción de la zona con injerto, evitando así una segunda intervención quirúrgica, favoreciendo la estancia hospitalaria corta, evitando el dolor de la zona donante al paciente y reduciendo la morbilidad.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen a D. Celso Enríquez Sanmamed, D. David Iglesias Diz y D. Alberto E. Parajó Calvo su inestimable colaboración e interés mostrado.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Luis Charúa -Guindic, Rebeca Maldonado-barrón, O. Avendaño-Espinosa. Hidradenitis supurativa. Hospital General de México. Cir Ciruj 2006;74:249-255.
2. Menderes A, Sunay O, Vayvada H, Yilmaz M. Tratamiento quirúrgico de hidradenitis supurativa. Int J Med Sci 2010; 7 (4): 240-247. doi: 10.7150/ijms.7.240. <http://www.medsci.org/vo7po240.htm>
3. Pedraz J, Daudénv E. Manejo práctico de la hidrosadenitis supurativa. Actas Dermosifiliog.[Internet]. 2008; 99:101-10. Disponible en: <http://www.actasdermo.org/es/manejo-practico-hidrosadenitis-supurativa/articulo/13116298>
4. Elizabeth A Ayello et al. Consenso Internacional. Uso adecuado de los apósitos de plata en las heridas. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012. (Leído el 28 de junio de 2013 en: www.woundsinternational.com) [Texto Completo] [Consulta: 01/07/2013]
5. Matthias Augustin et al. Consenso internacional: Optimización de bienestar en las personas que viven con una herida. Consenso del grupo de trabajo de expertos. London: Wounds International, 2012. Disponible en: <http://www.woundsinternational.com> [Consulta : 28/11/ 2012].
6. Mitchell KM, Beck DE. Hidradenitis supurativa. Surg Clin North Am 2002;6:1147-1156
7. Paddock HN, Fabia R, Giles S, et al. A silver impregnated antimicrobial dressing reduces hospital costs for pediatric burn patients. J Paediatr Surg 2007; 42(1): 211-13. 51. Saba SC, Tsai R, Glat P. Clinical evaluation comparing the efficacy of AQUACEL Ag 56-65. Hydrofiber dressing versus petrolatum gauze with antibiotic ointment in partial thickness burns in a pediatric burn center. J Burn Care Res 2009; 30: 380-85
8. Muangman P, Pundee C, Opananon S, Muangman S. A prospective, randomized trial of silver containing Hydrofiber dressing versus 1% silver sulfadiazine for the treatment of partial thickness burns. Int Wound J 2010; 7(4): 271-76.
9. Koyuncu A, Karadağ H, Kurt A, et al. Silver-impregnated dressings reduce wound closure time in marsupialized pilonidal sinus. EWMA Journal 2010; 10(3): 25-27.
10. Newton H. Reducing MRSA bacteraemias associated with wounds. Wounds UK 2010; 6(1):56-65
11. Caruso DM, Foster KN, Blome-Eberwein SA, et al. Randomized clinical study of Hydrofiber dressing with silver or silver sulfadiazine in the management of partial thickness burns. J Burn Care Res 2006; 27(3):298-309.
12. Convatec [Internet]. Aquacel.Heridas.2013. Disponible en: <http://www.convatec.es/wound-skin.aspx>
13. Opananon S, Muangman P, Namviriyachote N. Clinical effectiveness of alginate silver dressing in outpatient management of partial-thickness burns. Int Wound J 2010; 7(6): 467-71.

Los apósitos de su confianza,

evolucionamos para que siga **creyendo en nosotros**

AQUACEL™Extra™

REEMBOLSABLE

AQUACEL™Ag·Extra™

REEMBOLSABLE

AQUACEL™Foam

REEMBOLSABLE

AQUACEL™Ag·Foam

Para más información y/o muestras contacte con InfoTec **900 30 40 50** infotec@convatec.com



Apósitos **AQUACEL®**
PROBADOS. AUTÉNTICOS. DE CONFIANZA.



®/™ indican marcas de ConvaTec Inc. ©2014 ConvaTec Inc. AP-014053-ES

ssecir
DIGITAL

CIRUGÍA MENOR AVANZADA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Griñán Soria, Fernando*; Iglesias Peón, Carmen*; Rodríguez Martínez, María del Mar**;
Cercadillo García, Roberto***; Serrano Muñoz, Pilar*; Martín Madrazo, Carmen*.

*Enfermeros de Atención Primaria del Centro de Salud Brújula, Torrejón de Ardoz, Dirección Asistencial Este, Madrid. ** Pediatra del Centro de Salud Brújula, Torrejón de Ardoz, Dirección Asistencial Este, Madrid. ***Auxiliar Administrativo del Centro de Salud Meco. Dirección Asistencial Este, Madrid.

grisomar@gmail.com

PALABRAS CLAVE

Cirugía Menor, Atención Primaria, Enfermería

RESUMEN

El personal de enfermería se encuentra capacitado para la práctica de la cirugía menor tal y como señala expresamente el Consejo General de Diplomados en Enfermería en su circular 17/90 del 5 de Febrero de 1990. El desarrollo de los procedimientos de cirugía menor en Atención Primaria por los equipos de enfermería, además de reducir notablemente el tiempo de espera quirúrgico, supone un aumento del grado de satisfacción del usuario, por su realización en un espacio familiar y cercano, y desde el punto de vista del profesional, supone un aumento de su capacidad resolutive, así como un aumento de su satisfacción profesional y su autoformación.

Se planteó un estudio descriptivo prospectivo de las intervenciones de Cirugía Menor realizadas durante 2 años (2010-2011). Se realizaron 528 cirugías en el periodo de estudio. No se detectaron complicaciones quirúrgicas ni postquirúrgicas graves, observándose una mejoría significativa de los criterios de buena atención entre los años 2009 y 2011.

INTRODUCCIÓN

El Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería en su circular 17/90 de 5 de Febrero de 1990 define la cirugía menor como:

“Aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo y que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria”.

No existe, por tanto, ninguna limitación en cuanto a zona anatómica o tipo de lesión, más que la propia experiencia, formación y destreza del personal de enfermería que va a realizar el acto quirúrgico.

Esta definición podrá ser utilizada en defensa de los colegiados de enfermería ante los tribunales, y además los procedimientos relativos a dicha cirugía

menor podrán ser enseñados en las escuelas de enfermería.

La realización de técnicas de cirugía menor por parte de los equipos de Atención Primaria ofrece grandes ventajas¹: para el usuario supone un aumento del grado de satisfacción, por la disminución del tiempo de espera quirúrgico, y por su realización en un ambiente familiar y cercano. Y para el profesional, porque supone un aumento de su satisfacción personal, de su capacidad resolutive y su autoformación.

El equipo de enfermería en nuestro Centro de Salud practica intervenciones en:

1. Tumoraciones benignas epidérmicas²: queratosis seborreica, quiste epidérmico o epidermoide, quistes triquilemicos, queratoacantoma, verrugas y molluscum.
2. Tumoraciones dérmicas y subcutáneas³: dermatofibromas, queloides, lipomas, fibroma péndulo, xantelasmas y tumoraciones vasculares.
3. Lesiones pigmentadas benignas: nevus.
4. Cirugía ungueal, con matricectomía parcial y total⁴.
5. Procedimientos de cirugía plástica: reparación de lóbulo de oreja desgarrado⁵, eliminación de tatuajes, queloides.

OBJETIVO

Exponer las técnicas de cirugía menor avanzadas que realiza el personal de enfermería en nuestro Centro de Salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Se planteó un estudio descriptivo prospectivo de las intervenciones de cirugía menor realizadas durante 2 años (2010-2011).

CASOS CLÍNICOS



Fig.1-3: Exéresis de quiste epidérmico en axila.



Fig. 4-6: Exéresis de dermatofibroma en cuello, indicando las zonas de riesgo. Se decide la intervención al encontrarse la lesión en plano superior al músculo cutáneo, sin riesgo de lesionar la rama cervical del nervio facial.



Fig. 7-9: Exéresis de 2 nevus asociados a 2 lipomas en axila.



Fig. 10-12: reconstrucción de lóbulo de la oreja desgarrado en varias trayectorias y su resolución a los 2 meses de la intervención.

RESULTADOS

De las 528 cirugías practicadas en el periodo de estudio no se detectaron complicaciones quirúrgicas ni postquirúrgicas graves, observándose una mejoría significativa de los criterios de buena atención entre los años 2009 y 2011.

Se practicaron intervenciones en tumoraciones benignas epidérmicas, dérmicas y subcutáneas, así como lesiones pigmentadas benignas (nevus congénitos pequeños y adquiridos), incluso en regiones anatómicas de alto riesgo como cuello, axila, cara y manos. Cirugía de uña, incluyendo matricectomía parcial y total, procedimientos de cirugía plástica como reparación de lóbulo de oreja desgarrada, queloides y eliminación de tatuajes. Crioterapia y electrocirugía (bisturí eléctrico monopolar).

DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES

No es habitual que el personal de enfermería realice técnicas de cirugía menor complejas como las descritas, probablemente por el desconocimiento sobre la legislación vigente, unido a una escasa preparación en estas técnicas por parte de las escuelas de enfermería. Queremos estimular a los enfermeros para que se capaciten en los procedimientos de cirugía menor y su desarrollo en atención primaria, ya que suponen un elemento de mejora en la gestión sanitaria y en la optimización de recursos*⁶.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria de salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, ed. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Madrid: Harcourt Brace, 1999. p. 3-16
2. Arribas Blanco JM. Manual de cirugía menor y otros procedimientos en medicina de familia. Madrid: Jarpyo, 2000.
3. Snell GE. Problemas quirúrgicos. En: Taylor RB, ed. Medicina de Familia, principios y práctica [ed. esp. trad de la 3ª de Springer-Verag Inc., 1988]. Barcelona: Doyma, 1991. p. 673-707
4. Carrasco Carrasco E, Castro Pazos M, Funes Meseguer M.J, Galván C, Gómez Martínez C, Jadraque Jiménez P. et al. Cirugía Menor. Manual de Práctica Quirúrgica y Traumatológica en Atención Primaria. Fundación Instituto Upsa del Dolor 2003.
5. Griñán Soria FA, Sierra Muñoz O, Muñoz Guijo I, Martínez Casado ML, Barrasa Abadía F, Serrano Muñoz P, Sánchez Morales M. "Reparación de desgarrado completo del lóbulo de la oreja". *Nursing* 26 (8): 58-61, Octubre 2008.
6. Tárraga López PJ, Marín Nieto E, García Olmo D, Celada Rodríguez A, Solera Albero J, Cerdán Oliver M, et al. Impacto económico de la implantación de un programa de cirugía menor en atención primaria. Atención primaria. Vol 27. Num 5. 31 de marzo 2001. p. 335-8.

SURGICAL SOLUTIONS



ÚLTIMOS AVANCES EN CIRUGÍA

Una Compañía - Productos Innovadores - Todas las Especialidades



Endo Stich™ con dispositivo V-Loc™



Versaport™ Trocar Óptico



SurgiSleeve™



Velosorb™ Fast



Sonicision™



IDrive™ Ultra



Gama LigaSure™ 5mm



Pasta de Colágeno Permacol™



Implante Qurúrgico Permacol™



COVIDIEN

positive results for life™

COVIDIEN, COVIDIEN con logotipo, y ™ son marcas comerciales de Covidien AG o sus afiliadas.
© 2014 Covidien. Todos los derechos reservados.

ssecir
DIGITAL

CIRUGÍA DE COLON ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA. ¿CUIDADOS DE ENFERMERÍA DIFERENTES?

Frida Hernández Fernández, Frida*; Martín Gómez, Raquel**; Pérez Fernández, Yolanda***; Sevilla Sierra, Victoria****. *D.U.E. en Unidad de Cirugía General y Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Máster en Investigación en Cuidados de la Salud. **D.U.E. en Unidad de Cirugía General y Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ***D.U.E. en Unidad de Cirugía General y Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ****D.U.E. Jefe de Enfermería en Unidad de Cirugía General y Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

frida.herdez@gmail.com

RESUMEN

La elevada incidencia de pacientes con patología de colon y el cambio de técnica quirúrgica que se está produciendo en los últimos años, con mayor incidencia de abordaje laparoscópico, en aquellas intervenciones que no precisan realización de estoma nos ha llevado a analizar las consecuencias en los cuidados de enfermería aplicados a estos pacientes.

Nos hemos propuesto describir las diferencias en la actuación de enfermería según el abordaje quirúrgico y comparar las diferencias existentes según la técnica quirúrgica, en el desarrollo de la misma y en la evolución del paciente.

Para ello hemos elaborado un plan de cuidados diferenciando las actuaciones, según el abordaje quirúrgico y hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos.

A pesar de haber comprobado que existen diferencias cuando se utiliza una técnica u otra, no hemos encontrado estudios que evalúen si son diferencias significativas o no.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de Enfermería, Patología de Colon, Cirugía Abierta, Cirugía Laparoscópica.

INTRODUCCIÓN

En la Unidad en la que trabajamos, Cirugía General y Digestivo, hemos observado que existe un número elevado de pacientes con cáncer de colon; a esto se le añade el cambio que se está llevando a cabo en cuanto a la técnica quirúrgica, con una mayor incidencia en la actualidad de abordaje laparoscópico, en intervenciones que no precisan de realización de estoma, frente a la cirugía abierta convencional. Esta situación nos ha llevado a analizar cómo repercute dicho cambio en los Cuidados de Enfermería que realizamos a estos pacientes.

Los objetivos que nos marcamos para este estudio han sido:

- Describir las diferencias en la actuación de enfermería en base al abordaje quirúrgico (cirugía abierta vs laparoscópica).
- Comparar las desigualdades existentes según la técnica quirúrgica en el desarrollo de la misma y en la evolución del paciente.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica sobre el tema a desarrollar descubrimos que no existían artículos científicos de enfermería que trataran las diferencias entre cuidados a pacientes intervenidos de cirugía de colon abierta o laparoscópica, por lo que ampliamos la búsqueda hacia artículos científicos médicos, los cuales nos dieron la clave para fundamentar el plan de cuidados, junto con el consenso de un grupo de expertos de la Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos científicos (Medline, Cochrane, Scielo, Cuiden Plus) sobre las diferencias existentes, tanto en cuidados de enfermería como médicas, según sea el abordaje quirúrgico. Encontramos artículos que evalúan las diferencias entre cirugías de abordaje laparoscópico y cirugía abierta a nivel de estudios médicos, no en los de cuidados de enfermería.

Mediante un grupo nominal de expertos en el cuidado de estos pacientes, formado por las enfermeras de nuestra unidad y unidades de cirugía general anexas (con una experiencia media de más de 18 años en estas unidades), se elabora un plan de cuidados estandarizado, diferenciando claramente las actuaciones según el abordaje quirúrgico, para evaluar las diferencias entre ambos abordajes, apoyándonos en los estudios científicos médicos, ya que no encontramos en la bibliografía nada referente a esta repercusión en las actividades de enfermería.

RESULTADOS

En esta tabla, se observa el Plan de cuidados estandarizado contrastando las actividades de enfermería, según la técnica de abordaje empleada para la cirugía:

Diagnóstico de Enfermería NANDA (Real)	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)	ACTIVIDADES	TECNICA DE ABORDAJE	
				ABIERTA	LAPAROSCOPIA
(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tacto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.	(0403) Estado respiratorio: ventilación. Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.	(32300) Fisioterapia respiratoria. (3250) Mejorar la tos.	Comprobar la utilización y efectividad del inspirómetro. Explicarle al paciente que debe apretarse el abdomen con ambas manos cuando tosa.		NO PRECISA.
(00002) Desequilibrio nutricional por defecto. Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacerlas necesidades metabólicas.	(1004) Estado nutricional. Capacidad para que los nutrientes puedan cubrir las necesidades metabólicas.	(1100) Manejo de la nutrición.	Establecer una dieta diaria que cubra las necesidades calóricas y nutritivas del paciente.		COMIENZO PRECOZ DE TOLERANCIA A LIQUIDOS; SI TOLERA, DIETA BLANDA AL DÍA SIGUIENTE.
(0013) Diarrea. Eliminación de heces líquidas no formadas.	(0501) Eliminación intestinal. Formación y evacuación de heces.	(0460) Manejo de la diarrea.	Ordenar al paciente que notifique al personal los episodios de diarrea que se produzcan.		
(00085) Deterioro de la movilidad física. Limitación de la capacidad de movimiento físico independiente para cambiar de posición.	(0208) Movilidad. Capacidad para moverse con resolución.	(5612) Enseñanza de la actividad-ejercicio prescrito. (0221) Terapia de ejercicios: deambulación.	Explicar la importancia de la deambulación precoz para prevenir fleo paralítico y trombo-embolismo. Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicios.	LEVANTAR AL DÍA SIGUIENTE. MAYOR DIFICULTAD PARA LA DEAMBULACIÓN POR ESTADO FÍSICO, DRENAJES, ETC.	LEVANTAR A LAS 6 HORAS Y DEAMBULAR.
(0095) Deterioro del patrón del sueño. Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica natural) limitado en el tiempo.	(0004) Sueño. Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.	(1850) Mejorar el sueño. (6482) Manejo ambiental: confort.	Facilitar ciclos regulares del sueño/vigilia. Respetar el horario para dormir o descansar.	MÁS INTERRUPCIONES DEL SUEÑO POR MAYOR NECESIDAD DE TRATAMIENTO.	
(00108) Déficit de autocuidados: baño e higiene. Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.	(0301) Autocuidados: baño. Capacidad para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin mecanismos de ayuda.	(1801) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene.	Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.		MENOS DEPENDENCIA PARA EL AUTOCUIDADO.
(00146) Ansiedad. Vaga sensación de amenaza acompañado de respuesta autónoma causado por la anticipación de un peligro.	(1402) Control de la ansiedad. Acciones para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.	(5820) Disminución de la ansiedad. (5610) Enseñanza prequirúrgica.	Explicación de todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se pueden experimentar durante todo el proceso		MENOR ANSIEDAD POR MEJOR ESTADO FÍSICO Y RECUPERACIÓN PRECOZ.
(00044) Deterioro de la integridad tisular. Lesión de las membranas mucosa o corneal, Integumentaria o de los tejidos subcutáneos.	(1102) Curación de la herida por primera intención. Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.	(3660) Cuidado de las heridas.	Inspeccionar la herida cada vez que se cambie el apósito. Mantener técnica estéril al realizar los cuidados de la herida.	MAYOR TIEMPO DE CURA DE LA HERIDA QUIRURGICA.	TAMAÑO DE HERIDA MAS PEQUEÑO.

<p>(00132) Dolor agudo. <i>Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos menor de 6 meses.</i></p>	<p>(1605) Control de dolor. Acciones personales para controlar el dolor.</p>	<p>(1400) Manejo del dolor. (2210) Administración de analgésicos.</p>	<p>Valoración del dolor: tipo, localización, intensidad, comienzo del mismo. Utilizar medidas de control del dolor, antes de que sea severo.</p>	<p>MÁS DOLOR POR HERIDA Y MANIPULACIÓN. MAYOR UTILIZACION DE CATETER EPIDURAL, AINES Y OPIACEOS.</p>	
<p>(00126) Conocimientos deficientes: régimen terapéutico. <i>Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</i></p>	<p>(1813) Conocimiento del régimen terapéutico. Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.</p>	<p>(7370) Planificación del alta. (5510) Educación sanitaria.</p>	<p>Colaborar con el equipo sanitario y familia en la planificación de la continuidad de los cuidados y el alta. Fomentar los cuidados de sí mismo.</p>		<p>MENOR NECESIDAD DE CUIDADOS AL ALTA. MAS FACILIDAD PARA EL AUTOCUIDADO.</p>
<p>(00004) Riesgo de infección: <i>Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.</i></p>	<p>(0703) Severidad de la infección. Gravedad de infección y síntomas asociados.</p>	<p>(6540) Control de infecciones.</p>	<p>Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</p>	<p>MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN POR MANIPULACIÓN TAMAÑO DE HERIDA, ETC.</p>	
<p>PROBLEMAS DE COLABORACIÓN</p>	<p>NIC (Intervenciones):</p>	<p>ACTIVIDADES</p>	<p>TECNICA DE ABORDAJE</p>		
			<p>ABIERTA</p>	<p>LAPAROSCOPIA</p>	
<p>Retención urinaria. Vaciado incompleto de la vejiga Hemorragia. Pérdida rápida o excesiva de sangre. Evisceración. Salida de un órgano fuera de la cavidad abdominal secundario a traumatismo, accidente o postoperatorio de una cirugía abdominal. Dehiscencia. Abertura espontánea de una zona que se había suturado durante una intervención quirúrgica. Íleo paralítico. Fallo en la propulsión intestinal que aparece de forma aguda en ausencia de obstrucción mecánica y es secundario a diversas causas.</p>	<p>(0620) Cuidados de la retención urinaria. (4010) Precaución con hemorragias. (3660) Cuidados de las heridas. (3662) Cuidados de las heridas: drenaje cerrado (0430) Manejo intestinal.</p>	<p>Ayudar a aliviar la distensión de la vejiga Controlar signos y síntomas de hemorragia. Enseñar al paciente a sujetarse la herida al toser o vomitar. Vigilar cantidad y aspecto del contenido del drenaje. Vigilar aparición de distensión abdominal.</p>	<p>MAYOR USO DE SONDAJE VESICAL RELACIONADO CON CATÉTER EPIDURAL. MAYOR FRECUENCIA DE DRENAJES.</p>	<p>MENOR RIESGO DE EVISCERACIÓN POR TAMAÑO DE INCISIÓN QUIRÚRGICA. PERISTALTISMO MÁS TEMPRANO.</p>	



En esta tabla, se observa una comparativa de datos que han sido extraídos de los estudios científicos de cirugía colorrectal abierta vs laparoscópica revisados:

TIPO DE CIRUGÍA	ARTICULO (*1)		ARTICULO 2(*2)		ARTICULO 3(*3)		ARTICULO 4(*4)		COMPARATIVO	
	Abierta	Lap.	Abierta	Lap.	Abierta	Lap.	Abierta	Lap.	Abierta	Lap.
TIEMPO QUIRÚRGICO			95 min.	150 min.	118 min.	142 min.	135 min.	180 min.		MAYOR
PÉRDIDA SANGUÍNEA INTRAOPERATORIA					193 ml.	105 ml.			MAYOR	
LARGO INCISIÓN			18 cm.	6cm.			23cm.	7cm.	MAYOR	
ANALGESIA PARENTERAL	61%	57%	4 días	3 días					MAYOR	
TOLERANCIA	3-8 días	2-9 días			85 horas	54 horas	6 días	5 días	MAYOR	
PERISTALTISMO	4-6 días	3-6 días			55 horas	36 horas	6 días	5 días	MAYOR	
COMPLICACIONES	20%	21%	20%	21%			42%	39%	IGUAL	
INFECCIÓN INTESTINAL	3%	4%			17%	7%	5%	4%	MAYOR	
DEHISCENCIA. ANASTOMOSIS	1%	<1%					3%	4%	IGUAL	
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	3%	2%			8%	3%			MAYOR	
HEMORRAGIA POSTOPERATORIA	2%	2%			<1%	--			IGUAL	
COMPLICACIONES PULMONARES	2%	2%			--	--	3%	5%		MAYOR
COMPLICACIONES CARDIACAS	2%	1%					--	3%		MAYOR
COMPLICACIONES URINARIAS/RENALES	2%	2%			<1%	2%				MAYOR
REINTERVENCIÓN	5%	7%								MAYOR
ESTANCIA HOSPITALARIA	3-9 días	2-8 días	6 días	5 días	7-9 días	2-5 días	10 días	8 días	MAYOR	
MUERTE	2%	1%	1%	<1%					MAYOR	

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN

Si analizamos la última parte del trabajo constatamos que en los últimos años se han publicado numerosos estudios que comparan la cirugía laparoscópica con la cirugía abierta en el tratamiento del cáncer colorrectal, eso sí, todos ellos apoyados en el aspecto médico, sin embargo no hay evidencia científica respecto a los cuidados de enfermería y su diferencia en ambas cirugías, esto para nosotros ha supuesto una gran limitación, así pues, el enfoque lo hemos realizado basándonos en nuestra experiencia y aportando los resultados del plan de cuidados.

Como se ve en las actividades relacionadas con el diagnóstico de "Limpieza ineficaz de las vías aéreas" en el caso de la laparoscopia, debido a lo pequeñas que son las incisiones, no es necesario que el paciente se apriete el abdomen cuando tosa.

En cuanto a la movilidad en la cirugía abierta existe mayor dificultad para la deambulacion por el estado fisico, drenajes, catéter epidural, sondaje vesical, etc.

Para el diagnóstico de "Deterioro del patrón del sueño" podemos identificar que en la cirugía abierta existen más interrupciones del sueño al tener mayor dificultad en la movilización, más dolor y debido a la necesidad de administración de tratamiento médico.

Si analizamos el "Déficit de autocuidado" es evidente que el paciente intervenido por laparoscopia presenta menos dependencia y puede realizar su autocuidado desde los primeros días del proceso.

Para el diagnóstico de "Ansiedad", aunque una operación (sea cual sea su abordaje) siempre supone un trauma, la recuperación precoz de la laparoscopia ayuda a que el grado de ansiedad sea menor y se recupere antes la tranquilidad.

En cuanto al “Deterioro de la integridad tisular” es mucho menor en la cirugía laparoscópica por lo que el procedimiento de curas es más sencillo y supone un ahorro de tiempo de enfermería importante.

Por último en cuanto a los diagnósticos “Dolor agudo”, “Conocimientos deficientes: régimen terapéutico” y “Riesgo de infección”, observamos que en los tres existen ventajas en la cirugía laparoscópica, ya que, el dolor en esta modalidad de cirugía es menor, se necesitan menos conocimientos de cara al alta y al autocuidado, y el riesgo de infección es menor, puesto que, las incisiones son de menor tamaño.

En cuanto a los problemas de colaboración con los que nos podemos encontrar en una cirugía de colon: “Retención urinaria”, “Hemorragia”, “Evisceración”, “Dehiscencia” e “Íleo paralítico”, se observa, una vez más, ventajas en la técnica laparoscópica frente a la abierta, existe menos riesgo de evisceración, por incisiones de menor tamaño y el peristaltismo es más temprano, lo que conlleva menor riesgo de íleo paralítico. A esto se le añade, en contra de la cirugía abierta, que nos encontramos mayor riesgo de retención urinaria por el uso de anestésicos a través de los catéteres epidurales.

En la revisión bibliográfica que aparece en el cuadro comparativo de los resultados se puede observar que la cirugía laparoscópica aporta cierta ventaja sobre la cirugía abierta a corto plazo, ya que consigue una recuperación algo más rápida del paciente y con menores molestias y complicaciones después de la operación.

De cualquier forma no hemos encontrado en ningún artículo resultados que se puedan generalizar a todos los enfermos y que recomienden al 100% un procedimiento quirúrgico sobre otro.

Las enfermeras que trabajamos en unidades de cirugía general tenemos claro cuáles son las diferencias en los cuidados dependiendo del abordaje quirúrgico, pero aunque nuestra experiencia se ha plasmado por escrito en el Plan de cuidados, aún no se ha demostrado con un estudio profundo.

Por eso, después de poner en marcha este plan de cuidados en la unidad, comparando los datos expuestos y midiendo los tiempos de realización de las actividades en ambos casos hemos observado, aunque de momento sin resultados concluyentes, que existen datos que indican que el Plan de cuidados que hemos expuesto expresa acertadamente la diferencia de cuidados en ambas técnicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. J Guillou P, Quirke P, Thorpe H, Walker J, M Heath R, M Brown J. Short term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASSIC trial): multientre, randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365(9472):1718-26.
2. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ et al. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet oncol* 2005;6(7):477-84. *3 .Nelson H, J Sargent D, Wieand HS, Fleshman J, Mehran A, J Stryker S, et al. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med* 2004;350:2050-9.
3. Lacy AM, García-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taurá P, Piqué JM. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet* 2000;359(9325):2224-9.

INTRODUCIR LA EVIDENCIA CIENTÍFICA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE CENTROS COMPROMETIDOS CON LA EXCELENCIA EN CUIDADOS

Reyes Navarro, Beatriz*; Alonso Poncelas, M^a Emma*; Berriel de León, M^a José*; Juste San José, Raquel*; Navarro Martín, Rosmery*; Viñoly Torres, M^a Elsa*. *DUE. Unidad Cirugía Hospital Doctor José Molina Orosa. Lanzarote.

bearena@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de la implantación de una guía de práctica clínica en la unidad de Cirugía, dentro del Programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (BPSO® España).

Material y Método: Se muestra la experiencia mediante un análisis descriptivo de las actividades llevadas a cabo desde noviembre de 2011, hasta mayo de 2013. Se describe el proceso siguiendo la metodología y herramientas propuestas por RNAO en la implantación. **Resultados:** Se ha realizado información sobre el proyecto. Incorporación de Impulsores. Formación con herramientas específicas. Creación de grupos para la operativización de las recomendaciones. Diseño de hojas de valoración del estoma y educación del paciente, trípticos de refuerzo. **Conclusión:** Los profesionales han trabajado en equipo unificando criterios de actuación. Mejorando la eficacia de los cuidados, demostrando que las guías de buenas prácticas son una buena herramienta para mejorar la calidad de los cuidados.

PALABRAS CLAVE: Guías de Práctica Clínica, Implantación, Evidencia en Cuidados, Excelencia en Cuidados.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales sanitarios en su trabajo diario y en la realización de sus cuidados diarios se enfrentan a números problemas clínicos, que tienen que resolver, mediante sus conocimientos, sus competencias, sus habilidades, su experiencia clínica, sus valores, su cultura, sus motivaciones y también mediante la evidencia científica, y con todo ello tomar decisiones clínicas para llevar a cabo los mejores cuidados a sus pacientes.

Los profesionales de enfermería con la finalidad de tomar de decisiones de cuidados basados en la evidencia, deben primero, plantearse una pregunta estructurada y focalizada sobre la necesidad del problema planteado. Posteriormente esta pregunta se usará como base para la búsqueda o identificación de la evidencia externa procedente de la investigación.

Esta investigación encontrada en la búsqueda habrá que valorarla críticamente en cuanto a su solidez, validez y utilidad. Para establecer la mejor evidencia disponible e integrarla con nuestra experiencia clínica para planificar el cuidado necesario hacia nuestros pacientes.

En la actualidad, la práctica basada en la evidencia es aceptada por todas las disciplinas de las ciencias de la salud como la referencia de paradigma metodológico que debe servir para la unificación de criterios en la toma de decisiones clínicas.

La finalidad de la práctica basada en la evidencia es fundamentar nuestras acciones profesionales en los resultados de estudios científicos*1.

Diversos estudios demuestran mejores resultados de salud en pacientes que reciben cuidados basados en las mejores evidencias científicas incluso aunque sólo lo hayan incorporado unos pocos profesionales.

El procedimiento de buscar la mejor evidencia para realizarlo en nuestro día a día puede resultar muy complejo, ya que discriminar la información no útil de aquella que verdaderamente es válida y rigurosa (tanto por el diseño de sus estudios como por su rigor metodológico) puede necesitar de un tiempo que en la práctica diaria no disponemos. Por esto, necesitamos herramientas y recursos que nos puedan facilitar el uso de la práctica basada en la evidencia.

Uno de los instrumentos que podemos utilizar son las Guías de Práctica Clínica, que los Sistemas Nacionales de Salud las utilizan como estrategia dentro de su plan de Calidad.

También otras organizaciones de la salud y organizaciones enfermeras desarrollan sistemas para introducir esta evidencia científica en el cuidado diario. Entre ellas la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), Canadá, desarrolla el proyecto Best Practice Sport-light Organization (BPSO), en el que se combinan distintas estrategias en la implantación de Guías de Buenas Prácticas (GBP), y la creación de una red de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados*2, para fomentar, facilitar y apoyar la implantación, evaluación y

mantenimiento, en cualquier entorno de la práctica enfermera, de buenas prácticas en cuidados, basados en las Guías desarrolladas por la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO). que fidelice el uso de prácticas basadas en los mejores resultados de la investigación.

Este programa de Buenas Prácticas llega a España, y el Hospital Doctor José Molina Orosa, y la Unidad de Cirugía General (entre otras) se interesa en participar en este proyecto, presentando la candidatura en junio del año 2011, para llevar a cabo los mejores cuidados en sus pacientes, y formar parte del proyecto de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados (Programa BPSO® España), siendo seleccionado como Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados en noviembre de 2011.

Los objetivos de la iniciativa de Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados son: Establecer grupos dinámicos y duraderos centrados en producir un impacto sobre el cuidado del paciente mediante el apoyo a la práctica de la enfermería basada en el conocimiento; desarrollar estrategias creativas para implantar con éxito guías de buenas prácticas de enfermería a nivel individual e institucional; establecer y utilizar enfoques efectivos para evaluar actividades de implantación, utilizando indicadores de estructura, proceso y resultados; identificar estrategias efectivas para difundir, en el sistema sanitario, la implantación de las GBP y sus resultados.

Este programa de Implantación coordinado por Investén-iscii (Unidad de Investigación de Enfermería del Instituto de Salud Carlos III), y el Centro Colaborador Español JBI para los Cuidados de Salud basados en la evidencia, en colaboración con la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), convocó a las instituciones sanitarias interesadas, que presentasen su candidatura a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC), para la implantación, evaluación y difusión de Guías de Buenas Prácticas (GBP). A esta candidatura se presentaron 33 proyectos de instituciones sanitarias en España. De estas, se seleccionaron ocho Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados, entre las que se encuentra el Hospital Doctor José Molina Orosa, del Área de Salud de Lanzarote, comprometiéndose a implantar tres guías clínicas de buenas prácticas, y una de entorno saludable. Entre ellas la Guía de Cuidados y Manejo de las Ostomías.

La elección de la GBP Cuidados y Manejo de las Ostomías³, fue seleccionada por las necesidades detectadas tras la realización de una auditoría en marzo del 2011 en pacientes de cáncer de colon, en la que se observó el déficit de registro de la evolución y educación al paciente ostomizado.

También se había detectado en un estudio realizado en el año 2010, entre los profesionales que rotaban esporádicamente en la unidad una necesidad de formación en cuidados de la ostomía.

Cada paciente requiere de un plan de atención individual de acuerdo a sus necesidades físicas, psicológicas, sociales, económicas y culturales y es responsabilidad de los profesionales de enfermería llevarlo a cabo para lograr su autocuidado y su integración en su vida social anterior, lo antes posible. Los pacientes ostomizados necesitan recibir apoyo por parte de todo el equipo de salud que interviene en su cuidado, con el fin de ayudarlo a sobreponerse al cambio que le ocasiona en todos los aspectos de su vida la presencia de una ostomía.

El personal de enfermería debe prepararse en el manejo de las técnicas adecuadas en el cuidado de las ostomías y cómo prevenir o resolver las complicaciones que se puedan presentar para proporcionar al paciente y sus familiares una atención y orientación eficaz que mejore su calidad de vida y le permita valerse por sí mismo al integrarse a su ámbito familiar, evitando la dependencia a la institución, a los profesionales de enfermería y a sus familiares.

Con la implantación de esta guía se pretende prestar cuidados de calidad basados en las mejores evidencias científicas:

- En los pacientes: mejorar los estados de salud, la satisfacción, seguridad, información y educación para la salud.
- En los profesionales: Mejor información y formación. Mejores cuidados, disminuyendo la variabilidad clínica, aumentando la calidad, efectividad y seguridad. Mejorando la organización del trabajo, aumentando la satisfacción personal y fomentando el trabajo en equipo.
- En la Institución: Cultura de práctica basada en la evidencia. Prestigio y reconocimiento. Formar parte de la red nacional BPSO®. Fidelizar y contagiar a todas las unidades, a otros centros hospitalarios y de Atención Primaria. Ser referentes en cuidados.

OBJETIVO

Describir la experiencia de la implantación de una Guía de Práctica Clínica en la Unidad de Cirugía para aplicar los mejores cuidados basados en la evidencia.

Se muestra la experiencia mediante un análisis descriptivo de las actividades llevadas a cabo desde noviembre de 2011 hasta mayo de 2013. Se describe el proceso que hasta este momento se ha llevado, siguiendo la metodología y herramientas propuestas por RNAO en la implantación de la guía de cuidados.

La unidad piloto de la implantación de la Guía de Cuidados de Ostomías, es la Unidad de Cirugía del Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote, que cuenta con 12 profesionales de enfermería y 9 auxiliares de enfermería, donde ingresan todos los pacientes a los que se les va a realizar una ostomía.

La metodología para la implantación y las herramientas⁴ utilizadas, siguen las directrices proporcionadas por RNAO:

1. Difundir el proyecto para que todos los profesionales que quieran puedan formar parte de él (Impulsores), monitorizar y evaluar las actividades mediante indicadores de estructura, proceso y resultados.
2. Involucrar una masa crítica de profesionales clave (Impulsores) que participen activamente en el proceso de implantación, en las unidades de enfermería o en equipos donde se estén implantando las guías del Hospital Doctor José Molina Orosa. Esta es la clave de la estrategia propuesta por RNAO, "La transformación se consigue con la implicación de los profesionales de primera línea". Los Impulsores son los que forman los grupos operativos, son los protagonistas, son profesionales de pie de cama, multidisciplinares, con compromiso y formación específica. El Rol de un Impulsor es: motivar a sus compañeros, ser modelos y referentes, facilitar el desarrollo de las guías, formar, evaluar...
3. Crear un grupo de implantación gestor, crear grupos de trabajo para analizar el entorno y definir estrategias, definir un plan de acción con un cronograma, operativizar las recomendaciones, adaptándolas a nuestro contexto e identificando las necesidades
4. Capacitar a los profesionales impulsores para que puedan apoyar la implantación de las guías de buena práctica clínica.
5. Formar adecuadamente a todos los profesionales donde se va a llevar a cabo la implantación, con conocimientos basados en la mejor evidencia disponible para que adquieran los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias en estos cuidados.
6. Desarrollar estrategias para mantener la sostenibilidad de los cambios introducidos a lo largo del tiempo.
7. Monitoriza mensualmente el cumplimiento de la implantación por parte de los profesionales.

La eficacia de la implantación se medirá en el número de profesionales implicados como impulsores, en la formación realizada, en las estrategias llevadas a cabo así como en las herramientas informáticas implantadas.

RESULTADOS

Tras la realización de 25 sesiones informativas en todas las unidades y servicios del Hospital, los profesionales que manifestaron interés en participar en el proyecto de Implantación de la Guía de Cuidados de las Ostomías, fue de 27 de distintas categorías y unidades.

Se formaron 24 de ellos como Impulsores, mediante un curso acreditado de formación continuada de 8 horas. De estos 24 impulsores, 15 pertenecían a la Unidad de Cirugía (10 DUE y 4 Aux. de Enfermería), 2 Servicio de Quirófano, 2 Hospitalización a Domicilio, 2 Onco-Cardio-Hematología.

Se realizó formación primeramente, a los Impulsores de la Guía de Cuidados y manejo de las Ostomías, con un curso específico impartido por una estomaterapeuta con amplia experiencia, en el que se formaron a 17 DUE y Aux. de Enfermería, en cuidados basados en la mejor evidencia científica para el paciente ostomizado.

Se realizó trabajo en el Grupo, con reuniones mensuales, realizando análisis del entorno (DAFO), con valoración de los recursos disponibles, valoración de las necesidades de formación del resto de las unidades implicadas en el cuidado de estos pacientes; Adaptación de las recomendaciones de la GBP a nuestra práctica clínica. Se planificaron actividades a realizar durante los 3 años que durará la implantación.

Lo conseguido hasta este momento de las actividades planificadas:

- Introducción de Valoración por Patrones Funcionales del Paciente ostomizado en la historia electrónica.
- Sala adaptada para la educación de pacientes en la unidad.
- Elaboración de trípticos informativos para el paciente.
- Establecer un protocolo de cuidados para todos los pacientes ostomizados.
- Elaboración de hojas de registros de evolución diaria del estoma.
- Desarrollar un programa de educación para el paciente.

- Formación a otras unidades: Se ha realizado formación a 60 profesionales de otras unidades durante los meses de abril y mayo de 2013.
- Evaluar indicadores programados mensualmente de todos los pacientes ostomizados ingresados.
- Difusión en congreso.
- De las actividades planificadas para estos tres años, y que todavía están pendientes son:
- Establecer la consulta de estomaterapeuta (a tiempo parcial, y compartida con otras actividades).
- Realizar el marcaje en todos los pacientes programados.
- Establecer el Circuito de Continuidad de Cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria.
- Difusión de los resultados, publicaciones, estudiantes de enfermería.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los profesionales de la unidad han trabajado en equipo unificando los criterios de actuación en los cuidados, registros y en la educación al paciente/familia, mejorando la eficacia de los cuidados, favoreciendo la mejora de la calidad asistencial.

Entre los problemas a destacar en este primer año de implantación, destacamos: los recortes económicos, el tiempo dedicado fuera del horario laboral, la resistencia al cambio de los profesionales, y también la desmotivación de algunos profesionales...

Los profesionales que han participado en el proyecto han obtenido compensación de horas por reuniones en el cómputo anual, créditos de formación a los discentes y a los docentes. También se ha asociado con el pacto de objetivo anual de las unidades las actividades llevadas a cabo dentro del Proyecto de Implantación.

Pero es importante recalcar otros beneficios obtenidos como son: El desarrollar una cultura basada en la evidencia en la Unidad, el enriquecimiento de la práctica profesional enfermera, la unificación de criterios, el trabajo en equipo, la mejora en el cuidado del paciente y la mejora en los resultados de salud.

Los resultados mostrados concluyen que las guías de buenas prácticas son una buena herramienta para mejorar la gestión y la calidad de los cuidados con prácticas basadas en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orellana Yáñez, A; Paravic Klijn,T. Enfermería Basada en la Evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y Enfermería XIII. (1): 17-24, 2007.
2. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno Casbas T, Del Río Faes C, Albornos Muñoz L, Escandell García C. Proyecto de Implantación de Guías de Buenas Prácticas en España 2011-2016. Enferm Clin. 2011. doi:10.1016/j.enfcly.2011.07.013.
3. Asociación profesional de Enfermería de Ontario (RNAO). Cuidados y Manejo de las Ostomías. 2009. Toronto. Canadá.
4. Asociación profesional de Enfermería de Ontario (RNAO). Herramienta para la implantación de guías de práctica clínica. 2002. Toronto. Canadá

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 gráficos 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.

Visítanos en nuestra web www.seecir.es

Inicio

Quienes Somos

Contacto

Hazte socio



ge



seecir

sociedad española
de enfermería en cirugía

HAZTE SOCIO

Disfruta de las ventajas que te ofrecemos
por ser socio de SEECIR.

Entre otras ventajas, destacamos:

- Descuento de un 50% en los cursos de FORMALVIZ.
- Acceso a artículos completos.
- Acceso a videotecas completas.
- Descuento en Congresos y Actividades de las que te iremos informando en tu dirección de E-mail.

PUEDES SEGUIRNOS TAMBIÉN EN:



www.facebook.com/SEECIR



@SEECIR

seecir
DIGITAL