

SEECir Digital

Volumen 2- Noviembre 2014



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

Equipo Editorial	Pág. 02
Artículo 1: “Derecho a Tener Acceso A La Sanidad: Campaña Cirugía en Camerún”.	Pág. 04-07
Artículo 2: “Cura de Herida Paraestomal Utilizando la Irrigación del Estoma. Caso Clínico.	Pág. 09-12
Artículo 3: “Almohadas del Corazón: Implantación de un Proyecto de Colaboración”.	Pág. 14-16
Artículo 4: “Estimular Antes de Cerrar”.	Pág. 18-21
Artículo 5: “Satisfacción de los Profesionales de la Unidad de Cirugía tras la Implantación de la Guía de Buenas Prácticas Valoración y Manejo de la Ostomía”.	Pág. 23-26
Artículo 6: “Caso Clínico: Aplicación de Apósito Hidrodetersivo tras Desbridamiento Quirúrgico por Gangrena De Fournier”.	Pág. 28-31
Normas de Presentación de Trabajos en SEECir Digital.	Pág. 32-33
Hazte Socio de SEECir.	Pág. 34

ISSN: 2341-0957

DERECHO A TENER ACCESO A LA SANIDAD: CAMPAÑA CIRUGÍA EN CAMERÚN.

Jiménez García, Sonia*; Tineo Drove, Tania**; Gómez Puyuelo, Mercedes***. *Enfermera Unidad de Reanimación Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Doctora en Enfermería Unidad de Reanimación Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. *Supervisora de Reanimación. Hospital Universitario de La Princesa (Madrid).

taniatd@gmail.com

RESUMEN

La mayor parte de los países menos desarrollados, especialmente los del África Subsahariana, se caracterizan por una gran prevalencia del SIDA y otras enfermedades como desnutrición, llegando a sufrir verdaderas crisis humanitarias; sufren condiciones de extrema pobreza, están inmersos en conflictos políticos como guerras civiles o choques étnicos, mantienen estados fallidos o sufren de extensa corrupción política^{*1}. Su forma de gobierno, aunque nominalmente sea democrática, suele corresponderse con distintas formas de autoritarismo o dictadura. Se trata de países que se encuentran en la cola de los índices de desarrollo y a la cabeza de las listas de morbilidad y mortalidad^{*2}.

Las Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGD) son asociaciones o comités sin fines de lucro que tienen como objetivo impulsar políticas o actuaciones encaminadas al desarrollo de colectivos excluidos o en riesgo de exclusión, así como a países o comunidades considerados subdesarrollados. ZERCA Y LEJOS es una O.N.G.D, fundada en Madrid a finales del año 2000. Desarrolla su trabajo en el sur de Camerún, su mayor centro está ubicado en Bengbis.

Camerún es una república unitaria de África Central. El país ha sido llamado “África en miniatura” por su diversidad paisajística y cultural.



En él habitan más de 200 grupos étnicos y lingüísticos diferentes, siendo su lengua más hablada, el francés, así mismo, Bengbis se encuentra en el límite de la Reserva forestal del Río Dja, una zona rural del sur de Camerún donde los habitantes son extremadamente pobres y existe un mayor abandono sanitario. Los habitantes de esta zona viven de la agricultura de supervivencia. Debido a la falta de medios y recursos, los cameruneses de esta zona geográfica han ido desarrollando creencias y ritos con los que dar sentido y afrontar la enfermedad.

Según PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) el indicador de pobreza humana en dicha población es de un 35.6% de la población en el año 2004 mientras que en las zonas rurales es de un 70%. La ausencia de un sistema colectivo de saneamiento sanitario se traduce por el desarrollo de enfermedades como la malaria, enfermedades intestinales o el cólera.

El instituto nacional de estadística (INS) estima que sólo el 15 % de los camerunenses tienen acceso a una medicina moderna, ofreciendo aproximadamente entre 300 y 500 camas entre los hospitales con una mayor capacidad asistencial (Hospital General de Yaounde y Doula).

Las enfermedades con mayor potencial epidérmico son: fiebre amarilla, el cólera, la meningitis cerebro espinal, rubeola, disenteria bacilar y la malaria^{*3,*4}. Los medicamentos constituyen una barrera para aquellas familias que no disponen de suficientes medios, ya que no existe ninguna prestación social para ello. Su gran demanda y la escasez hacen que aparezca un mercado de medicamentos falsos o caducados, que se vendan en puestos ambulantes a precios más bajos que en las farmacias^{*3}.

Así mismo, la falta de análisis clínicos puede provocar diagnósticos incorrectos, con el consiguiente error en el tratamiento^{*5}.

En un intento de luchar contra el sufrimiento injusto y el compromiso por mejorar la salud de los enfermos, la actuación de la ONGD constituye un plan de desarrollo integral y cuenta con 4 planes de desarrollo^{*6}:

- Educación
- Salud
- Infraestructuras y habilidades básicas
- Animación al desarrollo socioeconómico

Con el fin de mejorar la salud de los más necesitados Zerca y Lejos desarrolla varios proyectos de salud en esta zona:

- Atención primaria de salud
- Formación de personal sanitario
- Asistencia a poblaciones aisladas
- Acceso a medicamentos
- Campaña de cirugía

Periódicamente se desplazan voluntarios españoles al continente africano para interactuar con dichos ciudadanos. En el pasado mes de Abril del año 2013 una expedición multidisciplinar, formada por 22 profesionales sanitarios y no sanitarios aterrizaron en Yahoundé para asistir a aquellos habitantes con afecciones medicoquirúrgicas susceptibles de ser tratadas.

OBJETIVOS

GENERAL: Analizar las características demográficas, quirúrgicas y anestésicas de los pacientes intervenidos Bengbis (Camerún) durante el mes de Abril por un equipo sanitario español.

ESPECÍFICO: Hacer llegar recursos materiales y personales a las personas con recursos escasos y que precisan someterse a una intervención quirúrgica para mantener su estado de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se han incluido la totalidad de los pacientes que han precisado una intervención quirúrgica en la Campaña de Cirugía de Camerún realizada en la primera quincena del mes de abril (8-22) del año 2013 por un equipo sanitario español.

Dicho equipo multidisciplinar estaba formado por médicos adjuntos (anestésistas, cirujanos y traumatólogos), médicos residentes



(neurología, ginecología, cirugía general y traumatología, así como médicos de familia) y enfermeras del Servicio Madrileño de Salud en su mayoría (Hospital Universitario de La Princesa, Puerta de Hierro, Gregorio Marañón y Leganés).

Las variables de estudio fueron las que se detallan a continuación:

- Edad
- Sexo
- Servicio quirúrgico y tipo de cirugía
- Técnica anestésica y anestésico empleado
- Si precisó ingreso en reanimación
- Si aparecieron complicaciones inmediatas en el periodo del postoperatorio tanto inmediato como tardío

Para el estudio estadístico se ha realizado un análisis descriptivo de las variables categóricas (detalladas anteriormente: edad, servicio quirúrgico y tipo de cirugía, técnica anestésica y anestésico

empleado, si precisa ingreso en la unidad y la aparición o no de complicaciones) cuyos resultados han sido expresados como frecuencia y porcentaje y de las variables cuantitativas (edad) expresando sus resultados como media y desviación estándar [X (DS)].

RESULTADOS

Una vez analizados los datos recogidos se obtuvieron los siguientes resultados:

Durante la estancia en Camerún se intervino a 89 pacientes del total de los 101 que estaban programados (los 3 pacientes que no se intervinieron fue debido a que se desestimaron los criterios quirúrgicos o no acudieron a la convocatoria), previa valoración facultativa de cirujanos, traumatólogos y anestésistas.

La media de edad de la muestra (X) de estudio fue de 44,40 años con una desviación típica (DS) de 20,63, un 53,9% de la muestra (n=48) eran hombres frente a un 46,1% (n=41) que eran mujeres.

Un 86,51% del total de pacientes (n=77) eran mayores de 18 años y un 13,48% (n=12) menores de 18 años, teniendo en cuenta la distribución por sexos, los hombres tenían una (X) de edad con su correspondiente (DS) de 44,90 años (17,85) y las mujeres de 43,83 años (23,70).

Así mismo, atendiendo a la distribución por patología médica la (X) de edad y la (DS) era de 52,02 (18,10) años en el caso de los pacientes de cirugía general y digestivo (CGD) y de 29,43% (16,92) años en los pacientes de traumatología (TRA).

La campaña quirúrgica cubría las patologías con mayor prevalencia de cirugía general y digestivo (CGD) y traumatología (TRA) correspondiendo a cada servicio quirúrgico un 66,3% (n=59) y un 33,7% (n=30) de los pacientes respectivamente. Así mismo, un 64,6% (n=31) de hombres fueron sometidos a procedimientos de CGD y un 35,4% (n=17) a procedimientos de TRA frente a 68,3% (n=28) de CGD y 31,7% (n=13) de TRA en el grupo femenino.

Las patologías con mayor prevalencia durante la campaña fueron las siguientes:

CGD: herniorrafias 51,7% (n=46), lipomas 11,2% (n=10), hemitiroidectomías 2,2% (n=2), drenajes 2,2% (n=2).

TRA: partes blandas 25,8% (n=23) y partes óseas 6,7% (n=6).

Coincidiendo en ambos sexos que las hernias eran las patologías con una prevalencia mayor, 56,25% (n=27) en los hombres y 46,34% (n=19) en las

mujeres. Sin embargo en el grupo de jóvenes (menores de 18 años) las intervenciones con mayor prevalencia fueron las de partes blandas de TRA (50% n=6), seguidas de las de partes óseas (25% n=3).

Para la realización de los procedimientos se realizaron un total de 10,11% (n=9) anestias generales [100% a mujeres y 41,7% (n=5) a niños menores de 18 años], 17,97% (n=16) anestias locales y un 71,91% (n=64) anestias regionales. El anestésico más empleado fue la mepivacaína en un 67,4% (n=60) de los pacientes.

En el caso de los pacientes sometidos a procedimientos de CGD en un 74,6% (n=31) se utilizó anestesia regional, siendo esta distribución más homogénea en el caso de los pacientes intervenidos de procedimientos de TRA

Se insertaron 3 catéteres epidurales (100% a los hombres en el servicio de TRA) de los cuales 1 se retiró al finalizar la cirugía y 2 se mantuvieron para el control del dolor postoperatorio en niños menores de 18 años.

Del total de la muestra de estudio, un 75,3% (n=67) ingreso en la unidad de reanimación (REA) para un control postquirúrgico inmediato más exhaustivo. Teniendo en cuenta que 17,97% (n=16) pacientes se intervinieron bajo anestesia local un 5,61% (n=5) no pudieron ingresar por falta de sitio físico precisando permanecer en el antequirófano. Sin embargo en el caso de los menores (nº años <18) el 100% de la muestra (n=12) ingresaron en Rea.

Del total de pacientes ingresados un 95,5% (n=85) no presentó ningún tipo de complicaciones y el periodo perioperatorio se desarrollo sin incidencias. Un paciente (1,1%) presentó nauseas y vómitos, un niño (1,1%) presentó dolor y 2 (2,2%) presentaron sangrado objetivado durante este periodo, siendo uno de estos pacientes un menor de 18 años. Teniendo en cuenta la distribución por sexos los hombres presentaron menos complicaciones (95,8% [n=46]) frente a las mujeres (95,1% [n=39]), así como los pacientes de CGD 96,6% n=57, frente a los de TRA 93,3% n=28.

A todos los pacientes a los que se les implantaron mallas en el caso de las hernias y prótesis en el caso de las cirugías de TRA de partes óseas se les administró cefazolina como tratamiento antibiótico puesto que ninguno era alérgico a ninguno de sus componentes.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Muchos países en vías de desarrollo precisan ayudas institucionales así como la solidaridad internacional para poder administrar cuidados de calidad a los pacientes que requieren ser sometidos a una intervención quirúrgica. Las enfermeras como parte del equipo multidisciplinar desarrollan importantes funciones durante el proceso perioperatorio de un paciente, para fortalecer los sistemas de salud. Se trata de elementos esenciales para mejorar o mantener la calidad de vida de muchos enfermos afectados por procesos patológicos.

El centro denominado " Misión Católica de Bengbis ", donde se desarrollo la Campaña de Cirugía estaba situado en el sur de Camerún, localizado ahí para cubrir las necesidades de diferentes comunidades Pigmeas, Baka, Bantues, Búlu y Fan.

Hasta el lugar se a cercaron personas de diferentes poblados y grupo de edades, que fueron avisados previamente de la existencia de la



campaña, meses antes de que esta se realizase, mediante folletos de información, por radio y por el "boca a boca".

La mayoría de ellos ya habían sido valorados y programados previamente por los cirujanos, otros de ellos fueron intervenidos de urgencias, valorados en la misma Misión.

Las patologías quirúrgicas con mayor prevalencia correspondían a Cirugía General Digestiva, relacionándose la mayoría de ellas con el estilo de vida rural de Bengbis.

Se observo, que la mayoría de los pacientes presentaban una mayor capacidad de recuperación en todas las cirugías, mayor umbral del dolor y una menor incidencia de complicaciones perioperatorias.

Durante la primera quincena de Abril, se intentó cubrir las necesidades sanitarias de 89 personas sin recursos sanitarios. Sin embargo, no se puede olvidar que en tan poco tiempo no es posible cubrir las necesidades de estas comunidades, aunque se pueda paliar el sufrimiento de un porcentaje de la población del África subsahariana.

El beneficio que en determinados momentos obtienen a corto plazo estos países es indudable, es necesario además de "darle el pez, enseñarle a pescar".



BIBLIOGRAFÍA

1. Ocharan-Corcuera, J. **Cooperación en el sector sanitario**. Gac Med Bilbao. 2006; 103: 148.
2. Mazarrasa-Alvear, L y Montero-Corominas, MJ. **La cooperación internacional española en el ámbito de la salud**. Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):214-20.
3. Astudillo Alarcón, W. et al. **Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad Internacional**. Rev Soc Esp Dolor. 2009; 16(4):246-255.
4. Navarro Suay, R. **Medicina aún más crítica: análisis retrospectivo de las bajas atendidas en la UCI del Hospital Militar español de Herat (Afganistán)**. Med Intensiva. 2011; 35(3):157-165.
5. Hernández-Faba, E. **¿Qué significa ser cooperante?** Enferm Clin. 2010; 20(6): 325-326.
6. Rebollo, M. **Ser médico...donde más lo necesitan**. Rev Clin Esp. 2009; 209(11):559-564.



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™ Placas
Autoadhesivas

www.coloplast.es

 **Coloplast**

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

specir
DIGITAL

CURA DE HERIDA PARAESTOMAL UTILIZANDO LA IRRIGACIÓN DEL ESTOMA. CASO CLÍNICO.

Ramos Mateos, María Antonia*.

*Enfermera de Hospital Universitario Ramón y Cajal.

mariaantonia.ramos@salud.madrid.org

RESUMEN

Para curar las heridas paraestomales los profesionales contamos con múltiples dispositivos y productos.

Objetivos: Compartir las dificultades para realizar con éxito las NIC planificadas y mostrar la solución encontrada al caso.

Material y métodos: Caso clínico. Paciente cuya colostomía sigmoidea presenta el día 5 una infección paraestomal. Tras valorar la ineficacia de las actividades desempeñadas a lo largo de los días, a pesar de diferentes dispositivos y productos, se decide incluir la irrigación del estoma.

Resultados: Descripción de la herida, cura y dispositivos usados. Hasta el día 23, que se inicia la irrigación junto a las curas de la herida, no es posible realizar con éxito las NIC planificadas.

Conclusión: La irrigación del estoma (técnica domiciliaria) permitió curar eficazmente la herida evitando filtraciones de los dispositivos en el medio hospitalario. Se evitó una reintervención quirúrgica.

PALABRAS CLAVE

Colostomía, Herida Paraestomal, Cura, Irrigación del Estoma, Intervención Enfermera, NIC.

INTRODUCCIÓN

Las causas por las que a una persona se le practica una colostomía son múltiples. Pueden existir complicaciones postquirúrgicas tempranas. Las más habituales son: isquemia y/o necrosis, hemorragia, hundimiento, infección paraestomal, perforación, prolapso y fístulas^{*1-3}. En el mercado existen múltiples productos y dispositivos que nos ayudan a tratar y solucionar muchas de estas complicaciones sin que sea necesaria una segunda intervención quirúrgica^{*4,5}.

Por otra parte, la persona portadora de una ostomía intestinal sufre una serie de alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que le dificultan la adaptación a su entorno. Una de las actividades a realizar a los pacientes portadores de una colostomía sigmoidea o descendente, es la realización de un proceso de enseñanza y aprendizaje de la técnica de irrigación para la continencia fecal, en un intento de mejorar sensiblemente su calidad de vida^{*4,7}.

El irrigación del estoma consiste en la introducción masiva de agua en el colon con el objeto de estimular la motilidad intestinal y arrastrar las heces, obteniendo un periodo libre de emisión incontrolada de heces que permita al paciente ir sin bolsa colectora. Son numerosos los estudios publicados en los que se demuestra que la realización de irrigaciones de la colostomía de manera periódica favorece la comodidad y confort del cliente porque mantiene la piel y la ropa limpia y seca, permite la realización de las actividades cotidianas en el hogar, la calle y/o el trabajo con una actitud más segura y con mayor nivel de bienestar^{*6-10}.

El objetivo de la presentación de este caso, es compartir las dificultades para realizar la intervenciones enfermeras (NIC)^{*11} adecuadas con éxito y mostrar cómo una técnica utilizada habitualmente para aumentar la calidad de vida del paciente en el domicilio, como es la irrigación de una colostomía sigmoidea, se convierte en parte del tratamiento de un complicación quirúrgica temprana del estoma durante su estancia hospitalaria. En el caso que nos ocupa nos centraremos en la infección paraestomal y la cura de la herida derivada de esta infección.

MÉTODO

Desarrollo de un caso clínico en la unidad de hospitalización de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid). Se trata de una mujer, de 78 años de edad, que ingresa en la unidad para realizarle una colostomía sigmoidea terminal. Sin antecedentes personales de relevancia para el caso. Nuestro caso clínico se centrará en los cuidados de la ostomía de la paciente.

Se hace una valoración de enfermería inicial siguiendo patrones funcionales de M. Gordon^{*12}. El patrón alterado, los diagnósticos de enfermería, planificación y ejecución de cuidados estándares siguiendo taxonomía NANDA, NOC, NIC^{*13}. El día de la intervención quirúrgica los consideramos como día 0 (Do). El día 4 (D4) aparece una primera complicación del estoma: Necrosis. A partir del día 5 (D5) aparece una segunda complicación pero la

principal de nuestro caso: Infección paraestomal que deriva en una herida paraestomal. Esto nos hace reevaluar los diagnósticos de enfermería y modificar el plan de cuidados de la ostomía.

PATRON: Eliminación				
DIAGNOSTICOS	RESULTADO NOC	Indicadores	INTERVENCIÓN NIC	Actividades
00014 Incontinencia fecal r/c vaciado intestinal incompleto m/p goteo constantes de heces	0501 Eliminación intestinal 0500 Continencia intestinal**	050101 Patrón de eliminación en el rango esperado (ERE)	0480 Cuidados de la ostomía 0420 Irrigación intestinal**	*Aplicar dispositivo que se adapte adecuadamente. Cuidados piel paraestomal. Cambio/ vaciado del dispositivo de ostomía. Higiene del estoma. Irrigación de colostomía diaria**
00024 Perforación tisular del estoma deficiente r/c deterioro del transporte de oxígeno	1101 Integridad tisular: piel/membranas mucosas	110111 Perforación tisular	3590 Vigilancia de la piel/mucosa	Vigilar color y temperatura de la mucosa intestinal. Vigilar dolor de la mucosa intestinal.
00044 Deterioro de la integridad tisular r/c procedimiento invasivo m/p signos y síntomas de infección.	1103 Curación de la herida por segunda intención	110213 Aproximación de los bordes de la herida	3360 Cuidados de las heridas 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico	Monitorizar el estado de piel circundante de la herida. *Monitorizar el estado de continencia del paciente y minimizar la exposición del deterioro cutáneo y otras áreas, a la humedad causada por las heces y/o líquido drenado por la herida. *Seleccionar un tratamiento tópico que mantenga un entorno húmedo de cicatrización para la herida y que logre absorber el exudado y llenar el espacio muerto. Aplicar regenerador si procede. *Aislar la herida de agentes contaminantes.

A lo largo de los días se presentan grandes complicaciones a la hora de desarrollar las siguientes actividades planificadas:

1. Aplicar el dispositivo que se adapte adecuadamente al estoma sin que aparezcan fugas.
2. Monitorizar el estado de continencia del paciente y minimizar la exposición del deterioro cutáneo y otras áreas, a la humedad causada por las heces y/o líquido drenado por la herida.
3. Seleccionar un tratamiento tópico que mantenga un entorno húmedo de cicatrización para la herida y que logre absorber el exudado y llenar el espacio muerto.
4. Aislar la herida de agentes contaminantes.

El día 21 (D21) previa discusión y reflexión del equipo de enfermería de la ineficacia de las actividades desempeñadas a pesar del uso de diferentes dispositivos y productos, se realiza nueva valoración conjunta del caso por el equipo

valoración conjunta del caso por el equipo multidisciplinar y se plantean dos estrategias de acción:

- O nueva intervención quirúrgica para reconstrucción del estoma y cura de herida actual.
- O mantener las curas añadiendo una nueva actividad, la irrigación del estoma, (tabla 1), con la que se intentará conseguir una continencia fecal que permita que las curas sean efectivas.

El día 23 (D23) comienzan las irrigaciones del estoma c/24h junto a las curas de la herida c/48h.

RESULTADOS

El D4 el estoma esta necrosado en gran parte. El D5 aparece una infección paraestomal. El D7 salida de débito hematoquecico a través de 2 orificios en la zona paraestomal que se comunican por el interior (en el reloj, a las 4h y 8h). Se realizan lavados con sonda femenina (debido a la profundidad) y suero hipertónico. Se coloca después una lámina protectora sobre la piel paraestomal recortando el orificio del estoma y los 2 orificios de la herida paraestomal. Superpuesta a esta lámina se coloca el dispositivo de ostomía simple abierto (heces líquidas). Se pautan curas c/12h.

Con este procedimiento conseguimos realizar las curas de la herida a la vez que aislamos las heces de la piel y de la herida.

El D10: herida más limpia, estoma menos necrosado, pero piel paraestomal irritada. Se realiza cura anterior y se aplica pasta barrera sobre la piel. Encima se coloca una lámina protectora recortando los orificios del estoma y de la herida. A todo ello se superpone el dispositivo de ostomía simple abierto (heces semilíquidas).

El D11: Filtración del dispositivo de ostomía. Se realiza la cura. No se le coloca lámina protectora. Se coloca dispositivo de ostomía abierto doble que permita realización de curas c/12h protegiendo la integridad de la piel.

El D12: filtración del dispositivo. Cura: lavado con suero hipertónico y sonda femenina. Se aplican polvos hidrocoloides en toda la cavidad de la herida (a través de los 2 orificios) y se sella con pasta barrera. Se coloca dispositivo ostomía abierto doble. Se pautan curas c/24h y cambio de la placa adhesiva a piel del dispositivo de ostomía c/48h. El D13: cambio completo del dispositivo de ostomía por filtración.

Desde el D14 al D17 se realizan curas de la herida c/24h (y siempre que hay filtraciones): lavado con suero hipertónico a través de sonda femenina. Se rellena la herida con polvos hidrocoloideos en toda la herida a través de los 2 orificios y se sella la herida con pasta barrera protegiendo también la piel. En ocasiones se superpone lámina protectora. Se coloca dispositivo de ostomía abierto doble (heces semilíquidas) cuya placa adhesiva a piel se cambia c/48h y siempre que hay filtraciones. El estoma presenta una coloración más rosada. **Necrosis resuelta espontáneamente.**

El D18 aparece un tercer orificio paraestomal (en el reloj, de 5 a 7 h) que se ha abierto espontáneamente y drenado pus. Dispositivo filtrado. Como resultado la paciente tiene el estoma muy desinsertado, sólo unido a la piel en la zona superior (en el reloj, de 11 a 2 h). Los 3 orificios de la piel en la zona paraestomal se han agrandado y se aprecia una extensa y profunda herida (en el reloj, de 2 a 11h). Toda la herida está llena de heces mezclado con pus. Se pautan curas c/8h: lavado con suero fisiológico, relleno con apósito hidrocoloide y polvos hidrocoloideos. Sellado de toda la herida y piel paraestomal con pasta barrera. Se superpone dispositivo de ostomía abierto doble (heces semilíquidas).

El D20 se realiza la cura, pero a las 6 horas se filtra el dispositivo. Tras valoración del equipo multidisciplinar se decide realizar la misma cura pero se coloca sonda Foley en estoma sacándola por la parte superior del dispositivo de ostomía cerrado simple. La S.Foley se conecta a su vez a una bolsa colectora de drenaje.

En este momento la herida es muy extensa, profunda y con muy mala evolución y el estoma está muy desprendido (en reloj, de 2 a 11h).

La paciente es preparada para posible cirugía (reconstrucción y limpieza) al día siguiente.

El día 21 tras valoración multidisciplinar, se decide una estrategia alternativa a la cirugía:

- Retirada de sonda Foley del estoma.
- Cura de herida (c/48h si no hay filtraciones):
 - Lavado con suero fisiológico
 - Relleno de herida con apósito hidrocoloide y polvos hidrocoloideos

Sellado de herida y protección de piel con pasta barrera

- Lámina protectora encima de pasta barrera. En esta lámina recortamos el orificio del estoma y la colocamos como cualquier dispositivo de ostomía.
- Dispositivo de ostomía abierto simple
- Irrigaciones del estoma (c/24h)

El D23 se inicia la irrigación del estoma con 500 ml de agua y sonda Foley en lugar del cono habitual de los kits de irrigación debido a que el estoma muy desprendido. Se realiza la cura de la herida del modo descrito en el D21, después de esperar 45 minutos de descarga de heces. Se coloca dispositivo de ostomía abierto doble. Se pautan las curas c/48h. Se aumenta progresivamente el volumen de la irrigación diaria hasta alcanzar los 1500ml/día. El estoma presenta una coloración rosada (**necrosis resuelta**). El D35 se realiza la irrigación pero sin la sonda Foley. Se usa el cono del Kit de irrigación ya que el estoma está menos desinsertado. Se realiza la cura. El D37 la herida es menos profunda y extensa. Cura: Lavado con suero salino. Se aplican sólo los polvos hidrocoloideos dentro de la herida. Sellado de herida y piel con pasta barrera. No se coloca lámina protectora. Dispositivo de ostomía cerrado doble.

Día	Características/Problema	Curas c/	Productos	Dispositivo
D6	2 orificios paraestomales comunicados (4 y 8h). Pus.	12 h y s/p	S. Hipertónico + S fem. + lámina protectora recortada (orificios y estoma)	Abierto simple
D10	Lecho herida limpio. Herida profunda. Dermatitis.	12 h y s/p	Los mismos + pasta barrera	Abierto simple
D11	Filtraciones.	12 h y s/p	La anterior sin lámina protectora	Abierto doble
D12	Filtraciones.	24 h y s/p	S. Hipertónico + S fem. + polvos hidrocoloideos + pasta barrera	Abierto doble
D14-17	Herida profunda y extensa. Filtraciones.	24 h y s/p	S. Hipertónico + S fem. + polvos hidrocoloide. Sellado con pasta barrera.	Abierto doble
D18	Tercer orificio. Pus. Herida profunda y extensa. Dermatitis. Filtraciones.	8 h y s/p	S. Hipertónico + S fem. + pasta barrera en piel + placa del dispositivo recortada (3 orificios y estoma)	Abierto doble
D20A	Pus y heces en herida. Filtraciones.	8 h y s/p	Lavado + polvo hidrocoloide + lamina protectora recortada (3 orificios)	Abierto simple
D20B	Herida muy profunda y extensa. Estoma muy desprendido (2-11h). Filtraciones.	8 h y s/p	La anterior	S. Foley en estoma a bolsa de drenaje a través de dispositivo cerrado simple

Tabla 2: Resumen de actuación hasta el día 20

El D48 la herida es superficial. Se lava con suero salino. Se aplica pasta barrera y se coloca encima el dispositivo de ostomía cerrado doble que la paciente usará en su domicilio. La paciente recibe el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

La irrigación de las colostomías es una técnica pensada, enseñada y utilizada para aumentar la calidad de vida de los pacientes que tienen una colostomía descendente o transversa, en su vida diaria. Nosotros la utilizamos para la contención del débito entérico durante el proceso de curación de una herida paraestomal en el medio hospitalario y con éxito, evitando una segunda intervención quirúrgica a la paciente.

DISCUSIÓN

Para adaptar el dispositivo de ostomía adecuado sin que aparezcan fugas es necesario que el dispositivo se adhiera a piel o superficie **seca** pero las excrecciones y tratamientos de la herida mantienen un entorno **húmedo**. Todos los dispositivos utilizados en el caso presentaron filtraciones con frecuencia, bien por fugas o por peso, contaminando la herida y no dejando actuar a los tratamientos tópicos empleados para la regeneración y curación de la herida.

Estas dificultades, a pesar de disponer de múltiples dispositivos de ostomía y productos de curas (de diversas marcas comerciales), implicaron más días de estancia en el hospital, con el coste emocional y económico que ello supone para el paciente, familia y sistema sanitario.

Nos ha parecido interesante la descripción de las actividades y productos específicos utilizados desde el inicio de las complicaciones, así como la solución al problema, porque pueden servir de referencia a otros profesionales que se enfrenten a una situación similar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Río C, Biondo S, Martí Ragué J. Incontinencia fecal. Valoración del paciente. Tratamientos clásicos. *Cir Esp*. 2005; 78(Supl 3):34-40.
2. Villamar M, Soto Esteban JM. *Enfermería anatómico-fisiológica*. Barcelona: Masson-Salvat; 2000
3. Núñez González MA, Marroquín González RM, Durán Ramos O, Lua Rodríguez TJ, Hermsillo Sandoval JMI, Muciño Hernández I et al. Complicaciones de las enterostomías. *Girujano General*. 2001; 23 (3):148-153
4. Vázquez García MC, Poca Prats T. *Manual en cuidados en ostomías*. 1ª ed. Madrid: DAE; 2009.
5. Mojarrieta Uranga C, Pérez García M, Huidobro Bajo G. Manejo de las ostomías. Cuidados del paciente ostomizado. [Internet]. 2012 [acceso 14 de diciembre de 2012]. Disponible en: www.aulascience.es
6. Barbero Juárez FJ, Martín Cañete FJ, Galbis Valero V, García López J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. [Internet]. 2004 [acceso 14 de diciembre de 2012]; 10 páginas. Disponible en: www.nureinvestigacion.es
7. Zambrano Guimaray JI, Pajuelo Villarreal RPM. Beneficios de la técnica de irrigación de colostomía de los clientes colostomizados atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz enero 2002 - agosto 2007. *Aporte Santiaguino*, ene./jun. 2009, vol.2, no.1, p.151-158. ISSN 2070-836X.
8. Slauf P. Evaluation of the quality of life in patients with stomas. *Rozhl Chir*. 1995; 74: 169-171.
9. Patrick Marquis MD, Alexia Marrel, Bernard Jambon MS. Quality of life in patients with stomas: The Montreaux Study. *Ostomy Wound Management* 2003; 49(2): 48-55.
10. Varma S (2009). Issues in irrigation for people with a permanent colostomy: a review. *British Journal of Nursing*; 18(4):S15-18.
11. Ackley BJ, Ladwig GB. *Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados*. 7ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007
12. Gordon M. *Manual de diagnósticos de enfermería*, 11ª Ed. Madrid: McGrawhill; 2007
13. NANDA INTERNACIONAL. *Diagnósticos enfermeros 2009-2011, Definiciones y clasificación*. Barcelona: Elsevier España; 2010

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.

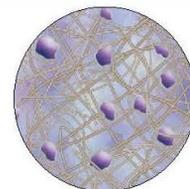


Ilustración microscópica de la formulación de la lámina FormaFlex

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

ALMOHADAS DEL CORAZÓN: IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE COLABORACIÓN.

Fernández Carrasco Susana*; Unanua Santesteban Ana**. *D.U.E. 4ª Planta Hospitalización Cirugía General y Plástica y Digestología; **J.U.E 4ª Planta Hospitalización Cirugía General y Plástica y Digestología. Complejo Hospitalario de Navarra Edificio B.
susana.fernandez.carrasco@navarra.es

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de implantación de un proyecto de colaboración entre el Servicio de Cirugía mamaria del CHN y la Asociación Saray.

Material y métodos: Mostramos un recorrido histórico desde el inicio de la utilización de las almohadas del corazón en el mundo, en España y nuestro protocolo de implantación.

Resultados: Se ha implantado la entrega de almohadas dentro del Proyecto Biopsicosocial vigente en la Unidad y se han recogido resultados de encuestas de satisfacción.

PALABRAS CLAVE:

Almohadas del Corazón, Proyecto Biopsicosocial, Mastectomía, Linfadenectomía, Encuesta Satisfacción.

INTRODUCCIÓN

Las Almohadas del Corazón es un proyecto solidario en el que personas voluntarias cosen almohadas que de forma altruista se regalan a pacientes que han sido operadas de cáncer de mama para ayudar a paliar el dolor provocado por la cirugía.

El origen del proyecto se sitúa en Chattanooga, Tennessee (Estados Unidos) donde una enfermera del Servicio de Oncología Janet Kramer-Mai fue operada en 2001 de cáncer de mama. Tras la operación sus tías cosieron una almohada que se ajustaba debajo del brazo. Después de su recuperación lo introdujo en su servicio del hospital.^{*1}

A raíz de asistir a un Congreso en Washington una enfermera danesa, Nancy Friis, conoció el proyecto y recibió una almohada como regalo.

Inmediatamente aplicó la idea en su centro de trabajo y se inició una colaboración por todo el país y otros países de Europa.^{*2}

En Mallorca, María José Loly de Cooman (Micky), conoció a través de internet el proyecto de Nancy en Dinamarca, se puso en contacto con ella para pedirle ayuda e iniciar el proyecto en España. Desde Baleares se fue extendiendo rápidamente por todo el territorio español pasando en este momento del centenar de ciudades que colaboran.^{*3}

En septiembre de 2013 en nuestro servicio de Cirugía y Cirugía Plástica, en colaboración con la Asociación Saray de cáncer de mama, comenzamos un proyecto de entrega de almohadas del corazón a pacientes intervenidas de cáncer de mama, como complemento del Proyecto biopsicosocial de colaboración que veníamos llevando a cabo los últimos años.

Son almohadas con forma de corazón, confeccionadas por voluntarias a través de la Asociación Saray, bien en talleres programados para ello, o a través de otras iniciativas personales, como tiendas o grupos de costura que colaboran en la elaboración de las mismas.

Las almohadas pueden ser de diferentes estampados y ser diferentes entre sí pero lo que todas tienen en común son la forma, el tejido que se utiliza y que se envuelven en celofán transparente para regalo (Fig.1).



Figura 1: Modelos de almohadas

La tela debe ser de algodón 100% como las telas de patchwork, fácilmente lavables y con 150 gr. de relleno de fibra hueca. Dentro de cada paquete de regalo siempre va una tarjeta con unas palabras de apoyo y aliento para la persona que la recibe.

La almohada tiene esta peculiar forma de corazón, con una V más pronunciada de lo habitual para que se encaje perfectamente debajo del brazo y no se mueva.

Las utilidades de las almohadas son:

- Impide que el brazo roce la herida.
- Impide que el brazo se edematice por las glándulas linfáticas afectadas.
- Sostiene el brazo y los músculos del hombro.
- Permite dormir sobre el lado afecto.
- Permite estar sentado con el brazo elevado.
- Disminuye el dolor al toser o estornudar al servirse de la almohada, sujetándola.
- Protección ante empujones o golpes en la zona.
- Elevada respuesta emocional con refuerzo de la autoestima debido a la empatía de la persona que la cose para ti.

Después de constatar los beneficios de las mismas, solicitamos permiso a la Dirección del CHN para iniciar el proyecto.

La Asociación navarra Saray de cáncer de mama (Fig. 2), fundada en 1996 y con unas 400 personas asociadas en la actualidad, realiza talleres donde se enseña y realizan las almohadas que entregamos en nuestro centro hospitalario.*4



Figura 2: Logotipo Asociación Saray

El proyecto biopsicosocial que llevamos realizando desde hace años de colaboración y coordinación entre la Asociación Saray y el equipo multidisciplinar de la Unidad de Patología Mamaria, tiene como objetivo favorecer la atención integral, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida. Por ello podemos decir que la entrega de almohadas en el postoperatorio inmediato queda integrada en este proyecto.

OBJETIVOS

- Implantar proyecto de colaboración entre Complejo Hospitalario de Navarra 4ª Planta General y Saray para entrega de almohadas a pacientes intervenidas/os de cáncer de mama.
- Seleccionar criterios de inclusión, mastectomía, linfadenectomía o ambas.
- Contabilizar número de almohadas demandadas, desde la Asociación entrega de cantidad necesaria y valoración, para futura aportación a todas las pacientes intervenidas sin exclusión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entrega de almohadas el primer día postoperatorio a pacientes que cumplen criterios de inclusión.

Registro número y tipo de intervención para valorar la cantidad necesaria.

Entrega de encuesta de satisfacción para valorar su aceptación. (Fig. 3)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PROYECTO DE COLABORACIÓN "ALMOHADAS DEL CORAZÓN"

NO RELLENE ESTE RECUADRO. A RELLENAR POR EL ENCUESTADOR

FECHA DE REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA: _____

ENCUESTADO Nº: _____

DATOS DE LA PERSONA ENCUESTADA:

1. SEXO: HOMBRE MUJER

2. EDAD: _____

DATOS DE LA INTERVENCIÓN:

1. TIPO DE INTERVENCIÓN: _____

2. FECHA DE LA INTERVENCIÓN: _____

3. FECHA DE ENTREGA DE LA ALMOHADA: ____/____/____

1. ¿CONOCIÓ DE ANTEMANO LA EXISTENCIA DE LA ALMOHADA QUE SE LE ENTREGÓ TRAS SU INTERVENCIÓN?

SI NO

2. SI LA ANTERIOR RESPUESTA HA SIDO AFIRMATIVA, INDIQUE POR QUÉ MEDIO CONOCIÓ SU EXISTENCIA:

INTERNET

ASOCIACIÓN SARAY

CONSULTA MÉDICA

PRENSA, RADIO, TV...

AMIGOS, CONOCIDOS O FAMILIARES

PERSONAL SANITARIO

3. CUANDO LE FUE ENTREGADA LA ALMOHADA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ¿CREE QUE LA EXPLICACIÓN DE SU USO Y FUNDAMENTO FUÉ ADECUADA?

1 2 3 4 5

4. ¿LE HA RESULTADO ÚTIL EN SU RECUPERACIÓN?

SI NO

5. SI LA ANTERIOR RESPUESTA HA SIDO AFIRMATIVA INDIQUE UTILIDAD: (PUEDE ELEGIR MÁS DE UNA RESPUESTA)

REDUCCIÓN DEL DOLOR

REDUCCIÓN DE LA PRESIÓN EN LA ZONA

SENSACIÓN DE SEGURIDAD ANTE GOLPES

DISMINUCIÓN DE LA TENSIÓN EN HOMBRO

REDUCCIÓN ROCE

MEJORA SUEÑO

MEJORA EMOCIONAL

6. ¿HA INFORMADO DE LA EXISTENCIA DE LA ALMOHADA A OTRAS/OS PACIENTES O FUTURAS/OS PACIENTES?

SI NO

Figura 3: Encuesta de satisfacción

RESULTADOS

En el periodo entre Octubre 2013 y Enero 2014 se entregaron 61 almohadas.

Entre un total de 184 pacientes intervenidas de cáncer de mama 21 de los casos eran reintervenciones.

De las 163 restantes, 61 pacientes cumplían los criterios de inclusión (mastectomía y/o linfadenectomía axilar) y se les entregó almohada, no siendo así en 102 casos. (Fig. 4)

PACIENTES INTERVENIDAS

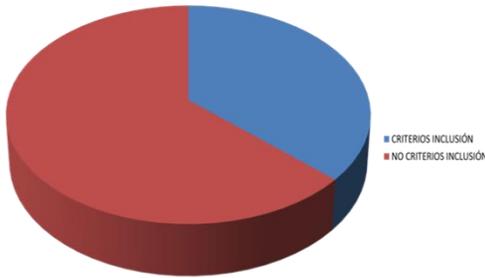


Figura 4: Resultados iniciales de entrega de almohadas

Entre los meses de Abril y Mayo de 2014 se recogieron un total de 23 encuestas, de ellas únicamente una correspondía a un paciente varón.

La edad media de los pacientes fue de 57.9 años.

La fecha de entrega de la almohada el primer día postoperatorio se cumplió en 15 casos, no así en 6 casos, constatando además 2 casos en los que no se cumplimentó correctamente al no anotarse la fecha.

En 19 casos la respuesta a si conocían la existencia de las almohadas fue afirmativa en 4 casos no siendo así en 19.

El nivel de explicación del personal de enfermería se valoró en 18 ocasiones con la máxima puntuación.

17 pacientes encontraron utilidad inmediata y 6 no respondieron.

Sobre la información a otros posibles pacientes 5 de las encuestadas ya lo habían dado a conocer.

(Fig. 5)

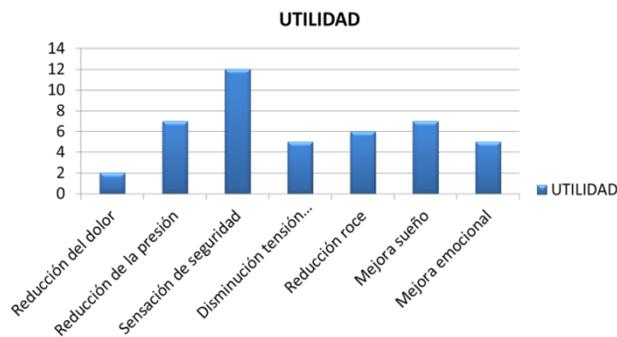


Figura 5: Resultados iniciales encuesta

CONCLUSIONES

La acogida de las pacientes al proyecto, reflejada en los resultados de la encuesta ha sido muy satisfactoria. Los beneficios de la almohada se manifiestan en la reducción de dolor y edema, sensación de seguridad ante los golpes así como en el área emocional, favoreciendo la autoestima y la vinculación a otras personas en su misma situación.

Existe dificultad para recoger datos en aquellos pacientes que reciben un alta precoz, pero de momento vamos recopilando datos que nos den una idea más clara de que utilidades son las más percibidas por los pacientes como satisfactorias.

Analizando los datos, valoramos la posibilidad de entregar almohadas a todas pacientes intervenidas de cáncer de mama, sin criterios de exclusión, dada la buena aceptación que estaba teniendo y los beneficios referidos. Desde abril de este año 2014 así lo venimos realizando.

También hemos comenzado a entregar junto con la almohada en lo que podemos llamar como Kit postoperatorio, una agenda en la que los pacientes pueden recopilar todas las incidencias acerca de todo su proceso, citas, tratamientos así como pensamientos y sentimientos.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen su colaboración e inestimable ayuda a todas las compañeras que trabajan en la 4ª planta del CHN-B y a la Asociación Saray de cáncer de mama, para que este trabajo haya podido salir adelante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nancy Friis-Jensen. The heart that keeps on going. Real Nursing May 2009 Volume 3, Number 3, Pages 13 – 14
http://www.nursingcenter.com/Inc/pdfjournal?AID=860699&an=01271211-200905000-00004&Journal_ID=&Issue_ID=
2. Blog Proyecto almohadas del corazón en Dinamarca.
<http://www.heartpillow.dk/>
3. Proyecto Micky almohadas del corazón.
<http://almohadadelcorazon.blogspot.com.es/>
4. Proyecto almohadas del corazón Pamplona.
<http://almohadadelcorazonpamplona.blogspot.com.es/>

SURGICAL SOLUTIONS



ÚLTIMOS AVANCES EN CIRUGÍA

Una Compañía - Productos Innovadores - Todas las Especialidades



Endo Stich™ con dispositivo V-Loc™



Versaport™ Trocar Óptico



Clearify™



Velosorb™ Fast



Sonicision™



IDrive™ Ultra



Gama LigaSure™ 5mm



Pasta de Colágeno Permacol™



Implante Quirúrgico 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.

sgecir
DIGITAL

ESTIMULAR ANTES DE CERRAR.

Gamayo Serna, Ana María*; Cañadas Martínez, Sonia**; Montilla Ferrer, Rosana**; Juárez Gutiérrez, Concepción**; Simón Gómez, Ángela**; Gomis Murcia, Ana María**

*Supervisora de Enfermería de Cirugía-Urología del H. Vega Baja; **Enfermeras de la Unidad de Cirugía del H. Vega Baja de Orihuela (Alicante).

gamayo_ana@gva.es

RESUMEN

El número de complicaciones tras el cierre de ileostomía es del 17%. El íleo paralítico es la complicación más frecuente (29%)*¹. Esto conlleva un mayor malestar para el paciente, un aumento en la estancia hospitalaria y por consiguiente, un mayor gasto sanitario. Con el propósito de disminuir esta complicación, una vez se decide el restablecimiento del tránsito intestinal, en las 6 semanas previas al cierre del estoma, se realizó una estimulación a través del asa eferente.

PALABRAS CLAVE

Ileostomía de Protección, Cierre de Ileostomía, Estimulación del Asa Eferente.

METODOLOGÍA:

La dehiscencia de la anastomosis tras cirugía de cáncer de recto está asociada a un mayor índice de mortalidad y la única medida preventiva que ha demostrado tener efectividad es la creación de una ileostomía de protección*². La creación de esta ileostomía conlleva una serie de inconvenientes, como son la necesidad de una nueva intervención quirúrgica y la disminución de la calidad de vida del paciente durante los meses previos a la reconstrucción del tránsito.

El íleo paralítico es la complicación más frecuente que se produce tras el cierre de ileostomía. Se considera íleo paralítico tras la cirugía cuando se produce un retraso en el alta hospitalaria debido a la intolerancia en la dieta, cuando se obliga a retrasar o interrumpir la dieta más de 48h o cuando es necesaria la colocación de sonda nasogástrica.

La presencia de esta complicación conlleva graves trastornos tanto para el paciente como para la familia, lo cual alarga la estancia hospitalaria, derivando todo ello en un aumento del gasto sanitario.

Con esta técnica se favorece el reinicio de los mecanismos celulares de absorción y motilidad, además de una ausencia de obstrucciones distales a la ostomía, lo cual da lugar a la reanudación del tránsito intestinal normal de una forma más rápida y con un menor número de complicaciones.

Durante toda la técnica prestamos especial atención a la reeducación del control de esfínteres mediante la realización de ejercicios de Kegel, ya que tras el cierre de una ileostomía pueden aparecer problemas de incontinencia fecal. Según estudios consultados*¹, la incontinencia tiene una relación directa entre el tiempo transcurrido desde que se creó la ileostomía hasta su cierre.

La estimulación también facilitaría la técnica quirúrgica, evitando la estenosis del cabo distal que condiciona una mayor dificultad a la hora de elaborar la anastomosis*².

OBJETIVO

El objetivo fundamental de este estudio, es llevar a cabo la estimulación del asa eferente previa al cierre de la ileostomía con el fin de disminuir futuras complicaciones en el postoperatorio, aumentando así el bienestar del paciente, disminuyendo la estancia hospitalaria y por tanto el gasto sanitario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos casos clínicos, C1 y C2 con ileostomía de protección por resección anterior de recto, en los cuales se ha aplicado dicha técnica.

Caso-1

Mujer 63 años diagnosticada de Neoplasia de Recto 1/3 medio localmente avanzada (T3, N2) con tratamiento neoadyuvante de quimioterapia de carácter sistémico seguido de quimio-radioterapia. Intervenido 28/10/2013 realizándose resección anterior baja de recto, linfadenectomía pélvica, histerectomía y doble anexectomía, dejando ileostomía de protección en fosa iliaca derecha. Tras un postoperatorio favorable, es dada de alta al 7º día de la intervención. A los 5 meses, una vez controlada la enfermedad oncológica y tras valorar la ausencia de complicaciones de la anastomosis mediante enema de gastrografín vía anal, se deriva la paciente a la consulta de enfermería para iniciar estimulación previa al cierre de ileostomía.

Caso-2

Mujer 76 años diagnosticada de Neoplasia Estenosante de Sigma que precisó en ingreso previo colocación urgente de Stent colónico. Fue intervenida el 18/04/2013 realizándose sigmoidectomía laparoscópica más ileostomía de protección. Al 6º día postoperatorio precisa reintervención por estenosis precoz de la ileostomía de protección, reconstruyendo la misma. A los 5 días de la 2ª intervención fue dada de alta con evolución favorable. En este caso, el cierre se retrasa a los 10 meses por problemas personales de la paciente. Una vez controlada la enfermedad oncológica y tras valorar la ausencia de complicaciones de la anastomosis (mediante enema de gastrografín vía anal) se deriva la paciente a la consulta de enfermería para iniciar estimulación previa al cierre de ileostomía.

Descripción de la Técnica

Un mes y medio antes de la fecha prevista para el cierre de la ileostomía, se procede semanalmente a la irrigación a través del asa eferente del estoma. Introducimos 300 -400 ml de suero fisiológico mediante una sonda Foley y se instruye a los pacientes para que realicen, de forma regular, ejercicios de Kegel. En cada visita valoramos el patrón de eliminación mediante una serie de sencillas cuestiones.

La semana previa a la intervención, la frecuencia de irrigaciones aumenta hasta pasar a ser cada dos días. En este periodo, utilizamos espesante con el fin de disminuir la atrofia intestinal, favorecer un tránsito lento y estimular la absorción de íleon y colon.

RESULTADOS

Comparamos los resultados obtenidos en ambos casos, **C1** y **C2**. Valoramos los NOC: Eliminación intestinal y Continencia intestinal*3*4*5*6.

Eliminación intestinal.

- *Patrón de eliminación*, observamos que en la primera visita, tanto C1 como C2, tienen gravemente comprometido dicho indicador, mientras que en la última visita apenas se haya comprometido (C1/5; C2/4).
- *Control de eliminación de las heces*, los resultados son idénticos, muy comprometido en la primera visita y escasamente o no comprometidos en la última (C1/5; C2/4).
- *Ruidos intestinales*, comprobamos que ambos casos siguen el mismo patrón, escasos o nulos en la primera y no comprometidos en la última (C1/5; C2/5).
- *Tono esfinteriano*, la tendencia es idéntica para C1 y C2 que en los anteriores (C1/5; C2/4).

- *Controlar el aparato intestinal de forma independiente*, ambos casos parten con mínima puntuación, es decir gravemente comprometido, obteniendo en este caso C1 mayor puntuación que C2 en la última visita (C1/5; C2/3).

0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL									
PUNTUACIÓN OBTENIDA: Escala: extremadamente comprometida a no comprometida									
INDICADORES		1ª VISITA		15 DÍAS		1 MES		1,5 MESES	
050101	Patrón de eliminación ERE (en el rango esperado)	1	1	4	2	5	3	5	4
050113	Control de la eliminación de las heces	1	1	3	1	4	2	5	4
050117	Ruidos intestinales	1	1	5	4	5	5	5	5
050118	Tono esfinteriano	1	1	4	2	5	3	5	4
050120	Controla el aparato intestinal de forma independiente	1	1	3	1	4	3	5	3

Continencia intestinal.

- *Mantiene el control de la eliminación de heces*, ambos casos parten con la mínima puntuación, hasta que en la última visita tanto C1 como C2 manifiestan poseerlo (C1/5; C2/4).
- *Tono esfinteriano adecuado para el control de la defecación*, los resultados obtenidos denotan una clara mejoría en C1 con respecto a C2, (C1/5; C2/3) partiendo ambas con igual puntuación en la primera visita.
- *Identifica la urgencia de defecar*, en este caso, tras partir igualmente con esta necesidad escasamente manifestada, obtenemos que en los dos casos se obtiene una constante manifestación por parte de las dos pacientes en la última visita (C1/5; C2/5).
- *Responder a la urgencia de manera oportuna*, se mantiene la tendencia partiendo de igual puntuación en la primera, en la última visita las dos responden de modo similar (C1/5; C2/4).
- *Llega al baño con facilidad y de forma independiente antes de la defecación*, donde volvemos a encontrar que, tras partir inicialmente de igual situación basal en la primera visita, es C1 quien llega a la última con mejor puntuación (C1/5; C2/3).

0500 CONTINENCIA INTESTINAL									
PUNTUACIÓN OBTENIDA: Escala: nunca manifestada a constantemente manifestada									
INDICADORES		1ª VISITA		15 DÍAS		1 MES		1,5 MESES	
050002	Mantiene el control de la eliminación de las heces	1	1	3	1	4	2	5	4
050006	Tono esfinteriano adecuado para el control de la defecación	1	1	3	1	4	3	5	3
050008	Identifica la urgencia de defecar	1	1	4	2	5	4	5	5
050009	Responde a la urgencia de manera oportuna	1	1	3	1	5	3	5	4
050012	Llega al baño con facilidad y de forma independiente antes de la defecación	1	1	3	1	4	2	5	3

Podemos deducir que aunque la tendencia ha sido similar en las dos pacientes, C1 ha obtenido mejor puntuación global en los diferentes indicadores valorados, a nuestro criterio esto puede ser debido a la diferencia de edad (C1/63; C2/73) y al tiempo de permanencia de ileostomía (C1/5; C2/10).

CONCLUSIONES:

Tras el análisis del estudio llevado a cabo por el personal de enfermería, hemos observado:

- Disminución de la estancia media hospitalaria (ambos casos con una estancia de 5 días).
- Disminución del gasto sanitario.
- Ausencia de complicaciones postoperatorias.

Los resultados obtenidos evidencian la efectividad de la técnica, lo cual conlleva una mejor y más rápida resolución del proceso postoperatorio y restablecimiento normal del tránsito intestinal; esto nos lleva a seguir por esta línea de trabajo, implantando la técnica en pacientes portadores de ileostomía de protección que sean candidatos al cierre.

DISCUSIÓN:

En la literatura actual son muy limitados los estudios que intentan realizar una estimulación del intestino previa al cierre de la ileostomía. La técnica que presentamos se está practicando por algunos cirujanos que citan personalmente a sus pacientes con anterioridad a la cirugía, pero no se conoce esta técnica como práctica de enfermería.

Nuestra unidad es pionera en la realización de dicha técnica, así como el desarrollo de la misma por el personal de enfermería, su puesta en marcha ha supuesto la protocolización y formación al personal de enfermería para que sea realizada con seguridad, proporcionando cuidados y pautas de actuación imprescindibles para que la técnica sea factible y con unos resultados funcionales a medio plazo adecuados.

Estando justificada la implantación en los resultados obtenidos y siguiendo la novedosa línea abierta por cirujanos expertos en cirugía colorrectal, nos unimos a seguir trabajando en este sentido y tomando la iniciativa desde el equipo de enfermería que planifica, dirige y lleva a cabo el procedimiento previo a la cirugía, con el objeto de conseguir los máximos beneficios para nuestros pacientes.

La demostración futura de la utilidad de este procedimiento mediante estudios prospectivos comparativos con el objeto de analizar los beneficios de la estimulación intestinal previa al cierre de ileostomía, llevaría a la necesidad de establecer nuevos protocolos para que cada paciente realizase diariamente y en su domicilio la estimulación del segmento excluido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrisqueta J, Abellán I, Frutos MD, Luján J, Parrilla P. Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía. Cir Esp. 2013; 91:50-2.
2. Ackeley BJ, Ladwig G. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de cuidados. 7ª Ed. Madrid: Elsevier; 2007.
3. Filkier-Zelcowicz B, Codina-Cazador A, Farrés-Coll R, Oliver-Pujol F, Martín-Grillo A, Pujadas de Palol M. Morbilidad y mortalidad en relación con el cierre de ileostomías derivativas en cirugía del cáncer de recto. Cir Esp. 2008; 84:16-9.
4. Johnson M. (et al). Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007.
5. Kim KH, Yu CS, Yoon YS, Yoon SN, Lim SB, Kim JC. Effectiveness of biofeedback therapy in the treatment of anterior resection syndrome after rectal cancer surgery. Dis Colon Rectum. 2011; 54:1007-13.
6. McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007.
7. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.

8. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Ediciones Elsevier; 2007
9. Smedh K, Olsson L, Johanson H, Alberg C, Andersson M. Reduction of postoperative morbidity and mortality in patients with rectal cancer following the introduction of a colorectal unit. Br J Surg. 2001; 88:273-7.



SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CIRUGÍA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS VALORACIÓN Y MANEJO DE LA OSTOMÍA.

Juste San José, Raquel*; Navarro Martín, Rosmery**; Alonso Poncelas, M^a Emma*; Reyes Navarro, Beatriz*; Berriel de León, M^a José*; Viñoly Torres, M^a Elsa*.

*DUE. Unidad Cirugía Hospital Doctor José Molina Orosa. Lanzarote
raqueljuste@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la satisfacción de los profesionales de la unidad de cirugía tras la implantación de la guía de Cuidados y manejo del estoma.

Material y Método: Estudio descriptivo transversal. Población diana profesionales de enfermería, aux. de enfermería y cirujanos de la unidad de Cirugía. Para la recogida de datos se utiliza cuestionario creado específicamente. Se han tenido en cuenta las consideras éticas correspondientes.

Resultados: Se recogen 28 cuestionarios. En las variables de mejora de los cuidados tras la implantación, satisfacción y utilidad con la implantación, la mayoría de los profesionales refieren que han mejorado bastante y mucho. La carga de trabajo que ha supuesto la implantación, varía la opinión desde nada hasta bastante. La valoración global que se le da a la implantación de la guía en la unidad es de buena y muy buena en el 97 % de los profesionales. **Conclusión:** La implantación de la guía ha supuesto una mayor satisfacción en los profesionales de la unidad para la realización de los cuidados.

PALABRAS CLAVE

Satisfacción, Implantación, Evidencia.

INTRODUCCIÓN:

Desde el año 2012, la Unidad de Cirugía del Hospital Doctor José Molina Orosa, de Lanzarote, está llevando a cabo la implantación de la guía de buenas prácticas (GBP) Cuidado y Manejo de las Ostomías, dentro del programa Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados^{*1} (CCEC) (Best Practice Spotlight Organization - BPSO[®] España).

Este programa, iniciado por la Asociación de Enfermeras de Ontario (RNAO), Canadá, y extendido durante más de 10 años en Canadá y otros países, combina 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, 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 candidato a 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^{*2}.

Los objetivos de esta iniciativa se llevan a cabo involucrando 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, con la intención de capacitar un gran número de profesionales para que puedan apoyar la implantación y evaluación de las guías.

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 (CEEC), 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*3.

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

- 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.
- 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 este estudio nos vamos a centrar en valorar en los profesionales de la unidad la satisfacción ante la implantación de esta guía de buenas prácticas.

La satisfacción laboral según Spector*4, es una percepción subjetiva e individual de una valoración afectiva de las personas dentro de una organización frente a su trabajo y a las consecuencias que se derivan de este. Desde hace varios años, la satisfacción en el trabajo ha sido estudiada y discutida en diferentes áreas del conocimiento, como la psicología, la sociología, la administración, donde en todos ellos ha sido identificado como indicador clave del desempeño, ahorrador de costos y aumento de calidad*5.

El aumento de la satisfacción laboral de los profesionales optimiza la relación con el paciente y con ello se incrementa la calidad de los cuidados prestados*6.

Uno de los factores determinantes para conocer la adaptación del profesional al entorno organizativo es la satisfacción laboral. Este concepto hace referencia a la valoración general que el trabajador realiza sobre su trabajo y en las condiciones en las que se realiza*7.

El propósito de este estudio es conocer la satisfacción de los profesionales de la unidad de cirugía del hospital Doctor José Molina Orosa: enfermeros/as, auxiliares de enfermería y cirujanos, que han participado o no en la implantación de la guía de buenas prácticas Cuidados y Manejo de las Ostomías. Algunos de estos profesionales han participado directamente en la implantación, con la operativización de las recomendaciones, otros han participado activamente en la formación, en los registros, otros están llevando a cabo la recogida de información y la actuación directa con el paciente.

Conociendo la satisfacción en la implicación de estos profesionales podremos valorar si ha sido positiva para la unidad y si existen puntos de mejora para poder llevar a cabo en otras actividades a desarrollar.

OBJETIVO

Evaluar la satisfacción de los profesionales de la unidad de cirugía tras la implantación de la guía de Cuidados y manejo del estoma.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal, realizado en febrero de 2014.

El criterio de inclusión como población diana fue el ser profesionales (enfermería, aux. de enfermería y cirujanos) de plantilla habitual en la unidad de Cirugía del hospital Doctor José Molina Orosa.

No se realizó muestreo, ya que se realizó a todos los profesionales de la unidad que se encontraban en activo en ese momento (se realizó a la totalidad de la plantilla).

Para la recogida de datos se utiliza cuestionario creado específicamente.

La recogida de datos se realizó de forma directa mediante cuestionario autoadministrado, entregado en mano durante su jornada de trabajo. Se recogió el mismo día de su entrega por la supervisora de la unidad.

Las variables que se incluye son: grado de satisfacción, mejora de cuidado, utilidad de la implantación, valoración global.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con el programa Excel.

Consideraciones éticas: se informa sobre la finalidad del estudio y sobre la privacidad de los datos y la importancia de la colaboración.

Preguntas del cuestionario:

- ¿Crees que han mejorado los cuidados de enfermería que se prestan en tu unidad relacionado con los pacientes ostomizados?
- ¿Estás satisfecho con la implantación de la GBP en tu unidad?
- ¿Crees que ha sido útil la implantación de esta guía para la mejora de la calidad de los cuidados prestados a los pacientes ostomizados?
- ¿Crees que ha sido útil la implantación en las restantes unidades del hospital?
- ¿Crees que ha sido útil la implantación de esta guía para unificar criterios de los cuidados de enfermería?
- ¿Consideras que la implantación de esta guía ha supuesto un aumento de la carga de trabajo?
- ¿Cuál ha sido el grado de participación en la elaboración y seguimiento de la implantación de esta guía?
- En general, ¿Cómo describirías la eficacia de los cuidados dirigidos a los pacientes ostomizados en tu unidad antes de la implantación?
- ¿Y después de la implantación?
- ¿Cómo valorarías la información y/o formación recibida sobre la implantación de la Guía?
- ¿Qué valoración global darías en tu unidad a la implantación de la GBP sobre los cuidados y manejo de las ostomías?

La encuesta fue realizada en formato papel, entregada en persona durante la jornada laboral en el servicio de cirugía del Hospital Doctor José Molina Orosa a 9 cirujanos, 11 DUE y 8 auxiliares de enfermería que corresponde al 100 % del personal en activo en el momento. Se obtuvieron por tanto 28 cuestionarios que dieron una tasa de respuesta del 88,8 % en cirujanos, y 100% en DUE y auxiliares.

Dicha encuesta consta de 11 preguntas con 5 respuestas separadas en dos bloques (de la pregunta uno a la siete las respuestas varían las dimensiones de: “nada”, “poco”, “aceptable”, “bastante”, “mucho” y de la pregunta ocho a la once las respuestas varían de “muy mala”, “mala”, “aceptable”, “buena” y “muy buena”).

Las primeras cinco preguntas (gráficos 1, 2 y 3) analizan la utilidad de la implantación de la guía respecto al profesional que la lleva a cabo, al paciente, al servicio y al resto de unidades. Del análisis de estas preguntas se observa que el 100 % de las respuestas se incluyen en aceptable, bastante y mucho por lo que se puede concluir que la implantación de dicha guía ha sido útil.

La pregunta 8 y 9 (tabla 1) analiza la eficacia de los cuidados dirigidos a los pacientes ostomizados en la unidad antes de la implantación de la guía y después de la implantación. Se observa que antes de la implantación las respuestas muy mala y mala

abarcan un 13 % en auxiliares de enfermería, y la respuesta mala un 25% en cirujanos y 27 % en DUE, siendo la respuesta aceptable la de mayor porcentaje en las tres categorías de encuestados. En cambio tras la implantación de la guía se obtienen respuestas favorables con bajo porcentaje de aceptable (9% en DUE y 13% en cirujanos), siendo la respuesta de mayor porcentaje la de muy buena para las tres categorías de encuestados. Por ello se puede concluir que la implantación ha mejorado los cuidados a los pacientes ostomizados.

La pregunta 10 (tabla 1) valora la información y/o formación recibida sobre la implantación de la Guía con respuestas todas favorables siendo la de buena la de mayor porcentaje.

La pregunta 11 (gráfico 4) analiza la valoración global que darías en tu Unidad a la implantación de la GBP sobre los cuidados y manejo de las ostomías donde todas la respuestas son favorables siendo la repuesta de mayor porcentaje la de muy buena.

En la tabla 1 se exponen el resto de los resultados obtenidos..

Gráfico 1. ¿Crees que han mejorado los cuidados de enfermería que se prestan en tu unidad relacionado con los pacientes ostomizados?



Gráfico 2. ¿Crees que ha sido útil la implantación de esta guía para la mejora de la calidad de los cuidados prestados a los pacientes ostomizados?



Gráfico 3. ¿Crees que ha sido útil la implantación de esta guía para unificar criterios de los cuidados de enfermería?



Gráfico 4. ¿Qué valoración global darías en tu Unidad a la implantación de la GBP sobre los cuidados y manejo de las ostomías?



Ha habido bastante participación en la elaboración y seguimiento de la GBP y aunque refieren que ha supuesto un aumento en la carga de trabajo, al comparar cómo se realizaban los cuidados antes y después de la implantación de la GBP ha habido una mejora sustancial de aceptables a muy buenos.

La implantación en otras unidades también ha resultado bastante útil ya que se han creado circuitos específicos, realizando un protocolo para ello.

Tabla 1: Resultados Obtenidos

	DUE	AUX. ENFERMER	CIRUJANOS
¿Estás satisfecho con la implantación de en tu unidad?	Aceptable: 18% Bastante: 36% Mucho: 45%	Aceptable: 14% Bastante: 29% Mucho: 57%	Aceptable: 0% Bastante: 63% Mucho: 38%
¿Crees que ha sido útil la implantación en las restantes unidades de tu hospital?	Aceptable: 9% Bastante: 64% Mucho: 27%	Aceptable: 40% Bastante: 40% Mucho: 20%	Aceptable: 13% Bastante: 63% Mucho: 25%
¿Consideras que la implantación de esta guía ha supuesto un aumento de la carga de trabajo?	Nada: 9% Poco: 27% Aceptable: 36% Bastante: 27%	Nada: 43% Poco: 29% Aceptable: 14% Bastante: 14%	Nada: 17% Poco: 17% Aceptable: 50% Bastante: 17%
¿Cuál ha sido el grado de participación en la elaboración y seguimiento de la implantación de esta guía?	Nada: 9% Poco: 9% Aceptable: 27% Bastante: 36% Mucho: 18%	Aceptable: 38% Bastante: 63%	Nada: 50% Aceptable: 13% Bastante: 38%
En general, ¿cómo describirías la eficacia de los cuidados dirigidos a los pacientes ostomizados en tu unidad antes de la implantación?	Mala: 27% Aceptable: 37% Buena: 36%	Muy mala: 13% Aceptable: 63% Buena: 25%	Muy mala: 25% Mala: 25% Aceptable: 50%
¿Y después de la implantación?	Muy buena: 64% Buena: 27% Aceptable: 9%	Buena: 25% Aceptable: 75%	Muy buena: 63% Buena: 25% Aceptable: 13%
¿Cómo valorarías la información y/o formación recibida sobre la implantación de ?	Muy buena: 18% Buena: 73% Aceptable: 9%	Muy buena: 50% Buena: 50%	Muy buena: 14% Buena: 71% Aceptable: 14%

CONCLUSIONES:

La implantación de la GBP ha supuesto una mayor satisfacción en los profesionales de la unidad para la realización de los cuidados, sobre todo en el aumento de la calidad y en la unificación de criterios. Esta unificación de criterios se ha realizado mediante la creación en soporte informático de la valoración del paciente ostomizado, plan de cuidados y formulario de valoración del estoma, donde todos los profesionales registran todos los datos necesarios. También se ha creado una consulta específica de enfermería para el paciente ostomizado en Consultas Externas, para la atención previa y posterior a la hospitalización.

La valoración global de los profesionales de la unidad de Cirugía ha sido muy buena y valoran positivamente la información y/o formación recibida sobre la implantación de la GBP. Se llevaron a cabo talleres de formación específicos acreditados, donde se formó a todo el personal de la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.enfcl.2011.07.013
- Asociación profesional de Enfermería de Ontario (RNAO). Herramienta para la implantación de guías de práctica clínica. 2002. Toronto. Canadá
- Asociación profesional de Enfermería de Ontario (RNAO). Cuidados y Manejo de las Ostomías. 2009. Toronto. Canadá.
- Spector, Paul. Job satisfaction. Application, assessment, cause, and consequences. United States of America: Sage Publications. 1997, p. 7
- Sofie, Jennifer; BELZA, Basia and YOUNG, Heather. Health and safety risk at a skilled nursing facility: Nursing assistants' perceptions. 2003. Cited by: MAHMOUD, AL and HUSSAMI, RN. A study of nurses' job satisfaction: the relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership, and level of education. *Hussami, M. In: European Journal of Scientific Research.* 2008, vol. 22 no. 2, p. 286-295.
- Ruzafa-Martínez M et. Al. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería españoles que trabajan en hospitales ingleses. *Gac. Sanit.* 2008; 22(5):434-42.
- Hackman JR, Oldhan Gr. Development of the job diagnostic survey. *J. Appl. Psychol* 1975; 60:151-70.



CONCLUSIONES DEL 4º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA: “HUMANIZACIÓN Y EVIDENCIA EN LOS CUIDADOS”

28, 29 y 30 de Mayo. Alicante.

CONCLUSIONES REFERENTES AL TEMA CENTRAL

A lo largo del congreso ha quedado evidenciado que la labor profesional de la enfermería, no puede entenderse únicamente desde la visión positivista o técnica, aún dentro del más riguroso enfoque científico basado en la evidencia, pues son los gestos de humanización los que dignifican la relación entre el profesional y el ciudadano.

Creemos con resiliencia hacia una Enfermería fundamentada en bases del conocimiento científico sin perder nuestro perfil humanista, tan arraigado en nuestra profesión.

El congreso ha sido un importante punto de intercambio y difusión de avances y enfoques novedosos en diversos campos contribuyendo a mantener actualizados los conocimientos de los asistentes tanto en la teoría como en la práctica gracias a los seminarios-taller.



CONCLUSIONES REFERENTES A LA MESA DE ORGANIZACIONES MAGNÉTICAS

La muy diferente organización y los diversos modelos de gestión de nuestro sistema sanitario, no permiten una “importación” de un modelo tan diferente, pero algunas de sus claves, o mejor dicho, de su ausencia sí muestra campos de oportunidad para que un mejor ambiente laboral permite al equipo multidisciplinar, ofrecer una mejor atención y alcanzar los mejores resultados en beneficio de los usuarios.



CONCLUSIONES REFERENTES A LAS COMUNICACIONES LIBRES Y PÓSTERS

Largo es el camino que ha de recorrer la profesión enfermera en la normalización de la realización de estudios de investigación, pero toma aliento en citas como ésta en la que la calidad de los trabajos, ha puesto en duros aprietos al comité científico.

TRABAJOS PREMIADOS

• **Mejor Comunicación Elegida por el Comité Científico:** “Ensayo Clínico: Análisis del Nivel de Bienestar E Incidencia De Vómitos En Relación a la Ingesta Precoz o Tardía Postquirúrgica en Pacientes Pediátricos de Cirugía Mayor Ambulatoria”. Giménez Martínez, Rosalía*; Serrano Casado, Ana Belén*. *Enfermera Especialista en Enfermería Pediátrica. Unidad de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario de Albacete.

• **Mención Especial del Comité Científico:** “Almohadas sel Corazón: Implantación de un Proyecto de Colaboración”. Fernández Carrasco, Susana*; Unanua Santestéban, Ana*. *DUE. Cirugía General y Plástica. Complejo Hospitalario de Navarra-B. Pamplona.

• **Mejor Póster Elegido Por el Comité Científico:** “Satisfacción de los Profesionales de la Unidad de Cirugía tras la Implantación de la Guía de Buenas Prácticas Valoración y Manejo de la Ostomía”. Juste San José, Raquel; Navarro Martín, Rosmary; Alonso Poncelas, M^a Emma; Reyes Navarro, Beatriz; Berriel de León, M^a José; Viñoly Torres, M^a Elsa. Enfermeras. H. Doctor José Molina Orosa. Arrecife. Las Palmas.

• **Mejor Póster Elegido por los Asistentes al Congreso:** “Estimular Antes de Cerrar”. Gamayo Serna, Ana María*; Cañadas Martínez, Sonia**; Montilla Ferrer, Rosana**; Pérez Cayuelas, María José**; Juárez Gutiérrez, Concepción**; Simón Gómez, Ángela**; Gomis Murcia, Ana María**. *Supervisora de Enfermería de Cirugía-Urología del H. Vega Baja de Orihuela. **Enfermeras de la Unidad de Cirugía del H. Vega Baja de Orihuela.



CASO CLÍNICO: APLICACIÓN DE APOSITO HIDRODETERSIVO TRAS DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO POR GANGRENA DE FOURNIER.

Jerez González, José Antonio*; Quiñones Sánchez, Cristina**; Cañete Cavanillas, Cristóbal***; Madrazo González, Zoilo****; Miquel Escarrà, Jordi*****; Blanco Álvarez, Ana María*****; Kreisler Moreno, Esther*****.

*Enfermero de Práctica Avanzada. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona; ** Enfermera Asistencial. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona; ***Enfermero Asistencial. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona; ****Cirujano General. Servicio de Cirugía General-Urgencias Quirúrgicas. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona; *****Médico Residente. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona; *****Enfermera de Programa. Unidad Funcional Cáncer Colorrectal. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona. M^a José del Barrio Martín. Jefa de Enfermería. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona; *****Jefa Clínica Unidad Cirugía Colorrectal. Coordinadora de la Unidad Funcional de Cáncer Colorrectal. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona.

jjerez@bellvitgehospital.cat

RESUMEN

Objetivo: Destacar las ventajas del uso de fibras hidrodetersivas en las curas de pacientes sometidos a desbridamiento quirúrgico por Gangrena de Fournier, valorando la evolución de la herida.

Material y métodos: Paciente ingresado en el Servicio de Cirugía General por absceso perianal drenado quirúrgicamente con progresión de la infección en las horas posteriores, requiriendo nueva intervención y diagnosticándose Gangrena de Fournier (GF). Se aplicaron curas diarias con fibras hidrodetersivas tras los desbridamientos. Tras 50 días de estancia hospitalaria se realizó un injerto cutáneo con éxito.

Resultados: El curso postoperatorio presentó una evolución favorable, con estancia hospitalaria total de 55 días. La herida desarrolló inicialmente gran cantidad de esfacelos, evolucionando adecuadamente hasta presentar las condiciones ideales para un posterior injerto cutáneo.

Conclusiones: Las fibras hidrodetersivas pueden resultar muy útiles en las curas periódicas tras desbridamiento por GF debido a sus características absorbentes, bacteriostáticas y atraumáticas, manteniendo un medio húmedo óptimo para la cicatrización.

PALABRAS CLAVE:

Gangrena Fournier, Fibras Hidrodetersivas, Curas Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La Gangrena de Fournier (GF) es una infección originada en la región genital, perineal o perianal¹. Se define como una fascitis necrotizante (“infección necrosante y grave de tejidos blandos”) de rápida progresión y potencialmente mortal -rango de

mortalidad 3-67%-, producida habitualmente por gérmenes de flora mixta¹⁻³. En 1764, H.Bauriene describe el primer caso de necrosis tisular genital tratada quirúrgicamente (secundaria a un traumatismo)^{4,5}. Es en 1883 cuando J.A. Fournier define esta entidad en una serie de cinco pacientes varones, jóvenes y sanos, como una gangrena genital de inicio agudo, fulminante e idiopática⁵⁻⁷. La incidencia de GF se estima en 1,6 casos/100.000 hombres-año, y afecta principalmente a hombres de 40 a 70 años (aunque existen casos publicados en mujeres y en niños)^{8,9}. Entre los factores predisponentes y las comorbilidades asociadas a GF, se deben identificar en la historia clínica condiciones favorecedoras del desarrollo de infección como: diabetes mellitus, alcoholismo, vasculopatía, cáncer, estado de inmunosupresión y/o uso de drogas intravenosas^{1,10,11}. La etiología infecciosa de la GF es típicamente polimicrobiana y mixta (aerobios y anaerobios); frecuentemente se aíslan Escherichia coli, Streptococcus, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus o bacterias anaeróbicas (Peptostreptococcus, Bacteroides, Clostridium)¹⁰⁻¹¹. Clínicamente, los pacientes con GF presentan dolor en la zona genital o perianal y tumoración o celulitis a ese nivel, que progresa rápidamente a necrosis cutánea y crepitación, asociada a un olor fétido característico; resultan frecuentes el deterioro del estado general y la fiebre^{11,12-14}. Posteriormente, el enfermo puede desarrollar toxemia generalizada, shock séptico irreversible, alteración de la consciencia, fallo multiorgánico y éxitus. Los cuidados de Enfermería en pacientes con GF se basan en el control hidroelectrolítico y nutricional, la administración de antibioterapia pautada y las

curas periódicas tras desbridamientos quirúrgicos amplios y repetidos^{1,15}. Estudios previos describen curas tópicas de la zona desbridada mediante soluciones yodadas, polihexamida o apósitos con hidrofibra (con o sin plata), sin referencia expresa al uso de fibras hidrodetersivas en casos de GF. Estas fibras poseen un alto poder de absorción, siendo especialmente indicadas en heridas con abundante fibrina y muy exudativas^{15,16}.

OBJETIVOS

El objetivo del presente caso clínico consiste en destacar las ventajas del uso de fibras hidrodetersivas en las curas periódicas de pacientes sometidos a desbridamiento quirúrgico por Gangrena de Fournier y valorar la evolución de la herida tras su aplicación por parte de Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de un paciente varón de 79 años que acude al Servicio de Urgencias refiriendo un cuadro de 5 días de evolución consistente en dolor, prurito y tumoración perianal, asociado a febrícula. Los antecedentes patológicos más destacados eran: enolismo de 4 unidades de bebida estándar diarias desde los 18 años, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica no filiada (creatinina habitual en torno a 130 $\mu\text{mol/L}$), dispepsia, catarata senil, hiperplasia benigna de próstata, varicocele y hernioplastia. Tras la exploración física y la anamnesis, el enfermo es diagnosticado de absceso perianal (isquiorrectal), precisando drenaje quirúrgico urgente. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico e.v. El postoperatorio inmediato se caracteriza por una progresión de la zona inflamatoria a nivel perianal y escrotal durante las siguientes 24 horas. Tras 48 horas, el paciente requirió un nuevo y amplio desbridamiento quirúrgico urgente (gran defecto de piel y tejido celular subcutáneo perineal, con exposición de ambas bolsas testiculares) por progresión del absceso, recibiendo el diagnóstico de GF (se amplía cobertura antibiótica con meropenem e.v.). Inicialmente se aplicaron curas húmedas en el lecho de la herida mediante fomentos con solución de polihexamida y apósito tipo "foam" para el control y recogida del exudado, junto con polihexamida en gel. 24 horas después de la segunda intervención quirúrgica se decidió un cambio en su pauta de curas, iniciándose la aplicación diaria de apósitos absorbentes hidrodetersivos adaptados a la forma de la herida quirúrgica (fibras de poliacrilato con hidrocoloide, UrgoClean, Urgo Medical®) (ver imágenes 1-4).



Imagen 1: Aplicación de apósito hidrodetersivo bajo el saco testicular, dejando paso para una sonda rectal flexible.



Imagen 2: Imagen del área desbridada. Puede apreciarse que el paciente es portador de sonda vesical y drenaje tipo Penrose anudado en la herida.



Imagen 3: Aplicación de apósito hidrodetersivo envolviendo las bolsas testiculares.



Imagen 4: Fijación del apósito hidrodetersivo con compresas complementarias.

RESULTADOS

Una vez realizado el segundo desbridamiento quirúrgico, el lecho de la herida presentó inicialmente gran cantidad de tejido esfacelar, mejorando progresivamente con el cambio del plan de curas consistente en el uso diario de fibras hidrodetersivas. Se consiguieron así las condiciones idóneas para un posterior injerto cutáneo en la zona afectada (Servicio de Cirugía Plástica) tras 50 días de ingreso (ver tabla 1). El paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones destacables. La estancia hospitalaria total fue de 55 días y finalmente fue derivado a un centro sociosanitario, donde se aseguró la continuidad de las curas locales

Día 0	Día 2
	
Día 10	Día 20
	
Día 40	Día 50
	
Día 55	
	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Los apósitos de fibras hidrodetersivas pueden resultar útiles en las curas del desbridamiento por GF, en virtud a las características particulares que poseen: efecto bacteriostático, alto poder de absorción (alta afinidad, absorción y retención de residuos fibrinosos y exudados), matriz microadherente y facilidad y comodidad en su aplicación y retirada¹². Las fibras hidrodetersivas sufren un proceso de gelificación que mantiene un medio húmedo local y favorece la cicatrización. Especialmente indicados en heridas exudativas en fase de desbridamiento, estos apósitos resultan flexibles y adaptables, pero al mismo tiempo fuertemente cohesivos, ofreciendo una adecuada resistencia a la tracción para facilitar una retirada monobloque y atraumática (respetando la piel perilesional), incluso tras su gelificación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torremadé J, Millán M, Suárez C, Cuadrado JM, Rodríguez J, Franco E, et al. [Fournier gangrene. A retrospective study of 41 cases.](#) Cir Esp. 2010;87(4):218-23.
2. Thwaini A, Khan A, Malik A, Cherian J, Barua J, Shergill I, et al. Fournier's gangrene and its emergency management. Postgrad Med J. 2006;82(970):516-9.
3. Cancino C, Avendaño R, Poblete C, Guerra K. Gangrena de Fournier. Cuad Cir. 2010;24:28-33.
4. Baurienne H. Sur une plaie contuse qui s'est terminée par le sphacele de le scrotum. J Med Chir Pharm. 1764;20:251-6.
5. Medina J, Tejido A, de la Rosa F, Felip N, Blanco M, Leiva O. Gangrena de Fournier: estudio de los factores pronósticos en 90 pacientes. Actas Urol Esp. 2008;32(10):1024-30.
6. Fournier JA. Gangrène foudroyante de la verge. Sem Med. 1883;4:589-97.
7. Barros D, Chéliz GMJ, García M, Giúdice C, Linares G, Mazza ON, et al. Recomendaciones para el manejo inmediato de la Gangrena de Fournier. Rev Arg Urol. 2004;69(1):40-3.
8. Sorensen MD, Krieger JN, Rivara FP, Broghammer JA, Klein MB, Mack CD, et al. Fournier's Gangrene: population based epidemiology and outcomes. J Urol. 2009;181(5):2120-6.
9. Patankar SP, Lalwani SK. Fournier's gangrene. Indian Pediatr. 2004;41(5):511.



10. Vega J. Valor predictivo del índice de severidad para Gangrena de Fournier en el Hospital Universitario de la Samaritana (Bogotá). Departamento de Urología, Hospital Universitario de la Samaritana, Universidad del Rosario. Bogotá, Octubre 2010. Online. <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2260/52701046-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Rodríguez JI, Codina A, García MJ, Pont J, Rodríguez MI, Codina A, et al. Gangrena de Fournier. *Cir Esp.* 2001;69:128-5.
12. Morales R. Gangrena de Fournier. Revisión de 24 casos presentados en el Hospital Naval Guayaquil. *Rev Mex Coloproctología.* 2007;13(2):36-41.
13. Gunther B, Abedrapo M, Azolas R, Llanos JL. Enfermedad de Fournier. Tratamiento. *Rev Chil Cir.* 2010;62(6):635-8.
14. García MJ, Ramos JM, Romero O, Blanco M, Avilés O. Cuidados enfermeros en la Gangrena de Fournier, todo un reto. *ENFURO Asociación Española de Enfermería en Urología.* 2009;11:11-
15. Blasco C, Segovia T, Bermejo M, Cuesta JJ, Alventosa AM. Casos clínicos sobre el uso terapéutico en heridas crónicas de apósitos desbridantes de fibras hidrodetersivas de poliacrilato con TLC, apósitos de espuma de poliuretano con TLC-NOSF. *Revista Rol de Enfermería.* 2012;35(10):649-54.
16. [Meaume S](#), [Dissemond J](#), [Addala A](#), [Vanscheidt W](#), [Stücker M](#), [Goerge T](#), et al. Evaluation of two fibrous wound dressings for the management of leg ulcers: results of a European randomised controlled trial (EARTH RCT). *J Wound Care.* 2014;23(3):105-6.



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