

# SEECir Digital



REVISTA DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

[www.seecir.es](http://www.seecir.es)

# Equipo Editorial

## DIRECCIÓN:

### **Moldes Moro, Regina María**

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Alfonso X El Sabio. Diplomada en Enfermería, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesora de grado y de postgrado, Universidad Alfonso X El Sabio.

## SUBIRECCIÓN:

### **Tarín Pereira, Virginia**

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

## COMITÉ EDITORIAL:

### **Espín Faba, José Antonio**

Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad Alfonso X el Sabio. Diplomado en Enfermería. Supervisor Unidad de Críticos, Hospital Clínico San Carlos. Profesor pregrado y postgrado Universidad Alfonso X el Sabio.

### **Jardón Huete, Clara**

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

### **Núñez Crespo, Fernando**

Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos. Diplomado en Enfermería. Unidad de Reanimación. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesor Universidad San Rafael Nebrija, Madrid.

### **Soto Arnáez, Francisco**

Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos. Diplomado en Enfermería. Unidad de Reanimación. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

### **Torres González, Juan Ignacio**

Doctor por la Universidad Complutense de Madrid. Diplomado en Enfermería.  
Coordinador de Trasplantes H.U. Clínico San Carlos. Colaborador del Departamento de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid. Revisor de la revista Enfermería Intensiva. Miembro del CC de la SEEIUC

### **Moreno-Arroyo, M<sup>a</sup> Carmen**

Personal Docente-Investigador de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Directora del Máster en cuidados enfermeros al paciente crítico de la Universidad de Barcelona. Miembro de la Junta Directiva de la SEEIUC. Revisora de la revista de Enfermería Intensiva. Miembro del Nursing Research Group GRIN-IDIBELL.

### **Hidalgo Blanco, Miguel Ángel**

Personal Docente-Investigador de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Director del Máster en cuidados enfermeros al paciente crítico de la Universidad de Barcelona (Semipresencial). Director del Máster en intervenciones enfermeras al paciente complejo de la Universidad de Barcelona (Semipresencial). Miembro del Nursing Research Group GRIN-IDIBELL.

### **Lendínez Mesa, Alejandro**

Enfermero. Doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Europea de Madrid. Jefe de Estudios Grado en Enfermería y del Máster de Urgencias y Emergencias en Universidad Alfonso X el Sabio. Experto en Urgencias y Emergencias y Máster en Cuidados Paliativos. Ha desarrollado su actividad profesional en la Unidad de Neurorehabilitación de la Fundación Instituto San José, en Atención Primaria del SERMAS y servicios de urgencias extrahospitalarios. Coordinador del grupo de estudio de Neurorehabilitación de SEDENE y vicepresidente de la misma.

### **Muñoz González, Estela**

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Alfonso X El Sabio. Máster en Metodología de la Investigación y Licenciada en Psicología. Supervisora de Unidad de Enfermería en el Hospital Guadarrama y profesora/coordinadora a tiempo parcial del Grado de Enfermería y Máster de urgencias y emergencias en la UAX. Líder de la candidatura a los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados de la RNAO en el Hospital Guadarrama

# Índice

## EQUIPO EDITORIAL

PÁG. 02

**ARTÍCULO 01:** EXTERIORIZACIÓN DE MESOCOLON EN AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL. EL AUTOCUIDADO EN UN ESTOMA COMPLEJO.

PÁG. 04 - 09

**ARTÍCULO 02:** IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA ERAS EN CIRUGÍA COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EVALUACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS.

PÁG. 11 - 14

**ARTÍCULO 03:** CIRCUITOS DE PACIENTES: HERRAMIENTA ORGANIZATIVA INDISPENSABLE DEL SERVICIO DE REANIMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

PÁG. 16 - 20

**ARTÍCULO 04:** DONACION EN ASISTOLIA PEDIÁTRICA (DACP): UN NUEVO RETO PARA ENFERMERIA.

PÁG. 22 - 25

**ARTÍCULO 05:** ABORDAJE DE LA FASCITIS NECROTIZANTE: TODO UN RETO EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

PÁG. 27 - 34

CONCLUSIONES JORNADA SEECIR 2023

PÁG. 36

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

PÁG. 40 - 41

HAZTE SOCIO

PÁG. 42

## EXTERIORIZACIÓN DE MESOCOLON EN AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL. EL AUTOCUIDADO EN UN ESTOMA COMPLEJO.

**AUTORES:** Serrano Moreno, Elena María<sup>1,3,4</sup> ; Cedena Corrochano, Arantxa<sup>1</sup>; Oyana Simbaña, Gladys Guicela<sup>1</sup>; Bayón Bartol, Silvia<sup>1</sup>; Gutiérrez Sebastián, Laura<sup>1</sup>; Arribas Martín, Sonia María<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Enfermera de Unidad de hospitalización de Cirugía General y del aparato digestivo y trasplante de órganos sólidos Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid. <sup>2</sup>Supervisora de Unidad de hospitalización de Cirugía General y del aparato digestivo y trasplante de órganos sólidos Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid. <sup>3</sup>Enfermera estomaterapeuta. Máster de enfermería de práctica avanzada en cuidados a personas con ostomias otorgado por la Universidad católica de Murcia y Fundación INDEX. <sup>4</sup>Profesora Asociada en ciencias de la salud de alumnos de Grado de Enfermería en la Universidad Complutense de Madrid.

elenamse@ucm.es

**RESUMEN:**

La realización de una colostomía se lleva a cabo con fines terapéuticos para abordar diferentes enfermedades, como es el caso de algunas neoplasias digestivas, entre ellas el melanoma rectal, un tumor infrecuente y muy agresivo. En el seguimiento postoperatorio de las ostomías es primordial la detección precoz y prevención de las complicaciones (tanto precoces como tardías). Algunas, como la desinserción y necrosis del estoma, pueden resultar de difícil manejo, requerir reintervención quirúrgica y retrasar o interferir en la adecuada adquisición de autonomía del paciente en el cuidado de su estoma. La enfermera debe aplicar técnicas y conocimientos precisos para solventar estas dificultades, elegir los dispositivos y productos adecuados y detectar y prevenir nuevas complicaciones.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 77 años a la que se le realiza una intervención quirúrgica en el año 2021 en el Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid, debido a un melanoma en recto distal avanzado y se le practica una ostomía de eliminación digestiva, colostomía terminal, sufriendo tras esta primera intervención una necrosis del estoma y debiendo practicar una nueva intervención quirúrgica en la que deben exteriorizar una parte de mesocolon para asegurar la vascularización del estoma, obteniendo un estoma de dimensiones grandes y complejas para su autocuidado, pero que, gracias a los cuidados de enfermería planificados, mediante la realización de un plan de cuidados individualizado, al alta hospitalaria pueden automanejarlo el paciente y su familiar.

**PALABRAS CLAVE:** Colostomía, amputación abdominoperineal, mesocolon, complicaciones estomas.

**ABSTRACT:** A colostomy is performed for therapeutic purposes to treat different diseases, as is the case of some digestive neoplasms, including rectal melanoma, a rare and very aggressive tumor. In the postoperative follow-up of ostomies, early detection and prevention of complications (both early and late) is essential. Some, such as stoma disinsertion and necrosis, can be difficult to manage, requiring surgical reintervention and delaying or interfering with the patient's acquisition of autonomy in the care of his stoma. The nurse must apply precise techniques and knowledge to solve these difficulties, choose the appropriate devices and products and detect and prevent new complications.

We conducted a retrospective study of a 77-year-old patient who underwent surgery in 2021 at the Hospital Universitario Doce de Octubre in Madrid, due to melanoma in the advanced distal rectum, and underwent a digestive elimination ostomy, terminal colostomy, suffering after this first intervention a necrosis of the stoma and having to perform a new surgical intervention in which they must exteriorize a part of the mesocolon to ensure the vascularization of the stoma, obtaining a stoma of large and complex dimensions for self-care, but that, thanks to the nursing care applied, the patient and his family can self-manage the hospital discharge.

**KEY WORDS:** Colostomy, abdominoperineal amputation, mesocolon, stoma complications.

**INTRODUCCIÓN**

La realización de una colostomía es llevada a cabo con fines terapéuticos para abordar diferentes patologías que alteran el correcto funcionamiento del colon, como son, por ejemplo, las enfermedades inflamatorias intestinales o las neoplasias, como en este caso, en que el que a la paciente se le ha detectado un melanoma rectal.

El melanoma anorrectal es un tumor infrecuente, constituye menos del 3% del total de los melanomas y menos del 1% de las neoplasias malignas de la zona anorrectal<sup>1,2</sup>. Afecta principalmente a mujeres, duplicando la incidencia sobre su aparición en hombres (2:1)<sup>2</sup> y siendo más frecuente en edades superiores a los 60 años<sup>1,2</sup>. Es un tumor muy agresivo<sup>1,2</sup>, con una supervivencia del 4-30% a 5 años<sup>3</sup>. El melanoma anorrectal se origina por la mutación de los melanocitos localizados en el canal anorrectal, 40% con origen en el recto y 60% en ano<sup>3</sup>. Frecuentemente se diagnostica en una fase avanzada de enfermedad<sup>2</sup>, siendo relevante para confirmar su diagnóstico el tacto rectal y las pruebas de imagen, e indispensable la realización de una colonoscopia y los análisis histológicos<sup>3</sup>. El debut de la sintomatología suele ser similar a la patología hemorroidal (dolor y sangrado con la defecación)<sup>1</sup>. Su tratamiento quirúrgico, de ser viable dejar los márgenes libres de enfermedad, es la escisión local y, de no ser el caso, abocaría a una técnica quirúrgica denominada amputación abdominoperineal<sup>1</sup>.

La RNAO (Registered Nurses Association of Ontario) define el concepto de ostomía como "abertura creada quirúrgicamente en la pared abdominal para derivar al exterior las heces y la orina, que puede ser permanente o temporal, y cada procedimiento da lugar a un estoma, que es el extremo de una sección de intestino grueso o delgado que se ve como protrusión de la pared abdominal"<sup>4</sup>.

Así mismo, también describe la colostomía como “abertura creada quirúrgicamente desde el colon hasta la pared abdominal para permitir la eliminación de heces”<sup>4</sup>.

La implantación de una colostomía es un procedimiento básico en cirugía digestiva<sup>5</sup> que puede realizarse de forma programada o en situaciones de urgencia. Por tanto, es un procedimiento de cirugía mayor abdominal y, siempre que sea posible, dentro de las medidas preoperatorias que se han de adoptar, se debe facilitar al paciente información oral y escrita, describiendo lo que va a suceder, y resolviendo sus dudas para así hacerle partícipe del proceso<sup>6</sup>. Esta información debe ser consensuada previamente por un equipo multidisciplinar<sup>4,5</sup>. Es aconsejable que se sigan programas de cuidados establecidos durante el periodo perioperatorio, desde que se decide el tratamiento quirúrgico hasta el alta hospitalaria<sup>6</sup> y, en el caso del paciente ostomizado, hasta que se asegure la independencia de éste (o su cuidador/es) en el correcto cuidado del estoma y la adaptación a las modificaciones en su estilo de vida que supondrá el mismo.

En cuanto a la estandarización de los cuidados perioperatorios de las diferentes especialidades quirúrgicas en España, cabe destacar el trabajo del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) que, desde el año 2008, viene elaborando este tipo de protocolos<sup>5,6</sup>. Así mismo, desde el 2013, cobra notable relevancia la estrecha colaboración entre el GERM y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con el fin de disminuir la variabilidad de la práctica clínica mediante el desarrollo de planes asistenciales<sup>7</sup>. En la última década también es destacable el desarrollo de los programas de rehabilitación precoz o rehabilitación multimodal (PRM), también denominados “fast-track”, basados en la evidencia que proporcionan estudios aleatorizados. Estos PRM pretenden abordar las necesidades individuales de cada paciente optimizando el tratamiento durante el proceso perioperatorio<sup>7</sup>.

Enfocándonos en los cuidados enfermeros es importante que, en este tipo de cirugías en las que el paciente deberá adaptarse a vivir con una ostomía, esté asegurado el acceso a enfermeras estomaterapeutas<sup>4</sup>. Dentro del proceso preoperatorio el papel de enfermería será informativo y de resolución de posibles dudas que le surjan al paciente o sus familiares, así como realizar otro tipo de cuidados tales como el marcaje del estoma. La enfermera estomaterapeuta debe marcar el estoma evitando cicatrices, prominencias óseas y el ombligo, buscando una superficie lisa de piel donde se dé una buena adherencia de los dispositivos de ostomía<sup>8</sup>.

En el seguimiento postoperatorio de los pacientes ostomizados, además de los cuidados encaminados a la educación sanitaria, es primordial la detección precoz y prevención de las complicaciones, tanto precoces como tardías. Las complicaciones precoces, tales como la necrosis del estoma, hemorragias, oclusiones y retracciones, pueden llegar a requerir reintervención urgente<sup>4</sup>.

Las complicaciones tardías como el prolapso, estenosis, eventración y perforación estomal, son muy frecuentes, pero su tratamiento no siempre es quirúrgico<sup>5</sup>. RAO estima que, a nivel mundial, alrededor de 1,3 millones de personas viven con una ostomía y que las complicaciones en la piel periestomal llegan a afectar a un tercio de las colostomías y hasta dos tercios de las urostomías o ileostomías<sup>4</sup>.

Por lo tanto, la prevención de las complicaciones es un objetivo principal de enfermería en este tipo de procesos, debiendo aplicar técnicas y conocimientos precisos para solventar estas dificultades, elegir los dispositivos y productos adecuados y prevenir nuevas complicaciones.

### OBJETIVO GENERAL

Exponer el procedimiento de curas y los dispositivos de ostomía necesarios aplicados en el manejo de un estoma complejo.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar los dispositivos adecuados al tamaño del estoma en función de la variación de sus dimensiones.
- Evitar las fugas del dispositivo de ostomía para así evitar complicaciones en la piel periestomal
- Reducir los cambios de dispositivos para minimizar el grado de ansiedad en la paciente y su familiar

### MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso clínico de una paciente de 77 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico y melanoma en recto distal.

Se le realizó, de forma programada, la intervención quirúrgica: amputación abdomino-perineal con realización de colostomía terminal. Previamente se realizó educación preoperatoria y marcaje de la ubicación del estoma en consulta de la enfermera estomaterapeuta. Durante la intervención quirúrgica presentó importante sangrado con estabilización posterior. Se re-intervino al día siguiente para revisión y cierre de la pared abdominal. En la revisión postoperatoria en consulta de estomaterapia, a los 7 días tras el alta hospitalaria desde esta primera intervención, se decidió cursar ingreso por desinserción total y hundimiento del estoma. (Foto 1)



Foto 1: Aspecto del estoma en primera revisión postoperatoria tras AAP (1ª revisión en consulta de estomaterapia 16/04/2021)

Presentaba necrosis de la ostomía en todo el trayecto subcutáneo, con cavidad granulada.

La paciente fue re-intervenida a los tres días del ingreso y se le practicó una liberación de la ostomía con movilización de colon izquierdo y ampliación del orificio de la colostomía, por el cuál se exteriorizó el mesocolon, para favorecer la vascularización del estoma, hasta lograr un segmento externo de colon de 6 cm con buen aspecto. (Foto 2)

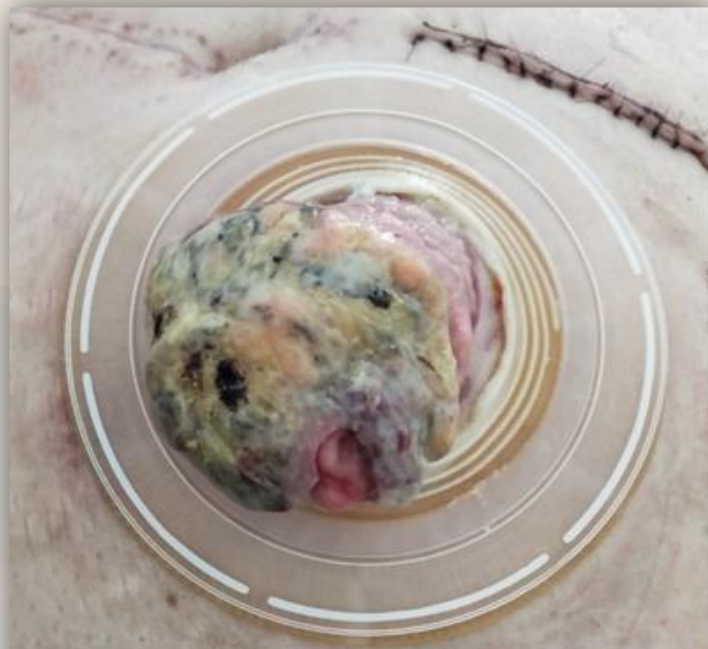


*Foto 2: Estoma protuberante por exteriorización de mesocolon (IQx: 19/04/2021)*

**Los cuidados de enfermería fueron dirigidos al mantenimiento de la integridad de la piel periestomal.** Se utilizó un dispositivo de grandes dimensiones (90 mm) que permitió abarcar todo el estoma y sellar la piel periestomal.

A los quince días, es intervenida de nuevo por evisceración de las asas intestinales por la laparotomía media, sin afectación de las mismas ni signos de infección. En esta cirugía, se revisó de nuevo la colostomía y se re-confeccionó parcialmente la misma mediante la resección del excedente de grasa.

Tras el procedimiento, la mucosa estomal reseca estaba muy esfacelada (se aplicaron polvos de hidrocoloide de manera diaria sobre la mucosa estomal para favorecer epitelización de ésta en medio húmedo), y la piel periestomal estaba íntegra. En este momento se mantuvo el mismo dispositivo de ostomía pero de menor tamaño ya que, al re-confeccionar el estoma, se pudo disminuir el recorte del dispositivo. En cada cambio de placa, cada 3 días, se sellaba ésta con pasta de hidrocoloide aplicada justo en la zona de recorte de la placa para favorecer el sellado de ésta y evitar fugas del dispositivo (Foto 3)



*Foto 3: Reconfección de estoma (IQx 06/05/2021)*

La paciente recibió el alta a domicilio a los seis días, con la mucosa estomal granulada y la piel periestomal íntegra. La paciente fue dada de alta con el mismo dispositivo, pero de tamaño aún más pequeño para facilitarle el automanejo. (Foto 4)



*Foto 4: Estoma previo al alta hospitalaria (12/05/2021)*



*Foto 5: Evolución del estoma a los 50 días desde la reconfección del estoma*

## Diagnósticos de enfermería detectados mediante la valoración de Patrones de Margory Gordon disfuncionales:<sup>12</sup>

| Diagnósticos de enfermería (NANDA)                           | Intervenciones (NIC) y actividades  | Resultados (NOC) e Intervenciones relacionadas   | Puntuación |         |  |
|--|---|--|------------|---------|--|
|  |   |  | Diana      | Al alta |  |
| [ 00047]<br><br>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea | [480] Cuidados de la Ostomía<br><br><b>Actividades:</b><br>Observar la curación de la incisión/ estoma.<br><br>Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como obstrucción intestinal, íleo paralítico, fistula de la anastomosis o separación mucocutánea.<br><br>Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía<br><br>Instruir al paciente/ allegados acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de evacuación.   | [ 1615] Autocuidado de la ostomía<br><br><b>Indicadores</b><br>[ 161502]<br>Describe el propósito de la ostomía<br><br>[ 161503]<br>Se muestra cómodo viendo el estoma<br><br>[ 161504]<br>Mide el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo<br><br>[ 161508]<br>Cambia la bolsa de ostomía<br><br>[161509]<br>Controla las complicaciones relacionadas con el estoma |            |         |  |
|  |   |  | 5          | 3*      |  |
|  |   |  | 5          | 2       |  |
|  |   |  | 5          | 2       |  |
|  |   |  | 5          | 2       |  |
|  |   |  | 5          | 1       |  |
| [ 00126]<br>Conocimientos deficientes                        | [ 480] Cuidados de la ostomía<br><br><b>Actividades:</b><br>Instruir al paciente/ allegados en la utilización del equipo/ cuidados de la ostomía<br><br>Hacer que el paciente/ allegados muestren el uso del equipo<br><br>Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario<br><br>Cambiar/ vaciar la bolsa de ostomía, Según corresponda<br><br>Ayudar al paciente a practicar los autocuidados<br><br>Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria  | [ 1829]<br>Conocimiento: cuidados de la ostomía<br><br><b>Indicadores:</b><br>[ 182902]<br>Propósito de la ostomía<br><br>[ 182903]<br>Cuidados de la piel alrededor de la ostomía<br>[182905]<br>Cómo medir un estoma<br><br>[182905]<br>Complicaciones relacionadas con el estoma<br><br>[ 182909]<br>Materiales necesarios para cuidar la ostomía                       |            |         |  |
|  |   |  | 3          | 1*1     |  |
|  |   |  | 3          | 2       |  |
|  |   |  | 3          | 2       |  |
|  |   |  | 3          | 2       |  |
|  |   |  | 3          | 2       |  |
| [ 00118] Trastorno de la imagen corporal                     | [ 5220]: Mejora de la imagen corporal<br><br><b>Actividades:</b><br>Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía.<br><br>Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía persona<br><br>Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos<br><br>Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual<br><br>Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio | [ 1200] Imagen corporal<br><br><b>Indicadores:</b><br>[120003] Descripción de la parte corporal afectada<br><br>[ 120005] Satisfacción del aspecto corporal<br><br>[ 120007]<br>Adaptación a cambios en el aspecto físico<br><br>[ 120014]<br>Adaptación a cambios corporales por la cirugía<br><br>[ 120016]<br>Actitud hacia tocar la parte corporal afectada            |            |         |  |
|  |   |  | 4          | 3*2     |  |
|  |   |  | 4          | 2       |  |
|  |   |  | 4          | 2       |  |
|  |   |  | 4          | 2       |  |
|  |   |  | 5          | 3       |  |

\*Valoración mediante **ESCALA 13**: 1. Nunca demostrado, 2. Raramente demostrado, 3. A veces demostrado, 4. Frecuentemente demostrado, 5. Siempre demostrado

\*1Valoración mediante **ESCALA 20**: 1. Ningún conocimiento, 2. Conocimiento escaso, 3. Conocimiento moderado, 4. Conocimiento sustancial, 5. Conocimiento extenso

\*2Valoración mediante **ESCALA 11**: 1. Nunca positivo, 2. Raramente positivo, 3. A veces positivo, 4. Frecuentemente positivo, 5. Siempre positivo

## RESULTADOS

Tras la realización de las actividades de enfermería planteadas según las necesidades que tenía la paciente y, con el fin de lograr la puntuación diana marcada en los objetivos, con un plazo de 50 días desde que la paciente reingresa, vemos que tras el alta hospitalaria, la paciente aún tiene que mejorar en la realización de las técnicas de autocuidado de la ostomía. Posteriormente en revisión en consulta de estomaterapia pudimos observar que la paciente había mejorado en cuanto a la práctica en el autocuidado y poco a poco vimos una adaptación a su nueva vida con la ostomía llegando en algunos ítems a alcanzar la puntuación diana en tan sólo dos meses.

## CONCLUSIONES

La realización de una ostomía origina cambios en la vida del paciente. Es fundamental el seguimiento y la educación de la enfermera estomaterapeuta desde el inicio del diagnóstico.

El seguimiento de estos pacientes y la educación inicial y a largo plazo es esencial para un uso adecuado de los dispositivos y accesorios de ostomía. Esto tiene un efecto positivo en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes ostomizados y se reducen los problemas asociados a complicaciones, recursos sanitarios y costes.

Elegir un dispositivo adecuado a cada situación es fundamental. El uso del dispositivo adecuado en esta paciente permitió abordar las dimensiones de este estoma, evitando cualquier tipo de fuga y complicaciones asociadas, sellando perfectamente la piel periestomal, otorgando a la paciente mayor seguridad y autonomía. Disponer de diferentes medidas del mismo dispositivo ha facilitado un perfecto ajuste a los diferentes tamaños que ha ido adquiriendo el estoma y ha permitido mantener el mismo dispositivo, dándole continuidad a la educación para el autocuidado.

## ASPECTOS ÉTICOS


Para realizar este estudio se obtuvieron los datos de la Historia clínica electrónica y se siguieron las directrices del Reglamento general de protección de datos (RGPD) 2016/679 y la ley 3/2018, de 5 de Diciembre de Protección de datos y garantía de los derechos digitales.

La paciente firmó el consentimiento informado escrito tras haber sido informada del estudio de acuerdo con la Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bancalero, L. & Moreno, F. & Pérez Lara, Francisco. (2006). Melanoma rectal localmente avanzado. Cirugía Andaluza. 17. 55-56.
2. Sosa Estébanez, Hanuaries Lázaro, Fernández Espín, Heriberto, & Hernández Niebla, Lumey. (2019). Melanoma of the anal canal: a propos of a case. *Revista Médica Electrónica*, 41(3), 756-764. Recuperado en 01 de julio de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242019000300756&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000300756&lng=es&tlng=en)
3. Amarelo García M, Azpiazu Arnaiz P, Orue- Echebarria González M. I, Pintado Izquierdo M, Murua Ruíz A, González Aguirregomezorta E, Artigues Puyadena L, Ascondo Larrucea A. Resección abdominoperineal versus escisión local amplia en el melanoma maligno de canal anal: ¿en qué punto nos encontramos?. *Cirugía Española*. 2021;99 (Espec Congr 2):569. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-congresos-xxiii-reunion-nacional-cirugia-140-sesion-coloproctologia-6663-comunicacion-reseccionabdominoperineal-versus-escision-local-80250>
4. RNAO. Apoyo a Adultos que esperan o Viven con una Ostomía [Internet]. 2019 abr. Disponible en: [https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/03/Do005\\_Apoyo-Adultoostomia\\_2019.pdf](https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/03/Do005_Apoyo-Adultoostomia_2019.pdf).
5. Couëtte C, Dumont F, Thibaudeau E. Técnicas de las colostomías y tratamiento de sus complicaciones. *EMC - Téc Quir - Apar Dig*. 2018;34(3):1-24. Disponible en <https://www.emconsulte.com/es/article/1224318/tecnicas-de-las-colostomias-y-tratamiento-de-sus-c>
6. Arroyo A, Calvo JM, Casans R, del Valle E, Gavín P, Gil MJ. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. *GuíaSalud*; 2016. Disponible en [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_555\\_CMA\\_IACS\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_555_CMA_IACS_compl.pdf)
7. del Valle Hernández E, Ramírez Rodríguez JM, Loinaz Seguro C, Martín Traperó C, Nogueiras Quintas C, Rodríguez Antolín A, Rodríguez Cuéllar E, Hernández Aguado JJ, Ruiz López P, Calvo Vecino JM. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA) [Internet]. Edita: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2018. Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2019/01/vc\\_1\\_viaclinica-rica.pdf](https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2019/01/vc_1_viaclinica-rica.pdf)
8. Henidenreich A, Rotholtz N. Técnicas de resección en patología rectal. *cirugía Digestiva*, F. Galindo. 2009; III-371: 1-26. Disponible en: [www.sacd.org.ar](http://www.sacd.org.ar)
9. Procházka, V., Zetelová, A., Grolich, T., Frola, L., & Kala, Z. (2016). Complete mesocolic excision during right hemicolectomy. *Rozhledy v Chirurgii: Mesicnik Ceskoslovenske Chirurgicke Spolecnosti*, 95(10), 359-364.
10. Folguera-Arnau M, Gutiérrez-Vilaplana JM, Goncalez-María E, Moreno-Casbas MT, ObarrioFernández S, Lorente-Granados G, et al. Implantación de la Guía de buenas prácticas para el cuidado y manejo de la ostomía: resultados en cuidados. *Enferm Clin*. 2020;30(3):176-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7480030>



- 
11. Teso, A. L., Mouriño, M. J. F., Cruz, B. B., López, I. J., & Soto, A. M. (2019). Usos y actitudes de los pacientes ostomizados en España (Estudio U&A en Ostomía). *Metas de enfermería*, 22(4),19-27.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35667/metasenf.2019.22.1003081409>
12. Herdman, H., & Kamitsuru, S. (2019). *NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. 2018-2020. Elsevier

**SenSura®**

**Resistente  
a las fugas  
y respetuoso  
con la piel**



*Anna, persona ostomizada*

Ostomy Care | Continence Care | Wound and Skin Care | Interventional Urology | Voice and Respiratory Care

Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S. A. Condesa de Venadito 5, 4ª planta - 28027 Madrid, España.  
[www.coloplast.es](http://www.coloplast.es) Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S. © 2023/05



### IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA ERAS EN CIRUGÍA COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: EVALUACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS.

AUTORES: Gallardo Andújar, Cristina\*; Rodríguez López, María José\*; Osuna Polvillo, Laura\*; Cuadrado Bernal, Lidia\*; Cañete Cavanillas, Cristóbal\*\*; Gasull Perpiñá, Rosa\*\*\*.

\*Enfermera asistencial, Cirugía General Digestiva, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

\*\*Enfermero clínico, Cirugía General Digestiva, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

\*\*\*Supervisora de enfermería, Cirugía General Digestiva, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

cgallardo@bellvitgehospital.cat

#### RESUMEN:

##### Introducción

El cáncer colorrectal es el que tiene mayor incidencia en España. En 2018 se inicia el programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en la unidad de cirugía general digestiva del Hospital Universitario de Bellvitge para tratar a pacientes diagnosticados de neoplasia colorrectal. Dicho programa tiene como objetivo la optimización y la recuperación precoz del paciente después del acto quirúrgico. Tras la implantación, se ha querido evaluar su eficacia en la reducción de la estancia hospitalaria y las complicaciones postquirúrgicas; así como, el nivel de satisfacción de los pacientes y de enfermería.

##### Objetivos:

General: Describir el impacto que ha tenido la implantación del programa ERAS en cirugía colorrectal en el Hospital Universitario de Bellvitge.

##### Específicos:

1. Evaluar la reducción de la estancia hospitalaria y de las complicaciones postquirúrgicas.
2. Describir el grado de satisfacción de los pacientes sujetos al programa ERAS.
3. Medir el grado de satisfacción de enfermería.

##### Material y método:

Se lleva a cabo un estudio observacional retrospectivo con una muestra de 110 pacientes intervenidos de cirugía colorrectal incluidos en el programa ERAS desde 2018 hasta 2021. También se mide el grado de satisfacción de los pacientes con la encuesta RICA (Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal) y de las enfermeras implicadas en el proceso asistencial mediante una encuesta autogestionada.

##### Resultado:

El 60,9% de los pacientes marcharon de alta el día previsto y el 39,1% tuvo alguna complicación.

El 72% respondieron voluntariamente la encuesta RICA, de éstos, el 98% volverían a repetir el mismo modelo durante el proceso quirúrgico.

El 98,1% de las enfermeras estaban satisfechas con la implantación del programa ERAS en su unidad.

##### Conclusiones:

La implantación del programa ERAS ha mejorado la seguridad y la calidad de los cuidados, disminuyendo los días de ingreso y las complicaciones postquirúrgicas. Dados los resultados, el programa se está expandiendo notablemente por diferentes áreas del hospital.

**PALABRAS CLAVE:** Programa ERAS, Enfermería, Estancia hospitalaria, Complicaciones, Satisfacción, Pacientes, Cirugía colorrectal.

#### INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal es el que tiene una mayor incidencia en España. Según las cifras de SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) en el año 2021 hubo 43.581 nuevos casos diagnosticados. Éste presenta una mortalidad del 14,6% a nivel nacional<sup>(1)</sup>.

El programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) consiste en la aplicación de una serie de medidas y estrategias perioperatorias destinadas a los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento quirúrgico, con el objetivo de disminuir el estrés y lograr una mejor recuperación<sup>(2)</sup>.

En el Hospital Universitario de Bellvitge se instaura el programa ERAS en el año 2018 para tratar a pacientes a los que se les ha detectado neoplasias colorrectales. El programa se lleva a cabo siguiendo tres etapas donde la enfermera tiene un papel fundamental: pre-habilitación, intraoperatoria y postquirúrgica.

Una vez el paciente es conocedor del diagnóstico y se le ha llevado a cabo todo el estudio de extensión, se presenta en el comité de cáncer colorrectal para decidir el tratamiento idóneo. En el paciente candidato a cirugía se efectúa una primera visita de enfermería para el inicio de la pre-habilitación. Ésta la lleva a cabo la enfermera clínica de procesos de la unidad funcional de cáncer colorrectal en consultas externas y consiste en realizar una valoración actual del estado del paciente. En la entrevista se realizan una serie de test y escalas (anexo 1) para detectar la necesidad de derivación a otros servicios, y con el objetivo de que el paciente llegue a la intervención quirúrgica en las condiciones más óptimas. Se le entrega una guía informativa y un esquema gráfico tipo "check-list" de cómo va a transcurrir todo el proceso de hospitalización (anexo 2).

Aparte de la visita con el equipo médico de cirugía general digestiva, también se planifican diferentes visitas de seguimiento con varios miembros del equipo multidisciplinar, según sea necesario: deshabituación tabáquica y/o alcohólica, fisioterapeuta, dietista, estomaterapeuta, trabajo social y/o enfermero clínico<sup>(2)</sup>. Cada uno de ellos aborda su especialidad y resuelve las dudas pertinentes. También se entregan en estas visitas unos suplementos dietéticos requeridos y/o preparaciones prequirúrgicas.

Para conseguir una unificación e individualización del seguimiento realizado, la enfermera de procesos se asegura que todo transcurre según lo previsto y de que el paciente recibe y comprende la información en su totalidad. Asimismo, es imprescindible durante toda la etapa hacer ver al paciente y a sus familiares la importancia que tiene su implicación, consiguiendo su compromiso para así poder fijar y alcanzar los objetivos acordados. Finalmente, se facilita un número de contacto para resolver cualquier cuestión referente al proceso quirúrgico.

Es importante para la obtención de los resultados esperados que la pre-habilitación tenga un periodo aproximado de cuatro semanas hasta la cirugía.

Durante la etapa intraoperatoria, a diferencia de intervenciones convencionales y para evitar complicaciones posteriores, se destaca la inducción y mantenimiento de anestésicos preferiblemente de vida media corta y anestesia epidural, en los casos que estén indicados. Se debe mantener una perfusión continua restrictiva de fluidos evitando la sobrecarga hídrica, se considera aceptable hasta dos litros de aporte electrolítico. En cuanto al abordaje quirúrgico, se realiza por laparoscopia precisando así un menor uso de drenajes, siempre que sea posible. Y finalmente, se asegura el mantenimiento de la normotermia con calentadores corporales y de fluidos hasta su llegada a planta de hospitalización. Los tiempos de quirófano también son sumamente importantes, siempre serán los mínimos necesarios<sup>(2, 7,8)</sup>.

En el procedimiento postquirúrgico se vuelve a facilitar al paciente la hoja tipo "check-list" que ya se había entregado en la pre-habilitación, donde constan diferentes apartados con los pasos a seguir de forma diaria. Dicha información favorece el seguimiento y cumplimiento, siempre contando con el apoyo de la enfermera asistencial y favoreciendo la autonomía del paciente. Durante la estancia del paciente en hospitalización se refuerza la educación sanitaria necesaria para el momento del alta.

Los puntos fuertes durante esta etapa son acciones como la movilización activa y la alimentación precoz, ambas se inician a las 6 posteriores al acto quirúrgico<sup>(2,3)</sup>. Se realiza un control analítico tanto al día siguiente de la operación como al tercer día, en ellos es de suma importancia los niveles de la proteína C reactiva (PCR) para valorar los parámetros inflamatorios. Para que el paciente sea dado de alta, los niveles de la analítica del tercer día tienen que ser inferiores a 120 mg/l. No se realiza la primera cura de la herida quirúrgica hasta pasadas 48 horas. Se retira la sonda vesical a las 24 horas si el paciente ha sido intervenido de colon y a las 48 horas si ha sido intervenido de recto. Se controla a todos los pacientes sean o no diabéticos, la glucemia capilar cada 8 horas, ya que unos niveles altos pueden derivar a un mayor riesgo de infección<sup>(2)</sup>. También se realiza una educación precoz de los cuidados del estoma, en el caso que al paciente se le haya tenido que confeccionar una ileostomía o una colostomía. Esta educación ya se inicia en la prehabilitación mentalizando al paciente que posiblemente tenga que llevar una bolsa colectora de heces temporal, tras la operación quirúrgica.

Tras la implantación del programa, hemos querido evaluar en primer lugar y desde un enfoque enfermero la eficacia de éste en la reducción de la estancia hospitalaria y la reducción de complicaciones postquirúrgicas (2,3,4). Por otro lado, nos gustaría conocer cuál es el nivel de satisfacción de los propios pacientes, a través de la encuesta RICA (vía clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal) (4,8) y, determinar la satisfacción del personal de enfermería implicado mediante una encuesta autogestionada.

#### METODOLOGÍA:

Para poder evaluar la eficacia de la reducción de la estancia hospitalaria y la de complicaciones postquirúrgicas se realiza un estudio observacional retrospectivo, con revisión de cada caso, en el que se toma como muestra a los 110 pacientes operados de cirugía colorrectal que fueron incluidos en el programa ERAS desde 2018 hasta principios del 2021. Se inicia una prueba piloto en una unidad del servicio de cirugía digestiva. Los criterios de inclusión para entrar en el programa ERAS eran los siguientes al inicio del proceso:

1. Pacientes sometidos a cirugía electiva con tumor colon o recto T1, T2 o T3 sin metástasis.
2. Edad inferior a 80 años.
3. Sin cirugía abdominal previa (candidato a laparoscopia).
4. Clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists)  $\leq$  III.
5. Hemoglobina  $>8$ .
6. IMC (índice de masa corporal)  $>20$  y  $<35$ .
7. Sin patología de riesgo (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con broncodilatadores, cardiopatía isquémica activa, cirrosis, insuficiencia renal crónica en diálisis o que el filtrado glomerular sea inferior a 60).
8. Sin enfermedad psiquiátrica asociada.
9. Sin antecedentes de hernia de hiato o reflujo gastroesofágico.
10. Buen soporte familiar y vivir dentro del área hospitalaria.

Una vez puesto en marcha el protocolo y observando resultados favorables, se decide ampliar los criterios de inclusión. Los criterios que se modificaron fueron: la edad, que tuvieran una cirugía abdominal previa, la ASA, la hemoglobina, el IMC, que no tuvieran una patología de riesgo, disponer de un buen soporte familiar y vivir dentro del área hospitalaria.

En cuanto a los criterios de exclusión, se encuentran las cirugías realizadas de forma urgente y todas aquellas intervenciones realizadas en combinación con otros servicios dada su complejidad.

Para medir el grado de satisfacción de los pacientes se solicita la participación voluntaria de éstos. De los 110, fueron 80 los que respondieron la adaptación de la encuesta RICA (anexo 3) totalmente anónima.

Se realiza con el propósito de conocer la opinión de la asistencia prestada para así poder mejorar la calidad asistencial futura. En ella se recogen datos generales y médicos, y una serie de preguntas con opciones de respuesta múltiple en los que se puntúa el grado de información proporcionada preoperatoria, el trato recibido por parte de los profesionales sanitarios que le atendieron, el estado de las instalaciones y el equipamiento, el dolor, la precocidad de la introducción de la alimentación y movilización postoperatoria, el alta hospitalaria, la competencia y coordinación del personal implicado en el proceso, y la fidelización y satisfacción general con el programa<sup>(8)</sup>. Dicha encuesta se entrega a los pacientes de cara al alta y se facilita en formato papel y/o de forma telemática, si es posible.

En cuanto a la evaluación de la satisfacción del personal de enfermería, se realizó una encuesta anónima y autogestionada (anexo 4) que respondieron un total de 56 enfermeras del servicio de cirugía general digestiva con una experiencia mínima de 4 años en el servicio. Se efectuó una difusión telemática y en formato papel para favorecer la respuesta de las diferentes franjas de edad. Dicha encuesta consta de 5 preguntas con respuesta múltiple tipo escala Likert, en la que se puntúa el grado de satisfacción con el programa ERAS, incidiendo en preguntas sobre la carga asistencial, complicaciones postquirúrgicas y autocuidado del paciente.

Se ha considerado el consentimiento de la cirugía para la realización de dicho artículo y éste se ha realizado acatando las normas éticas de la declaración de Helsinki, de buenas prácticas en investigación y según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

## RESULTADOS:

La auditoría de los resultados se realiza mediante un "follow-up" prospectivo de cada caso, registrando los diferentes indicadores en cada ítem ERAS dentro de un CRD (CoreIDRAW Image File) creado para tal efecto. Posteriormente los datos registrados en el CRD son volcados a una base de datos propia para poder realizar una posterior explotación y evaluación de los mismos.

La tipología más relevante de los pacientes es que estaban en edades comprendidas entre los 36 y los 89 años y el 60% eran mujeres.

El 60,9% de los pacientes se fueron de alta el día previsto completando así el proceso del programa ERAS y el 39,1% sufrió algún tipo de complicación postquirúrgica, por ello no pudieron completar el programa. La complicación más relevante según los datos recogidos fue el íleo paralítico (anexo 5).

En cuanto al tipo de intervención realizada se observa que un 2,8% se le tuvo que confeccionar una colostomía, un 25,6% una ileostomía y un 71,1% pudo ser operado sin precisar ningún tipo de estoma.

El 72% de los pacientes respondieron de forma voluntaria a la encuesta RICA, de estos el 98% volverían a repetir el mismo modelo durante el proceso quirúrgico.

El 98,1% de las enfermeras están entre muy satisfechas o satisfechas con la implantación del programa ERAS en su unidad. Un 67,8% considera que no supone una carga asistencial adicional. Un 71,4% de las enfermeras considera que los pacientes que están dentro de este programa no son más susceptibles a sufrir complicaciones que los que no están dentro del programa. Destaca también con un 91,1% los profesionales que consideran que la implicación del paciente en su autocuidado es mucho mayor. Por lo que hasta un 91,6% está entre totalmente de acuerdo y de acuerdo, en implantarlo en el resto de cirugías realizadas en el hospital (anexo 6).

## CONCLUSIONES:

Tras haber realizado esta evaluación, se ha podido concluir que la implantación del programa ERAS ha mejorado la seguridad y la calidad de los cuidados, optimizando los días de ingreso y disminuyendo así las posibles complicaciones postquirúrgicas en el Hospital Universitario de Bellvitge.

El mayor beneficio tanto para el paciente como para el hospital, es la reducción de la estancia hospitalaria. En datos del 2016, la estancia media en cirugía colorrectal en nuestro hospital, rondaba los 8 días. Con este nuevo programa a datos de 2022, la estancia media en este tipo de cirugía, se ha reducido a 4 días.

La recuperación acelerada junto con la minimización de la incidencia de complicaciones y la reducción de la estancia hospitalaria se relaciona directamente con unas mejores acciones costo-efectivas. Pudiendo aumentar así el número de prestaciones y de pacientes beneficiados, y mejorando la calidad asistencial brindada<sup>(2,5)</sup>. El aumento del cumplimiento del protocolo ERAS en diferentes hospitales tanto a nivel nacional como internacional, se relaciona con menos complicaciones postquirúrgicas e ingresos hospitalarios más breves<sup>(2,3,5,6)</sup>.

En cuanto a los criterios de inclusión modificados al año del inicio del programa, podríamos señalar que ha permitido ampliar el número de pacientes participantes en el proceso. Este cambio fue propuesto y llevado a cabo dados los resultados favorables que se fueron observando ya durante la prueba piloto.

Cabe destacar que los resultados recogidos durante el año 2020-2021 se han visto afectados por el impacto de la pandemia de la Covid-19 ya que muchas de las intervenciones fueron aplazadas y tanto la pre-habilitación como los seguimientos posteriores tuvieron que realizarse de forma telemática por teléfono y/o por correo electrónico. Esto puede haber supuesto una limitación en nuestra evaluación de resultados.

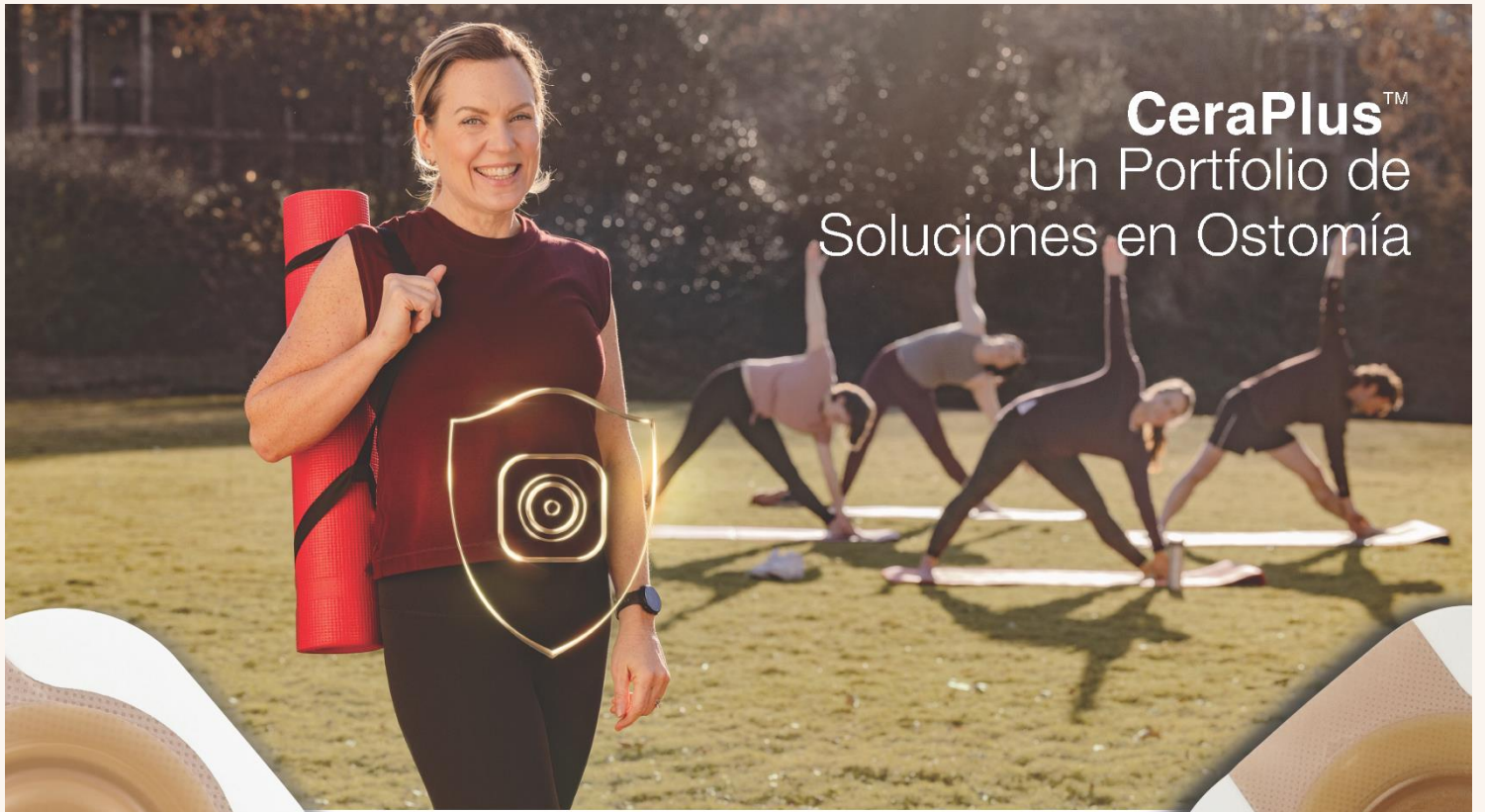
Finalmente, gracias a la elaboración de dicho estudio se ha podido reflejar que la satisfacción tanto de los pacientes como del personal sanitario es notable. Es por ello, que en la actualidad este programa se está expandiendo a las diferentes áreas y servicios del hospital siendo esto una posible línea de investigación futura en la que seguir mejorando y aportando nuevas herramientas centradas en valorar la calidad asistencial que recibe el paciente.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2021. España: SEOM; 2022 [revisado enero 2022; consultado agosto 2022] Disponible en: <https://www.seom.org/publicaciones/el-cancer-en-espanyacom>
2. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, Rockall TA, Young-Fadok TN, Hill AG, Soop M, De boer HD, Urman RD, Chang GJ, Fichera A, Kessler H, Grass F, Whang EE, Fawcett WJ, Carli F, Lobo DN, Rollins KE, Balfour A, Baldini G, Riedel B, Ljungqvist O. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World J. Surg.* 2019;43: 659- 95
3. Mendivelso FO, Barrios EJ, Zárate E, Navas AM, Álvarez AO, Mc Loughlin S, Mendoza GR, Enciso D, Rodríguez R, Jiménez MS, Ramírez J, Faber F, Solla G, Viola M, Rodríguez M. Asociación entre desenlaces clínicos y cumplimiento del protocolo de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS®) en procedimientos colorrectales: estudio multicéntrico. *Rev Colomb Cir.* 2020;35: 601-13.
4. Barbero M, García J, Alonso I, Alonso L, San Antonio B, Molnar V, León C, Cea M. Impacto del grado de cumplimiento de un protocolo ERAS® en la recuperación funcional después de cirugía colorrectal. *Cir Esp.* 2020;99(2):108-11.
5. Amneris S. Sobre el impacto económico de los protocolos ERAS®. *Rev. cuba. aliment. nutr.* 2020;30(2):110-116.
6. Currie A, Burch J, Jenkins JT, Faiz O, Kennedy RH. The Impact of Enhanced Recovery Protocol Compliance on Elective Colorectal Cancer Resection. Results From an International Registry. *Ann. Surg.* 2015; 261(6): 1153-1159.
7. Maclean W, Mackenzie P, Limb C, Rockall T. Protocolo ERAS® en cirugía colorrectal. *Rev. argent. cir.* [Internet]. 2021 Jun [citado 2022 Jun 20]; 113( 2 ): 176-188. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2250-639X2021000200176&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2021000200176&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.25132/raac.v113.n2.eraso4wm.ei>
8. Grupo de trabajo. Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. 2014 [consultado agosto 2022]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documetos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf>

# CeraPlus™

## Un Portfolio de Soluciones en Ostomía



Elige la lámina **con evidencia\*** para obtener seguridad y proteger la piel desde el principio.

La **ceramida** es un componente natural de nuestra piel que ayuda a proteger la barrera de humedad cutánea, haciendo la piel más resistente a agresiones externas, a estar más protegida frente a la pérdida de agua transepidérmica, y volviéndola más hidratada y flexible.



Anillos Barrera Planos  
CeraRing™



Anillos Barrera Convexos  
CeraRing™



Anillos Semicirculares  
CeraPlus™

Descarga nuestro catálogo electrónico



Teléfono de Atención de Enfermería  
900 21 09 47

\* Colwell JC, Pittman J, Raizman R, Salvadalena G. A Randomized Controlled Trial Determining Variances in Ostomy Skin Conditions and the Economic Impact (ADVOCATE Trial). J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018 Jan/Feb;45(1):37-42. doi: 10.1097/WON.0000000000000389. PMID: 29300287; PMCID: PMC5757663.

Antes de su uso, asegúrese de leer las instrucciones de uso, para información relativa a Indicaciones de Uso, Contraindicaciones, Advertencias, Precauciones e Instrucciones.

No todos los productos tienen marcado CE. El logo de Hollister y CeraPlus son marcas registradas de Hollister Incorporated. Otras marcas o copyrights son propiedad de sus respectivos propietarios.

©Hollister España Octubre 2023



 **Hollister**

Ostomy Care  
Piel Cuidada. Resultados Positivos.

### CIRCUITOS DE PACIENTES: HERRAMIENTA ORGANIZATIVA INDISPENSABLE DEL SERVICIO DE REANIMACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

Patients circuits: An organizational tool indispensable for University Hospital of Fuenlabrada's resuscitation service.

AUTORES: García García, Enrique \*; Gómez Lázaro, María \*; Lechón Nogales, Abel \*; Rodríguez Díaz, Lorena \*; Gamonal Arroyo, Alicia \*\*; Caballero Perea, Adela María \*\*\*.

\*Enfermera/o en el Servicio de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada. \*\* Supervisora del Servicio de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada. \*\*\* Enfermera en el Servicio de Consultas Externas del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

enrique.garcia.garcia@salud.madrid.org

#### RESUMEN:

A nivel mundial el número de actos quirúrgicos está en constante aumento. Esto se traduce en que las unidades implicadas, como, en este caso, el Servicio de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), tengan que reorganizarse para gestionar ese volumen creciente de pacientes mediante la creación de circuitos de pacientes.

**Palabras Clave:** Servicio Reanimación, Cirugía, Circuito de Paciente.

#### ABSTRACT:

Worldwide the number of surgical instruments is constantly increasing. It means that the units involved, such as our case, Fuenlabrada's Hospital resuscitative services (HUF) will have to be reorganized to manage this growing volume of patients by creating patient circuits.

**Key Words:** Resuscitative Services, Surgery, Patient Circuits.

**Objetivo:** determinar cuáles son los circuitos de pacientes con los que se trabaja en Reanimación del HUF, estudiando sus puntos débiles y posibles soluciones.

**Material y métodos:** Descripción de la organización de la unidad de Reanimación del HUF y de los circuitos en uso durante el año 2022.

**Resultados:** Se han identificado 8 circuitos de la CMA (Cirugía mayor ambulatoria) y 8 de la zona de hospitalizada, sus puntos débiles y posibles formas de evitarlo.

**Conclusiones:** Actualmente y con el aumento del número de pacientes atendidos en las áreas quirúrgicas, es imprescindible la creación de los distintos circuitos de pacientes por las que los pacientes tendrán que pasar, según su acto quirúrgico. Estos circuitos deben cumplir una serie de criterios en su creación para evitar crear nuevos problemas en el trabajo en estas áreas.

#### INTRODUCCIÓN:

En nuestro país, y en el mundo, cada vez se realizan más cirugías debido a los avances técnicos, envejecimiento de la población, etc.<sup>1</sup> Esto va asociado, indiscutiblemente, al aumento de las partidas económicas destinadas al área quirúrgica hospitalaria (mayor número de profesionales necesarios, aumento del gasto en material...).

Pero los recursos disponibles no son ilimitados y están asociados a las características de cada país o región. O esto era lo que creíamos hasta ahora. En los últimos años hemos visto cómo factores externos, ya sean globales como la última pandemia vivida<sup>8</sup>, o locales como la guerra en Ucrania, provocan cambios directos en la economía global y local; y, como consecuencia, cambios en los recursos disponibles a destinar a un área hospitalaria a nivel local<sup>2</sup>.

El área quirúrgica es una de las mayores fuentes de ingresos y gastos hospitalarios a nivel mundial<sup>5</sup> por lo que maximizar su eficiencia es una de las claves para la gestión de estas áreas, una obligación para sus gestores y la corresponsabilidad de los trabajadores<sup>1</sup>.

Esto conlleva la necesidad de trabajar dichas áreas, de forma cada vez más eficaz y eficiente<sup>6</sup>. Una parte muy importante del trabajo hospitalario del área quirúrgica que nos acerca a este objetivo, es la planificación del trabajo. ¿Cuántas cirugías podemos realizar?, ¿en qué orden?, ¿disponemos del personal o material necesario?<sup>3</sup>.

En nuestro ámbito quirúrgico, al sentarnos a planificar, lo primero es tener claro que trabajamos con personas con sus características individuales y que podemos planificar una fase determinada con tiempos medios, pero que estos pueden multiplicarse. Sumando estas características, necesidades y objetivos a la planificación, ni podemos citar para operar a 10 pacientes de más por si hay tiempo, ni de menos por si se alargan los tiempos. Debemos buscar el equilibrio óptimo.

Dentro de los distintos servicios que engloban estas áreas quirúrgicas, está el de reanimación. Su característica distintiva es que, por este Servicio, pasan a diario una gran cantidad de pacientes de muy diversas especialidades<sup>4</sup>, pero con diferentes orígenes y destinos hospitalarios y, por tanto, con diferentes circuitos de pacientes.

#### OBJETIVO:

Analizar los distintos circuitos de pacientes del Servicio de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF), cuántos son, qué puntos débiles presentan y los posibles errores y soluciones derivados.

#### DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD DE REANIMACIÓN DEL HUF:

El HUF (406 camas), dispone de 9 quirófanos, más 2 de urgencias y 1 obstétrico. El Servicio de Reanimación cuenta con un total de 23 camas y 6 sillones, situados en 2 zonas diferenciadas pero unidas físicamente:

- CMA (cirugía mayor ambulatoria). Está compuesta por 2 zonas: 12 camas para atención pre y postquirúrgica y 6 sillones en la zona de "adaptación al medio"



(donde los pacientes permanecen acompañados, deambulan y realizan la tolerancia oral, necesarios para el alta a domicilio).

- Hospitalización. En esta zona encontramos a los pacientes intervenidos con ingreso en planta. Encontramos 2 zonas separadas: 6 camas de corta estancia y 4 para larga estancia (más de 24 h) más 1 cama en BOX aislado con presión negativa. Estas 5 camas pertenecen a la zona "PICIS", llamada así en la unidad, por la historia clínica electrónica empleada con estos pacientes.

El personal lo compone el mismo equipo de enfermería, con rotaciones programadas entre ambas zonas especificadas en las planillas de turnos.

La característica principal de nuestra unidad, favorecida por la estructura física disponible, es la FLEXIBILIDAD del número de personal planificado y de camas entre ambas zonas, permitiendo el paso de pacientes y/o personal de enfermería según las cargas de trabajo en cada momento. Estos movimientos de pacientes y personal, son gestionados in situ por el propio personal de enfermería.

Favoreciendo la comentada flexibilidad del Servicio, existe una Comisión Quirúrgica, que se reúne al menos mensualmente, en la que se adaptan las sesiones quirúrgicas programadas a la demanda de la lista de espera. Estas sesiones quirúrgicas son mixtas, tratándose la cirugía hospitalizada y la ambulante.

Durante el año 2022, se atendieron un total de 8378 cirugías:

- CMA: 3658
- HOSPITALIZADOS: 3266
- PICIS: 704
- URGENCIAS: 750

### CIRCUITOS DE PACIENTES EN LA UNIDAD.

Según la RAE, un circuito es un "recorrido previamente fijado que suele terminar en el punto de partida". Un circuito hospitalario sería el recorrido previamente fijado que realiza el paciente para recibir la atención específica a su proceso de salud.

En el ámbito hospitalario es imprescindible trabajar con todos los posibles circuitos perfectamente establecidos y mucho más, en aquellas áreas donde el movimiento de pacientes es mayor.

En el caso concreto del que hablamos en este artículo, en nuestro Servicio de Reanimación del HUF, atendimos a 8378 pacientes con entradas al Servicio y destinos posteriores nada homogéneos. No cabe ninguna duda sobre la importancia de tener todos los circuitos bien diseñados e implementados.

Para crear un circuito específico en el ámbito quirúrgico, debemos plantearnos una serie de preguntas:

- ¿Qué tipo de cirugía vamos a ofrecer?
- ¿Qué pacientes vamos a atender?
- ¿Qué necesidades, atenciones, cuidados se derivan de esta cirugía?
- ¿Qué profesionales, áreas están implicados?
- ¿Cómo están organizadas estas áreas o profesionales?
- ¿Cuáles son los tiempos estimados de atención por profesional o área?

Intentando responder a todas estas preguntas, en nuestra Unidad de Reanimación, trabajamos con los siguientes circuitos de pacientes:

#### CMA:

1. Paciente de CMA. Paciente atendido en la unidad pre y postquirúrgicamente con alta a domicilio.
2. CMA urgente. Paciente atendido postquirúrgicamente con alta a domicilio.
3. CMA reconvertido a hospitalizado. Paciente ambulatorio atendido prequirúrgicamente en CMA y posteriormente, tras decisión médica, es trasladado a la zona de hospitalización para su atención postquirúrgica y su alta a planta.
4. CMA pediátrico. Paciente atendido en la unidad pre y postquirúrgicamente con alta a domicilio, menor de edad y que permanece acompañado por un adulto.
5. Cardioversión programada. Paciente atendido en la unidad para realización de cardioversión eléctrica (CVE) programada con preparación en la unidad y alta a domicilio.
6. Cardioversión urgente. Paciente atendido en la unidad para realización de CVE con alta al servicio de procedencia.
7. Sin cama. Pacientes con cirugía e ingreso programados sin cama asignada pero sí planificada, con atención prequirúrgica en CMA y postquirúrgica en hospitalización tras la asignación de cama.
8. Rápidos CMA. Pacientes atendidos prequirúrgicamente por TCAE de la unidad y alta directa a domicilio.

#### HOSPITALIZADA:

1. Paciente de hospitalización. Paciente atendido postquirúrgicamente en la unidad, con alta a planta.
2. Paciente de hospitalización urgente. Paciente atendido postquirúrgicamente en la unidad, con alta a planta, pero sin cama asignada a su llegada.
3. Cesárea programada urgente. Paciente atendido postquirúrgicamente en la unidad, con alta a planta, pero sin cama asignada a su llegada. Nos encontramos 2 casos diferentes:
  - a) Cesárea programada urgente con niño/a. La madre realiza el "piel con piel" en la unidad y acompañada por familiar.
  - b) Cesárea programada urgente sin niño/a, por causa materna o neonatal y sin acompañamiento familiar.
4. Hospitalización pediátrica. Paciente atendido en la unidad postquirúrgicamente con alta a planta, menor de edad y que permanece acompañado por un adulto.
5. PICIS (nombre de la historia clínica electrónica empleada). Paciente atendido postquirúrgicamente, que permanece ingresado en la unidad más de 24 horas y alta a planta posterior.
6. HIPEC. Paciente intervenido de citorreducción con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica, que precisa de BOX de aislamiento y con alta posterior a planta.
7. Hospitalización no quirúrgica. Pacientes que ingresan en la unidad tras realización de procedimientos terapéuticos fuera del área quirúrgica, con alta a la unidad de procedencia.
8. Paciente hospitalizado sin cama. Paciente atendido postquirúrgicamente en la unidad, pero que pasa la noche en la unidad hasta la asignación de cama y traslado a planta.

En total, trabajamos con 8 circuitos de pacientes en CMA y otros 8 en hospitalizada. Todos los trabajadores de la unidad, debemos conocer estos 16 circuitos, siendo posible eliminar, modificar o ampliar estos circuitos cuando las circunstancias así lo precisen y de forma consensuada.

### ¿EXISTEN PROBLEMAS RELACIONADOS CON ESTE NÚMERO DE CIRCUITOS?

Trabajar con 16 circuitos diferentes, puede provocar que aparezcan problemas al no presentar características homogéneas. En este trabajo intentamos analizar los posibles puntos débiles que presenta cada circuito (por separado o en su conjunto).

Todos estos pacientes, independientemente del circuito al que pertenezcan, reciben una serie de cuidados pre y postquirúrgicos, más o menos comunes, según la cirugía y área correspondiente (hospitalizada o CMA). Estos cuidados, de presentar algún problema derivado, no se podrían achacar a su pertenencia a un circuito determinado, sino a la realización de ese cuidado. Por este motivo, decidimos no incluir en nuestro estudio los cuidados de cada tipo de cirugía.

Al decidir no estudiar los cuidados realizados durante la estancia, debemos plantearnos qué puntos débiles se producen alrededor de la entrada y salida del paciente, atendiendo al circuito al que pertenece.

Los puntos débiles y los problemas derivados que nos podemos encontrar en los pacientes pertenecientes a cada uno de estos circuitos, son:

| PUNTO DÉBIL                 | POSIBLE PROBLEMA   |
|-----------------------------|--|
| Identificación del paciente | Identificación errónea / técnica, cirugía errónea        |
| Pertenencias personales     | Pérdida / extravío de pertenencias                       |
| Acompañantes                | No tener localizado al familiar                          |
| Información                 | No recibir la información adecuada (paciente y familiar) |

**Identificación del paciente.** El paciente correcto, la localización correcta, y en el ámbito quirúrgico, la cirugía correspondiente, son los pilares iniciales básicos del circuito quirúrgico hospitalario. En reanimación, este “punto débil”, se ve agravado por los múltiples circuitos presentes en un mismo servicio. Además, una mala planificación del circuito en este campo, puede producir retrasos en la totalidad del circuito quirúrgico.

**Pertenencias personales.** Todos los pacientes llegan al hospital con determinadas pertenencias personales, desde ropa, hasta objetos de valor (monetario o sentimental). Desde el hospital, debemos evitar la pérdida o extravío de dichos objetos. Nos encontramos desde pacientes programados con taquilla individual y acompañados por familiares, hasta pacientes derivados de Urgencias, sin familiares. Por lo tanto, en unos casos existe una custodia familiar y localización fija y en otros, no existe custodia familiar y el paciente es derivado a varios servicios (urgencias – quirófano – reanimación – planta).

**Acompañantes.** En la mayoría de casos, el paciente se encuentra acompañado. En nuestro trabajo también entra el cuidado de ese acompañante. Tienen necesidad (y el derecho) de saber dónde está localizado el paciente o ser informados sobre qué intervenciones se van a realizar, cuándo, cambios en las decisiones de la estancia, etc. Recordemos que la presencia de los acompañantes en los quirófanos y reanimación, está muy limitada a determinados momentos

**Información recibida.** Tanto los pacientes, como los acompañantes tienen el derecho de recibir información sobre la cirugía realizada, tratamientos empleados, etc. Los profesionales sanitarios tenemos la obligación de facilitar dicha información (priorizando qué y quién darla). Si unimos los múltiples circuitos presentes, con la obligación actual de ser lo más eficaces y eficientes posibles, no es difícil que esa información no sea suministrada a tiempo. Como ejemplo, no siempre cabe la cirugía seguida de forma inmediata de la información correspondiente. En nuestro Servicio, sobre todo en la CMA, es vital trabajar con ese punto en mente.

### PUNTO DÉBIL: IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE. ACTUACIONES.

En nuestra unidad, identificar correctamente al paciente, pasa por varios puntos:

1. El paciente siempre debe tener en la muñeca su Pulsera Identificativa.
2. Comprobar su identificación, preguntándole directamente en la preparación prequirófano.
3. Localización del paciente en el sistema informático (SELENE), por número de cama y por recurso: A (CMA), H (Hospitalizados) y U (Urgentes).
4. Localización del paciente en los paneles de camas (escrito en pizarra).
5. Impresión el día previo de los paneles quirúrgicos programados.

Como norma general, el paciente portará en todo momento, una pulsera identificativa suministrada al paciente en el Servicio de Admisión a su entrada en el hospital. Si durante la estancia esta pulsera se pierde o deteriora, el mismo Servicio envía otra al ser solicitada.

Como casos particulares, encontramos:

- Paciente de CMA y cardioversión eléctrica. El paciente será identificado correctamente durante la preparación prequirúrgica realizada en la unidad desde la “sala de espera quirúrgica” presencial y en SELENE. Estos pacientes siempre deben aparecer en la lista quirúrgica programada. Durante su paso por las distintas áreas se modifica su situación tanto en SELENE como en los paneles de camas.
- Paciente Hospitalizado. Estos pacientes deben aparecer en la lista de programación. Somos informados de su traslado desde quirófano y realizamos su traslado en SELENE. Debemos comprobar la pulsera identificativa y la cama de la planta en la que están ingresados.
- Pacientes urgentes, hospitalizados o ambulatorios. Somos informados de su traslado desde quirófano. Realizamos la búsqueda y traslado en SELENE y panel de camas.
- Pacientes en PICIS, lo mismo que en los pacientes hospitalizados, añadiendo su localización y traslado en PICIS.

En la unidad de CMA, los pacientes pasan primero por la zona de atención pre y postquirúrgica y después son trasladados a la “sala de adaptación al medio” (sillones). Debido al gran número de pacientes que pasan por estas zonas cada día, posiblemente, sea el punto más débil de todos los circuitos en lo que a la identificación del paciente se refiere. Recordemos, que el circuito de estos pacientes en nuestra unidad es:

SALA DE ESPERA – VESTUARIOS - CMA (pre) – QUIRÓFANO – CMA (post) – ZONA DE ADAPTACIÓN AL MEDIO - ALTA

Por lo tanto, es imprescindible ser muy estrictos en la identificación, control informático y en el panel de camas de estos pacientes.

#### **PUNTO DÉBIL: PERTENENCIAS PERSONALES. ACTUACIONES.**

En el campo de las pertenencias personales y su posible extravío, influyen factores como la presencia familiar o el circuito correspondiente:

- Paciente de CMA. Sus pertenencias son guardadas en las taquillas del vestuario, con llave individual. Esta llave es preferible que sea guardada por el familiar, que será avisado para el alta (los pacientes de CMA nunca se pueden ir de alta sin acompañamiento). Es importante valorar la necesidad, localización y custodia de las gafas del paciente en caso de necesitarlas. En estos casos su uso puede ser muy importante para ayudarles en su recuperación en reanimación.
- Paciente de hospitalizada. Las pertenencias se quedan en la habitación del paciente.
- Paciente de urgencias. En este caso, si el paciente viene acompañado por familiares, estos se quedan con todas sus pertenencias. De no venir acompañado, las pertenencias de valor quedan custodiadas por Seguridad, desde la entrada del paciente en urgencias. En la unidad debemos comprobar que el paciente es trasladado con el justificante necesario para que el paciente pueda retirar sus objetos de valor y comprobar que el paciente lo lleva al alta a planta. También puede ser que sea trasladado con una bolsa con sus pertenencias que no son de valor, como ropa, que nos quedaremos junto al paciente.
- En los pacientes de larga estancia o en espera de cama, pueden hacer uso de sus dispositivos móviles, solicitándolo al Servicio de Seguridad.

#### **PUNTO DÉBIL: ACOMPAÑANTES. ACTUACIONES.**

Nuestra actividad con los acompañantes difiere del circuito correspondiente. Las visitas no son permitidas, salvo:

- Pacientes menores de edad.
- Paciente con requerimientos especiales como alteraciones de la comunicación, minusvalías, etc.
- Pacientes de PICIS (visitas a las 18:30 h).
- Pacientes en espera de cama sin previsión rápida de ella.
- Los pacientes de CMA al pasar al área de preparación al alta.

En todo momento podemos ser flexibles con esta norma según valoración del personal de la unidad.

Es imprescindible trabajar de forma conjunta con el Servicio de Atención al Paciente, que realizan la función de enlace entre los familiares y los profesionales.

Por norma general:

- Los pacientes de CMA. Siempre deben venir acompañados y nunca se irán de alta a domicilio sin acompañamiento. Los acompañantes esperarán en la Sala de Espera hasta el traslado al área de preparación para el alta.
- Hospitalizada. Los acompañantes esperan en la Sala de Espera y tras ser informados del resultado de la cirugía, esperan en la habitación del paciente.
- Pacientes sin cama. Igual que en los hospitalizados, siendo posible facilitar la visita si la espera para el alta se alarga. Al alta del paciente, debemos comunicar el destino al Servicio de Atención al Paciente que informará a los acompañantes.

Otro caso particular es el de los pacientes urgentes, tanto ambulatorios como hospitalizados. En estos casos, los pacientes son trasladados por un mayor número de áreas, por lo que es más fácil que estos acompañantes no sepan dónde se encuentra el paciente en determinados momentos.

En la sala de espera de los acompañantes se encuentran varias pantallas donde se reflejan los traslados realizados en SELENE, para ayudarles a saber dónde se encuentra el paciente en tiempo real.

#### **PUNTO DÉBIL: INFORMACIÓN. ACTUACIONES.**

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recoge el derecho de los pacientes y familiares a recibir información sobre su proceso quirúrgico y la obligación de los profesionales sanitarios de ofrecerla.

Obviamente, esta información también está regulada atendiendo a determinadas circunstancias. Una de ellas es quién es el profesional responsable de hacerlo.

Pero esta información no siempre es posible darla en el momento adecuado. Factores como la atención de otros procesos urgentes, el estado de vigilia postquirúrgico del paciente, incluso la organización de la planificación quirúrgica (eficacia y eficiencia), hacen que la inmediatez de la información no siempre sea posible.

En nuestra unidad, los profesionales de Enfermería dentro de la unidad y los de Atención al Paciente en la sala de espera, somos los que mantenemos un contacto más directo con los pacientes y acompañantes. Por lo tanto, somos los profesionales a los que más reclaman esa información.

Debemos comprender y asimilar como parte imprescindible del circuito, que esa información sea suministrada, haciendo de intermediarios con el profesional pertinente.

En el caso de CMA, esto es más importante, porque el momento del alta del paciente, depende de nuestra decisión según los criterios establecidos. Y un derecho del paciente y una obligación nuestra, es que el paciente no puede irse de alta sin el informe médico y la información correspondiente. Debemos comprobar que el paciente dispone de la información y, de no tenerla, avisar al facultativo correspondiente.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

En la actualidad, todo el trabajo hospitalario se encuentra compartimentado, debido a la progresiva especialización de los diferentes trabajos (incluso entre los mismos profesionales) y a la búsqueda de la mayor eficacia y eficiencia posible.

La consecuencia es que, en el mismo acto, el paciente debe ser trasladado de forma frecuente entre distintas áreas o servicios hospitalarios, cada uno con sus peculiaridades, necesidades y protocolos propios.

Para que estos sistemas funcionen de forma adecuada, es imprescindible la creación de los diferentes circuitos, que cada paciente, según los objetivos y necesidades de la atención sanitaria requerida, deben seguir para hacer eficaz en tiempos y resultados esa atención.

La creación de los circuitos no debe ser común a todos. Se deben atender las necesidades y características individuales de cada uno de ellos.

Un circuito mal diseñado puede provocar problemas como:

1. Errores identificativos del paciente.
2. Extravío de objetos personales del paciente.
3. Desinformación de los pacientes / acompañantes.
4. Desconocimiento de los pacientes / acompañantes.
5. Descontento del personal sanitario, dificultades en el trabajo diario, enfrentamientos entre diferentes profesionales, pacientes o acompañantes, aumento del estrés laboral...
6. Retrasos en los tiempos de atención.
7. Aumentos de la lista quirúrgica.
8. Fallos en la cadena de atención planificada.
9. Bloqueos o retrasos secundarios a otros circuitos.

Para evitar todos estos posibles problemas, cada circuito hospitalario en su elaboración, debe ser:

1. Pertinente. Diseñado para atender a las necesidades de la atención planificada para cada circuito.
2. Eficaz. Respecto a tiempos y actuaciones<sup>3</sup>.
3. Consensuado. Todo el equipo implicado debe estar implicado en su elaboración<sup>7</sup>.
4. Flexible. Durante toda su vida útil, sin perder la capacidad de mejora.
5. Revisable. Debemos prestar atención a los posibles fallos que presente, teniendo en consideración las opiniones de todos los miembros del equipo.
6. Integral. Todo el equipo debe participar, aportando ideas, sugerencias para mejorar su funcionamiento y ser valoradas por los líderes del equipo.
7. Seguro. Debemos tener en cuenta sus posibles puntos débiles y planificar los pasos en estos puntos con mayor atención<sup>3</sup>.
8. Sustituible. Como se ha demostrado durante la última pandemia, los circuitos se pueden y deben alterarse o, incluso, sustituirse en su totalidad ante causas mayores.

Los beneficios de disponer de circuitos de pacientes hospitalarios correctamente elaborados, sobre todo en las áreas donde se juntan múltiples circuitos distintos, son:

1. Seguridad.
2. Eficacia.
3. Eficiencia.

4. Satisfacción laboral en los trabajadores.
5. Satisfacción de los pacientes y acompañantes.
6. Adaptabilidad del sistema hospitalario.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Albareda J, Clavel D, Mahulea C, Blanco N, Ezquerro L, Gómez J, et al. Do we perform surgical programming well? How can we improve it? *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (English Edition)*. Noviembre de 2017;61(6):375-82.
2. Barbagallo S, Corradi L, de Ville de Goyet J, Iannucci M, Porro I, Rosso N, et al. Optimization and planning of operating theatre activities: an original definition of pathways and process modeling. *BMC Med Inform Decis Mak*. Diciembre de 2015;15(1):38.
3. De Pedro MT, Jimenez MP, Rodrigo I. Análisis del circuito de los pacientes hospitalizados. *Todo hospital*, 138, Julio-Agosto 1997.
4. Fuentes L, Pineda A, García I, Jiménez I, Cabeza de Vaca MJ, Motero JJ. Circuito quirúrgico informatizado. Una herramienta para la mejora de la atención al paciente quirúrgico. *Index Enferm* vol 16 n.58.
5. Gómez-Ríos MA, Abad-Gurumeta A, Casans-Francés R, Calvo-Vecino JM. Claves para optimizar la eficiencia de un bloque quirúrgico. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Febrero de 2019;66(2):104-12.
6. H T Malik, J Marti, A Darzi, E Mossialos. Savings from reducing low-value general surgical interventions. *Br J Surg*. 2018 Jan;105(1):13-25.
7. Hurtado P, Herrero S, Valero R, Valencia L, Fàbregas N, Ingelmo I, et al. Circuitos postoperatorios en los pacientes sometidos a craneotomía programada. Revisión narrativa. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. Agosto de 2020;67(7):404-15.
8. Pou N, Peix T, Trias S, Trilla A, Varela P, Martinez G, et al. Gestión de la actividad quirúrgica electiva de un hospital terciario durante la pandemia por SARS-CoV-2. *Journal of Healthcare Quality Research*. 36 (2021) 136-141.

# AQUACEL Ag. Surgical

## Más vale prevenir que curar:

El primer paso del tratamiento de las complicaciones del sitio quirúrgico es su PREVENCIÓN



La PLATA IÓNICA proporciona:

- Reducción del número de bacterias<sup>1</sup>
- Eficacia de amplio espectro<sup>2-4</sup>
- Actividad antimicrobiana sostenida contra los patógenos que causan la ISQ



Clinicamente probado y fiable:

- Reducción de ISQ<sup>5,6</sup>
- Reducción de infección periprotésica articular (IPA)<sup>7,8</sup>
- Reducción de flictenas<sup>9,10</sup>
- Reducción de costes<sup>1,3-4,6-9</sup>
- Mejora de la satisfacción de los pacientes<sup>1,3-4,6-12</sup>
- Reducción del tiempo de enfermería<sup>10</sup>



Mejora la calidad de vida



Barrera impermeable, antibacteriana y antiviral



**convatec**

— forever caring —



**Surgical Solutions**

From Convatec



AP-60660-ESP-SPAEU-V1 (v1.0)

1. Bowler PG, Parsons D. Combating wound biofilm and recolonization with a novel anti-biofilm Hydrofiber® wound dressing. *Wound Medicine*. 2016;14:6-11. 2. Jenks PJ, Laurent M, McQuarry S, Watkins R. Clinical and economic burden of surgical site infection (SSI) and predicted financial consequences of elimination of SSI from an English hospital. *J Hosp Infect*. 2014 Jan;86(1):24-33. 3. Antimicrobial activity and prevention of biofilm reformation by AQUACEL Ag+ Extra™ dressing. Scientific Background Report. WHR13857.MA236. 2013. Data on file. Convatec Inc. 4. Antimicrobial activity against CA-MRSA and prevention of biofilm reformation by AQUACEL Ag+ Extra™ dressing. Scientific Background Report. WHR13875.MA239. 2013. Data on file. Convatec Inc. 5. Kuo FC, Chen B, Lee MS, Yen SH, Wang JW. AQUACEL® Ag Surgical Dressing Reduces Surgical Site Infection and Improves Patient Satisfaction in Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty. A Prospective, Randomized, Controlled Study. *Biomed Res Int*. 2017;2017:1262108. 6. Struik GM, Vrijland WW, Birnie E, Klem TMAL. A randomized controlled trial on the effect of a silver carboxymethylcellulose dressing on surgical site infections after breast cancer surgery. *PLoS One*. 2018 May 23;13(5):e0195715. 7. Cai J, Karam JA, Pavizi J, Smith EB, Sharkey FF. Aquacel surgical dressing reduces the rate of acute PJI following total joint arthroplasty: a case-control study. *J Arthroplasty*. 2014 Jun;29(6):1098-1000. 8. Grosso MJ, Berg A, LaRussa S, Murtaugh T, Trofa DP, Geller JA. Silver-impregnated Occlusive Dressing Reduces Rates of Acute Periprosthetic Joint Infection After Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2017 Mar; 32(3):929-932. 9. Springer BD, Beaver WB, Griffin WL, Mason JB, Colum SM. Role of Surgical Dressings in Total Joint Arthroplasty. A Randomized Controlled Trial. *Am J Orthop (Bele Mead NJ)*. 2015 Sep;44(9):415-20. 10. Hopper GP, Dealin AH, Crane EO, Clarke JV. Enhancing patient recovery following lower limb arthroplasty with a modern wound dressing: a prospective, comparative audit. *J Wound Care*. 2012 Apr; 21(4):200-3. 11. Kuo FC, Chen B, Lee MS, Yen SH, Wang JW. AQUACEL® Ag Surgical Dressing Reduces Surgical Site Infection and Improves Patient Satisfaction in Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty: A Prospective, Randomized, Controlled Study. *Biomed Res Int*. 2017;2017:1262108. 12. Bocchiotti MA, Baglioni EA, Spaziaré L, Frenello A, Ruka E. Aquacel Surgical Dressing after Thigh Lift: A Case-Control Study. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016 Sep;4(9):e663

**INTRODUCCIÓN:**

El Hospital La Paz trabaja desde 2015 en la donación en asistolia controlada (DAC)<sup>1,2</sup>, como estrategia adicional para paliar la carencia de donantes pediátricos<sup>3,4</sup>. La perfusión abdominal normotérmica (PAN), desarrollada recientemente<sup>5</sup>, ha mejorado los resultados con respecto a la asistolia convencional, permitiendo expandirse a la población pediátrica<sup>6,7,8</sup>.

La complejidad en este tipo de donación viene dada por el tiempo de "Isquemia caliente", comprometiendo la viabilidad de los órganos<sup>5,9</sup>, por lo que la técnica requiere gran coordinación del equipo y un elevado nivel de destreza y capacitación del personal<sup>1</sup>.

**OBJETIVOS:**

- Analizar la implantación de DACP.
- Capacitar a la Enfermería para la extracción multiorgánica, incluyendo al equipo móvil a otros centros, proporcionándole conocimientos y habilidades

**MATERIAL Y MÉTODO:**

- Formación; simulación clínica de DAC pediátrica (DACP) con PAN. Se incluyeron sesiones de "role-play", "debriefing", y "hands on".
- Sesiones formativas y "debriefing" tras cada DACP clínica.
- Recogida y análisis descriptivo

**RESULTADOS:**

Se realizaron 6 sesiones de simulación de DACP con modelos inanimados y experimentales participando toda la enfermería. La 1ª DACP se realizó en 2018, desde entonces se han realizado 26 trasplantes, incluyendo los dos 1º trasplantes Multiviscerales Pediátricos bajo DAC a nivel mundial.

Se elaboró un Algoritmo; canulación de grandes vasos post-mortem, apertura abdominal ultra-rápida y preservación de órganos. Gracias al aprendizaje tras cada procedimiento, se objetiva la necesidad de dos enfermeras instrumentistas, interviniendo simultáneamente en campo torácico y abdominal durante la fase de canulación rápida. Se desarrolló "Check-list".

**DISCUSIÓN/ CONCLUSIONES:**

La DACP se ha convertido, en poco tiempo, en una valiosa fuente de donantes para la población pediátrica<sup>6,7,10</sup>

Tanto el Algoritmo, clarificando pasos elementales y roles, como el Check-list<sup>1</sup>, minimizando los errores en la preparación y los posibles derivados de trabajar en ambientes desconocidos, favorecen la precisión y la celeridad, evitando situaciones que pudieran comprometer el resultado final.

En la práctica clínica, hemos reconocido fortalezas, el personal de enfermería estaba entrenado en la canulación<sup>1</sup>, y debilidades, como dificultades en la coordinación por comunicación insuficiente entre el equipo y el escaso número de enfermeras.

Concluimos que el entrenamiento en equipo y el "debriefing" son determinantes para el buen desarrollo de la práctica.

**Palabras clave:** Donación en Asistolia Controlada, Isquemia Caliente, Perfusión Normotérmica, Formación, Enfermería.

**ABSTRACT****Background**

Hospital University La Paz has been working on DAC (controlled asystole donation) since 2015<sup>1,2</sup>, as a additional strategy to alleviate the lack of pediatric donors<sup>3,4</sup>. The abdominal perfusion normothermic recently developed it has improved the results concerning to convencional asystole<sup>5</sup>, allowing expansion to the pediatric population<sup>6,7,8</sup>. The complexity in this type of donation is given by the "hot ischemia" time, compromising the viality of the organs<sup>5,9</sup>, so the technique requires great team coordination and a high level of skill and training of personnel<sup>1</sup>.

The main objective is analyze the implementation of DACP (pediatric) and train nursing for multi-organ extraction, including mobile equipment to others centers, providing knowledge and skills.

**Materials and Methods**

- Training: clinical simulation of DAC with PAN (abdominal perfusion normothermic. Sessions of "role play", "debriefing" and "hands on" were included on.
- Training sessions and "Debriefing" after each clinical DACP
- Collection and descriptive analysis

**Results/Outcomes**

6 CPAD simulation sessions were carried out with inanimate and experimental models with the participation of all the nursing staff. The first DACP was carried out in 2018. Two transplants have been performed, including the two 1st pediatric multivisceral transplants in DAC worldwide. An algorithm was developed; post-mortem cannulation of large vessels, ultra-rapid abdominal opening and organ preservation. Thanks to learning after each procedure, the need for two scrub nurses to intervene simultaneously in the thoracic and abdominal field during the fast cannulation phase was observed. Check-list was developed.

**Conclusions**

The DACP has become, in a short time, a valuable source of donors for the pediatric population<sup>6,7,10</sup>.

Both the algorithm, clarifying Elementary steps and roles, and the check-list<sup>1</sup>, minimizing errors in the preparation and the possible derivatives of working in unknown environments, favor precision and speed, avoiding situations that could compromise the final result. In clinical practice, we have recognized strengths, the nursing staff was trained in cannulation and weaknesses<sup>1</sup>, such as difficulties in coordination due to insufficient communication between the team and the small number of nurses. We conclude that team training and debriefing are decisive for the Good development of the practice

**Keywords:** Controlled Asystole Donation (DCA), Training, Warm Ischemia Normothermic Perfusión (Pan), Nursing.

## OBJETIVO/S:

Se planteó analizar la implantación de la DACP en el Hospital La Paz, desde el comienzo en 2019 hasta la actualidad y capacitar a la enfermería que compone el equipo de trasplantes en la extracción multiorgánica, incluyendo al equipo itinerante que se desplaza a otros centros, proporcionándoles competencias para el desempeño de sus actividades, mediante un programa formativo específico.

## INTRODUCCIÓN:

El HULP cuenta con una amplia experiencia en los trasplantes pediátricos, comenzando en 1985 hasta la actualidad, siendo el único centro nacional donde están implementados todos los tipos de programas de trasplantes pediátricos, incluyendo órganos sólidos y hematopoyéticos. Tal es su experiencia que desde 2017 es centro coordinador de la red de referencia europea: Transplantchild.<sup>1</sup>

En la población pediátrica la disponibilidad de órganos es muy escasa <sup>2,3,5</sup>, para dar solución a este problema, en el 2015 se puso en marcha en el HULP, el “Plan de donación en asistolia controlada”. La Organización nacional de trasplantes (ONT) refuerza esta línea dentro del plan estratégico 2018-2022, apostando por implantar nuevas medidas, como es la donación en asistolia controlada.<sup>2</sup>

Existen diferentes tipos de donación en asistolia ( DA ), según la clasificación de Maastricht modificada (Madrid 2011).

|                        |     |                                    |  |
|------------------------|-----|------------------------------------|--|
| DONACIÓN NO CONTROLADA | I   | Fallecido a la llegada             | Incluye víctimas de una muerte súbita, traumática o no, acontecida fuera del hospital que, por razones obvias, no son resucitadas y que son trasladadas al hospital sin medidas de resucitación.   |
|                        | II  | Resucitación infructuosa           | Incluye pacientes que sufren una parada cardíaca y son sometidos a maniobras de reanimación que resultan no exitosas. en esta categoría se diferencian dos subcategorías:<br><br>IIA. Extrahospitalaria<br>La parada cardíaca ocurre en el ámbito extrahospitalario y es atendida por el servicio de emergencias extrahospitalario, quien traslada al paciente al hospital con maniobras de cardio-compresión y soporte ventilatorio.<br><br>IIb. Intrahospitalaria<br>La parada cardíaca ocurre en el ámbito intrahospitalario, siendo presenciada por el personal sanitario, con inicio inmediato de maniobras de reanimación. |
| DONACIÓN CONTROLADA    | III | A la espera del paro cardíaco      | Incluye pacientes a los que se aplica limitación del tratamiento de soporte vital tras el acuerdo entre el equipo sanitario y éste con los familiares o representantes del enfermo.  |
|                        | IV  | Paro cardíaco en muerte encefálica | Incluye pacientes que sufren una parada cardíaca mientras se establece el diagnóstico de muerte encefálica o después de haber establecido dicho diagnóstico, pero antes de que sean llevados a quirófano. Es probable que primero se trate de restablecer la actividad cardíaca pero, cuando no se consigue, puede modificarse el proceso al de donación en asistolia.   |

**Tabla 1.** Clasificación Maastricht sobre donantes en asistolia (modificado Madrid 2011). Fuente: Tomada de ONT. Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Documento de consenso.

ONT: 2012.Madrid

Nuestro objeto de estudio se corresponde al tipo III, donde se especifica las características de los pacientes candidatos a ser donantes, serán pacientes pediátricos crónicos en los que el tratamiento curativo es ineficaz, presentan daño neurológico irreversible sin muerte encefálica o patología médica de cualquier etiología con un pronóstico infausto, muchos de ellos en situación de cuidados paliativos.<sup>1</sup>

Tras el acuerdo ,consensuado del equipo sanitario multidisciplinar (unidades de cuidados paliativos, cuidados intensivos y cirugía) con los familiares, teniendo en cuenta las repercusiones positivas para la familia donante, de retirar medidas desproporcionadas de soporte El proceso se organiza y planifica para realizar la donación, de tal forma que se aplicarán medidas de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV), para que el paciente fallezca en quirófano por una parada circulatoria y respiratoria prevista.<sup>1,4</sup>

La DA es frecuente en adultos<sup>7,9</sup>, sin embargo, en niños se ve limitada por dificultades técnicas y éticas. La DAC pediátrica nace como estrategia para que los niños se beneficien al máximo y gracias a la perfusión normotérmica abdominal (PAN), desarrollada recientemente, se basa en la utilización de un circuito de circulación extracorpórea (ECMO) <sup>3,5</sup> poder mejorar los resultados con respecto a la asistolia convencional, permitiendo expandirlo a la población pediátrica.<sup>6,7,8</sup>

Aunque no existen datos concluyentes, el éxito de la extracción de órganos validos esta íntimamente relacionado con la destreza y capacitación del personal implicado en el proceso, ya que la complejidad de este tipo de donación viene dada por el tiempo de isquemia caliente, comprometiendo la viabilidad de los órganos donantes, por lo que la técnica de extracción ultrarrápida requiere de una coordinación del equipo y un entrenamiento previo.<sup>1</sup>

## Metodología:

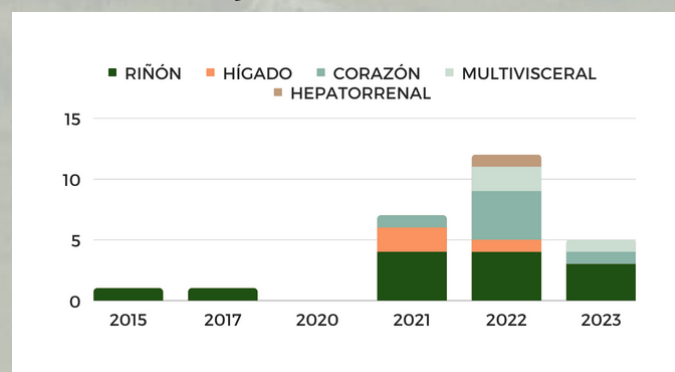
Previo a la implantación del Programa de donación en asistolia controlada en la clínica, se llevó a cabo un plan de formación para el personal del equipo de trasplantes, comenzando en el 2018 mediante simulación de donación en modelo animal en el Centro Avanzado de Simulación y Entrenamiento del HULP.

Dentro de este plan, se impartieron sesiones formativas previas a cada simulación clínica, donde se utilizaron técnicas de aprendizaje como “Rol Playing” y “Hands on” in situ con la recreación del área quirúrgica en diferentes escenarios o situaciones clínicas. Tras cada sesión se realizó un debriefing para puesta en común entre los participantes. De igual forma se recogieron los datos para análisis descriptivo en dichas situaciones como en las donaciones posteriores realizadas en el hospital.

## Resultados:

Esta formación dio comienzo en el 2019 hasta el 2021, se llevaron a cabo 6 sesiones es decir 2 cursos anuales de simulación de DAC con modelos inanimados y experimentales para todos los profesionales donde asistió el 100% del equipo de enfermería de trasplantes.

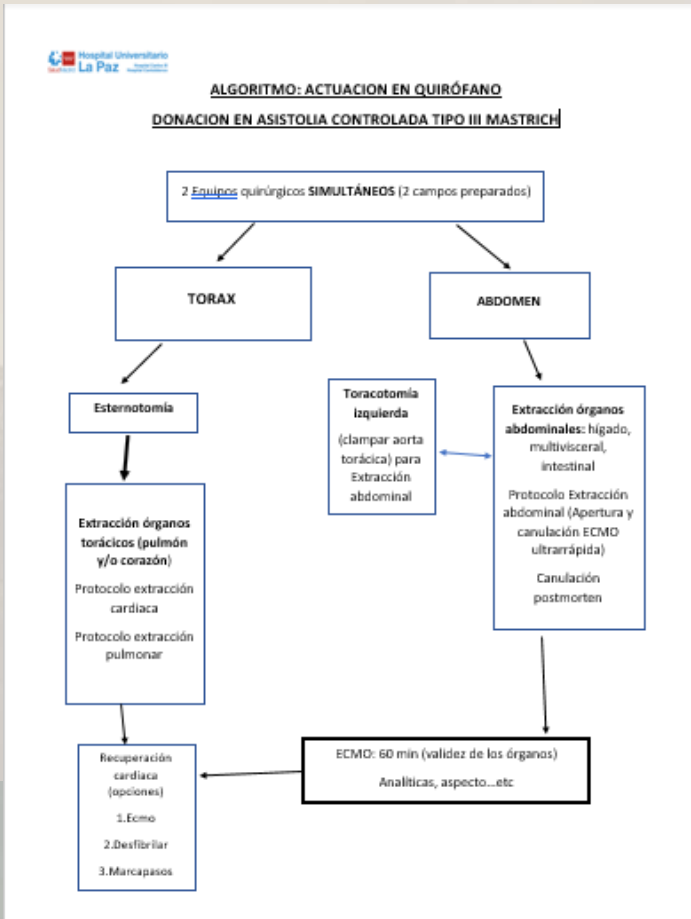
La primera extracción bajo DAC pediátrica se llevó a cabo en el 2018, realizada por el equipo itinerante del HULP en el Hospital del Niño Jesús de Madrid. Desde entonces, se han realizado 26 trasplantes con órganos procedentes de DAC en el HULP. En el 2020, se realizaron 4 trasplantes renales. En 2021, 1 trasplante cardíaco,4 renales,2 hepáticos. En 2022, 4 cardíacos,5 renales,2 hepáticos, incluyendo los 2 primeros trasplantes multiviscerales pediátricos bajo DAC a nivel mundial. En lo que se lleva de 2023, los datos actuales son; 1 multivisceral,3 renal ,1 cardíaco. **Gráfica 1**



**Gráfica 1.** Evolución DACP en el Hospital La Paz. Fuente: Elaboración propia

A demás de las realizadas en el hospital, se han realizado extracciones en otras comunidades autónomas por el equipo móvil-itinerante en: San Sebastián y Andalucía, a pesar de que los órganos no se implantaban en el HULP.

Gracias a la experiencia conseguida en estas simulaciones, se elaboraron dos documentos. En primer lugar, el Algoritmo de actuación, donde se sistematizan los pasos y se tienen en cuenta los diferentes caminos que se pueden adoptar, dependiendo del tipo de extracción que se vaya a realizar torácica y/o abdominal. **Figura 1.**

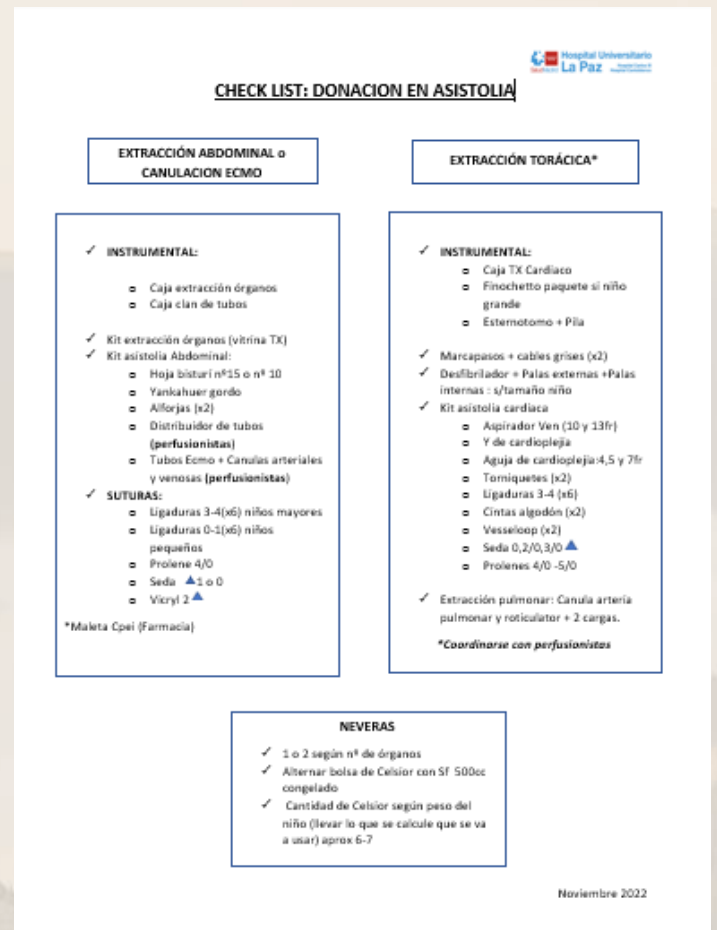


**Figura 1.** Algoritmo actuación DACP .

Fuente: *Elaboración propia*

Donde se reflejan los pasos consensuados a seguir, ya que se realiza técnica de extracción super rápida: apertura abdominal ultrarrápida para canulación de grandes vasos (arteria aorta infrarrenal y vena cava inferior a nivel abdominal ) para preservación de los órganos con perfusión normotérmica mediante ECMO, introduciendo solución heparinizada. Tras cada procedimiento se pudo objetivar la necesidad de 2 enfermeras instrumentistas, interviniendo simultáneamente en campo torácico y abdominal durante la fase de canulación rápida.

Por último, se creó un Check-list, protocolizado por el equipo, como herramienta facilitadora para la preparación de la donación. Incluyendo todo lo necesario, para un adecuado desarrollo; instrumental, fungible, suturas, material, mobiliario...etc., de esta forma previniendo posibles errores en la preparación del quirófano , que pudieran comprometer el resultado final. **Figura 2.**



**Figura 2.** Check- List de preparación quirófano. Fuente: *Elaboración propia*

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La DAC pediátrica se ha convertido, en poco tiempo, en una valiosa fuente de donantes para la población pediátrica 3,6,8. Debido a la escasez de órganos que padecen los pacientes pediátricos 2,4, este tipo de donación supone un aumento de los posibles órganos válidos, disminuyendo de esta forma las listas de espera y la mortalidad-pretrasplante, de igual modo se ha observado la disminución de los trasplantes procedentes de donantes vivos.<sup>10</sup>

Este tipo de donación es un procedimiento complejo, que incluye la extracción multiórganica con extracción rápida, lo cual debe realizarse con precisión y velocidad, para ello la formación del equipo fue determinante para la validez de los órganos<sup>1,10</sup>

Tanto el algoritmo, que ha servido para clarificar los pasos elementales y roles, como el Check list, minimizando los errores en la preparación y los posibles derivados del trabajar en ambientes desconocidos, han servido para evitar situaciones que pudieran comprometer el resultado final .

En la práctica clínica, hemos reconocido fortalezas, ya que todo el personal de enfermería estaba entrenado en la canulación de grandes vasos <sup>1</sup>, pero también debilidades, como dificultades en la coordinación dentro del quirófano, a causa de una comunicación insuficiente y el escaso número de enfermeras del que se dispone.



Consideramos de importancia crear canales de comunicación entre profesionales, para aprender de los errores y adquirir conocimientos actualizados de una forma continua. Gracias al entrenamiento de todos los profesionales implicados y a la formación recibida, se ha podido concluir que el trabajo en equipo y el defrieking son determinantes para el buen desarrollo de la practica asistencial como ha sido el caso en las donaciones en asistolia.

Tanto el algoritmo, que ha servido para clarificar los pasos elementales y roles, como el Check list, minimizando los errores en la preparación y los posibles derivados del trabajar en ambientes desconocidos, han servido para evitar situaciones que pudieran comprometer el resultado final .

En la práctica clínica, hemos reconocido fortalezas, ya que todo el personal de enfermería estaba entrenado en la canulación de grandes vasos <sup>1</sup>, pero también debilidades, como dificultades en la coordinación dentro del quirófano, a causa de una comunicación insuficiente y el escaso número de enfermeras del que se dispone.

Consideramos de importancia crear canales de comunicación entre profesionales, para aprender de los errores y adquirir conocimientos actualizados de una forma continua. Gracias al entrenamiento de todos los profesionales implicados y a la formación recibida, se ha podido concluir que el trabajo en equipo y el defrieking son determinantes para el buen desarrollo de la practica asistencial como ha sido el caso en las donaciones en asistolia.

#### BIBLIOGRAFÍA:

1. Hospital Universitario La Paz. Programa de donación en asistolia controlada pediátrica con perfusión normotérmica. Informe de grupo científico de HULP.Madrid;2022.
2. Ministerio sanidad, consumo y bienestar social. Plan estratégico en donación y trasplante de órganos 2018-2022. Sistema español de donación y trasplante.[internet].Informe Grupo de trabajo. Madrid;2018. [ Consultado el 2 de abril 2023] Disponible en:
3. Weiss MJ, Hornby L, Witterman W, Shemie SD. Pediatric Donation After Circulatory Determination of Death: A Scoping Review. *Pediatr Crit Care Med* 2016; (17): 87-97
4. Organización nacional de trasplantes. Recomendaciones sobre donación pediátrica.[Internet] .Madrid:Asociación española de pediatría y ONT.; 2020;(5):79-96.[consultado el 1 de abril 2023].Disponible en: [Http://www.ont.es/Infesp/documentosdeconsenso/Recomendaciones%20Nacionales%20sobre%20Donacion%20Pedi%C3%A1trica%20Mayo%202020.pdf](http://www.ont.es/Infesp/documentosdeconsenso/Recomendaciones%20Nacionales%20sobre%20Donacion%20Pedi%C3%A1trica%20Mayo%202020.pdf).
5. Hessheimer AJ, et al.Normothermic regional perfusion vs super-rapid recovery in controlled donation after circulatory death liver transplantation.JHepatol.2018;16-9
6. Andres AM, Encinas JL,Sanchez-Galán A,Rodriguez JS,Estefania K,Sacristan RG.et al.Fist case report of multivisceral trasnplant from a deceased cardiac death donor.Am J transplant.2023;23(4):577-81.doi:10.3389/ti.2023.1083
7. Tchana-Sato V, Ledoux D, Detry O, Hans G, Ancion A, D'Orío V, Massion PB, Amabili P, Bruls S, Lavigne JP, Monard J, Delbouille MH, Sakalihasan N, Defraigne JO. Successful clinical transplantation of hearts donated after circulatory death using normothermic regional perfusion. *J Heart Lung Transplant*. 2019; 38(6):593-98.
8. Stringa P, Vecchio Dezillio LE, Talayero et al.Experimental assesment of intestinal damage in controlled donation after circulatory death for visceral transplantation.*Transpl Int*.2023. doi: 10.3389/ti.2023.10803
9. Pérez Villares JM. Donación en asistolia. *Cuad. Med. Forense*[internet].2015[citado 28 mayo 23];21(1-2):43-9. Disponible en [Http://scielo.isciii.es/scielo.php=51135-760620150001000006](http://scielo.isciii.es/scielo.php=51135-760620150001000006&ing=es) .[.Https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062015000100006](https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062015000100006)
10. Hospital Universitario La Paz. Memoria de Actividad de donación en asistolia controlada en pediatría. Coordinación de trasplantes del HULP. Madrid; 2022



## Tecnología Sorbact®

La tecnología Sorbact® Previene y trata eficazmente la infección de heridas en pacientes de todas las edades. Las bacterias se unen irreversiblemente a la superficie recubierta de DACC™ para una eliminación segura y un efecto antibacteriano sin la liberación de sustancias activas. Por lo tanto, no se espera resistencia antimicrobiana. Los apósitos con la tecnología Sorbact® ofrecen una gestión segura y eficaz de la infección de heridas para el avance del bienestar del paciente.



## Beneficios de la tecnología Sorbact®

- Reduce la carga biológica en las heridas[1,2]
- Sin liberación de sustancias activas en la herida
- No promueve la liberación bacteriana de endotoxinas[3]
- No se espera el desarrollo de resistencia bacteriana o fúngica
- Sin contraindicaciones conocidas y bajo riesgo de alergias
- Sin limitación en el tiempo de tratamiento[4]<sup>8</sup>

Más información  
sobre la tecnología  
Sorbact®



Descarga las  
recomendaciones de la guía  
NICE para prevenir la ISQ



[1]Mosti G et al. Comparative study of two antimicrobial dressings in infected leg ulcers: a pilot study. J Wound Care. 2015;24:121-122, 124-127. <https://doi.org/10.12968/jowc.2015.24.3.121> [2] Ciliberti M et al. The effect of a bacteria- and fungi- binding mesh dressing on the bacterial load of pressure ulcers treated with negative pressurewound therapy: a pilot study. Wounds. 2016;28:408-420. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27589361> [3] Budi Susilo Y et al. Significant and rapid reduction of freeendotoxin using a dialkylcarbamoyl chloride-coated wound dressing. J Wound Care. 2022;31:502-509. <https://doi.org/10.12968/jowc.2022.31.6.502> [4] Kammerlander Get al. An investigation of Cutimed® Sorbact® as an antimicrobial alternative in wound management. Wounds UK. 2008; 4(2):10-18. <https://www.wounds-uk.com/journals/issue/14/article-details/an-investigation-of-cutimed-sorbact-as-an-antimicrobial-alternative-in-wound-management>.

Cutimed®, y Leukomed® son marcas registradas de ESSITY. Sorbact® es marca registrada de ABIGO MEDICAL AB.

©MD Información destinada a profesionales de la salud. Los productos mencionados son productos sanitarios. Aconsejamos leer las instrucciones de utilización y el etiquetado antes de su utilización.

**RESUMEN:**

**Introducción:** La fascitis necrotizante (FN) por ser una dolencia poco usual y de difícil diagnóstico supone un gran problema para la salud pública, debido a la afectación que produce en el gasto hospitalario, por su elevado índice de mortalidad y morbilidad en los sobrevivientes pudiendo ocasionar alteración psicológica, económica y disminución de la calidad de vida en estos pacientes.

**Objetivos:** Describir un caso clínico, exponiendo la importancia de realizar un plan de cuidados individualizado en una paciente afectada de por una fascitis necrotizante, siguiendo la metodología enfermera y las interrelaciones NANDA-NOC-NIC.

**Metodología:** Se expone el caso clínico con las diferentes intervenciones que se realizan para manejar el alto débito del exudado de las diferentes lesiones, y las intervenciones empleadas para el aislamiento de la zona inguinal. Se sintetizan en periodos cronológicos las actuaciones enfermeras que han contribuido a manejar la gestión del exudado. Se utiliza la metodología NANDA-NIC-NOC para la realización del plan de cuidados.

**Resultados:** Los cuidados de enfermería, así como la elaboración y seguimiento de un plan de cuidados individualizado de las heridas de la paciente afectada por una fascitis necrotizante por parte del equipo de enfermería, se muestra como la clave para una evolución favorable de la lesión quirúrgica, tanto a nivel de la reducción de las dimensiones de la herida, como exudado y prevención de los signos de infección.

**Conclusiones:** Se hace necesario realizar una valoración pormenorizada de la paciente y de la lesión, con el objetivo de establecer un abordaje adecuado y diseñar un plan de cuidados acorde a la situación particular de esa persona. La evaluación final de los resultados esperados ha permitido constatar que las intervenciones programadas resultaron eficaces y permitieron una evolución favorable del proceso de recuperación.

**PALABRAS CLAVE:** Fascitis Necrotizante; Shock Séptico; Plan De Cuidados De Enfermería.

**INTRODUCCIÓN:**

La fascitis necrotizante (FN) (1), es la forma de infección más agresiva del grupo de las infecciones necrotizantes de tejidos blandos (INTB), que se extiende por la piel, la fascia superficial, los tejidos subcutáneos y los músculos. Está caracterizada por su evolución acelerada hacia una necrosis tisular y asociada a una grave toxicidad sistémica.

Esta infección es de vital importancia a nivel sanitario, ya que es una patología que ha incrementado su incidencia durante los últimos años, probablemente en relación con el envejecimiento poblacional y la presencia de mayor número de sujetos inmunosuprimidos y al predominio en la producción de toxinas de *Streptococcus Pyogenes* (SP)<sup>(2)</sup>. Se observa con mayor frecuencia en invierno y predomina en pacientes del sexo masculino entorno a edades entre 37 a 63 años<sup>(3)</sup>.

A pesar de los avances en el conocimiento de su etiopatogenia y la disponibilidad de medidas terapéuticas más eficientes, la tasa de mortalidad se ha mantenido relativamente alta entre el 25% y 35% durante los últimos treinta años en los EEUU<sup>(4,5)</sup>.

Esta alta letalidad sigue siendo mayor entre los pacientes cuando se acompaña de síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTE) o shock séptico y/o factores de riesgo<sup>(4,6)</sup>. Su alta mortalidad se debe a que varios signos y síntomas de la FN son similares a los de otras INTB, por ello con frecuencia se diagnostica erróneamente y se retrasa la intervención y el tratamiento adecuado<sup>(7)</sup>.

**CLASIFICACIÓN:**

El sistema de clasificación de FN ha sido descrito por primera vez por Giuliano y colaboradores en 1977<sup>(1)</sup>, los cuales diferenciaron dos tipos de cultivos. Con el paso del tiempo, esta clasificación ha ido evolucionando con el reconocimiento de otros agentes causales que pueden originar esta infección<sup>(1)</sup>. Existen 4 tipos dentro de la clasificación donde el Tipo 1 se presenta en un 70-80% de los casos. Se presenta como una infección polimicrobiana<sup>(8)</sup> de acción sinérgica, involucra al menos una especie anaeróbica (más comúnmente *Bacteroides*, *Clostridium* o *Peptostreptococcus*) se aísla en combinación con Enterobacterias grupales (ej: *Escherichia Coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Proteus*) y uno o más estreptococos anaerobios facultativos (no *Streptococcus* del grupo A). Este tipo de infecciones pueden incluir a la Gangrena de Fournier y la Angina de Ludwig.

Por otra parte, el *Streptococcus Beta-Hemolítico* del Grupo A (SBHGA) también conocido como *Streptococcus Pyogenes*, que es una bacteria aerobia grampositiva que libera exotoxinas actuando como superantígenos<sup>(9,10)</sup> se presenta como una toxina capaz de activar el sistema inmune y provocar la liberación de grandes cantidades de citocinas inflamatorias, ocurriendo como resultado la fuga capilar, daño tisular y toxicidad sistémica. Esto puede dar como consecuencia en aproximadamente un tercio de los casos a una complicación sistémica grave, el SSTE, que se define como una infección estreptocócica asociada a la rápida aparición de tipo shock séptico y fallo multiorgánico<sup>(9, 10, 11,12)</sup>.

**ETIOLOGÍA:**

La FN por SP en la mayoría de los casos afecta a las extremidades y en individuos que presentan factores predisponentes (tabla 1), aunque en ocasiones se han descrito casos de pacientes jóvenes sin comorbilidad asociada<sup>(6,8)</sup>.

Esta bacteria puede ingresar a los tejidos profundos de manera invasiva a través de un portal de entrada (lesiones cutáneas superficiales, roturas de la piel o después de un trauma penetrante) o también se puede iniciar profundamente en los tejidos blandos de manera no invasiva sin un portal de entrada, normalmente en sitios de trauma no penetrante (tensión muscular, hematoma)<sup>(6,9)</sup>.

| FACTORES ENDÓGENOS                            |
|---|
| - Diabetes mellitus                           |
| - Alcoholismo                                 |
| - Inmunosupresión                             |
| - Obesidad                                    |
| - Glucocorticoides                            |
| - Consumo de antiinflamatorios no esteroideos |
| - Enfermedades tumorales                      |
| - Edades extremas                             |

| FACTORES EXÓGENOS         |
|---------------------------|
| - Heridas cutáneo-mucosas |
| - Traumatismo local       |
| - Cirugía local           |
| - Venopunción             |
| - Arteriopatía periférica |

Tabla 1. Principales factores predisponentes

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

La FN es muy difícil de diagnosticar en etapas tempranas y precisa de un alto grado de sospecha clínica, ya que durante sus fases iniciales sus manifestaciones clínicas son similares a otras INTB<sup>(1,13)</sup>.

Generalmente, se presenta de manera aguda, y en raras ocasiones puede mostrarse en un curso subagudo<sup>(8,14)</sup>. Su cuadro clínico habitual se puede diferenciar en manifestaciones cutáneas y sistémicas<sup>(1)</sup>.

La presentación clínica cutánea que debe hacer sospechar la presencia de una infección necrotizante incluye dolor intenso desproporcionado, edema e induración más allá del área eritematosa, calor, rubor, inflamación, existencia de ampollas o flictenas de contenido sero-sanguinolento, necrosis o equimosis y crepitación o presencia de gas<sup>(3,6,8,12)</sup>.

### DIAGNÓSTICO:

Como ya se ha comentado anteriormente, establecer el diagnóstico de FN es complicado, por su similar presentación clínica con otras infecciones en etapas tempranas. Por ello, el diagnóstico debe ser inspeccionado agresivamente porque un retraso puede permitir que la enfermedad progrese a etapas posteriores más críticas antes de que se inicie el tratamiento apropiado<sup>(13)</sup>.

### TRATAMIENTO:

Para el manejo integral de la FN requiere de un enfoque multidisciplinar en la unidad de cuidados intensivos (UCI)<sup>(2,12,14)</sup>. El tratamiento general comprende tres medidas fundamentales: un extenso desbridamiento quirúrgico precoz, soporte hemodinámico y terapia antibiótica empírica de amplio espectro<sup>(1, 8, 11,14)</sup>.

El objetivo de la cirugía es confirmar el diagnóstico de sospecha, realizar un desbridamiento quirúrgico extenso de todo el tejido necrótico hasta alcanzar un tejido sano y viable, el drenaje de las posibles colecciones existentes y la obtención de material para el diagnóstico histológico y microbiológico<sup>14</sup>.

Se recomienda reevaluar la herida al menos tras 24-48 h del desbridamiento inicial y posteriormente la inspección y el desbridamiento debe continuar cada 1 o 2 días tantas veces como sea necesario, hasta conseguir eliminar todo el tejido necrótico y el control de la infección local<sup>(2, 6,14)</sup>.

### JUSTIFICACIÓN:

La FN por ser una dolencia poco usual y de difícil diagnóstico supone un gran problema para la salud pública. El ámbito hospitalario se ve afectado por el gasto que supone la necesidad de hospitalización de larga estancia en la UCI y de continuas intervenciones quirúrgicas. Esta patología no sólo presenta elevadas cifras de mortalidad, sino que también eleva la morbilidad en los sobrevivientes pudiendo ocasionar alteración psicológica, económica y disminución de la calidad de vida en estos pacientes.

Por ello, la identificación precoz como las intervenciones y cuidados llevados a cabo posteriores son decisivos para mantener la estabilidad y recuperación del paciente.

En todo este proceso, la enfermera es una figura fundamental dentro del equipo multidisciplinar para la atención a estos pacientes, no solo en la UCI sino también en la unidad de cirugía general, ya que los cuidados básicos y especializados que proporciona, y la identificación de posibles complicaciones durante la estancia de estos enfermos, contribuye a la obtención de mejores resultados.

Además, resulta necesaria la ampliación de conocimientos en el cuidado de heridas crónicas basadas en la evidencia científica. Por ello, se hace necesaria una formación continua para el abordaje y atención del paciente, basado en una comunicación activa y participativa entre el personal sanitario, paciente y familia, ya que va a ser necesaria para obtener su confianza y ofrecer unos cuidados basados en la humanización y receptividad.

### OBJETIVOS:

Describir el caso clínico de una paciente afectada por una fascitis necrotizante y sus cuidados de enfermería.

Determinar las intervenciones basadas en la mejor evidencia, sobre los cuidados de enfermería en pacientes diagnosticados de una fascitis necrotizante.

Conocer las pautas para la valoración, tratamiento y diseño de planes de cuidados de enfermería a pacientes afectados de una fascitis necrotizante.

Definir un plan de cuidados acorde a las diferentes lesiones que presenta el paciente, así como el uso de los diferentes apósitos y tratamiento para el control de exudado de la herida.

### MATERIAL Y MÉTODOS

La paciente es ingresada en la unidad de cirugía general y digestivo para la realización de las curas y seguimiento de la herida tras 40 días de ingreso en UCI. Al ingreso presenta afectación de partes blandas de la región glútea y cara anterolateral del muslo derecho, y se identifica una disminución del tamaño y de la cantidad de gas de las colecciones inter e intramusculares conocidas que afectan a la musculatura glútea y compartimento anterolateral del muslo.

Presenta una colección inter e intramuscular localizada en los aductores derechos y que parece comunicarse con la colección que se extiende por la raíz e inserción de los isquiotibiales, que muestra discreta disminución del tamaño y disminución del gas (mide 17mm de grosor máximo).

Este seguimiento se realiza de forma conjunta entre cirugía general, cirugía plástica, traumatología y unidad de sepsis debido a la gran afectación de la zona inguinal, paquete muscular aductor y glúteo por todos los cuidados que requiere la zona afectada.

Se recibe a la paciente en el servicio de cirugía general en la última semana de mayo del 2022 después del periodo de estancia hospitalaria de 40 días de en UCI por shock séptico con foco abdominal + Fascitis necrotizante. (Absceso en íleon distal, fistulizado, con proceso infeccioso necrotizante a íliaco, glúteo, y muslo derecho).

La paciente se ha sometido a una intervención quirúrgica de una resección de 50 cm de íleon terminal + ileostomía terminal. Se lleva a cabo un lavado muscular a nivel glúteo y muslo derecho, con desbridamiento y nuevas incisiones, y también varias intervenciones quirúrgicas en semanas posteriores para limpieza y desbridamiento de las diferentes lesiones secundarias a la fascitis necrotizante. Como otras complicaciones la paciente presenta una perforación vesical debido a plastrón inflamatorio que precisa de Colectostomía y doble JJ ureteral derecho por atrapamiento uréter y cara posterior vesical por plastrón vesícula biliar. En seguimiento por la unidad de sepsis por el tratamiento combinado con diferentes antibióticos.

Para el manejo del caso clínico se realiza la valoración por parte del equipo de enfermería para elaborar un plan de cuidados para el control y manejo de la herida que presenta un elevado exudado con los dispositivos de los que se disponen, eligiendo el más apropiado según avanzaba el caso. Siguiendo la metodología NANDA, NOC, NIC, se organizan los cuidados por periodos cronológicos, apoyándonos en registros visuales de la herida.

Se realiza el registro del historial clínico y la hoja de valoración de Enfermería:

#### 1. Necesidad de oxigenación:

- Eupneica.
- No fumadora.

#### 2. Necesidad de nutrición:

- Sigue una dieta hiposódica. La ingesta de líquidos es adecuada. Refiere no tener apetito. Ha perdido 12 kg en el último mes y medio motivado por su enfermedad. Presenta palidez de piel y mucosas, pero se encuentran bien hidratadas. Durante la estancia hospitalaria se administran batidos hiperproteicos.

#### 3. Necesidad de eliminación:

- Portadora de sondaje vesical durante la estancia hospitalaria.
- Portadora de una ileostomía terminal tras ser sometida a una resección de íleon.

#### 4. Necesidad de movilidad:

- Movilidad muy reducida debida a la afectación de la fascitis necrotizante en zona glútea y cara anterolateral del muslo derecho.

#### 5. Necesidad de reposo/ sueño:

- La paciente descansa por periodos cortos debido al dolor de la zona afectada, necesitando analgesia en cada turno

#### 6. Necesidad de vestirse/desvestirse:

- Necesita ayuda para la colocación de prendas de ropa.

#### 7. Necesidad de termorregulación:

- Sin síntomas.

#### 8. Necesidad de higiene piel y mucosas:

- Al ingreso la paciente presenta afectación de partes blandas de la región glútea y cara anterolateral del muslo derecho, y se identifica una disminución del tamaño y de la cantidad de gas de las colecciones inter e intramusculares conocidas que afectan a la musculatura glútea y compartimento anterolateral del muslo.

El área afectada presenta un lecho con un nivel de exudado muy elevado y húmedo, asociado con mucho dolor a la hora de realizar las curas y presencia de dolor a la hora de palpación en zona afectada.

También presenta zonas maceradas alrededor de la lesión y bordes enrojecidos en la herida de la zona inguinal.

#### 9. Necesidad de seguridad:

- Escalada de calidad de vida de "Montreux".
- Calidad de vida: (percepción del individuo de su posición en la vida y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones).
- Bienestar físico (capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio) = 26%.
- Bienestar psicológico percepción subjetiva, estado o sentimiento hacia sí mismo) = 20%.
- Imagen corporal (es la manera en que te ves y te imaginas a ti mismo) = 5%.
- Dolor (ausencia) = 40%.
- Actividad sexual = 40%.
- Nutrición = 20%.
- Preocupaciones sociales (nivel de relación social) = 70%.
- Manejo de dispositivos = 60%.
- Índice de calidad de vida = 41,76%.
- Autosuficiencia: (grado de independencia del paciente)
- Autosuficiencia: 55%.
- Ayuda y consejo = 100%
- Cuestiones generales:
- Adaptación positiva; capacidad de sobreponerse a las adversidades, construir sobre ellas y proyectarse en el futuro = 50%
- Adaptación negativa; Disminución progresiva de la reacción innata a un estímulo, que se produce como resultado de la presencia repetida o constante de ese estímulo = 60%
- Ayuda = 100%

#### 10. Necesidad de comunicación:

- Sin alteraciones.

#### 11. Necesidad de religión/ Creencias:

- Es cristiana no practicante.

#### 12. Necesidad de trabajar:

- Trabaja actualmente en un puesto de farmacia.

#### 13. Necesidad de participar en actividades recreativas:

- Le gusta pasear, viajar y salir con las compañeras.

#### 14. Necesidad de adquirir conocimientos:

- Muestra interés y colabora en los cuidados de enfermería a la hora de realizar las curas y seguimiento de las lesiones.

Durante este proceso, nos encontramos con los siguientes diagnósticos de enfermería (15,16,17):

### (00132) Dolor agudo.

NOC [1605] Control de dolor.

NIC [1400] Manejo del dolor

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, según corresponda.
- NIC [2210] Administración de analgésicos.
- Valoración del dolor: tipo, localización, comienzo del mismo.
- Utilizar medidas de control del dolor, antes de que sea severo

### (00004) Riesgo de infección.

NOC [1609] CONDUCTA TERAPÉUTICA: ENFERMEDAD O LESIÓN.

NIC [1876] Cuidados del catéter urinario.

- Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril, si procede.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares.
- Cambiar el sistema del drenaje urinario a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato.

NOC [1103] CURACIÓN DE LA HERIDA: POR SEGUNDA INTENCIÓN

- [110301] Granulación. El paciente pasará de un nivel 2 (escaso) a un nivel 4 (sustancial) en 7 días.
- [110303] Secreción purulenta. El paciente pasará de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (escaso) en 5 días.
- [110312] Necrosis. El paciente pasará de un nivel 4 (escaso) a un nivel 5 (ninguno) en 48 horas.
- [110317] Olor de la herida. El paciente pasará de un nivel 3 (moderado) a un nivel 5 (ninguno) en 5 días.

NIC [3520] Cuidados de la herida quirúrgica y Prevención de úlceras por presión

- Describir las características de la herida a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Evitar mantener la herida húmeda por el alto nivel de exudado que presenta.
- Limpiar la herida con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.

- Colocación de superficies especiales de manejo de presión. (SEMP).
- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
- Asegurar una ingesta dietética adecuada.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar y si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.

### (00046) Deterioro de la integridad cutánea.

NOC [1101] INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS.

- [11011] Perfusión tisular. El paciente pasa de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido 15 días).
- [11013] Integridad de la piel. La paciente pasa de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido 30 días).
- NIC [3590] Vigilancia de la piel.
- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda

NIC [3520] Cuidados de las úlceras por presión.

- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
- Verificar la ingesta adecuada de calorías y proteínas de alta calidad.

### (00085) Deterioro de la movilidad.

NOC [0208] MOVILIDAD

NIC [5612] Enseñanza de la actividad ejercicio prescrito.

- Explicar la importancia de la deambulación precoz para prevenir ileo paralítico y tromboembolismo.
- NIC [0221] Terapia de ejercicios: deambulación.
- Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio.

### (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud.

NOC [1305] ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL: CAMBIO DE VIDA.

NIC [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo.

- Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos.
- Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
- Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.
- Ayudar al paciente a identificar las conductas objetivo que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Valorar nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación al cambio deseado.
- Valorar el ambiente social y físico del paciente por el grado de apoyo de las conductas deseadas.
- Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta.

NOC [1602] CONDUCTA DE FOMENTO DE LA SALUD.

NIC [4480] Facilitar la autorresponsabilidad.

- Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.
- Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual.
- Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de la salud.

- Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente.

### EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Al día siguiente de recibir la paciente en el servicio de cirugía general, se comenzó a realizar la cura y su seguimiento. Se observó que la paciente presentaba una lesión con buena evolución en la zona de las heridas abiertas anteriores y mediales del muslo tras la estancia de 40 días en la UCI donde se había sometido a varias intervenciones quirúrgicas de desbridamiento de las zonas afectadas por la fascitis necrotizante. En las heridas laterales, se observó un leve fondo esfacelado, pero sin signos de infección.

Día 24/05 se procedió a la sutura de herida anterior distal del muslo. Actualmente, se observaron leves signos de dehiscencia sin objetivar drenaje. La paciente presentaba múltiples incisiones en zona lumbar derecha, zona anterolateral muslo derecho y zona abductor secundarias a desbridamientos quirúrgicos por fascitis. Comenzando con la zona posterior: para el cuidado de las heridas más pequeñas y limpias se diseñó un plan de cuidados que consistió en la limpieza de las lesiones con suero fisiológico, fomentos de polihexanida y con apósitos de hidrofibra de hidrocoloide Aquacel Ag+® individualmente. El sellado se realizó con apósito PLT por si estuvieran comunicadas con el resto.

Para las heridas más grandes y/o que claramente estaban comunicadas, se colocó foam Ag+, y se conectaron externamente mediante una técnica de reposicionamiento. En la parte anterior, se retiraron los puntos de aproximación para exponer más superficie, tras realizar la limpieza de las lesiones, se llevó a cabo la misma maniobra que en la parte posterior. Las heridas más limpias o pequeñas se aislaron, para ello se realizó la cura con Aquacel Ag+® y para las más grandes se colocó foam Ag+, mediante técnica de reposicionamiento, y se realizó su comunicación externamente.

Se inició la terapia de presión negativa realizando una conexión de la zona anterior y posterior mediante conexión en Y. Se programó la terapia de presión negativa a 150 mmHg, intensidad alta, modo continuo. Se vigiló aspecto y cantidad del exudado por turno y se estableció una pauta de cura y cambio de terapia de presión negativa los martes y los viernes. Se valoró constantemente el grado de dolor de la paciente y se administró analgesia pre-cura antes de la realización de cada cambio de la terapia de presión negativa ya que se trataba de un procedimiento bastante complejo y doloroso. (Figura 1).



FIGURA 1. PRESENTACIÓN DE LAS DIFERENTES LESIONES E INICIO DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Durante las segunda y tercera semana se mantuvo el plan de curas y se continuó con la terapia de presión negativa en la parte anterior. En la **parte anterior**, se presentaron heridas bastante exudativas, sobre todo en la zona inguinal con presencia de esfacelos en bordes. Se continuó con limpieza del lecho e higiene de la herida con suero fisiológico y fomentos con polihexanida. Se procedió con el desbridamiento de las lesiones localizadas en la ingle para que cerrasen por segunda intención y se revisó la herida suturada. En la **parte posterior**, se observó en todas las heridas un tejido de granulación limpio. La coloración del tejido de granulación no presentó variación, la sensibilidad se mantuvo presente. Se conectaron a la terapia de presión negativa (foam Ag+) mediante puentes las tres heridas principales. Para las heridas cubiertas con espumas, se estableció una pauta de cura cada 24-48 horas en función del exudado. Se decidió por parte de traumatología el cierre quirúrgico de las principales lesiones de la zona anterior de la pierna afectada a finales de la tercera semana del ingreso en la planta de cirugía. (Figura 2).



FIGURA 2. SEGUNDA Y TERCERA SEMANA DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA Y CIERRE DE LESIONES ZONA ANTERIOR.

Durante la cuarta semana de terapia de presión negativa, se mantuvieron las curas y se estableció un seguimiento para ver evolución y viabilidad de las diferentes lesiones, ya que, si la evolución continuara siendo muy favorable, se podría plantear el cierre por segunda intención de casi todas las lesiones. Los lechos de las lesiones fueron mejorando la coloración, presentaron sensibilidad, aunque también se visualizó algún exudado. Se continuó con limpieza de las lesiones con suero fisiológico con irrigación, fomentos con polihexanida. Se abordaron los bordes de la herida con cavilon® para estimular su granulación. Se conectó la terapia de presión negativa VAC® mediante puentes externos las mismas heridas que en la cura anterior, y resto de las lesiones con apósitos de hidrofibra de hidrocoloide Aquacel Ag+. Se mantuvieron los mismos parámetros de presión continua. (Figura 3). Se administró analgesia antes de la realización del procedimiento de cura.



FIGURA 3. CUARTA SEMANA DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA Y CURAS DE LESIONES CON APÓSITOS DE HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE Y APÓSITOS SECUNDARIOS.

Después de la quinta semana, se procedió a la retirada definitiva de la terapia de presión negativa (Figura 4) y se iniciaron curas de manera convencional. Se presentaron unas lesiones con una favorable evolución, es decir, heridas limpias sin colecciones, pero con alguna presencia de exudado, tejido de granulación presente y limpio por lo que se iniciaron curas según pauta establecida tras valoración conjunta por el servicio de cirugía plástica y el equipo de enfermería de la unidad. Se continuó realizando la higiene de la herida con esponjas de jabón de clorhexidina y suero fisiológico. A continuación, se aplicaron fomentos de polihexanida durante 15 minutos. Se realizó desbridamiento de biofilm con cureta. Se colocó cavilon<sup>®</sup> en bordes perilesionales de las heridas. Se aplicaron apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata y posteriormente apósitos hidrocelulares. Por último, compresas de hilo quirúrgicas para protección en zona de lesión. Se continuó con la administración de analgesia precura. Las dimensiones de la herida se redujeron de una manera muy considerable tras las 5 semanas de mantenimiento de la TPN.



FIGURA 4. QUINTA SEMANA - FINAL DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA .INICIO CURAS DE LESIONES CON APÓSITOS DE HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE Y APÓSITOS SECUNDARIOS.

Durante las 2 próximas semanas (Figura 5), se mantuvo el plan de curas y se observó una mejoría de las lesiones, con presencia de un menor exudado. Se continuó con la higiene y limpieza de las heridas. A continuación, se aplicaron fomentos de polihexanida durante 15 minutos. Se colocó cavilon<sup>®</sup> en bordes perilesionales y se aplicaron apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata, apósitos hidrocelulares y, por último, compresas de hilo quirúrgicas para protección en zona de lesión.



FIGURA 5. SEGUNDA Y TERCERA SEMANA DE CURAS DE LESIONES CON APÓSITOS DE HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE Y APÓSITOS SECUNDARIOS.

Después de la quinta semana de curas convencionales, se observaron unas lesiones con un menor exudado, una granulación activa en el lecho de la lesión y unos bordes perilesionales con escasa maceración. Las diferentes heridas se presentaron sin signos de infección ni esfacelos y con un escaso biofilm, el cual se mantuvo su desbridamiento con cureta (Figura 6). También las dimensiones de las lesiones se redujeron casi al completo y con un mejor control del dolor que permitió a la paciente realizar algunas de las actividades de la vida diaria dentro de su estado clínico.



FIGURA 6. QUINTA SEMANA DE CURAS DE LESIONES CON APÓSITOS DE HIDROFIBRA DE HIDROCOLOIDE Y APÓSITOS SECUNDARIOS.

Tras dos meses y medio de estancia hospitalaria, la paciente fue dada de alta, y recuperó casi toda su funcionalidad para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria, con una evolución de las lesiones favorables completamente y la satisfacción de la paciente con los cuidados ofrecidos (Tabla 2) por el equipo multidisciplinar en nuestra unidad de cirugía general. (Figura 7).



FIGURA 7. IMÁGENES SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES DESDE CONSULTA DE CIRUGÍA TRAS ALTA DE LA PACIENTE.

| Diagnóstico NANDA                             | Objetivo NOC   | Indicadores  | Valor inicial         | Valor final           |
|---|--|--|-----------------------|-----------------------|
| (00132)<br>Dolor agudo                        | NOC 1605<br>Control del dolor  | 160502 Reconoce el comienzo del dolor.   | 2                     | 4                     |
|   |  | 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.   | 1                     | 3                     |
|   | NOC 2102 Nivel del dolor   | 160511 Refiere dolor controlado  | 2                     | 4                     |
|   |  | 210204 Duración de los episodios de dolor.<br>210208 Inquietud.<br>210209 Tensión muscular   | 1<br>1<br>1           | 3<br>4<br>3           |
| (00004)<br>Riesgo de infección                | NOC 1609<br>Conducta terapéutica: enfermedad o lesión  | 160905 Cumple el régimen de medicación.  | 2                     | 4                     |
|   |  | 160906 Evita conductas que potencian la patología.   | 2                     | 4                     |
|   |  | 160907 Realiza cuidados personales compatibles con la habilidad.   | 1                     | 4                     |
|   | NOC 0204<br>Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas  | 020404 Disminución del estado nutricional.<br>020405 Hipoactividad intestinal.<br>020408 Retención urinaria.<br>020409 Fiebre.<br>020410 Infección del tracto urinario.<br>020418 Trombosis venosa | 1<br>1<br>2<br>2<br>2 | 4<br>4<br>4<br>4<br>4 |
| (00046)<br>Deterioro de la integridad cutánea | NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas  | 110102 Sensibilidad  | 1                     | 4                     |
|   |  | 110104 Hidratación   | 1                     | 3                     |
|   |  | 110111 Perfusión tisular   | 1                     | 3                     |
|   |  | 110113 Piel intacta  | 1                     | 3                     |
| (00085)<br>Deterioro de la movilidad          | NOC 0208 Nivel de movilidad  | 020801 Mantenimiento del equilibrio.   | 2                     | 4                     |
|   |  | 020802 Mantenimiento de la posición corporal.  | 1                     | 4                     |
|   |  | 020803 Movimiento muscular.  | 2                     | 4                     |
|   |  | 020804 Movimiento articular.<br>020805 Realización del traslado.   | 2<br>2                | 4<br>4                |
| (00099)<br>Mantenimiento ineficaz de la salud | NOC 1305<br>Adaptación psicosocial: cambio de vida.  | 130501 Establecimiento de objetivos realistas.   | 2                     | 3                     |
|   |  | 130502 Mantenimiento de la autoestima.   | 1                     | 4                     |
|   |  | 130503 Expresiones de productividad.   | 2                     | 4                     |
|   |  | 130504 Expresiones de utilidad.<br>130505 Expresiones de optimismo sobre el presente   | 1<br>2                | 4<br>4                |
| NOC 1602 Conducta de fomento de la salud.     | 160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos.<br>160202 Supervisa los riesgos del medioambiente.<br>160203 Supervisa los riesgos de la conducta personal<br>160209 Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud.<br>160210 Utiliza el apoyo social para fomentar la salud. | 160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos.  | 1                     | 3                     |
|   |  | 160202 Supervisa los riesgos del medioambiente.  | 2                     | 4                     |
|   |  | 160203 Supervisa los riesgos de la conducta personal   | 2                     | 4                     |
|   |  | 160209 Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud.<br>160210 Utiliza el apoyo social para fomentar la salud.   | 1<br>2                | 3<br>4                |

(Tabla 2)



## **CONCLUSIONES.**

Tras el desarrollo de este caso clínico y poder evaluar los efectos obtenidos, se puede constatar que las intervenciones programadas han sido eficaces para la obtención de los resultados esperados en la atención a esta paciente, dado que se ha logrado una recuperación favorable.

Se ha reafirmado la gran importancia de la elaboración y aplicación de un plan de cuidados individualizado a través de un lenguaje estandarizado (18) ya que nos permitió garantizar unos cuidados de calidad de manera continuada desde una visión multidisciplinar. Así mismo, la utilización de la taxonomía NOC nos permitió evaluar nuestros cuidados en cualquier momento, según las necesidades de la paciente.

La ejecución de este trabajo nos ha aportado evidencia sobre el cuidado enfermero integral en la unidad de cirugía general para poder ampliar conocimientos sobre la enfermedad de una paciente afectada de Fascitis Necrotizante y todas sus posibles complicaciones.

Algunas dificultades que se han encontrado en el abordaje de este tipo de lesiones secundaria a la fascitis necrotizante han sido la falta de guías o protocolos unificados para el manejo de heridas complejas como el caso expuesto y a su vez capacitar al personal de enfermería con los avances del manejo de este tipo de enfermos. Para ello se ha trabajado juntamente con las diferentes especialidades y equipos interdisciplinarios, mediante sesiones clínicas para el abordaje y seguimiento de las diferentes lesiones y su tratamiento.

En cuanto a los cuidados de enfermería referente a la lesión se puede evidenciar que:

- Para una evolución progresiva de las diferentes lesiones secundarias a la fascitis necrotizante, la terapia de presión negativa se presenta como una herramienta fundamental en los cuidados de enfermería.
- En cuanto al dolor, se hacen indispensable aplicar la analgesia precua de la paciente antes de llevar a cabo los diferentes procedimientos de curas en la fascitis necrotizante.
- Respecto al exudado, se confirma que una adecuada gestión del exudado mediante el uso correcto y adecuado de diferentes apósitos contribuye a una reducción de la maceración de las diferentes lesiones. Se puede destacar que es muy importante proteger la piel perilesional de la herida para fortalecer la integridad cutánea.
- Es fundamental, que los profesionales de la salud se capaciten y permanezcan en constante actualización y que puedan compartir sus conocimientos con los pacientes y los cuidadores.

También es imprescindible destacar la importancia de incluir a la familia (19) en el plan de cuidados, ya que es un elemento clave en los procesos de adaptación y de recuperación de la paciente durante su periodo de hospitalización y en la mayor parte de las ocasiones será el cuidador principal. Las enfermeras en las unidades de cirugía general deben establecer una correcta relación terapéutica, a fin de obtener un vínculo de confianza que permita identificar las necesidades a las que se enfrenta la paciente y su familia, ayudándoles a conocer sus posibilidades y limitaciones, ofreciéndoles y enseñándoles las herramientas necesarias para afrontar una determinada situación de salud.

En lo que se refiere a la documentación encontrada para el desarrollo del trabajo, la bibliografía publicada sobre este tema es muy amplia, aunque la mayor parte está destinada al ámbito médico. No obstante, existe poca información sobre los cuidados que han de proporcionar el equipo de enfermería a estos pacientes, teniendo en cuenta que son la principal fuente de asistencia durante su estancia.

Por ello, y como conclusión, sería interesante en futuras investigaciones estudiar más profundamente sobre este tema, para que todo el equipo multidisciplinar pueda participar en su detección precoz y así evitar complicaciones graves que pueden repercutir negativamente en la calidad de vida del paciente.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Ferrer Lozano Y, Morejón Trofimova Y. Fascitis necrosante. Actualización del tema. Medisur [revista en internet] 2018 [acceso 28 de agosto de 2023]; 16(6). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3855>
2. Fumis MA, Bidabehere MB, Moyano Y, Sardoy A, Gubiani ML, Boldrini MP et al. Fascitis necrotizante por streptococcus pyogenes: a propósito de un caso. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas. 2017; 74(3):281-287.
3. Díaz-Carrillo HG, Álvarez-Consuegra W, Tamayo-Pérez R. Fascitis necrotizante: revisión, conceptos recientes en etiopatogenia y diagnóstico. Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet] 2018 [acceso 28 de agosto de 2023]; 43(4). Disponible en: [http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1332/pdf\\_503](http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1332/pdf_503)
4. Bonne S, Kadri SS. Evaluation and Management of Necrotizing Soft Tissue Infections. Infect Dis Clin North Am [revista en internet] 2017 [acceso 29 de agosto de 2023]; 31(3): 497-511. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2017.05.011>
5. Thapaliya D, O'Brien MA, Wardyn ES, Smith CT. Epidemiology of necrotizing infection caused by Staphylococcus aureus and Streptococcus pyogenes at an Iowa hospital. Journal of Infection and Public Health [revista en internet]. 2015 [acceso 29 de agosto de 2023]; 8(6): 634-641. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.06.003>
6. Stevens LD, Bryant EA. Necrotizing Soft-Tissue Infections. N England J Med [revista en internet]. 2017 [acceso 30 de agosto de 2023]; 377:2253-2265. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1600673>
7. Guevel HL, Shifrin MM. Necrotizing Fasciitis in the Adult Patient: Implications for Nurse Practitioners. J Nurse Pract [revista en internet]. 2020 [acceso 30 de agosto de 2023]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.02.008>
8. Stevens LD, Wessels RM. Necrotizing soft tissue infections [monografía en internet]. Wessels RM, Edwards SM: Uptodate; 2020 [acceso 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
9. Stevens LD. Invasive group A streptococcal infection and toxic shock syndrome: Epidemiology, clinical manifestations and diagnosis [monografía en internet]. Wessels RM, Edwards SM: Uptodate; 2020 [acceso 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>

10.

10. Schmitz M, Roux X, Huttner B, Pugin J. Streptococcal toxic shock síndrome in the intensive care unit. *Ann. Intensive care* [revista en internet] 2018 [acceso 31 de agosto de 2023]; 8(88). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13613-018-0438-y>
11. Violini V, Romanello A, Vannetti A, Alasino M, Copparoni C, Samper A et al. Síndrome del shock tóxico estreptocócico: reporte de un caso. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2019; 47(2):147-150
12. Avilés García M, Figueira Iglesias JC, Agrifoglio Rotaache A, Sánchez Sánchez M. Bacteriemia, sepsis y shock séptico. *Medicine.* 2018; 12 (52): 3066-3075
13. Harrington HD, Lenahan MC, Sanders MR. A practitioner's guide to necrotizing fasciitis. *The nurse Practitioner* [revista en internet]. 2015 [acceso 01 de septiembre de 2023]; 40(4): 48-54. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000461947.30915.0c>
14. Hernández González EH, Mosquera Betancourt CG, de la Rosa Salazar V. Fascitis necrotizante: artículos en revisión. *Rev Arch Med Camagüey* [revista en internet] .2015 [acceso 02 de septiembre de 2023]; 19(6). Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n6/amc120615.pdf>
15. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International, diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020.* 11ª ed. Barcelona: Elsevier; 2017
16. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas LM. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC).* 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018
17. Butcher KH, Bulechek MG, Docteman MJ, Wagner MC. *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC).* 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018
18. Posos-González MJ, Jiménez-Sánchez J. Estandarización del cuidado mediante el plan de cuidados de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2019; 21 (1): 29-33
19. García Ortega D, García Graus N, Martínez Martín ML. La relación terapéutica con la familia del paciente crítico. *Metas Enferm.* 2016; 19 (2): 49-59

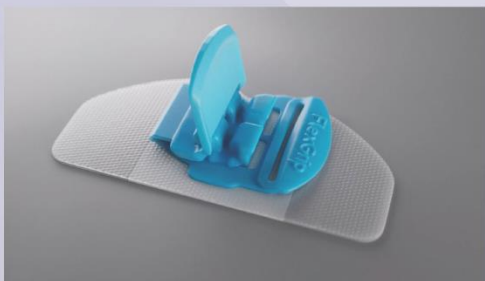
# flexGRIP®

cojín para catéter y **dispositivo de estabilización**

## UNIVERSAL

Para responder a problemas conocidos con las suturas:

- Minimiza las complicaciones asociadas con la sutura.
- Aumenta el confort y la seguridad del paciente.
- Evita lesiones por pinchazos de agujas.



GRAN FUERZA DE FIJACIÓN  
CON  
TECNOLOGÍA DE  
**ALMOHADAS DE AIRE**  
SIN IMPACTO EN EL CAUDAL

Atención al Cliente Tel. 900 822 270  
[izasamedical.es](http://izasamedical.es)

**izasa**  
**medical**  
a werfen company

El 02 de junio de 2023, se ha celebrado el Auditorium Museo Reina Sofia en Madrid la **4ª Jornada Nacional de enfermería en cirugía**, Organizada por la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía (SEECIR). La jornada bajo el lema “El arte de cuidar”, contó con la presencia de 209 inscritos y fue inaugurada por D. Fernando Núñez Crespo (presidente de la Jornada), D. José Antonio Jerez Gonzalez (presidente de Seecir), Dña. Elena Viñas Toledo (Secretaria General del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid) y D. José Luis Cobos Serrano (Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España)

La mesas de ponencia han contado con ponentes de gran prestigio:

Mesa “Proyectos de liderazgo enfermero”: Juan Ignacio Torres González, José Antonio Jerez González y Pedro Soriano Martín.



Mesa “Salud en el metaverso y otras realidades”: Juan José Beunza Nuin, Jaime del barrio Seoane, cristina Verdú Sánchez.



Mesa “Actividad enfermera diferencial”: Domingo palacios ceña, Alberto J. Hormeño Holgado, Anna Paduelles Escarre.



En las jornadas se concedieron premios a mejor comunicación oral otorgado por el comité científico a la comunicación “Presencia Parental en el Quirófano Infantil como Estrategia en el Proceso de Humanización” y Mejor Poster Donación en Asistolia Controlada en Pediatría (Dacp): Un Nuevo Reto para Enfermería”.

Las Jornadas contaron con la presencia de D. Joan Carle March Cerdá en la ponencia de Clausura con el título: enfermeras en cirugía, enfermeras auténticas, enfermeras con H- Alma.



Clausurándose las jornadas con el anuncio de la sede del 9º congreso nacional de enfermería en cirugía que se celebra en Sevilla en 2024.



# Avance® Solo

## Sistema de terapia de presión negativa de un solo uso

### Presión negativa regulada y constante



La tecnología CFM de Avance Solo combina un flujo de aire controlado, apósito absorbente y recipiente distal que permite que el sistema de terapia de presión negativa Avance Solo proporcione una presión negativa regulada continua al lecho de la herida, transportando el exudado desde la herida al apósito y al contenedor distal de 50 ml<sup>1,2,3</sup>.

### Consiga los mejores resultados

Avance® Solo es un sistema de terapia de presión negativa portátil, de un solo uso<sup>2</sup>. Está diseñado para promover una cicatrización sin interrupciones, favorecer la movilidad del paciente y reducir el riesgo de complicaciones del área quirúrgica, como las ISQs.



Obtenga más información sobre cómo Avance® Solo puede ayudarle a usted y a sus pacientes **visitando la página [www.avance-solo.es](http://www.avance-solo.es)**

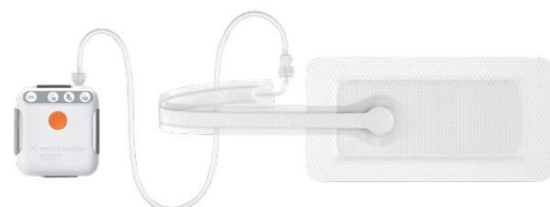
#### Referencias:

1. Avance Solo CMM Data on file (10). 2. Avance Solo CMM Data on file (18). 3. Avance Solo CMM Data on file (23).

Mölnlycke Health Care, Calle Quintanavides 17, Edif. 3 - Planta 4. 28050 Las Tablas (Madrid). Tel: 914841320. Mölnlycke y Avance son marcas y logotipos registrados globalmente por una o más empresas del grupo Mölnlycke Health Care. © 2023 Mölnlycke Health Care AB. Todos los derechos reservados.

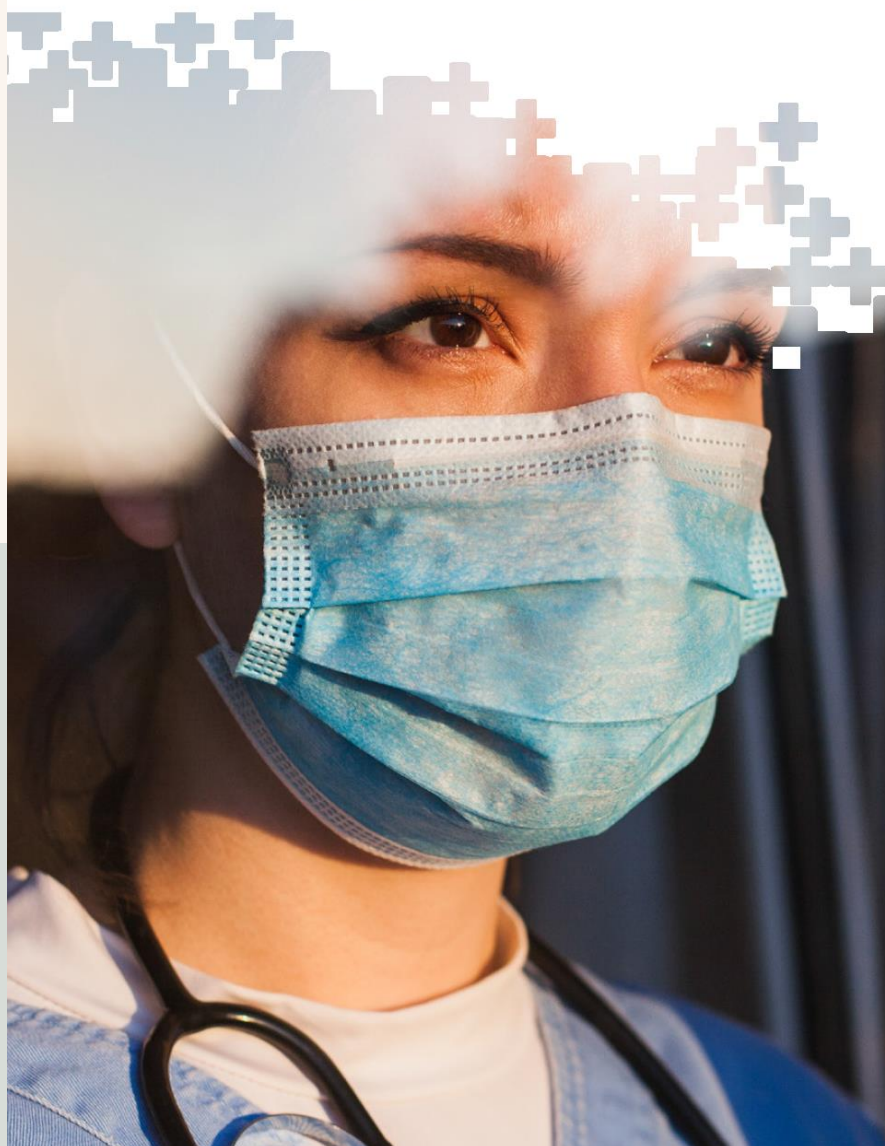


# Acelerar el proceso de cicatrización de las heridas que no cicatrizan es posible



PICO<sup>◇</sup>

Sistema de terapia de presión negativa de un solo uso



**Smith+Nephew**

Crear lo que es posible en el cuidado de heridas



Curación de heridas  
Smith+Nephew, S.A.U.  
Fructuós Gelabert, 2-4  
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)  
Tel: 93 373 73 01



# BD

Impulsando el  
mundo de la salud™

**NORMAS DE LA REVISTA DIGITAL SEECIR****Conformidad con los requisitos médicos y legales:**

Todos los estudios que incluyen a personas deben cumplir y dejar reflejado en el apartado del método que se han cumplido las siguientes condiciones:

- Obtención de consentimiento informado de los sujetos de la/s muestra para formar parte del estudio
- Respeto de anonimato, confidencialidad y protección de datos conforme a la normativa vigente
- Conformidad con las normas oficiales y vigentes de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-dehelsinki-de-la-ammpincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-sereshumanos/>)
- Obtención del permiso del comité de Ética en Investigación pertinente (Aunque no exista ni contacto expreso con personas pero sea necesario el acceso a historias clínicas electrónicas o en formato papel es preciso solicitar el permiso al comité correspondiente)
- Los trabajos deben ser originales (no publicados en otras revistas) para evitar publicaciones duplicadas. Los autores deben informar si se ha enviado el artículo a otras publicaciones para su revisión y aprobación. No se consideran publicaciones duplicadas si los trabajos se basan en presentaciones o comunicaciones a congresos o jornadas científicas.
- Los/as autores/as deben señalar en el trabajo la no existencia de conflicto de intereses ya sean laborales, de investigación, económicos o morales. Si existieran, deben señalarse al comité editorial.

Con el envío del trabajo se ceden a SEECir Digital los derechos del artículo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

Se debe adjuntar al envío del manuscrito el formato de declaración de cesión de los derechos del manuscrito a SEECir Digital y el formulario de negación de conflicto de intereses.

**Proceso editorial:**

La dirección editorial realiza una primera evaluación del artículo para valorar si cumple con los requisitos mínimos para la fase de revisión. Una vez obtenida la aprobación inicial, todos los trabajos deberán pasar una revisión por pares (dos evaluadores externos que forman parte del panel de revisores) de manera anónima, es decir, los/as revisores/as no conocen la identidad de los/as autores/as y viceversa. Las posibles modificaciones, sugerencias o correcciones se enviarán a los autores para la modificación del manuscrito. Una vez modificado, los/as autores/as podrán enviar nuevas versiones del trabajo para ser nuevamente revisado hasta obtener la aceptación por parte de los/as revisores/as. En cada entrega posterior, los/as autores/as deben adjuntar una carta al comité editorial indicando los cambios realizados y las razones por las que no se haya realizado algún cambio solicitado si procede. Si los/as autores/as del trabajo no realizan las modificaciones indicadas, el comité editorial tiene la capacidad de rechazar el manuscrito. Los trabajos aceptados de manera definitiva por el comité editorial pasarán a la fase de maquetación y publicación. En esta fase, SEECir Digital se reserva el derecho a realizar cambios editoriales o pequeñas modificaciones de estilo para mejorar el entendimiento del trabajo sin modificar el contenido intelectual y científico del mismo.

El envío de un trabajo al comité editorial supone la aceptación implícita de las normas de publicación de SEECir Digital.

A cada autor/a se le enviará un documento acreditativo como autor/a de un artículo en la revista tras su publicación.

**Presentación de los trabajos**

Todos los trabajos presentados deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Tipo de letra Times New Roman o Arial, tamaño 12
- Espaciado e interlineado sencillos
- Máximo de palabras: 4000 (incluyendo todos los apartados exceptuando bibliografía y anexos)
- El envío del manuscrito debe ser en formato Word ajustándose a la planilla descargable de entrega de trabajos.
- En el caso de incluir ilustraciones, fotografías, tablas o gráficos se deben adjuntar al manuscrito en formato .jpg para mantener la calidad de las mismas indicando en el texto la localización de la imagen y su correspondiente referencia bibliográfica.

**Recomendaciones generales:**

**Título.** El título debe ser claro y conciso y describir el contenido del trabajo y no superar las 15 palabras.

**Autores.** Un trabajo no debe tener más de 6 autores/as. En la descripción de los autores incluir nombre, apellidos sin abreviaturas junto con unidad o servicio de la institución a la que se pertenece. Añadir una única dirección e-mail con la que se mantendrá correspondencia.

**Referencias bibliográficas:** Todos los manuscritos deberán estar adecuadamente referenciados atendiendo a las normas APA o Vancouver vigente. En el caso de utilizar formato Vancouver, la numeración en el texto debe aparecer como superíndice.



**Recomendaciones generales de estilo:**

- Se recomienda utilizar frases cortas con punto y seguido sin abusar de los nexos entre frases ya sean adverbios, preposiciones o gerundios que alargan demasiado las frases.
- En los trabajos científicos resulta más adecuado utilizar la tercera persona en formato neutro (se realiza, se muestra, se describe) que la primera persona (realizamos, mostramos o describimos).
- Es recomendable reservar la negrita o el subrayado para los títulos o subtítulos y evitarlo en el texto.
- Las abreviaturas deben evitarse en la medida de lo posible. La primera vez que se utiliza en el texto debe definirse su significado entre paréntesis. En el resumen y en el título no deben aparecer abreviaturas.
- En el caso de incluir en el trabajo productos o fármacos concretos se debe indicar el nombre genérico del fármaco o producto y si procede la marca comercial del mismo.

**Estructura:**

Independientemente del tipo de artículo que se envíe para revisión, todos los manuscritos deben incluir un resumen del trabajo y cumplir el sistema IMRYD, es decir, debe incluir:

Introducción, Metodología, Resultados y Discusión y Conclusiones. A continuación se detallan los diferentes contenidos imprescindibles en todos los artículos:

- **Resumen:** Se debe presentar preferiblemente un resumen estructurado que constará de una breve reseña de la introducción, el/los objetivos, la metodología y los resultados. Preferiblemente no debe superar las 300 palabras. Es recomendable (no imprescindible para publicación) la presentación del resumen en inglés (abstract).
- **Palabras clave:** Deben incluir entre 3 y 10 palabras clave. Si es posible las palabras clave deben estar normalizadas según el tesauro Medical Subject Heading (MeSH) o en su versión española (Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS).
- **Objetivo/s:** Descripción del objetivo u objetivos que pretende conseguir el estudio.
- **Introducción:** Debe incluir el estado actual de conocimiento del tema del trabajo y su contextualización. Esta parte debe ir correctamente referenciada e incluir la justificación y pertinencia del mismo.
- **Metodología:** Debe definir el diseño del estudio, la población y muestra con sus criterios de inclusión y exclusión, las variables estudiadas y el modo en el que han sido medidas, instrumentos de medida y procedimiento detallado de recogida de datos y captación de sujetos. En este apartado se deben incluir los aspectos éticos relativos a cada estudio.
- **Resultados:** La exposición de resultados debe comenzar por la descripción de la muestra y posteriormente, describir los resultados del análisis de las variables.
- **Discusión y conclusiones:** Se deben comparar los resultados expuestos (sin repetirlos) con otros estudios similares y otras líneas de investigación comentando las coincidencias o las discrepancias en los resultados. En las conclusiones de debe incluir si procede las limitaciones del estudio y otras posibles líneas de investigación si las hubiere.
- **Bibliografía:** Incluir todas las referencias bibliográficas consultadas conforme a las normas APA o Vancouver.

En el caso de tratarse de **una revisión narrativa, sistemática o metaanálisis** relacionados con algún tema concreto se debe tener en cuenta que debe incluir los mismos apartados que el resto de los trabajos teniendo en cuenta que:

- En la metodología se debe incluir el sistema de búsqueda de artículos incluyendo bases de datos, palabras claves y booleanos utilizados, así como los criterios de inclusión y exclusión de publicaciones.
- En los resultados se debe exponer las publicaciones encontradas de manera general y sus características (tipo de estudio, etc.), las excluidas y los motivos de la exclusión y las finalmente seleccionadas. Es recomendable incluir una tabla resumen de cada artículo seleccionado que incluya autores, año, tipo de estudio, variables estudiadas y breve resumen de las conclusiones del mismo.

En el caso de tratarse de un **caso clínico concreto/implantación de un protocolo/puesta en marcha de actividades o similares** se debe tener en cuenta que debe incluir los mismos apartados que el resto de los trabajos teniendo en cuenta que:

- La metodología debe describir el caso clínico, procedimiento o implantación de protocolo realizado y desarrollo del proceso.
- Los resultados y discusión pueden presentarse conjuntamente como consideraciones finales comentando el resultado en la práctica clínica y el impacto de la actividad realizada en comparación con otras publicaciones.

En el caso de tratarse de un **caso clínico tipo plan de cuidados** se debe tener en cuenta que debe incluir los mismos apartados que el resto de los trabajos teniendo en cuenta que:

- La metodología debe incluir la presentación del caso clínico (en la introducción se debe haber abordado previamente la patología en cuestión), valoración de enfermería, descripción del plan de cuidados (utilizando taxonomía NANDA-NIC-NOC e incluyendo también problemas de colaboración si los hubiera).
- El apartado de resultados será sustituido por Evaluación del plan de cuidados



seecir

sociedad española  
de enfermería en cirugía

# HAZTE SOCIO



DISFRUTA DE  
LAS VENTAJAS

Publica en nuestra Revista SEECir Digital

Descuentos en cursos de formación

Descuentos en actividades SEECir

Participa en nuestros Grupos de Trabajo:

- Docencia
- Investigación
- Cirugía Pediátrica
- Ostomías y Curas Complejas
- Web y Redes Sociales

[www.seecir.es](http://www.seecir.es)

