

SEECir Digital

Volumen 9- Junio 2018



Revista de Enfermería en Cirugía

ISSN: 2341-0957

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.

Subdirección: 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.

Granados Martín, Mónica

Doctorando en Enfermería. Universidad Alicante. Grado en Enfermería. Máster en Ciencias de la Salud. Enfermera de consultas externas, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Jardón Huete, Clara

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

Martín Rodríguez, Francisco

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

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.

Palacios Ceña, Domingo

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

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 Adjunto de Trasplantes. Oficina Regional de Trasplantes. SERMAS. Profesor Asociado Clínico de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid.

Equipo Editorial	Pág. 02
Artículo 1: “Evaluación de la Fatiga Mental en una Unidad de Cirugía”	Pág. 04-07
Artículo 2: “Calidad de Vida y Satisfacción en Pacientes Ostomizados del Departamento 01 de Salud de la Generalitat Valenciana”	Pág. 09-13
Artículo 3: “Caso Clínico: Manejo de Fístula Enterocutánea en Paciente Gastrectomizado”	Pág. 15-18
Artículo 4: “Estudio de Variables en los Cuidados Hospitalarios de Enfermería en Cirugía de Columna Lumbar”	Pág. 19-24
Artículo 5: “Potenciación del Conocimiento Clínico: Organización e Implementación de Sesiones Clínicas Específicas de los Pacientes con Patología Digestiva. Resultados Preliminares”	Pág. 25-28
Artículo 6: “Rechazo Humoral en un Transplante Cardíaco Ortotópico: A Propósito de un Caso Clínico”	Pág. 29-32
Resumen 7º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía	Pág. 33-36
Normas de Presentación	Pág. 37-38
Hazte Socio de SEECir	Pág. 39

“EVALUACIÓN DE LA FATIGA MENTAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA”

Pereiro Recio, Patricia*; González Muñoz, Ainhoa*; Toledano Solano, Armando*; Valero Jiménez, M^a Teresa *; Orduña Beuzón, Antonio*.*Enfermeros/as de la unidad de Cirugía General y Digestiva y Otorrinolaringología del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

patricia.pereiro@salud.madrid.org

RESUMEN:

Desde la apertura del Hospital de Fuenlabrada, el crecimiento, complejidad y diversidad de las intervenciones de la unidad de Cirugía Digestiva y Otorrinolaringología ha sido exponencial, así como los cuidados y complicaciones derivados, repercutiendo en las cargas de trabajo y en la percepción del personal sobre la necesidad de mayor cualificación técnica, conocimientos y tiempo dedicado al paciente.

Objetivos: estimar la prevalencia de fatiga mental del personal sanitario, determinando el grado por sexo, edad, antigüedad en la unidad y categoría profesional.

Material y métodos: estudio transversal descriptivo; la muestra final estuvo compuesta por 32 sujetos; la recogida de datos se realizó mediante el cuestionario Yoshitake y para el análisis, se utilizó el programa SPSS (versión 22.0).

Resultados: éstos mostraron una notable incidencia de fatiga global en la unidad, tendencia a la fatiga moderada en enfermeras/os y profesionales con mayor antigüedad y que la fatiga mental relacionada con la dificultad de concentración parece desaparecer con la antigüedad.

PALABRAS CLAVE:

Fatiga mental, Atención de Enfermería, Agotamiento Profesional, Carga de Trabajo, Enfermería perioperatoria, Servicio de cirugía.

INTRODUCCIÓN:

Desde el año 2004, en el que el hospital de Fuenlabrada abrió sus puertas el número, la complejidad y complicaciones derivadas de las intervenciones ha ido aumentando de manera exponencial. El número total de intervenciones tanto de cirugía general y digestiva como de otorrinolaringología en el año 2006, fue de 914 frente a las 1416 del año 2017 (Fig. 1), lo que muestra de manera objetiva el aumento de la carga de trabajo en la unidad.

NUMERO INTERVENCIONES



Fig. 1. Evolución del número de intervenciones quirúrgicas en el Hospital de Fuenlabrada

Se sabe que el trabajo constituye una de las fuentes de bienestar psicológico y social más valiosas para los seres humanos y provee la mayor parte del significado y estructura de su vida. Sin embargo, también puede provocar efectos negativos sobre la salud siendo uno de ellos la fatiga que se asocia a todas las actividades que requieren esfuerzo y tensión tanto física como mental, y el trabajo enfermero lo es. Hay evidencias que indican que el estrés en el trabajo agrava la salud del equipo de enfermería, proporcionando efectos indeseables en la vida profesional y personal del profesionales como argumentan Correa y Galvao ⁽¹⁾.

Algunos autores como Figley aseguran que el hecho de cuidar a pacientes sometidos a cirugía, supone un hecho estresante y lo describen como Burnout ⁽²⁾. Bonnet y Cole argumentan que la fatiga tanto laboral como física, inciden en la salud mental ⁽³⁾, destacando también la conspiración del silencio que describe Myers relacionada con el aumento de la fatiga mental entre los trabajadores que no hablan de depresión ni de suicidio ⁽⁴⁾.

En este estudio, el interés se centra en conocer si se presenta fatiga en los trabajadores de la unidad de cirugía y otorrinolaringología del Hospital Universitario de Fuenlabrada. En estas unidades por el tipo de pacientes y las actuaciones, procedimien-

tos y cuidados que se llevan a cabo, los trabajadores pueden tener como consecuencia problemas físicos y mentales, así como diversas molestias que afectan su rendimiento en el trabajo ⁽⁵⁾. Así mismo, la fatiga laboral también puede estar causada por la adopción de malas posturas al trabajar, al realizar tareas rutinarias que exigen esfuerzo y movimientos similares continuados o por un exceso de esfuerzo mental. La fatiga laboral puede ocasionar diversas dolencias físicas e incluso puede incidir en la salud mental, provocando depresión, pérdida del apetito, dolores de cabeza y disminución de la capacidad de atención entre otros ⁽⁶⁾.

Lo anteriormente citado, junto con los diferentes factores asociados al trabajo existentes en la unidad, como son: el aumento de cargas de trabajo debido al número mayor de cirugías y tiempo dedicado a cada paciente, el aumento de conocimientos y cualificación por la complejidad de los pacientes a cargo y la rutina y monotonía del desempeño de la labor diaria, afectan al personal. Esta percepción subjetiva ha llevado al planteamiento de ver en qué medida afectaba en la salud. Para ello, se plantearon los objetivos de estimar la prevalencia de fatiga mental y determinar el grado de fatiga por sexo, edad, tiempo trabajado en la unidad y categoría profesional.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un estudio observacional, transversal y descriptivo.

La recogida de datos se realizó mediante el cuestionario Yoshitake (1978) utilizado por Rosa y Cols. ⁽⁷⁾ para medir los síntomas subjetivos de fatiga. Es una encuesta validada dicotómica de 30 preguntas que analizan la presencia o ausencia de fatiga. El autor la divide en tres grupos: el primero consta de 10 preguntas relacionadas con síntomas de Somnolencia y monotonía; el segundo con las siguientes 10, están relacionadas con la Dificultad de concentración; y las últimas 10 preguntas, están relacionado con síntomas corporales o proyección de daño físico.

Los resultados se evalúan de 0 a 30 puntos, siendo de: 0 a 7 ausencia de fatiga, 8 a 13 fatiga moderada y 14 a 30 fatiga excesiva.

Este cuestionario ha sido validado debido a que ofreció resultados similares a pruebas objetivas y se ha utilizado a nivel industrial y en evaluaciones ergonómicas en industria cervecera, trabajadores de mercados populares, fatiga en condiciones laborales

de restricción, etc. Así mismo, ha sido usado para medir la fatiga y trastornos del sueño en trabajadores industriales con rotación de turnos y se ha medido su validez con buen alfa de Cronbach (0,89), como refleja el artículo de Barrientos-Gutiérrez en trabajadores mejicanos ⁽⁸⁾. Mencionar que el alfa de Cronbach en esta investigación es de 0,81. Cabe destacar también que el instituto de Salud Pública y laboral de Navarra lo utiliza como instrumento de medida para sus evaluaciones en cuanto a ergonomía se refiere.

Como muestra de estudio se ha tomado al personal de la unidad de Cirugía y Otorrinolaringología del Hospital de Fuenlabrada. No se han aplicado criterios de exclusión. Se realizó un muestreo por conveniencia en el que incluimos a todos los trabajadores (enfermeras/os y TCAEs) que estaban en ese momento trabajando en la unidad. El periodo de tiempo de recogida de datos ha sido de Febrero a Abril del 2018.

La población total estaba compuesta por 36 personas en la unidad a partir de las cuales se obtuvo una muestra de 32 que rellenaron el cuestionario, siendo éstos 28 mujeres y 4 hombres. La edad media es de 39,8 y debido a la dispersión de la muestra, la variable edad se categorizó en menores de 41 o mayores de 41 ya que ese fue el valor de la mediana. La antigüedad se midió en meses y tal como ocurrió en la variable edad, también se categorizó en tres grupos: antigüedad menor de 1 año (8 personas); antigüedad Entre 1 y 5 años (9 personas); y la antigüedad Mayor de 5 años (15 personas). En cuanto a la categoría profesional un 56,3% de la muestra corresponde a enfermeras/os (18 personas) y el 43,8% a TCAEs (14 personas).

RESULTADOS:

El análisis de resultados se realizó mediante el programa informático SPSS utilizando los tests paramétricos de chi-cuadrado para las variables cualitativas y prueba anova para contrastar variables cualitativas con cuantitativas.

A continuación se muestra la relación de la fatiga en la unidad con diferentes variables como son el sexo, la categoría profesional, la edad y antigüedad. Como dato principal, con respecto a la fatiga global destaca la fatiga moderada con un porcentaje del 43,8% del total de la muestra. A pesar de que no se obtuvo significación estadística debido a la dispersión muestral, el análisis objetiva la tendencia con un porcentaje del 25% de fatiga excesiva y un

porcentaje acumulado del 68,8%.

En cuanto a la relación fatiga-sexo no existen diferencias significativas y los resultados fueron similares. Nos pareció interesante la relación entre dificultad de concentración y sexo, en la que el género masculino tiende a los extremos, es decir, o no tienen fatiga, y si la tienen, es excesiva. Diferente ocurre en el femenino, en el que predomina la ausencia de fatiga (60,71%) cuando se requiere concentración.

Con respecto a fatiga-categoría profesional, la tendencia en el grupo de enfermeros/as es de fatiga moderada con un 28,1% y en el grupo de TCAEs destaca la ausencia de fatiga con un 18,1%.

Relacionando las variables fatiga-edad, la tendencia en ambos grupos es de fatiga moderada sobretodo en los mayores de 41.

En cuanto a la antigüedad en la unidad, destaca la fatiga moderada en aquellos que tienen más de 5 años de experiencia en la misma. La ausencia de fatiga y la fatiga excesiva en los que tienen una antigüedad entre 1 y 5 años, tienen el mismo porcentaje que los más antiguos de la unidad y por el contrario la fatiga moderada es menor. En el personal menos experimentado en la unidad (menores de 1 año) sigue destacando la fatiga moderada, manteniéndose en un porcentaje bajo tanto la fatiga excesiva como la ausencia de ésta (Fig. 2).

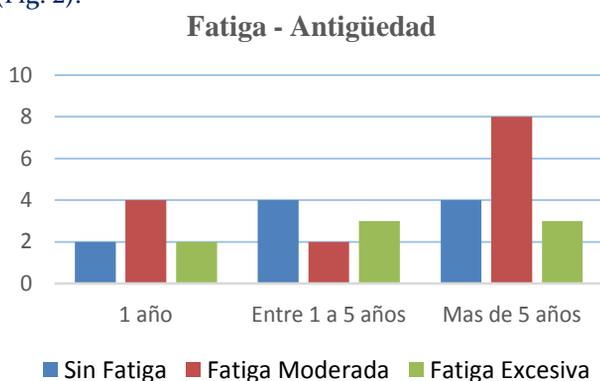


Fig. 2. Relación fatiga global con antigüedad en el servicio.

Contrastando el primer grupo de la encuesta que corresponde a la dificultad de concentración con la antigüedad de los trabajadores, encontramos ausencia de fatiga excesiva en los que llevan menos de un año en la unidad. En aquellos con antigüedad de 1 a 5 años, destacan los extremos siendo la ausencia de fatiga la más relevante. Y en los que

tienen mayor antigüedad, predomina la fatiga moderada con ausencia de fatiga excesiva. Quizás esto último tenga que ver con que el personal está más experimentado y no presenta dificultad de concentración para algo que lleva haciendo durante muchos años. Mencionar que en este análisis se encontró significación estadística ($p=0.033$). (Fig. 3).

Fatiga (dificultad de concentración) - Antigüedad

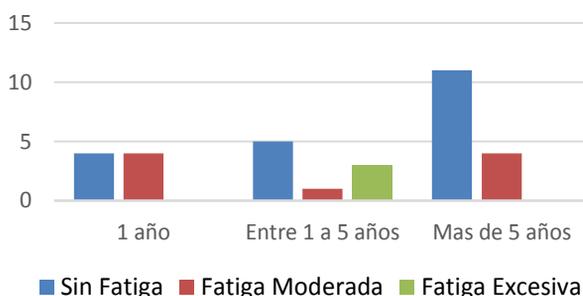


Fig. 3. Relación Fatiga (dificultad de concentración) con Antigüedad en el servicio

DISCUSIÓN:

Existen estudios que muestran que el trabajo de enfermería en una unidad postoperatoria es altamente intensivo y multidimensional ⁽⁹⁾, que las enfermeras que trabajan en centros quirúrgicos enfrentan conflictos y dilemas a diario ⁽¹⁰⁾, que el personal de enfermería se utiliza de forma inadecuada reduciendo la calidad y la cantidad de atención de enfermería directa ⁽¹¹⁾ y que la experiencia de enfermería exacerba la intensidad y frecuencia de la angustia moral ⁽¹²⁾. Todo ello, fundamenta nuestro resultado de que la fatiga moderada afecta más al personal de mayor antigüedad y en concreto a los enfermeros/as.

Muestran la necesidad de considerar que una mayor precisión planificando el número de enfermeras necesarias en la unidad contribuye a mejorar la productividad ⁽¹³⁾, examinar factores y que una mejora en la documentación de enfermería con el uso de PDA permitiría más tiempo para una atención de calidad al paciente ⁽¹⁴⁾.

Las enfermeras independientes en el trabajo, satisfechas y motivadas tienen más poder en su trabajo y se necesita más investigación para explorar el empoderamiento de las enfermeras ⁽¹⁵⁾.

CONCLUSIONES:

Con los resultados mostrados podemos concluir que existe una notable incidencia de fatiga global acumulada en la unidad con un 68,8%, destacando el nivel de fatiga moderada con respecto a la excesiva o la ausencia de la misma.

En cuanto a la variable sexo, la fatiga afecta por igual, y con respecto a la categoría y la antigüedad, existe una mayor tendencia a la fatiga moderada en las enfermero/as y en los que tienen antigüedad mayor a 5 años.

Con la significación estadística podemos afirmar que la antigüedad tiende a no tener fatiga en cuanto a dificultad de concentración se refiere, al menos en el personal de nuestra unidad.

Del estudio realizado se desprende que se requieren más investigaciones para evaluar los factores relacionados con la fatiga mental en el lugar de trabajo e implementar estrategias para mitigar las consecuencias derivadas. Por ello, como últimas conclusiones nos planteamos los siguientes objetivos: repetir el estudio en el futuro incluyendo a otros profesionales relacionados con la atención de los pacientes así como comparar los resultados con otras unidades de hospitalización similares.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Corrêa Brandão, DE; Galvão, Cristinam M. O estresse da equipe de enfermagem que atua no período perioperatório: revisão integrativa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2013; 14(4): 836-844.
2. Figley, C.R (Ed.). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, Brunner/Mazel New York. 1995.
3. Rosa, R. R. Bonnet, M. H. and Cole, L. L. Work Schedule and Task Factors in upper extremity fatigue. *Human Factors*, 1998; 40 (1):150- 159.
4. Myers M, Fine C. Suicide in physicians: Toward prevention. 2003. *Medscape Gen Med*. 2003; 5 (4). Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/462619>
5. Moore KA, Cooper C. Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *Int J Soc Psychiatry*. 1996; 42:82-89.
6. Falkkum E, Vaglum P. The relationship between interpersonal problems and occupational stress in physicians. *Gen Hosp Psychiatry*, 2005. 27(4):285-291.
7. Yoshitake, H. Three characteristics patterns of subjective fatigue symptoms. *Ergonomics*, 1978; 21 (3), 231-233.
8. Barrientos-Gutiérrez, T.; Martínez-Alcántara, S.; Méndez-Ramírez, I. Construct validity, reliability, and cutoff point of the Subjective Symptoms of Fatigue Test in Mexican workers *Salud pública Méx*. 2004; 46 (6).
9. Willis K, Brown CR, Sahlin I, Svensson B, Arnetz BB, Arnetz JE. Working under pressure: a pilot study of nurse work in a postoperative setting. *Clin Nurse Spec*. 2005; 19(2):87-91; quiz 92-3.
10. Duarte LEM, Lautert L. Conflicts and dilemmas of nurses who work in surgical centers for macro-regional hospitals. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 2006; 27(2):209-18.
11. Alvaro R, Venturini G, Roberto R. Utilization of the results or research about nursing workload in a surgical suite, based on the methodology of the «Project de Recherche en Nursing» (PRN87). *Ig Sanita Pubbl*. 2006; 62(3):279-88.
12. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*. 2008; 16(3):360-73.
13. McCord L. Using a personal digital assistant to streamline the OR workload. *AORN J*. 2003; 76 (6):996-1001.
14. De Lima LB, de Magalhaes AMM. Nursing personnel planning in a surgical unit. *Revista Gaucha de Enfermagem*; 2006; 27 (3):426-33.
15. Istomina N, Suominen T, Razbadauskas A, Martinkenas A, Kuokkanen L, Leino-Kilpi H. Lithuanian nurses' assessments of their empowerment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012; 26 (1):3-11.



30 km esta semana

2 viajes de trabajo

0 irritación alrededor del estoma

Sabemos cuánto hay en juego para ti y tus pacientes.

Es por ello que nuestra más absoluta dedicación es desarrollar productos que ofrezcan el ajuste correcto para ayudar a prevenir fugas, junto con la mejor formulación para mantener una piel peristomal sana.

Respaldados por la ciencia y la evidencia clínica, los productos de Hollister son una fuente de referencia para ayudar a tus pacientes a tener más tiempo para concentrarse en las cosas que realmente importan.

Hollister.es



Ostomy Care
Piel Cuidada. Resultados Positivos

Hollister. Líderes en el Cuidado de la Piel

“CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES OSTOMIZADOS DEL DEPARTAMENTO 01 DE SALUD DE LA GENERALITAT VALENCIANA” .

Martínez Altava, Mónica*; Aquilué Ballarín, Marta**; Cerdán Alcaraz, Ana María*; Cervera Chaler, Misericordia***. *Enfermera asistencial, unidad de Cirugía, Hospital Comarcal de Vinaròs. **Enfermera supervisora general, Hospital Comarcal de Vinaròs. ***Enfermera estomaterapeuta, Hospital Comarcal de Vinaròs.

mmaralt@gmail.com

RESUMEN:

Una ostomía supone un gran impacto en la vida de las personas que deben llevarla por motivos físicos y emocionales. Los profesionales de la salud, frecuentemente, olvidamos el área psicosocial de estos pacientes, obviando aspectos tan importantes y necesarios como es su salud sexual (SS) y su calidad de vida.

Objetivos: Determinar el grado de calidad de vida (QL) y de satisfacción sexual (SS) de los pacientes ostomizados del Departamento 01 de Salud de la Comunidad Valenciana (CV). Así mismo, establecer una relación entre ambas variables.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo para el que se utilizaron los cuestionarios Stoma QoL que evalúa la calidad de vida en pacientes ostomizados y el cuestionario denominado Autoevaluación de Respuestas Sexuales masculinas y femeninas para valorar la salud sexual. La muestra final estuvo compuesta por 63 pacientes con un total de 24 mujeres y 39 hombres.

Resultados: La QL de la muestra resulta ser mayor (90% de la muestra presenta buen o excelente nivel de QL) a la esperada y la SS evidencia un escaso abordaje por parte de los profesionales con respecto a los trastornos detectados mediante el cuestionario de autoevaluación. El 86'8% de los activos sexualmente, presentan algún trastorno en el ámbito de la SS.

PALABRAS CLAVE:

Ostomía, salud sexual, sexualidad, satisfacción, calidad de vida

INTRODUCCIÓN:

El paciente ostomizado se encuentra preocupado por su cambio de imagen y experimenta una disminución de la autoestima asociada a otros sentimientos como miedo y ansiedad¹ debido al diagnóstico y pronóstico acontecido. Todo esto

genera desajustes a nivel psicológico, donde el área de la sexualidad es la más afectada².

La sexualidad comprende el sexo, las identidades de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual³. Simplificándola como el mero acto sexual sería completamente erróneo, además la sexualidad es una parte importante de la calidad de vida⁴. De ahí la importancia de evidenciar la existencia de la sexualidad también en la patología. La OMS entiende que “salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad”⁵ y lo determina como uno de los derechos fundamentales del humano. La asistencia sanitaria que se proporciona a estos pacientes no debería ser deficiente en cuanto a sus necesidades y derechos, por ello, no se debe omitir esta esfera en la labor asistencial.

Tras revisión bibliográfica, se encuentran estudios que evidencian una disminución de la calidad de vida (QL) en pacientes portadores de ostomía⁶ debido al impacto físico, emocional y desadaptativo de la nueva situación vital de la persona ostomizada, así como la carga psicológica que implica un diagnóstico de cáncer o los arduos tratamientos⁷. En relación a lo anteriormente expuesto, es de esperar que el área de la sexualidad se vea severamente afectada. Es obligación de los profesionales, en el proceso de adaptación, establecer con sus pacientes una comunicación eficaz y de confianza para poder abordar cualquier tipo de cuestión sobre salud sexual, desmitificando y naturalizando la sexualidad⁷.

MATERIAL Y MÉTODO:

Para la elaboración del estudio, se realiza una búsqueda bibliográfica mediante la utilización de diferentes bases de datos. Para el manejo de las diferentes referencias bibliográficas se hace uso del gestor Refworks. Como estrategia de búsqueda se emplearon los descriptores: “ostomy”, “sex”, “sexual

satisfaction”, “sexual” y “quality of life” mediante el operador booleano “AND”.

Se excluyeron del estudio los documentos que empleaban “sex” como género, y los que hacían referencia a urostomías y traqueostomías.

La metodología de investigación es de tipo cuantitativa aplicada con un tipo de estudio de diseño observacional, descriptivo y transversal.

Se plantean 3 objetivos a estudio:

Determinar el grado de calidad de vida de los usuarios con ostomía del Departamento 01 de salud de la Comunidad Valenciana.

Establecer el grado de satisfacción sexual de los usuarios con ostomía del Departamento 01 de salud de la Comunidad Valenciana.

Valorar si existe relación entre Salud Sexual (SS) y calidad de vida (QL).

La población diana fueron los pacientes con colostomía y/o ileostomía temporal o permanente del departamento de salud de Vinaroz .Esta población incluía 129 pacientes en total. Fueron excluidos del estudio aquellos portadores de urostomía, por su evidente afectación fisiológica en el área de la SS y las personas que se negaron a participar en el estudio- Así la muestra final estuvo compuesta por n=63. La mayor parte de la muestra está compuesta por personas con colostomía (71’42%), predominando el sexo masculino (61,9% hombres y 38,1% mujeres). La edad media es de 71’51 años.

Además de las personas con urostomía, también se excluyó del estudio a los sujetos con deterioro cognitivo, negativa a participar en el estudio, barrera idiomática, exitus durante la recogida de datos, personas no localizadas o con ostomía reconstruida.



Tabla 1: Distribución tipo ostomía y sexo

Se plantean como variables de la investigación:

- Sociodemográficas: sexo, edad, tiempo de estoma, temporalización de la ostomía, estado civil, formación académica, situación económica, tipo de convivencia y situación laboral.
- Calidad de vida: cuestionario de calidad de vida Stoma-QoL
- Salud sexual: cuestionario de autoevaluación de la respuesta sexual, masculino y femenino

Las variables categóricas son expresadas como número y porcentaje y las cuantitativas, como media y desviación estándar.

El estudio tuvo una duración total de cuatro meses. La recogida de datos se efectuó durante los meses de marzo, abril y mayo de 2018, a través de encuestas telefónicas en las que se entrevistaba a aquellos sujetos que aceptaban participar en el estudio. El consentimiento informado es firmado cuando los sujetos acuden a revisión en la consulta de la enfermera estomaterapeuta del hospital de referencia.

RESULTADOS:

El 90% (n=57) de la muestra presenta un buen o excelente nivel de calidad de vida.

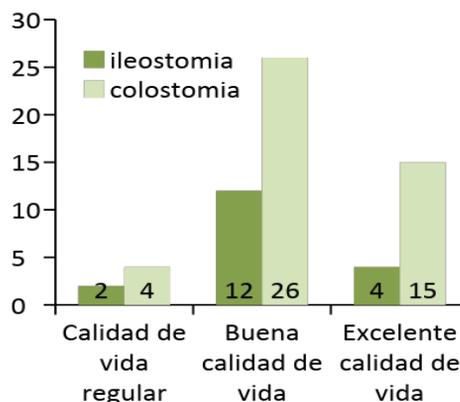


Tabla 2: Distribución QL según tipo de estoma

El 31’5% de la muestra (n=20) mantiene una buena SS, frente al 63’4% (n=40) que no tiene relaciones sexuales.

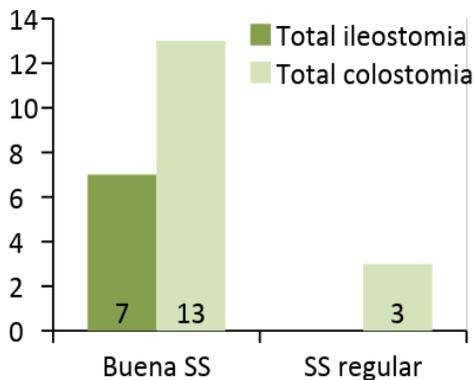


Tabla 3: Distribución SS según tipo de estoma

No se evidencian diferencias significativas entre el tipo de estoma y la QL (.43).

En cuanto al Stoma QoL, el factor que más preocupa a nuestros sujetos es que la bolsa se despegue.

Respecto a la SS, el 86'8% (n=19) de los activos sexualmente, presentan algún trastorno y, de éstos, el 66'7% (n=15) de los trastornos detectados son adquiridos tras el tratamiento de las patologías más frecuentes que llevan a una ostomía (quimioterapia, radioterapia, proceso quirúrgico, fármacos).

DISCUSIÓN:

En contra de lo evidenciado por Beaubrun, Yilmaz, Zhu (2018) o algunos otros investigadores en sus anteriores trabajos, en este estudio se encuentra que los participantes gozan de un buen nivel de calidad de vida. Quizá esto sea porque la muestra reside en una zona rural en la que los servicios prestados siempre tienden a ser más familiares, ofreciéndoles un trato más cercano. En futuros estudios podría contemplarse un análisis entre población más urbana y población rural.

Se hace evidente también lo que muchos otros investigadores^{9, 14, 17, 18, 20} ya han publicado, la disfunción sexual que se produce en estos pacientes, generalmente de cáncer, y del impacto que esto tiene para su calidad de vida. Y la importancia de la buena comunicación con el personal sanitario. Los profesionales que atiendan a estas personas deben dejar a un lado los prejuicios y tabúes para poder ofrecer una información verídica y eficaz que empodere al usuario en el manejo de su intimidad.

En futuros estudios en los que se valora la salud sexual de la muestra, se deberá tener en cuenta las diferentes alternativas no coitales para poder reflejar

con más exactitud la población, aunque en el presente estudio, los valores culturales y religiosos de la muestra con una media de edad elevada, no ha supuesto un gran impedimento o dificultad pues no se ha encontrado ningún participante que no se ajustara a cuestionarios heteronormativos.

CONCLUSIONES:

Respecto a la calidad de vida, debemos seguir trabajando en la misma línea visto el buen nivel de vida que perciben nuestros usuarios ya que, en contra de lo esperado según la bibliografía consultada^{1, 2, 3, 4, 7, 10, 11}, encontramos que los pacientes ostomizados de nuestro departamento perciben mejor calidad de vida de lo esperado.

En relación a nuestro segundo objetivo, con este estudio, evidenciamos la necesidad de abordaje de la SS en la consulta de cirugía y estomaterapia de nuestro departamento. Para poder diagnosticar los trastornos de respuesta sexual y abordarlos, dando soluciones a las preguntas y problemas que puedan surgirles a nuestros usuarios, empoderándoles y potenciando su confianza, autoestima y posibilidad de recuperar la vida que tenían antes del proceso patológico que les lleva a portar una ostomía.

Entre los factores que ayudan a afrontar una ostomía podemos encontrar la información, la relación entre los profesionales y el paciente y el contacto como iguales⁸; como profesionales, no debemos olvidar ninguno de esos aspectos y debemos incluirlos en nuestra práctica diaria.

La información empodera al usuario y sus familiares implicados en el cuidado, los ayuda a desmitificar modelos y disminuir temores, para recuperar la vida que tenían previa a la cirugía en la medida de lo posible.

Debemos aceptar este reto profesional adquiriendo habilidades de contacto terapéutico y herramientas para guiar la intervención en la orientación sexual de nuestros pacientes.

Las limitaciones del estudio encontradas son:

Tiempo: 4 meses, de febrero a mayo de 2018.

Muestra: población diana de 129 personas, con una muestra n=63 que dificulta la inferencia.

Modalidad telefónica, dificultando esto la participación por desconfianza, falta de voluntad o imposibilidad de localizar a los sujetos.

Además, el Stoma QoL presenta demasiados ítems, algunos de ellos parecen semejantes y aburridos para el sujeto.

Respecto a los cuestionarios de autoevaluación de la SS, éstos no contemplan alternativas no coitales

El modo telefónico ha supuesto un gran impedimento a la hora de recabar las encuestas, sobretudo en nuestra población, con una edad media de 71 años, en la que son frecuentes los problemas de audición o ya no residen en sus domicilios censados.

El presente estudio se realiza conforme a los principios básicos de toda investigación sanitaria. Se respetan los principios sobre protección de datos personales, así como los referentes a derechos y obligaciones en materia de información y documentación sanitaria en el ámbito nacional y autonómico (Ley 1/2003 de la GV). Inicialmente, se solicita la aprobación del proyecto al Comité de Ética asistencial del Departamento de Salud de Vinaroz y se solicita el consentimiento informado a las personas participantes en el estudio según la ley (Ley 1/2003 de la GV).

Las investigadoras del presente estudio declaran no tener ningún conflicto de interés con ninguna empresa o institución.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Beaubrun en famille Diant, Laury, Sordes, F., & Chaubard, T. Impact psychologique de la stomie sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer colorectal : Rôle de l'image du corps, l'estime de soi et l'anxiété. *Bulletin Du Cancer*-2018.105 (6): 573-580. DOI: 10.1016/j.bulcan.2018.03.005
2. Yilmaz, E., Celebi, D., Kaya, Y., & Baydur, H. (2017). A descriptive, cross-sectional study to assess quality of life and sexuality in turkish patients with a colostomy. *Ostomy/Wound Management*, 63(8), 22-29.
3. Zhu, X., Chen*, Y., Tang, X., Chen, Y., Liu, Y., Guo, W., & Liu, A. (2017). Sexual experiences of chinese patients living with an ostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 44(5):469-474. doi: 10.1097/WON.000000000000357
4. Althof, S. E., & Parish, S. J. (2013). *Clinical interviewing techniques and sexuality questionnaires for male and female cancer patients. The Journal of Sexual Medicine*, 10 Suppl 1, 35-42 DOI: 10.1111/jsm.12035
5. OMS (2002) Definiciones Prácticas de la Salud Sexual
6. Verweij, N. M., Bonhof, C. S., Schiphorst, A. H. W., Maas, H. A., Mols, F., Pronk, A., & Hamaker, M. E. (2018). Quality of life in elderly patients with an ostomy - a study from the population-based PROFILES registry. *Colorectal Dis.* 2018 Apr;20(4):O92-O102. DOI: 10.1111/codi.13989
7. Rasmusson, E. -, Plantin, L., & Elmerstig, E. (2013). 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 361-369. DOI: 10.1111/ecc.12039
8. Lainez, P., Loban, J., Leonor, S., & Lerin, P. (2016). *La sexualidad en la persona ostomizada*. Fundación Ayúdate.
9. Bober, S. L., & Varela, V. S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: Challenges and intervention. *Jco*, 30(30), 3712-3719. DOI: 10.1200/JCO.2012.41.7915
10. Andersen, B. L. (1985). Sexual functioning morbidity among cancer survivors. current status and future research directions. *Cancer*, 55(8), 1835-1842.
11. Au, T. Y., Zauszniewski, J. A., & King, T. M. (2012). Demographics, cancer-related factors, and sexual function in rectal cancer patients in taiwan: Preliminary findings. *Cancer Nursing*, 35(5), 17. DOI: 10.1097/NCC.0b013e318233a966
12. Den Oudsten, B. L., Traa, M. J., Thong, M. S., Martijn, H., De Hingh, I. H., Bosscha, K., & van de Poll-Franse, L V. (2012). Higher prevalence of sexual dysfunction in colon and rectal cancer survivors compared with the normative population: A population-based study. *European Journal of Cancer (Oxford, England : 1990)*, 48(17), 3161-3170. DOI: 10.1016/j.ejca.2012.04.004
13. Domati, F., Rossi, G., Benatti, P., Roncucci, L., Cirilli, C., & Ponz de Leon, M. (2011). Long-term survey of patients with curable colorectal cancer with specific reference to the quality of life. *Internal and Emergency Medicine*, 6(6), 529-535. DOI:10.1007/s11739-011-0590-y
14. Donovan, K. A., Thompson, L. M., & Hoffe, S. E. (2010). Sexual function in colorectal cancer survivors. *Cancer Control : Journal of the Moffitt Cancer Center*, 17(1), 44-51. DOI: 10.1177/107327481001700106

15. Ellis, R., Smith, A., Wilson, S., Warmington, S., & Ismail, T. (2010). The prevalence of erectile dysfunction in post-treatment colorectal cancer patients and their interests in seeking treatment: A cross-sectional survey in the west-midlands. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4 Pt 1), 1488-1496. DOI:10.1111/j.1743-6109.2009.01461.x
16. Flynn, K. E., Reese, J. B., Jeffery, D. D., Abernethy, A. P., Lin, L., Shelby, R. A., . . . Weinfurt, K. P. (2012). Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psycho-Oncology*, 21(6), 594-601. DOI: 10.1002/pon.1947
17. Gloeckner, M. R., & Starling, J. R. (1982). Providing sexual information to ostomy patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 25(6), 575-579.
18. Lamb, M. A. (1995). Effects of cancer on the sexuality and fertility of women. *Seminars in Oncology Nursing*, 11(2), 120-127.
19. Phipps, E., Braitman, L. E., Stites, S., & Leighton, J. C. (2008). Quality of life and symptom attribution in long-term colon cancer survivors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(2), 254-258. DOI: 10.1111/j.1365-2753.2007.00842.x
20. Vural, F., Harputlu, D., Karayurt, O., Suler, G., Edeer, A. D., Ucer, C., & Onay, D. C. (2016). The impact of an ostomy on the sexual lives of persons with stomas: A phenomenological study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing : Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 43(4), 381-384. DOI: 10.1097/WON.000000000000236



Brava™

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



Brava™ Arco de sujeción elástico

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

Brava™ Arco de sujeción elástico y Brava™ Arco de sujeción elástico para cinturón son parte de la nueva gama de accesorios de Coloplast, diseñados para aumentar la seguridad del disco adhesivo.

Muestras gratuitas con el Kit Domiciliario PACE.



NUEVO



Brava™ Arco de Sujeción elástico para Cinturón

Ayuda a fijar el disco proporcionando una seguridad extra

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

Presentación: 20 unidades



Brava™ Arco de Sujeción elástico

Ayuda a fijar el disco proporcionando una seguridad extra

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

Presentación: 20 unidades

Coloplast Productos Médicos, S. A. Condesa de Venadito 5, 4ª planta - 28027 Madrid, España
Tel 91 314 18 02 - Fax 91 314 14 65 - Email: esme@coloplast.com
www.coloplast.es Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S.
© 2015/06 Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S.A.

 **Coloplast**

sgcir
DIGITAL

“CASO CLÍNICO: MANEJO DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA EN PACIENTE GASTRECTOMIZADO”.

Roa Hernández, María de los Ángeles*; Rodríguez Cubilot, María Teresa*; Jiménez Guerrero, Beatriz*; Compañy Martínez, Ana*; De Dios Rubio, Rosa**. *Enfermeras Servicio Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario Ramón y Cajal. **Supervisora Servicio Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario Ramón y Cajal. mariaangeles.roa@salud.madrid.org

RESUMEN:

Introducción: La fistula enterocutánea es una complicación frecuente de la cirugía digestiva que ocasiona repercusiones físicas y emocionales grandes, tanto para el paciente como para el equipo médico y de enfermería.

Objetivos: Describir el caso clínico de un paciente que presenta una fistula enterocutánea tras una gastrectomía paliativa y mostrar cronológicamente las diferentes intervenciones enfermeras que se realizan. Así mismo, realizar un plan de cuidados individualizado en base a las necesidades del paciente.

Metodología: Se expone el caso clínico con las diferentes intervenciones que se realizan para manejar el alto débito de la fistula, los métodos empleados para manejar los problemas que surgen durante el problema (fugas, deterioro de la piel, débito abundante, etc). Se sintetizan en periodos cronológicos las actuaciones enfermeras que han contribuido a manejar el alto débito de la fistula. Se utiliza la metodología NANDA-NIC-NOC para la realización del plan de cuidados.

Conclusiones: Se demuestra que el trabajo en equipo multidisciplinar es uno de los factores más importantes a la hora de abordar a este tipo de paciente con manejo dificultoso de una fistula enterocutánea.

PALABRAS CLAVE:

Fístula, cáncer, cirugía, cuidados, dispositivo alto débito.

INTRODUCCIÓN:

La fistula enterocutánea se define como una comunicación entre el tracto gastrointestinal y el exterior⁽¹⁾. A pesar de los avances en el manejo de las fistulas enterocutáneas, la morbi-mortalidad continúa siendo muy elevada. El problema se agrava en los pacientes con cáncer, en los que la posi-

bilidad de cierre espontáneo disminuye debido al estado nutricional, así como a las diferentes alteraciones inmunológicas producidas por los tratamientos de quimioterapia. El considerable aumento de la estancia hospitalaria hace de esta complicación un problema grave, pues cada caso debe tratarse de forma individualizada. Además, no existe evidencia tipo A de cuál es la mejor opción a la hora de controlar el elevado débito para favorecer un cierre precoz de la fistula en estos pacientes. Los estudios realizados en esta línea incluyen aspectos como el soporte nutricional, cuidados de la piel⁽³⁾ y empleo de bolsas combinado con educación individualizada y detallada parecen conseguir una mejor calidad de vida para el paciente, así como favorecer el cierre de la misma⁽⁴⁾. En un estudio de prevalencia de fistulas realizado en una unidad de cirugía de un hospital de tercer nivel durante 33 días y con 329 pacientes se puso de manifiesto que el soporte temprano con nutrición parenteral disminuye el riesgo de fistula de una forma estadísticamente significativa⁽⁵⁾.

El análisis de nuestro caso describe un paciente con fistula enterocutánea tras realizarle una gastrectomía paliativa. Presentamos cronológicamente las diferentes intervenciones de enfermería que se realizaron para manejar el alto débito de la fistula, así como los métodos empleados para enfrentar los diferentes problemas que iban surgiendo (fugas, deterioro de la piel etc.) con el objetivo de ayudar a otros profesionales que se encuentren en situaciones similares⁽⁷⁾.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para el manejo del caso clínico se realiza una reunión del equipo de enfermería para elaborar un plan de cuidados para el control y manejo de una fistula de alto débito 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

de la fistula.

El paciente es ingresado en la unidad de cirugía digestiva tras realizarle una gastrectomía paliativa por adenocarcinoma gástrico perforado. El postoperatorio inmediato transcurre con normalidad hasta el día séptimo en el que sufre una dehiscencia de sutura (Figura 1) tras la cual se produce una fistula enterocutánea. La herida presenta bordes irregulares y débito abundante a través de la misma. Se prueban distintos dispositivos para curarla pero, no dan resultado.

En este momento, se plantean dos diagnósticos enfermeros:

00046 Deterioro de la integridad cutánea

00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.



Figura 1.
Dehiscencia herida



Figura 2.
Cura con sistema de vacío

En el momento de la aparición de la fistula, y durante siete días, tras múltiples búsquedas bibliográficas, se intenta controlarla mediante una cura de vacío, habiendo sido canalizada previamente con una sonda Foley del número 14⁽⁸⁾. Fracasa por las múltiples filtraciones y fugas. (Figura 2).

Tras ello, se colocó un dispositivo colector de alto débito tipo ventana para facilitar las curas diarias a través de ella. Se lavó con suero fisiológico y se aplicaron polvos hidrocoloídes en la zona de granulación, que en algún momento hubo que desbridar. Se colocó una pasta barrera. Se recortó la bolsa aislando la zona de granulación anteriormente mencionada y se intentó tapar dicha zona con la placa, ya que el material de la misma es hidrocoloíde, pero la bolsa se despegaba continuamente. Al final se decidió aislar esta zona y, a pesar de mantenerse en contacto con el débito bilioso, esta evolucionó favorablemente y finalmente se coloca el dispositivo (Figura 3).



Figura 3.
Cura con dispositivo colector de alto débito

Un mes después, la zona de granulación evolucionó favorablemente y el tamaño de la fistula se redujo considerablemente, por lo que, desde este momento fue posible utilizar un dispositivo de urostomía sencillo. A los dos meses, el paciente fue dado de alta con la fistula prácticamente cerrada, manejándose de forma autónoma con un dispositivo de urostomía con un débito aproximado de 30-40 cc. En este punto, el paciente pasa a seguimiento en consultas externas (Figura 4).



Figura 4. Reducción de la fistula.

Durante este proceso, nos encontramos con cuatro diagnósticos enfermeros:

1. **(00046) Deterioro de la integridad cutánea** con las intervenciones de:
 - (3660) cuidados de las heridas,
 - (3590) vigilancia
 - (3584) cuidados de la piel,
 - (1200) administración de nutrición parenteral.

Tratamos de alcanzar los NOC:

- (1103) curación de la herida por segunda intención,
- (1004) mejorar el estado nutricional
- (1922) control del riesgo, en nuestro caso hipertermia.

2. **(00025) Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos**, para conseguir los siguientes resultados:

- (0601) equilibrio hídrico
- (0602) hidratación

Trabajamos los NIC:

- (4120) manejo de líquidos
- (6650) vigilancia
- (6680) monitorización de los signos vitales.

3. **(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.** Este diagnóstico nos preocupaba especialmente, por lo que se contactó con el servicio de Nutrición, que prescribió Nutrición Parenteral Total, permitiéndonos trabajar el NIC:
 - (1200) administración de nutrición parenteral total

Persiguiendo los objetivos:

- (1004) estado nutricional
- (0407) la perfusión tisular periférica.

4. En el momento del alta, cuando el paciente se da cuenta de que dejará el hospital con una bolsa de urostomía y una herida de aspecto desagradable cuando surge el diagnóstico de (00118) **trastorno de la imagen corporal**, ante lo que se trabajan los NIC:
 - (5400) la potenciación de su autoestima
 - (5270) el apoyo emocional

Para conseguir los NOC:

- (1205) aumento de la autoestima
- (1200) mejora de la imagen corporal.

CONCLUSIONES:

El aporte de nutrición parenteral mejora considerablemente la disminución del débito y como consecuencia el estado de la piel. Debido a la complejidad de la herida, fistula multitrayecto, el estado nutricional y la patología oncológica fracasaron los intentos de mantener la cura de vacío por continuas filtraciones y fugas⁽⁹⁾. Coincidió en tiempo con otra paciente en la unidad que también presentaba una fistula enterocutánea (Figura 5), en esta se observa que las curas de vacío sí son efectivas, debido a que su estado nutricional sí era óptimo, no presentaba patología oncológica y cuya fistula presentaba un único trayecto. El aporte de nutrición parenteral, además, mejora considerablemente la disminución del débito y como consecuencia el estado de la piel⁽¹⁰⁾.

El trabajo en equipo multidisciplinar, planificando los cuidados en este tipo de paciente con manejo dificultoso de fistula enterocutánea consigue mejorar los resultados y conseguir un cierre de fistula más precoz, minimizando al máximo el tiempo de hospitalización y disminuyendo de forma importante el riesgo de mayores complicaciones.



Figura 5.

Fistula de única trayectoria en otra paciente.

AGRADECIMIENTOS:

Al personal de enfermería y médico de la planta 10 del Hospital Universitario Ramón y Cajal por facilitar el trabajo en equipo y por su ayuda y colaboración en cada momento de consulta y soporte.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Majercik S, Kinikini M, White T. Enteroatmospheric Fistula. Nutr Clin Pract [Internet]. 8 de agosto de 2012 [citado 4 de Marzo de 2018] ;27(4) :507-12. Disponible en : <http://doi.wiley.com/10.1177/0884533612444454>
2. Alfaro Pacheco, R. Abordaje de la fístula enterocutánea postoperatoria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica.2010; 455-460
3. Slater RC. Supporting patients with enterocutaneous fistula: from hospital to home. Br J Community Nurse [Internet]. 2011 feb ;16(2) :66-73. Disponible en : <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/bjcn.2011.16.2.66>
4. Woodward LM. Management of an Enterocutaneous Fistula in a Patient with a Gastrointestinal Stromal Tumor. J Wound, Ostomy Cont. Nurs [Internet].2010
5. Llop J, Cobo S, Padullés A, LF-N, U. Soporte nutricional y factores de riesgo de aparición de fístulas enterocut...: Discovery Servicie para a Universidade de Lisboa [Internet].2012 SciELO España. 27(1):213-218. [citado 5 de marzo de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100027
6. Schecter WP. Management of Enterocutaneous Fistulas. Surg Clin North Am [Internet]. 2011 Jun;91(3):481-91.Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0039610911000120>
7. Wainstein, I; Hallbook, O. Experience of living with an enterocutaneous fistula. J CLIN Nurs.2015 ;24 (15-16) :2175-83. Disponible en : <http://Doi.Wiley.com/10.1111/jocn.12857>
8. Ortiz LA, Zhang B, McCarthy MW, Kaafarani HMA, Fagenholz P, King DR, et al. Treatment of Enterocutaneous Fistulas, Then and Now. Nutr Clin Pract [Internet]. 2017 agost;32(4):508-15. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1177/0884533617701402>
9. Rivera Romani, J. Complicaciones de la gastrectomía por cáncer gástrico hospital nacional alberto sabogal sologuren 2010 - 2012. Lima
10. Dávila Méndez. Experiencia del manejo de fistulas enterocutáneas en la UMAE.Veracruz. 2012

“ESTUDIO DE VARIABLES EN LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA DE COLUMNA LUMBAR”.

San Segundo Santos, María José⁽¹⁾; Díaz Maroto-Ortega, Nuria⁽¹⁾; Puig-Pérez, Nuria⁽¹⁾; Varillas-Delgado, David⁽²⁾, ^{(3)**}. ⁽¹⁾Servicio de Enfermería de traumatología (unidad de columna). Hospital FREMAP, Majadahonda, España. Carretera Pozuelo -Majadahonda 61, CP 28222. ⁽²⁾Unidad de investigación FREMAP Majadahonda. ⁽³⁾Unidad de Apoyo a la Investigación, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España.

maria_segundo@fremap.es

RESUMEN:

Introducción: El 70-80% de la población padece dolor lumbar y es la principal causa de restricción de movilidad, disminución de la calidad de vida, absentismo laboral y de consulta médica en los servicios de traumatología y cirugía ortopédica⁽¹⁾ convirtiéndose en un grave problema de salud^(2,5). Una de las medidas terapéuticas es la artrodesis lumbar, técnica invasiva que implica baja laboral, ingreso, sangrado y dolor y, sobre todo, preocupación en el paciente^(6,8).

Objetivos: valoración del dolor en pacientes artrodesados e información del estado posterior de los pacientes a la intervención quirúrgica y cuidados del personal de enfermería.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional de 1 año, incluyendo a 99 pacientes intervenidos mediante artrodesis lumbar, todos en edad laboral, a los que se realizó encuesta para la valoración del dolor con la Escala Visual Analógica (EVA) durante su estancia hospitalaria.

Resultados: Los datos de la escala EVA muestran que la disminución del dolor en pacientes descendió de manera significativa entre las 24h, 48h postquirúrgicas y el momento del alta ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los cuidados del servicio de enfermería son importantes para disminuir dolor, estancia y gasto sanitario en pacientes artrodesados.

PALABRAS CLAVE:

Intervención lumbar, Enfermería, Drenado, Incisión quirúrgica, Dolor, artrodesis lumbar

INTRODUCCIÓN:

En los países occidentales, el 70-80% de la población padece dolor lumbar en algún momento de su vida y es la principal causa de restricción de

movilidad, discapacidad a largo plazo y disminución de la calidad de vida y, por ende, es una de las principales causas de absentismo laboral y de consulta médica en los servicios de traumatología y cirugía ortopédica. Dentro de las patologías en el ámbito laboral que acumulan más casos de bajas son las de columna lumbar (13%) convirtiéndose en un grave problema de salud, por su elevada frecuencia y repercusión social y laboral⁽²⁾.

Todo ello sitúa al dolor lumbar como la condición mecánica más cara y la primera causa de discapacidad laboral de origen musculoesquelético y segunda causa de discapacidad laboral general por detrás de las infecciones respiratorias⁽³⁾. La incidencia anual del 5% de la población es la causa del 15% de todas las incapacidades laborales en el mundo occidental. Es la causa más frecuente de incapacidad laboral en personas menores de 45 años⁽⁴⁾.

Cuando la causa del dolor lumbar sea una anomalía estructural surge la posibilidad de una intervención quirúrgica⁽⁵⁾. La artrodesis lumbar es una de las cirugías utilizadas para resolver dichos problemas, consiste en una cirugía mayor invasiva que implica, baja laboral, ingreso, sangrado y dolor, siendo éste la principal causa de preocupación en el paciente pues compromete su calidad de vida^(6,7).

En nuestro hospital para esta intervención quirúrgica, se utiliza la caja T-PAL la cual está indicada para sustituir discos intervertebrales lumbares y fusionar cuerpos vertebrales adyacentes en los niveles L1-S1. El implante de estas cajas se hace mediante la técnica T-ILF una técnica que permite fusionar tanto la parte anterior como la parte posterior del segmento vertebral (por ello se conoce como fusión circunferencial o de 360°), pero accediendo sólo desde uno de los lados de la parte posterior vertebral. Por tanto, mejora las tasas de fusión y el grado de corrección en la misma medida

que los accesos dobles (anterior-posterior), pero simplifica la tarea y los riesgos al utilizar un solo abordaje y un solo lado.

Justificación: Ante una cirugía para artrodesis lumbar aparecen inquietudes que siempre merecen atención sanitaria para ofrecer una óptima calidad asistencial y que busque alcanzar la satisfacción entre los pacientes y los profesionales (8,9).

Objetivo: Valoración del dolor en pacientes artrodesados e información del estado de los pacientes posterior a la intervención quirúrgica y cuidados del personal de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional y prospectivo de una serie de pacientes intervenidos por artrodesis lumbar, que ingresaron de forma programada en la unidad de hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital FREMAP de Majadahonda (Mutua de accidentes de trabajo) para cirugía y seguimiento. La población muestra estuvo formada por 100 pacientes, de los cuales uno fue dado de alta antes de la finalización del estudio (48h), por lo que se descartó del mismo. Todos los pacientes aceptaron la inclusión en el estudio mediante consentimiento informado. La recogida de pacientes se realizó de forma consecutiva, en el centro de trabajo desde octubre de 2016 a octubre de 2017.

Criterios de inclusión/exclusión:

Pacientes intervenidos mediante fijación de columna que no hubieran sido artrodesados previamente, pacientes en edad laboral y no presentaran enfermedades ni tratamientos crónicos.

Se excluyeron aquellos pacientes tratados previamente con analgesia.

MEDICIÓN: Procedimiento

1. En esta serie de casos, se realizó una encuesta de valoración durante la estancia hospitalaria por el personal de enfermería para su análisis atendiendo a las siguientes variables: sexo, edad, tiempo quirúrgico, incisión, niveles artrodesados, drenado a las 24h y 48h, escala del dolor (EVA) a las 24h, 48h y alta, tensión arterial (TA) pre-quirúrgica y a las 24h y 48h, frecuencia cardiaca (FC) pre-quirúrgica y a las 24h y 48h, temperatura (Tª), complicaciones, analgesia en perfusión continua, analgesia de rescate, cambios posturales y bipedestación.

La entrevista se llevó a cabo siempre por el equipo de enfermería que se desplazaba a la habitación de los pacientes para informar por escrito del objetivo del estudio y solicitar la firma del consentimiento informado. Este proceso se realizó en las mejores condiciones de tranquilidad y sin presencia de acompañantes.

2. Las incisiones realizadas en las intervenciones se acotaron en pequeñas (inferiores a 5 cms), medianas (entre 5-10 cms) y grandes (mayores a 10 cms).
3. Para medir la variable de la cantidad drenada se utilizó el sistema de drenaje de redón Drenofast IHT, estéril, desechable, de un solo uso, con vacío incorporado, que actúa por aspiración con botella de alto vacío de PVC 400 cc, con un vacío incorporado de hasta 700 mm Hg (mínimo 650 mm Hg) y fuele de indicador de vacío de color verde. Los drenados, se categorizaron a las 24h como leves (0-100cc), moderados (100-300cc) y severos (>300cc) y a las 48h como leves (0-200cc), moderados (200-400cc) y severos (>400cc) (Figura 1).



*Figura 1.
Sistema de drenaje Redón y faja tipo CAMP.*

4. Se empleó como instrumento de obtención de datos para medir la variable del dolor, la Escala visual-analógica (EVA) graduada numéricamente de 1-10 para valorar la intensidad del dolor mostrando de forma fiable la intensidad del mismo en distintos momentos del proceso, se efectuaron tres mediciones, a las 24h post-cirugía, a las 48h post-cirugía y al momento del alta.
5. La toma de constantes como presión arterial y frecuencia cardiaca se realizó con el sfigmoma-

nómetro digital Connex® Pro BP 3400 con tomas precisas y fiables garantizadas por la correcta calibración del mismo, por el sistema de calidad del hospital.

La temperatura se midió con el termómetro electrónico Thermoval® Basic (*Laboratorios Hartmann AG, Germany*), que mide la temperatura corporal en aproximadamente 60-90 segundos. Una señal acústica nos avisó cuando el termómetro estuvo listo para medir la temperatura y al finalizar la medición. Los resultados fueron precisos mesurados electrónicamente (Figura 2).



Figura 2.

Esfigmomanómetro, escala EVA y termómetro.

6. Generalmente se administra la analgesia a estos pacientes mediante la bomba de perfusión continua de 40mg de cloruro morfíco más 30mg de Enantyum, que permite un caudal de flujo de 1-1500 ml/h en modo normal. Posee el modo seguro Vigilant®, para administración intravenosa. Con la patente OCS: el sistema de control de oclusividad, siendo ésta la única prueba automática que controla el buen estado de funcionamiento de la bomba evitando el riesgo de flujo libre, siendo el flujo a infundir de 4-10 ml/h.

La inyección de morfina se usa para aliviar el dolor de moderado a fuerte. La morfina pertenece a una clase de medicamentos llamados analgésicos opiáceos (narcóticos).

La recogida de datos se llevó a cabo en diferentes momentos del proceso: a las 24h, 48h y alta o quirúrgica, 24h y 48h según las distintas variables.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se efectuó análisis estadístico mediante el software SPSS 20.0® para Windows.

Las variables cuantitativas se representaron en valores de media y desviación estándar y las variables cualitativas en porcentajes y tantos por ciento. Se utilizó el test Chi-square para el análisis de las variables cualitativas y los test T de Student y ANOVA para las variables cuantitativas. Se tomaron como resultados estadísticamente significativos aquellos con valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS:

48 pacientes tuvieron intervención para artrodesis lumbar en un solo nivel (48,5%). Se aplicaron en la intervención cajas T-Pal en 51 pacientes del estudio.

La valoración del dolor mediante escala EVA de los pacientes a las 24h post-quirúrgicas mostrando diferencias estadísticamente significativas entre ellas, ($p < 0,001$).

La bomba de perfusión continua desde la salida de la cirugía hasta las 24h arrojó un valor medio de 8,47 ml/h y desde las 24h a las 48h de 4,17 ml/h.

La analgesia de rescate con AINES se tuvo que aplicar en 5 de los pacientes. No hubo ninguno paciente con analgesia previa.

Se comprobó si el tamaño de la incisión efectuada tenía relación con el tiempo de cirugía, viendo resultados estadísticamente significativos ($p = 0,020$), al igual que en los niveles artrodesados (uninivel o multinivel) ($p < 0,001$).

El hecho de haber colocado cajas T-Pal no mostraron resultados estadísticamente significativos ($p = 0,313$), al igual de si el hecho de colocar la caja influía en un mayor drenado, no existiendo diferencias estadísticamente significativas ni en el drenado a las 24h ($p = 0,123$) ni en el drenado a las 48h ($p = 0,138$).

La correlación en la tensión arterial y frecuencia cardiaca se comprobaron las diferencias entre la precirugía y post-cirugía a las 24h y a las 48h.

En los cambios posturales, se vieron diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos analizados ($p = 0,001$), siendo estas diferencias entre los pacientes levantados a las 24h y 72h ($p = 0,001$) y entre las 48h y 72h ($p = 0,001$), no viendo estas diferencias a las 24h y 48h ($p = 0,678$).

El tiempo de intervención quirúrgica no mostró diferencias estadísticamente significativas a las 24h ($p = 0,528$), ni a las 48h ($p = 0,366$).

Los datos de la escala EVA muestran que la disminución del dolor en pacientes descendió de manera significativa entre las 24h, 48h postquirúrgicas y el momento del alta ($p < 0,001$).

DISCUSIÓN:

El trabajo presentado muestra cómo el personal de enfermería ayuda a la recuperación de los pacientes que han sido intervenidos de artrodesis lumbar. El cuidado de enfermería es básico no solo para ayudar físicamente al paciente, sino también psicológicamente. Se ha comprobado que después de una intervención lumbar, el personal de enfermería juega un papel importante y significativo en la recuperación del optimismo de los pacientes a los pocos meses después de la intervención⁽¹⁰⁾. Estos hallazgos mostrados por Saban y Penckofer¹⁰ permiten que las enfermeras, comprendan mejor cómo las expectativas percibidas por los pacientes pueden afectar a su calidad de vida mientras se recuperan de la cirugía espinal lumbar. Pero, no es sólo en la calidad de vida donde se ve reflejada su acción, sino en los costes derivados de una estancia más larga en el Hospital o de un periodo de baja más prolongado, así la enfermería ayuda al Sistema Sanitario con el abaratamiento de esta patología⁽¹¹⁾.

En el entorno quirúrgico existe la posibilidad de crear un vínculo entre el paciente y el personal de enfermería, mediante la comunicación y el diálogo estimulando al paciente a verbalizar y exponer sus sentimientos y temores.

Con la recogida de variables objetivas, se obtienen datos valiosos para identificar las necesidades globales de la persona y percibir sus necesidades proporcionando ayuda y soporte durante la estancia hospitalaria. En el periodo que transcurre desde la intervención quirúrgica hasta el momento del alta, el rol del personal de enfermería facilita una atención directa y de buena calidad para conseguir unos resultados positivos y mejorar el bienestar. En la bibliografía existen trabajos que enfocan la buena labor del personal de enfermería⁽¹²⁻¹⁵⁾.

En nuestro estudio, el periodo de estancia de los pacientes fue corto; aun así, se ven diferencias en la recuperación de presión arterial y frecuencia cardiaca, considerados como un indicador del estado anímico del paciente, demostrando diferencias estadísticamente significativas en la tensión arterial sistólica entre el prequirúrgico, a las 24h y 48h, con

valores medios en el prequirúrgico de 124,14 mmHg, a las 24h de 115,71 mmHg y a las 48h de 116,12 mmHg. Igualmente, en la tensión arterial diastólica se comprobaron diferencias estadísticamente significativas entre el prequirúrgico, con valor medio de 75,54 mmHg, las 24h con valor de 69,24 mmHg y a las 48h con valor de 69,40 mmHg, al igual que en la frecuencia cardiaca entre las distintas tomas efectuadas, debido a que en el valor medio prequirúrgico se tuvieron valores medios de 77,52 ppm, a las 24h valores de 75,24 ppm y a las 48h valores de 77,41 ppm. En la bibliografía revisada no se han encontrado, estos valores presentados en estudios previos, en el campo de la enfermería traumatológica, por lo que abre un nuevo campo en cuanto a comprender el estado de la calidad de vida del paciente artrodesado, al no usar test habituales, sino mediante estas constantes vitales, demostradas como un índice de bienestar y está comprobado que la disminución de las mismas en la estancia hospitalaria guarda una relación en la tranquilidad de los pacientes⁽¹⁶⁻²⁰⁾.

No se encontró ninguna complicación en ninguno de los pacientes del estudio, lo cual indica igualmente, la buena labor postquirúrgica y los cuidados efectuados fueron los idóneos en todos los casos.

Una de las variables en cuanto a la mejora del dolor fue la escala visual-analógica (EVA). Se observó una relación en cuanto a las valoraciones del EVA entre las 24h con las 48h, siendo el valor EVA de media a las 24h de 3,76, a las 48h de 2,91 y al alta de 1,62, que todas las mediciones efectuadas mostraron diferencias estadísticas, comprobando que el dolor de los pacientes artrodesados disminuyó significativamente desde la salida de quirófano hasta el alta, lo que determina que los cuidados de enfermería, así como la medicación aportada fue la idónea para mejorar la calidad de vida. La salida de los mismos del centro hospitalario se realizó en las mejores condiciones posibles. Los resultados de mejora de la escala EVA se muestran en numerosos estudios relacionados con intervención de artrodesis lumbar, pero con periodos de seguimiento superiores a un año, viendo en estos estudios los mismos resultados que los mostrados en este trabajo únicamente en el periodo de estancia en el Hospital.

CONCLUSIONES:

Se demuestra en este trabajo que el personal de enfermería es capaz de disminuir el dolor en los pa-

cientes intervenidos mediante artrodesis lumbar y aumentar en la calidad de vida de los pacientes.

La ayuda del personal de enfermería se muestra fundamental en la recuperación de los pacientes, siendo un pilar básico en la atención sanitaria dentro de una mutua de accidentes de trabajo.

AGRADECIMIENTOS:

A la Comisión, Formación, Investigación y Docencia (COFID) del hospital FREMAP de Majadahonda por la posibilidad que nos brindaron, al servicio de Traumatología de la Unidad de Columna, cirujanos, personal de planta y jefa de enfermería por su apoyo y colaboración. Una mención especial para el Dr. A.R. Delgado Lacosta por su implicación incondicional.

FINANCIACIÓN:

Los autores no han requerido financiación de ningún tipo para realizar este estudio.

Conflictos de intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guerado E, Andrist T, Andrades JA, Santosc L, Cerván A, Guerado G, Becerra J. Artrodesis del raquis. Ciencia básica. Spinal arthrodesis. basic science. Rev Esp Cir Ortop Traumatol 2012; 56:227-44.
2. Bagés C, Lleixà Fortuno MM, Español Puig C, Imbernón Casas G, Munté Prunera N, Vázquez Morillo D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. Enferm glob 2015;14(39):41-51.
3. Ayerbe-Gracia J, Sousa-Casasnovas P. Evaluación de resultados en cirugía raquídea lumbar: la perspectiva del paciente. Neurocirugía 2004;15:447-57.
4. Lawton CD, Smith ZA, Nixon AT, Dahdaleh NS, Wong AP, Khanna R, et al. The effect of surgical level on self-reported clinical outcomes after minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion: L4-L5 versus L5-S1. World Neurosurg. 2014;81(1):177-82.
5. Gottschalk MB, Premkumar A, Sweeney K, Boden SD, Heller J, Yoon ST, et al. Posterolateral Lumbar Arthrodesis With and Without Interbody Arthrodesis for L4-L5 Degenerative Spondylolisthesis: A Comparative Value Analysis. Spine (Phila Pa 1976). 2015;40(12):917-25.
6. Hart RA, Hiratzka J, Kane MS, Lafage V, Klineberg E, Ames CP, ilton DK, Shaffrey CI, Mundis G, Smith JS, Burton DC, Sciubba DM, Deviren V, Boachie-Adjei, et al; International Spine Study Group. Stiffness after Pan-Lumbar Arthrodesis for Adult Spinal Deformity Does Not Significantly Impact Patient Functional Status or Satisfaction Irrespective of Proximal Endpoint. Spine (Phila Pa 1976). 2017;42(15):1151-7.
7. Okuda S, Fujimori T, Oda T, Yamasaki R, Maeno T, Yamashita T, Matsumoto T, Iwasaki M. Patient-Based Surgical Outcomes of Posterior Lumbar Interbody Fusion: Patient Satisfaction Analysis. Spine (Phila Pa 1976). 2016;41(3):E148-54.
8. Saban KL, Penckofer SM. Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. J Neurosci Nurs. 2007;39(3):180-9.
9. Wheeler AJ, Gundy JM, DeBerard MS. Predicting compensation and medical costs of lumbar fusion patients receiving workers' compensation in utah using presurgical biopsychosocial variables. Spine (Phila Pa 1976). 2012;37(7):605-11.
10. Douw G, Huisman-de Waal G, van Zanten AR, van der Hoeven JG, Schoonhoven L. Nurses' 'worry' as predictor of deteriorating surgical ward patients: A prospective cohort study of the Dutch-Early-Nurse-Worry-Indicator-Score. Int J Nurs Stud. 2016 Jul;59:134-40.
11. Fan JC, Lo CK, Kwok CK, Fung KY. Nurse-led orthopaedic clinic in total joint replacement. Hong Kong Med J. 2014;20(6):511-8.
12. Lome B, Stalnaker A, Carlson K, Kline M, Sise M. Nurse practitioners-the core of our trauma service. J Trauma Nurs. 2010;17(2):80-1.
13. Jarrett LA, Emmett M. Utilizing trauma nurse practitioners to decrease length of stay. J Trauma Nurs. 2009;16(2):68-72.
14. Hossen A, Jaju D, Al-Abri M, Al-Sabti H, Mukaddirov M, Hassan M, Al-Hashmi K. Investigation of heart rate variability of patients undergoing coronary artery bypass grafting (CABG). Technol Health Care. 2017;25(2):197-210.

15. Hossen A, Jaju D, Al-Abri M, Al-Sabti H, Mukaddirov M, Hassan M, Al-Hashmi K. Investigation of heart rate variability of patients undergoing coronary artery bypass grafting (CABG). *Technol Health Care*. 2017;25(2):197-210.
16. Tan C, Saito N, Miyawaki I. Changes in Heart Rate and Autonomic Nervous Activity after Orthopedic Surgery in Elderly Japanese Patients. *Kobe J Med Sci*. 2017;62(5):E129-E135.
17. McElroy I, Sareh S, Zhu A, Miranda G, Wu H, Nguyen M, Shemin R, Benharash P. Use of digital health kits to reduce readmission after cardiac surgery. *J Surg Res*. 2016;204(1):1-7.
18. Kaldur T, Unt E, Ööpik V, Zilmer M, Eha J, Paapstel K, Kals J. The acute effects of passive heat exposure on arterial stiffness, oxidative stress, and inflammation. *Medicina (Kaunas)*. 2016;52(4):211-16.
19. Patle R, Dubb S, Alaghband-Zadeh J, Sherwood RA, Tam F, Frankel A, Moniz C, Bueter M, Vincent RP, le Roux CW. Improved blood pressure, nitric oxide and asymmetric dimethylarginine are independent after bariatric surgery. *Ann Clin Biochem*. 2012;49(Pt 6):589-94.
20. Pinson H, Hallaert G, Herregodts P, Everaert K, Couvreur T, Caemaert J, Kalala JP, Van Roost D. Outcome of Anterior Lumbar Interbody Fusion: A Retrospective Study of Clinical and Radiologic Parameters. *World Neurosurg*. 2017;103:772-9.
21. Domínguez I, Luque R, Noriega M, Rey J, Alia J, Marco-Martínez F. Extreme lateral lumbar interbody fusion. Surgical technique, outcomes and complications after a minimum of one year follow-up. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2017;61(1):8-18.
22. Adogwa O, Elsamadicy AA, Han JL, Cheng J, Karikari I, Bagley CA. Do measures of surgical effectiveness at 1 year after lumbar spine surgery accurately predict 2-year outcomes?. *J Neurosurg Spine*. 2016;25(6):689-96.
23. Liang Y, Shi W, Jiang C, Chen Z, Liu F, Feng Z, Jiang X. Clinical outcomes and sagittal alignment of single-level unilateral instrumented transforaminal lumbar interbody fusion with a 4 to 5-year follow-up. *Eur Spine J*. 2015;24(11):2560-6.

Los autores declaran que son ciertas las afirmaciones que se indican en el siguiente listado:

- El manuscrito se ajusta a las normas de publicación.
- Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.
- Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito y aprueban la versión final del mismo que se adjunta a esta declaración, así como el envío para su publicación.
- En el apartado de agradecimientos, las personas que se citan han dado su aprobación para ello.

“POTENCIACIÓN DEL CONOCIMIENTO CLÍNICO: ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE SESIONES CLÍNICAS ESPECÍFICAS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA DIGESTIVA. RESULTADOS PRELIMINARES”.

Jaramillo Martínez, María*; Córdoba Cruz, María José*; Serrano Sarlé, Jessica*; Jerez González, José Antonio**; Quiñones Sánchez, Cristina**; Blanco Álvarez, Ana María**.

*Enfermera asistencial. Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). **Enfermera de Práctica Avanzada. Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

jumillu@hotmail.com

PALABRAS CLAVE:

Enfermería, digestivo, formación, conocimiento, pensamiento crítico, cirugía

RESUMEN:

Introducción: Durante el año 2018 el servicio de Cirugía Digestiva ha impulsado de manera novedosa un programa de sesiones clínicas de cuidados de enfermería mediante las teorías de liderazgo motivacional. Estas teorías manifiestan que, en tiempos de crisis, la actualización de conocimientos fomenta el buen funcionamiento de los equipos.

Objetivos: Promover los conocimientos y motivar a los profesionales del servicio. A su vez, resolver dudas sobre las técnicas y procedimientos diarios aplicables a los pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal para el que se utilizó un cuestionario propio autoadministrado en la primera y última sesión, se realizaron 8 preguntas a los asistentes sobre sus expectativas y características de las sesiones. Para la evaluación se utilizó una escala tipo Likert de 5 valores: nada, poco, adecuado, bastante y mucho.

Resultados: Se realizaron un total de 3 sesiones antes de los resultados preliminares, desde enero hasta marzo de 2018, cada 4 semanas. Las sesiones previstas hasta el final del programa anual suman un total de 9.

Se ha obtenido una asistencia media de 22.12 profesionales por sesión. La utilidad de las sesiones fue valorada inicialmente como mucha/bastante (97,72%) y los horarios en los que se realizaban se valoraron como muy satisfactorios al final del período (37,07%), reflejándose un equilibrio en el resto de valoraciones dentro de la misma cuestión.

Los profesionales valoraron como mucho (58,42%) y bastante adecuada (34,83%) la temática presentada durante el curso, después de realizar 3 sesiones, observando resultados similares en la valoración del intercambio de conocimientos.

Conclusiones: Los resultados han sido muy positivos, logrando un nivel de asistencia óptimo y la participación en las sesiones del personal de enfermería y de otras disciplinas. Éste programa puede consolidar los lazos, la comunicación y la motivación entre los diferentes equipos y podría repercutir positivamente en la seguridad de los profesionales además de en el cuidado de los pacientes.

INTRODUCCIÓN:

La formación en enfermería está estrechamente ligada a la etapa formativa universitaria. En ese período, es dónde se abarca la gran base de conocimientos que se utilizan en la práctica asistencial una vez iniciada la carrera profesional.

La necesidad formativa surge a razón de varias cuestiones: potenciar el conocimiento del personal habitual del servicio, afianzar las nociones del personal de nueva incorporación y fomentar las sesiones clínicas interdisciplinarias.

La actualización sistemática anual de los procedimientos y técnicas que más se utilizan en el servicio, previamente consultando a todo el personal las necesidades formativas. A su vez, crear un foro de debate sobre las cuestiones tratadas y resolver las dudas que encontramos en la asistencia habitual.

También se hizo hincapié en los nuevos protocolos que se iban a instaurar en el área de cirugía para realizar con mayor efectividad las actividades del equipo interdisciplinar.

En referencia a estudios previos relacionados con la temática tratada, el tema de educación siempre ha sido relacionado con los estudiantes de enfermería. Pocos estudios relacionan la potenciación del conocimiento clínico en el personal hospitalario.

El estudio más interesante relaciona el conocimiento con el seguimiento de los alumnos acabados de la carrera para guiarlos de manera más eficaz en su inicio profesional¹.

Otro estudio que sirvió de referencia a la hora de crear las sesiones fue uno orientado a los grupos de discusiones basados en el proceso de administración de medicamentos y como mejora dicha actividades con compartir experiencias de la práctica clínica².

Y para finalizar, el estudio desde la perspectiva educadora de la enfermera basándose en el pensamiento crítico como base para toda acción³.

METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio descriptivo transversal. El modelo educacional se basa en el pensamiento crítico como base para justificar la evidencia de los cuidados y plantea la necesidad de los cuidados que se ejecutan.

Los materiales utilizados fueron diversos, consensuando el temario con los enfermeros de práctica avanzada que dispone en el hospital y se fueron desarrollando diferentes powerpoints informativos, utilizando vídeos e imágenes ilustrativas de las diferentes patologías y temas a tratar.

En total se establecieron 9 sesiones anuales en dos turnos diferentes de media hora de duración. Dichas sesiones se repetían en los diferentes turnos para dar mayor alcance a todo el personal de enfermería dentro de su horario laboral. La duración de media hora es fundamental porque se considera que en menor tiempo y sintetizando al máximo la información, las personas son capaces de retener más conocimientos.

A su vez se utilizaron métodos más novedosos como la realización de juegos multiopciones para realizar test para saber el nivel de conocimientos inicial de los profesionales. También se hizo uso de los diferentes trípticos e hojas informativas que disponemos en el hospital para familiarizar al personal su uso habitual de ellos.

Se entregó una encuesta en la primera sesión para valorar las expectativas del personal sanitario y en la tercera sesión para valorar el transcurso de las sesiones realizadas, en ese momento un total de 3.

En total la asistencia fue de 89 participantes entre todas las sesiones ofertadas. Los resultados se dividen entre los diferentes turnos de sesiones para valorar pros y contras en determinación con los horarios realizados.

Las preguntas que se trataron fueron las siguientes:

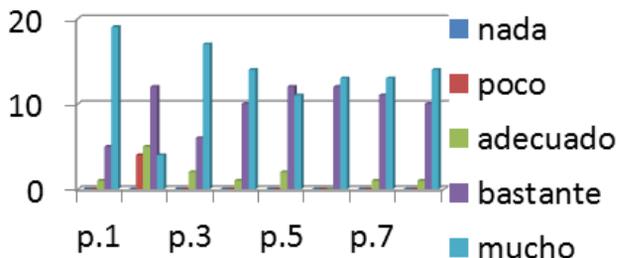
1. *¿Crees que el programa de sesiones internas para el equipo de enfermería, de forma periódica, puede ser útil?*
2. *¿Los horarios y los turnos propuestos facilitan la asistencia?*
3. *¿La temática inicial es de interés general?*
4. *¿Puede facilitar el intercambio de conocimientos y experiencia?*
5. *¿Puede motivar a la participación del personal?*
6. *¿Puede servir para la difusión de novedades e integración del trabajo en equipo?*
7. *¿Podría ayudar en la colaboración interdisciplinar? (sesiones conjuntas con el equipo médico, nutrición y dietética, etc.)*
8. *En general, tu nivel de satisfacción con la propuesta inicial del programa es:*

RESULTADOS/ CONCLUSIONES:

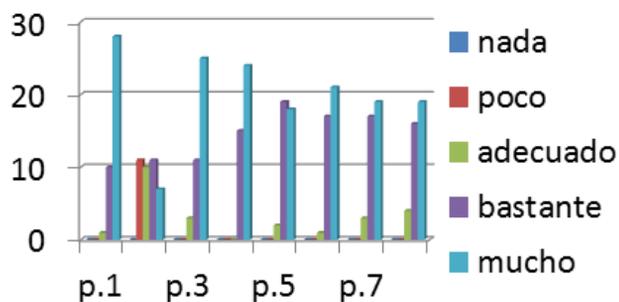
A continuación se exponen los resultados de las preguntas 1 a 8 en relación a los distintos turnos.

En el turno de mañanas (7h) y en el turno martes día (12h) se observó un aumento de participación entre 1ª y 3ª sesión. Se valoró de manera negativa (poco/adecuado) el horario impartido en un 20% debido a que por razones de carga asistencial en algunas ocasiones obstaculizaba la asistencia al curso. Finalmente, se observó un 92,30% de valoración positiva en la colaboración interdisciplinar y en la temática inicial seleccionada.

RESULTADOS TURNO MARTES 12H + TURNO MAÑANA 7H



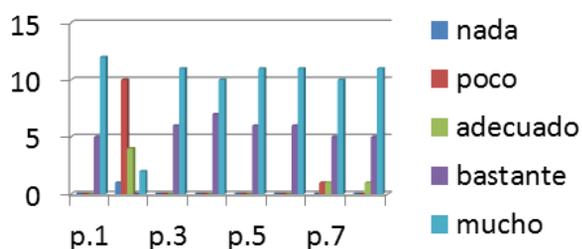
Gráfica 1ª sesión



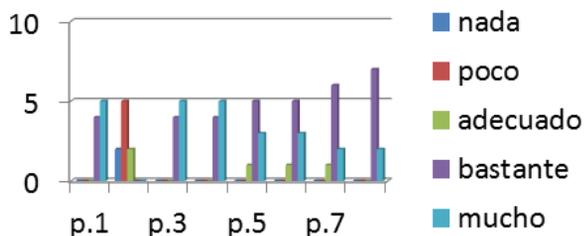
Gráfica 3ª sesión

En el turno de tardes (7h) y en el turno lunes día (12h) se valoró la utilidad en un 100% (bastante/mucho) entre la 1ª y la 3ª sesión. Encontramos una valoración de la motivación de la participación inicial del 95,83%. Y un total del 100% inicial y final (bastante/mucho) para facilitar el intercambio de experiencias y conocimientos, aunque se observó una disminución de la participación entre la 1ª y la 3ª sesión y a su vez la satisfacción con la propuesta inicial del programa disminuyó entre ambas sesiones.

RESULTADOS TURNO LUNES 12H + TARDES



Gráfica 1ª sesión

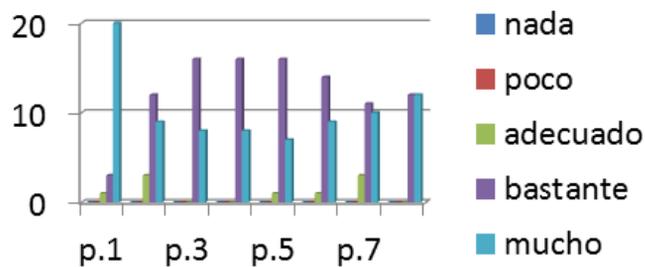


Gráfica 3ª sesión

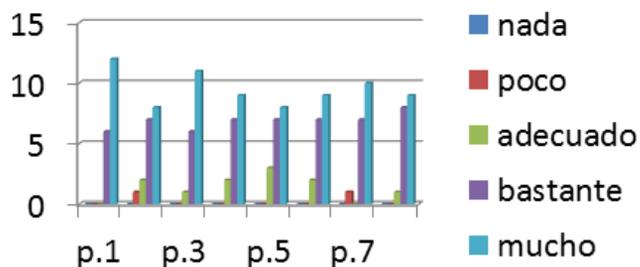
En la franja horaria de **lunes y martes noche** encontramos un interés por la temática inicial del 66,66% (bastante) + 33,33% (mucho) comparándolo con un interés por la temática final del 33,33% (bastante) + 61,11% (mucho). La valoración de la

colaboración interdisciplinar 94,4% (bastante/mucho) final, frente a un 87,5% inicial. Mejor valoración del horario ya que al ser dentro de la jornada laboral no les implica acudir fuera de su jornada laboral. También en la pregunta utilidad en la difusión de novedades e integración del trabajo en equipo se logró un mucho inicial 40,9% a un mucho final 52,17%.

RESULTADOS TURNO LUNES/ MARTES NOCHE



Gráfica 1ª sesión



Gráfica 3ª sesión

CONCLUSIONES:

En conclusión, nos encontramos con una buena acogida por parte del personal de enfermería. Cuesta en ocasiones reunir el equipo interdisciplinar por cuestiones horarias y pases de visita. Entre otros beneficios encontramos una mejora de la motivación de la participación del personal, convirtiéndolos en líderes potenciales en su actividad asistencial. También, favorece el aumento de la excelencia profesional ya que interiorizando el conocimiento encontramos una práctica más segura de cara los pacientes.

Con estas sesiones de formación se fomenta el trabajo en equipo, como núcleo fundamental de nuestros cuidados y centrándonos en la comunicación como herramienta primordial. La actualización constante de las nuevas técnicas/procedimientos/ conocimientos hace que mejoremos nuestra práctica renovándonos constantemente.

Otro punto fundamental es la resolución de dudas y/o compartir experiencias entre profesionales, facilita el reducir el margen de errores en la práctica clínica. También, tener de referencia los enfermeros de práctica avanzada de las diferentes áreas hace que se resuelvan más rápidamente dudas o problemas presentados.

Para finalizar, tener en cuenta que futuros estudios deberían de evaluar el impacto de la implementación de sesiones clínicas de cuidados en los resultados clínicos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. O'Connor T e. The evaluation of an early graduate educational intervention. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2018 [cited 13 May 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29747093>
2. Härkänen M, e. (2018). *Focus group discussions of registered nurses' perceptions of challenges in the medication administration process.* - PubMed - NCBI. [online] Ncbi.nlm.nih.gov. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29745001> [Accessed 13 May 2018].
3. Raymond C e. Balancing the seen and unseen: Nurse educator as role model for critical thinking. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2018 [cited 13 May 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29751341>



“RECHAZO HUMORAL EN UN TRASPLANTE CARDÍACO ORTOTÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO”.

Abaghlie Rakhroukh, Anissa*; Durán González, María Ángeles*; Bedmar Vázquez, María del Mar*.

*Enfermeras de la unidad de cuidados intensivos de cirugía cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona.

anissa2917@gmail.com

RESUMEN:

Introducción: El trasplante de corazón es la modalidad de tratamiento que ha modificado sustancialmente la expectativa de vida en pacientes con insuficiencia cardíaca terminal, sin embargo, no es un procedimiento inocuo y puede producir múltiples y variadas complicaciones que precisan, en un momento dado, un conjunto de actuaciones llevadas a cabo por un equipo multidisciplinario.

Objetivo: exponer un plan de cuidados de enfermería en un paciente trasplantado de corazón que entra en shock cardiogénico tras rechazo humoral.

Metodología: se trata de presentación de un caso clínico y exposición de un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA-NIC-NOC sobre un paciente de 51 años que es trasplantado de corazón y tras la realización de pruebas complementarias se le diagnostica rechazo humoral.

Conclusión: La evolución de un paciente sometido a un trasplante cardíaco en el postoperatorio inmediato y no inmediato se ve favorecida cuando se aplican unos cuidados de enfermería incluidos en un plan protocolizado de actividades enfermeras.

Palabras clave: Cardiopatía congénita, Trasplante cardíaco. Rechazo humoral, Tratamiento. Plan de cuidados. Plasmaféresis, NANDA, NIC, NOC.

Abstract: The heart transplant is the treatment modality that has substantially changed the life expectancy in patients with end-stage heart failure, however, is not a safe procedure and can produce multiple and varied complications that require, at a given time, a set of actions carried out by a multidisciplinary team.

Objective: To expose a nursing care plan in a patient transplanted from heart that enters in cardiogenic shock after humoral rejection.

Methodology: This is the presentation of a clinical case of a patient of 51 years which is transplanted from heart after realization of complementary tests was diagnosed as humoral rejection.

Conclusion: The evolution of a patient undergoing a heart transplant in the immediate postoperative period and not immediate is favored when applied some nursing care included in a protocolized plan of activities nurses.

Key words: Congenital heart disease, heart transplantation. Humoral rejection, treatment. Care Plan. Plasmapheresis, NANDA, NIC, NOC.

INTRODUCCIÓN:

El trasplante cardíaco se considera en la actualidad, el tratamiento más eficaz para mejorar de forma significativa la supervivencia y la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardíaca en fase terminal, que no es posible de conseguir con tratamientos médicos y/o quirúrgicos convencionales⁽¹⁾.

Después de un trasplante se observa una amplia variedad de cambios fisiopatológicos, que supone un alto riesgo de complicaciones asociadas^(1,2). Entre ellas se encuentra el rechazo humoral que actualmente sigue siendo una amenaza para los receptores del trasplante cardíaco. Es la causa principal de la pérdida del órgano (rechazo del injerto), y posible muerte del paciente^(2,3).

El rechazo humoral es un rechazo mediado por las células B, que producen anticuerpos dirigidos contra el endotelio vascular del injerto y daño por activación del complemento. Se asocia con disfunción del injerto y vasculopatía asociada^(4,5).

El tratamiento va encaminado a bloquear la producción de anticuerpos. Incluye bolos de esteroides a altas dosis, plasmaféresis, administración de anticuerpos monoclonales frente a células B como el rituximab, timoglobulina o inmunoglobulinas intravenosas^(5,6).

Exposición del caso

Paciente de 51 años con antecedentes de: Cardiopatía congénita (transposición de grandes vasos, corregida); Fracción de eyección (FE) 7%; Insuficiencia Mitral e Insuficiencia tricúspide; Hipertensión pulmonar (HTP); Fibrilación

Auricular (FA); Hepatitis isquémica (por hipotensión arterial hTA); Estenosis hepática leve; Hiperuricemia.

El equipo médico le considera candidato a trasplante cardíaco y se inicia el estudio pre-trasplante. Después de meses en la lista de espera, se le realiza el *Trasplante cardíaco ortotópico*. El proceso quirúrgico se desarrolla sin incidencias.

A las 48 horas post trasplante desarrolla un posible rechazo humoral, con sintomatología clínica: fiebre, hipotensión, hipovolemia, hipoxemia, disminución del cabal cardíaco, edemas generalizados, inestabilidad hemodinámica con soporte inotrópico, se sospecha posible taponamiento cardíaco, y se decide reintervención quirúrgica. El paciente entra en un shock cardiogénico se implanta Balón de contrapulsación Intraaórtico, persistiendo inestabilidad hemodinámica por lo que se coloca la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Permanece siete días, mientras se le realizan pruebas diagnósticas complementarias, para identificar la posible causa.

La ecocardiografía muestra una Fracción de eyección (FE) 15%, observándose disfunción sistólica, aumento de la masa y grosor de las paredes del ventrículo izquierdo, con afectación más vascular, que no pudo ser confirmada con una biopsia endomiocárdica los primeros días.

Tras transcurrir aproximadamente dos semanas, aparece evidencia de activación endotelial y macrófagos intravasculares, destrucción capilar, edema y hemorragia intersticial, infiltrados neutrofílicos, fragmentación capilar y picnosis de la célula endotelial. Por lo que se confirma un rechazo de tipo humoral.

Se inicia tratamiento con corticoides intravenosos (metilprednisolona) (inhiben la activación de células T (mediada por macrófagos). Se realiza el cambio de la azatioprina a ciclofosfamida, ya que Bloquea el mecanismo inmune humoral y más efectivo sobre las células B, mejor toleradas y disminuye la incidencia del rechazo recurrente.

Se inicia tratamiento con Plasmaféresis que ayuda a reducir los anticuerpos y citocinas u otros mediadores inflamatorios. Por lo que se observa una mejoría de la función ventricular izquierda. Se realizan cinco sesiones, se evidencia una gran estabilidad hemodinámica.

OBJETIVOS:

Detectar los problemas y los principales diagnósticos Enfermeros del paciente trasplantado.

Favorecer la continuidad en los cuidados para pacientes trasplantados de corazón.

Mejorar la calidad de los cuidados que prestamos a los pacientes trasplantados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diagnósticos y planificación de cuidados NIC - NOC.

Se elabora un plan de cuidados de enfermería individualizado adaptado a la situación del paciente. Se valoró según modelo conceptual de Virginia Henderson y taxonomía NANDA, NIC, NOC. Elijiéndose diagnósticos de enfermería referido al estado actual del paciente Este plan de cuidados permite detectar las nuevas necesidades presentadas por el paciente y la familia, ayudando a mejorar su calidad asistencial, y proporcionándole prevención de futuras complicaciones. Los datos recogidos se han obtenido tanto de la historia clínica como de la valoración por necesidad del paciente. Se ha escogido este patrón de valoración debido a la complejidad clínica del enfermo.

Valoración de enfermería

Se utiliza el modelo teórico de Virginia Henderson para la descripción y valoración de las necesidades del paciente.

Necesidad de respiración: Paciente sedado y analgesiado, conectado a ventilación mecánica en la modalidad de Volumen control y bien adaptado. Parámetros de VM: FiO₂: 75%, Volumen Tidal: 530 ml, Frecuencia Respiratoria: 12 y PEEP: +5 mmHg. Saturación de oxígeno de 99% con auscultación normal sin presencia de crepitaciones o roncus. Secreciones escasas, fluidas y blanquecinas. La realización de radiografía para comprobar que no haya desplazado el tubo endotraqueal y evitar posibles complicaciones. Mantener la presión venosa central. Controlar las edemas.

Necesidad de alimentación y hidratación: El paciente portador de sonda nasogástrica permeable, conectada a nutrición enteral, con buena tolerancia, no presenta vómitos ni distensión abdominal. La piel hidratada, íntegra y pálida.

Necesidad de eliminación: Paciente portador de sonda vesical permeable con diuresis forzada con perfusión de furosemida con respuesta aceptable. Zona de inserción de sonda vesical la piel se mantiene íntegra, orina clara. Realiza una deposición al día, de cantidad normal y habitualmente de consistencia semiblanda.

Portadora de 2 drenajes mediastínicos. Permeables de contenido serohemático y con débito moderado.

Necesidad de movilización: El paciente se encuentra sedado y analgesiado, se mantiene en reposo, vigilando los puntos de fricción con hidratación. Dependencia total para el autocuidado. Índice de Barthel o.

Necesidad de reposo y sueño: Paciente Sedoanalgesiado con el apoyo farmacológico. Mantiene un Ramsay de 5-6.

Necesidad de vestirse y desvestirse: Manifestaciones de dependencia precisando ayuda total.

Necesidad de termorregulación: Manta de calor. Puede ser de cuerpo entero o sólo para la mitad superior del cuerpo. Consiste en una manta de papel que se llena con aire caliente y cubre al paciente. Sábanas accesorias si la cirugía lo permite. Focos. Además de iluminar el campo, los focos del quirófano calientan.

Necesidad de higiene e integridad de la piel: Precisa suplencia total para su higiene diaria. Alto riesgo de UPP (>16) en escala de Norton modificada. Presentan sequedad de mucosa y edema generalizado.

Necesidad de comunicación: En la medida en que fomenta una buena relación con el paciente, promueve el bienestar del mismo. La incertidumbre, la ansiedad, el miedo y la impotencia son algunas de las experiencias a las que se enfrenta un sujeto que es sometido a una intervención. Presenta incapacidad de comunicación verbal debido a barreras físicas y/o sedación.

Necesidad de seguridad: evitar el riesgo de (caídas. Autolesión e infección). Colocación de barandillas.

El paciente continúa sedado, por lo que no se ha podido valorar las otras necesidades.

Para la descripción de los diagnósticos de enfermería se utilizó la nomenclatura y taxonomía **NANDA** y para los resultados e intervenciones se utilizó la taxonomía **NIC, NOC**. Los diagnósticos enfermeros que hemos consensuado como más frecuentes en los pacientes trasplantados de cirugía cardiaca son los que aparecen a continuación, seguidos de las intervenciones **NIC** y de los criterios de resultados **NOC** con sus consiguientes indicadores de Lickert para su posterior evaluación (7,8).

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA NANDA	
NOC	NIC
RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO (00029)	Cuidados cardíacos agudos (4044)
• Efectividad bomba cardíaca (0400)	Manejo de las disrritmias (4090)
• Estado circulatorio (0401)	
RIESGO DE DISMINUCIÓN TISULAR CARDÍACA (00200)	Monitorización hemodinámica invasiva (4210)
• Perfusión tisular cardíaca (0405)	Manejo de la tecnología (7880)
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (00032)	Manejo de las vías aéreas (3140)
• Permeabilidad de las vías respiratorias (0410)	Aspiración de las vías aéreas (3160) Monitorización respiratoria (3350)
• Ventilación (0403)	
RIESGO DE SANGRADO (00206)	Control de hemorragias (4160)
• Coagulación sanguínea (0409)	Disminución de la hemorragia: heridas (4028)
• Severidad de la pérdida de sangre (0413)	Prevención del shock (4260)
	Análisis de laboratorio a pie de cama (7610)
RIESGO DE PERFUSIÓN RENAL INEFICAZ (00203)	Manejo de líquidos y electrolitos (2080) Manejo del shock (4250)
• Perfusión tisular: órganos abdominales (0404)	Monitorización ácido-base (1920)
RIESGO DE INFECCIÓN (00004)	Cuidados de las heridas (3660)
• Integridad tisular de piel, membranas (1101)	Control de las infecciones (6540)

DISCUSIÓN:

Durante la realización del plan de cuidados al paciente trasplantado con rechazo humoral, hemos tenido que ayudarnos de la familia para poder valorar de forma completa e integral a nuestro enfermo, ya que estos se encuentran en algunas ocasiones sedados o con serios problemas de comunicación.

El trasplante cardíaco es un procedimiento terapéutico muy especializado que aunque ha demostrado su eficacia en la insuficiencia cardíaca terminal mejorando la supervivencia y calidad de vida de los pacientes, hoy en día sigue siendo un reto debido a la escasez de donantes disponibles, al elevado coste, a la necesaria participación de una gran cantidad de profesionales expertos y debido a las complicaciones infecciosas, quirúrgicas, inmunológicas y relacionadas con los inmunosupresores que se deben superar. La evolución de un paciente sometido a un trasplante cardíaco en el postoperatorio inmediato y no inmediato se ve favorecida cuando se aplican unos cuidados de enfermería incluidos en un plan protocolizado de actividades enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Grady KL, Jalowiec A, White Williams C. Predictors of quality of life in patients at one year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1999; 18: 202-10.
2. Hertz MI, Mohacsi PJ, Taylor DO, Trulock EP, Boucek MM, Deng MC, et al. The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: introduction to the Twentieth Annual reports-2003. *J Heart Lung Transplant* 2003; 22: 610-15
3. Crespo M. En el rechazo mediado por anticuerpos hay muchos aspectos por resolver, entre ellos el diagnóstico y el tratamiento. Ed. Sociedad Española de Cardiología. Madrid, 2011.
4. Vial T, Descotes J. Immunosuppressive drugs and cancer. *Toxicology* 2003; 185: 229-240.
5. Almenar L, Delgado J, Crespo M, Segovia J. Situación actual del trasplante cardíaco en España. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63 Supl 1:132-49.
6. Almenar L, Segovia J, Crespo-Leiro MG, Palomo J, Arizón JM, González-Vílchez F, et al. Registro Español de Trasplante Cardíaco. XXIII Informe Oficial de la Sección de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante Cardíaco de la Sociedad Española de Cardiología (1984-2011). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(11):1030-8.
7. Luis Rodrigo M.T.: “Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica”. Ed. Masson. 2ª edición. Barcelona, 2002.
8. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid. España: Elsevier; 2005-2006.

CONCLUSIONES DEL 7º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

Estimados compañeros

Este año durante los días 30, 31 de mayo y 1 de Junio se ha celebrado nuestro 7º Congreso que ha coincidido con nuestro 10º Aniversario como Sociedad. Este Congreso ha pretendido dar continuidad al rigor científico de nuestra sociedad y al compromiso de compartir los nuevos avances en todas las áreas de cuidados del paciente quirúrgico.

La Junta Directiva de SEECir ha elegido la ciudad de A Coruña para tan destacado Congreso. Apodada "Balcón del Atlántico", esta ciudad portuaria unida a tierra firme por un istmo, nos ha presentado las dos fachadas de la ciudad: La portuaria hacia la ría de la Coruña y la de mar abierto hacia la Ensenada del Orzán. Es A Coruña una ciudad donde "nadie se siente forastero" y es en este enclave donde se ha desarrollado nuestro 7º Congreso

"10 años en el Norte de los Cuidados" ha sido un foro de intercambio de conocimiento donde todos hemos aportado al desarrollo de nuestra profesión enfermera, y más especialmente, en el ámbito quirúrgico enfermero. Nuestra mirada como sociedad siempre ha estado dirigida hacia el crecimiento y el progreso, estando en el norte de la excelencia en el cuidado y la humanización, dando suma importancia a la integralidad e integridad de los cuidados, donde... **TODOS APORTAMOS, Y CRECEMOS PROFESIONALMENTE** apostando por la calidad de nuestros cuidados.

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a la industria por apoyarnos y acompañarnos en este reto un año más, por su esfuerzo innovador en el campo científico-técnico y por dar respuesta a las nuevas necesidades de cuidados.

Agradecer también a las autoridades y al Patronato de turismo de esta preciosa ciudad por la calidez con la que nos ha arropado, siendo el escenario perfecto para este Congreso.

Durante el evento se desarrollaron 7 mesas de ponencias, 7 mesas de comunicaciones libres y 5 seminarios, todo encaminado a mejorar el conocimiento de todos y de las que extraemos un pequeño resumen:

Tras el acto inaugural comenzamos con la primera mesa de ponencias bajo el título de: **Convivencia con los Nuevos Modelos de Práctica Enfermera** moderada por D. José Antonio Jerez González. Enfermero de Práctica Avanzada del Servicio de Cirugía en el Hospital Universitario de Bellvitge. Docente y Vocal de SEECir.

En esta mesa, Dña. Carmen Ferrer, Coordinadora Científica de la Estrategia de la Cronicidad del SNS y Jefe de Servicio de Información y Atención al Paciente del Hospital Central de Cruz Roja abrió el congreso con la ponencia titulada **Unidades de Cuidados Complejos: Alternativa Eficaz en el Abordaje de la Cronicidad**. Tras ella, el Dr. D. Pedro Sastre, enfermero de la Oficina de Calidad del Servei de Salut de les Illes Balears y profesor asociado en la universidad nos ilustra sobre los **Instrumentos para el Análisis e Identificación de Ámbitos Potenciales de Práctica Avanzada en Contextos no Regulados**. Para cerrar esta mesa, Dña Sonia Sevilla Guerra, técnico de proyectos asistenciales de la Dirección de Enfermería. Hospital Clínic de Barcelona y profesora asociada de la Universidad de la misma ciudad nos expuso su ponencia sobre **La implementación de la Práctica Avanzada** en la que nos contó la experiencia en su hospital en cuanto a la incorporación la práctica avanzada en sus profesionales.

La mesa titulada **Nuevas perspectivas en Cirugía Pediátrica** fue moderada por Ester Sánchez Muñoz, enfermera de la Unidad de Rehabilitación Intestinal y Patología Crónica Compleja del Hospital Infantil La Paz, profesora de la Universidad Alfonso X y Vocal de SEECir. En esta mesa tuvimos la oportunidad de escuchar al Dr. D. Jose Luis Encinas, adjunto de Cirugía Pediátrica de la unidad de medicina fetal del Hospital Universitario La Paz que impartió la ponencia **Procedimientos Quirúrgicos Fetales** a través de una videoconferencia en la que pudimos ver diferentes casos de cirugías de alta complejidad. A continuación pudimos escuchar la conferencia titulada **Alimentación en Pediatría, Paciente Oncológico** impartida por Dña. Sandra Sande Rodríguez, enfermera de la unidad de preescolares del Hospital Teresa Herrera. Para cerrar la mesa, D. Luis Manuel Rubio, enfermero especialista en pediatría y licenciado en Antropología social y cultural nos contó su experien-



cia en el cuidado de pacientes pediátricos en un proyecto de cooperación internacional con la ponencia que llevaba por título: **El Chad, una Experiencia EnganCHADA.**

Durante el congreso, se organizaron dos mesas redondas sobre **Avances en Cirugía.** La primera moderada por Dña. Paula Sánchez Flores. Supervisora de la Unidad de Ginecología del Hospital Materno Infantil de A Coruña y la segunda moderada por D Ángel Marcial Pérez, Grado en Enfermería y profesor de la Escuela de Enfermería Universitaria de Vigo. En estas mesas se trataron temas tan interesantes como el de **Pedro García Alonso.** Enfermero responsable de la consulta de ostomías de eliminación del Hospital Universitario de Basurto (HUB) que nos contó los **Beneficios de la Rehabilitación del Intestino Excluido Antes del Cierre de las Ileostomías de Protección** o la de D. Pablo Moreno Llorente, Jefe de Sección de la Unidad de Cirugía Endocrina del Hospital Universitario de Bellvitge que contó su experiencia con la **Tiroidectomía Transoral Endoscópica por Via Vestibular (TOETVA)** como opción alternativa a la cirugía tiroidea convencional. Además tuvimos la oportunidad de conocer algunos tratamientos quirúrgicos innovadores como la **Estrategia Inversa en el Tratamiento de las Metástasis Hepáticas** expuesta por el Dr. Fernando Pereira Pérez, Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Fuenlabrada aportando un nuevo enfoque en el tratamiento de las metástasis hepáticas en el cáncer colorrectal. En la misma línea y procedente del servicio de cirugía y unidad de carcinomatosis del mismo hospital, el Dr. Ángel Serrano del Moral nos avanzó los resultados obtenidos hasta la fecha en el **Tratamiento proactivo de la carcinomatosis Peritoneal: la Cirugía de Second Look con HIPEC** que reduce el riesgo de recidivas o las detecta precozmente en los pacientes con la misma patología de base.

La mesa denominada **Paciente Experto y TICs** fue moderada por Dña. Davina Esmorís Vettor, Supervisora de la Unidad Quirúrgica y Reanimación del Hospital Abente y Lago de A Coruña. En esta mesa se aportaron iniciativas emprendedoras y motivadoras como su experiencia en la **Escuela Madrileña de Salud** contada por D. Pedro José Soriano Martín, Técnico de la Subdirección General de la Humanización de la Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid en la que nos expuso el funcionamiento de la escuela de pacientes para su

capacitación. Así mismo, Dña. Lorena Villa García, enfermera especialista de Familia y Comunitaria y cofundadora de HealththinkAgency nos introdujo en el mundo de las TICs en enfermería con su ponencia **Innovación Tecnológica en Cuidados Enfermeros.** Para finalizar esta mesa, D. José Daniel Royo Sanchis, Jefe Personal Subalterno del Hospital La Fe de Valencia, psicólogo y educador en diabetes nos expuso la conferencia titulada **Pacientes: Colaboración y Autocuidados** desde su perspectiva personal incluso como paciente.

La mesa redonda dedicada a la **Investigación** fue moderada por la Presidenta de nuestra sociedad Dña. Carmen G. Nogueiras Quintas, Supervisora de la Unidad de Hospitalización de Cirugía General y Digestiva y ORL del Hospital Universitario de Fuenlabrada. En esta mesa, la investigación titulada **Factores Psicosociales en la Cirugía del Cáncer Colorrectal** expuesta por Dña. Regina Moldes Moro, Doctora en Ciencias de la Salud por la UAX y Enfermera asistencial en el Hospital Universitario de Fuenlabrada nos introdujo en aspectos más emocionales como la ansiedad, el estrés o el afrontamiento en los pacientes sometidos a una cirugía oncológica, que en muchas ocasiones se olvidan en el trabajo diario al centrarnos en los aspectos puramente biológicos. En la misma mesa, Dña. Jossy Carolina Salazar, Especialista en Anestesiología y Reanimación del hospital Universitario de Fuenlabrada nos expuso los resultados preliminares sobre el **Bloqueo anestésico en Cirugía de la Mama.** Por último, pudimos conocer los resultados obtenidos en el **Tratamiento de fistulas con células madre** por el Dr. Héctor Guadalajara, Jefe de Servicio Quirónsalud en el Hospital General de Villalba.

La encargada de moderar la mesa del **Dolor en el Paciente Quirúrgico** fue Dña. Jossy Carolina Salazar. En esta mesa se trataron diferentes aspectos tales como el **Manejo del Dolor en el Paciente Oncopediátrico** impartida por Dña. Elena Álvarez López, DUE en la Agencia de Donación de Órganos y Tejidos de la Coruña o el **Control del Dolor en la HIPEC** contada por el Dr. Jorge Almoguera Fernández, Anestesiista del Hospital de Fuenlabrada para conseguir un control óptimo del dolor en una cirugía tan agresiva con la que se describe. Cierra esta mesa el Dr. Enrique Ortega Ladrón de Cegama, Jefe de Sección de la unidad de tratamiento del dolor de la Alianza Hospital Clínico Universitario y Hospital Río Hortega de Valladolid. En esta última ponencia se nos planteó la importancia de la enfer-

mería en una unidad del dolor reconociendo su relevante papel con la conferencia titulada **Las Unidades de Tratamiento del Dolor y el Papel de la Enfermería**.

La mesa de **Liderazgo Enfermero** fue moderada por D. Xosé Manuel Meijome, enfermero de quirófano en el Hospital El Bierzo. En ella, Luis Arantón Areosa, Doctor enfermero y Director de Procesos de Enfermería en la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, nos introdujo en el mundo de la gestión con su ponencia **Gestión Enfermera y Toma de Decisiones Basadas en Evidencias; Creando Cultura Estratégica**. En la misma línea motivadora, la conferencia **Construyendo servicios enfermeros de relevancia social: liderazgo, creatividad y miedo a no fracasar** impartida por D. Enrique Castro Sánchez, enfermero e investigador en el Centro Nacional de Infecciones Asociadas a los Cuidados y Resistencias Antimicrobianas en Imperial College London en Londres, nos mostró la importancia del liderazgo enfermero en muchos aspectos enfocándose sobre todo a la investigación y a la gestión.

El broche final llegó de la mano de Dña, Carmen Sarabia Cobo, enfermera y profesora en la Universidad de Cantabria con su ponencia **Empowerment y Autoliderazgo en Enfermería en Cirugía: la enfermera líder hacia la excelencia profesional**. Con una personalidad arrolladora nos hizo reír y bailar desde el primer momento, pero lo más importante, nos hizo reflexionar sobre el empoderamiento enfermero que tantas veces nos falla, ese autoliderazgo que necesitamos para seguir desarrollándonos como profesionales excelentes y que en muchas ocasiones nos falta.

Todas estas mesas redondas fueron acompañadas de las mesas de comunicaciones libres en las que los congresistas compartieron diferentes técnicas, procedimientos, casos clínicos e investigaciones de diferente índole realizadas en hospitales de toda España que enriquecieron nuestro conocimiento enfermero. Además, contamos con más de 50 posters que aportaron su granito de arena en nuestro aprendizaje.

En paralelo a las actividades de la sala plenaria, se realizaron también diferentes talleres que contaron con una gran aceptación y participación por parte de los asistentes. Los talleres impartidos fueron:

- **“Taller de Comunicación de malas noticias”** impartido por Dr. D. Francisco Esteve Urbano, médico especialista en Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Bellvitge y por Dña. Raquel Bordera Cabrera, Consultora de Marketing digital y actriz profesional.
- **“Prontosan[®] en la prevención de la infección de herida quirúrgica”** impartido por Dr. D. Luis Tomás Ocaña Wilhelmi de Hospital Regional de Málaga. Seminario organizado por Braun.
- **“Aunando Experiencia y Evidencia en Pacientes con Heridas Quirúrgicas”** impartida por Dña. Carolina Hidalgo Dóniga. Enfermera Continuidad Asistencial y coordinadora de la subcomisión de heridas del Hospital 12 de Octubre.
- **“Complicaciones en las Ostomías”** de la mano Dña. María Socorro Riviero García, estomaterapeuta del Complejo hospitalario de Ourense. Seminario organizado por Coloplast.
- **“Piel cuidada. Resultados Positivos”** impartido por Dña. Patricia López Oliva, enfermera Estomaterapeuta, Coordinadora de enfermería de la Unidad de atención de enfermería de Hollister.
- **“Herramientas de Mindfulness para la Gestión del Estrés”** impartido por Dña. Ana Muñoz Cobo. Docente en Facultad Biomédica de la Universidad Europea de Madrid. Enfermera y Coach profesional acreditada.

Al final del congreso y tras las deliberaciones del comité científico se otorgaron varios premios a vuestras aportaciones.

- Premio a la Mejor Comunicación: Valorada en 300€: **“ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A PACIENTES Y PROFESIONALES PARA UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA COLORRECTAL”**. Layunta Acero, Rocío*; Berezo García, Lourdes*; Arrontes Caballero, Gemma*; Escudero Salcedo, Carmen*; Vaquerizo Méndez, Paloma*; García Huete, María Antonia*; Barbero Mielgo, Macarena***; Jiménez de Prada, Mario***. *Enfermería Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. **Facultativo Especialista de Área. Anestesiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. ***Supervisor de Unidad, Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.

• Premio al Mejor Póster elegido por el Comité Científico: Valorada en 150€: **“IMPACTO DEL USO DE FAJA ELÁSTICA ABDOMINAL SOBRE LA EVENTRACIÓN TRAS CIRUGÍA COLORRECTAL MAYOR ELECTIVA. RESULTADOS PRELIMINARES”**. Quesada Gomez, María Nieves*; Cañete Cavanillas, Cristóbal*; Mazuela Domínguez, Alexandra*; Gallardo Andújar, Cristina*; Morali Piñes, María Mercè*; Jerez González, José Antonio**; GIRDLEvent study group***. *Enfermera Asistencial. Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL). L’Hospitalet de Llobregat (Barcelona). **Enfermero de Práctica Avanzada. Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL). L’Hospitalet de Llobregat (Barcelona). ***Cristina Quiñones Sánchez, Ana M. Blanco Álvarez, Esther Kreisler Moreno, Sebastiano Biondo, M. Fe Viso Cano, Jordi Adamuz Tomás, M Emma González Vilatarsana. Grupo Investigación Multidisciplinar. Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari de Bellvitge (IDIBELL). L’Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

• Premio al Mejor Póster elegido por los asistentes: Valorado con una inscripción gratuita al próximo congreso: **“DRENAJES: ¿QUÉ VES?”**. López Veiga, Fátima; Bouzón Toja, Catalina; Basadre Rabuñal, Iria; Torres Guio, Silvia; Vázquez Rubido, Carmen; Alho Ventureira, Ana; Tilve Álvarez, Carmen; Carro Díaz, Gema. Enfermeras. 10º Cirugía General Acoloproctología. Hospital de A Coruña.

Enhorabuena a los premiados!!! Y desde aquí agradecemos enormemente la asistencia de todos los congresistas y la participación de todos vosotros con las comunicaciones y posters que compartisteis con todos nosotros, sin vosotros, los congresos que organizamos no serían posibles.

Gracias a la generosidad de todos pudimos compartir unos días donde el rigor científico ha estado unido a las experiencias colectivas e individuales, haciendo siempre hincapié en las más innovadoras.

El Congreso ha cumplido y superado todos nuestros objetivos, además de generar nuevas inquietudes y líneas de trabajo.

Gracias a todos por hacer crecer a SEECIR.

Ester Sánchez Muñoz
 Presidenta del VII Congreso de SEECIR
 Enfermera de la Unidad de Rehabilitación Intestinal y Patología Crónica Compleja. Hospital Universitario Infantil de La Paz. Máster en Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos. Profesora Grado y Posgrado de la Universidad Alfonso X de Madrid. Vocal de SEECir.



NORMAS DE PRESENTACIÓN

Serán publicados en **SEECir DIGITAL** los trabajos presentados a los **Congresos Nacionales de Enfermería en Cirugía** que hayan sido seleccionados por el comité editorial.

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

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

Formato envío artículos:

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

Estructura de presentación Artículo científico:

1. Título y Autor/res

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

2. Resumen y palabras clave

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

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

3. Metodología:

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

- **Introducción.** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el Trabajo presentado.

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

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

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

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

Estas normas de publicación están en proceso de revisión y validación por parte del comité editorial. Se actualizarán y publicarán en la web de SEECir (www.seecir.es) donde podrán ser consultadas en cualquier momento.

El comité editorial ofrece ayuda gratuita a todos los socios de SEECir para la elaboración de artículos de investigación para ser publicados en la revista. Si necesitas ayuda puedes contactar con nosotros en: contaco@seecir.es



se



seecir

sociedad española
de enfermería en cirugía

HAZTE SOCIO

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

Descuentos en Congresos y Actividades SEECir

Posibilidad de Publicar tu artículo en la Revista “SEECir Digital”

Acceso a Artículos Completos en www.seecir.es

Acceso a Videotecas Completas en www.seecir.es

Acceso a Recursos de Salusplay y Becas en Masters

Descuento de un 50% en los Cursos de FORMALVIZ

www.seecir.es

