

SEECir Digital

Volumen 4- Noviembre 2015



Revista de Enfermería en Cirugía

ISSN: 2341-0957

EQUIPO EDITORIAL

Director: Núñez Crespo, Fernando

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

Subdirección: Tarín Pereira Virginia

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

COMITÉ EDITORIAL:

Espín Faba, Jose Antonio

Diplomado en Enfermería. Supervisor Unidad de Críticos. Hospital Clínico San Carlos.
Profesor Universidad Alfonso X el Sabio. Doctorando.

Granados Martín, Mónica

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

Jardón Huete, Clara

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

Martín Rodríguez, Francisco

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

Moldes Moro, Regina

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

Palacios Ceña, Domingo

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

Soto Arnáez, Francisco

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Doctor por la URJC

Torres González, Juan Ignacio

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

SUMARIO

Equipo Editorial	Pág. 02
Nota Editorial	Pág. 04
Artículo 1: “Prevalencia del Riesgo de Desnutrición del Paciente Quirúrgico Programado tras la Valoración Nutricional de Enfermería”	Pág. 05-11
Anuncio Jornada SEECir 2016	Pág. 12
Artículo 2: “Aportación de Enfermería al Plan de Gestión del Dolor Perioperatorio del Hospital De Alta Resolución Sierra de Segura”	Pág. 13-19
Artículo 3: “Simulación Clínica para el Entrenamiento de la Enfermería Quirúrgica en Urgencias Vitales”	Pág. 21-26
Artículo 4: “Impacto, Adaptación y Cuidados de Enfermería en una Persona Portadora de Colostomía”	Pág. 28-33
Artículo 5: “Flebitis Zero: El Inicio de un Camino Posible”	Pág. 35-38
Normas de Presentación de Trabajos en SEECir Digital	Pág. 39-40
Hazte Socio de SEECir	Pág. 41

ISSN: 2341-0957

SEECir Digital continúa creciendo y al igual que los Guerreros de Terracota, cada vez contamos con más lectores, seguidores y profesionales que se animan a compartir su conocimiento e investigaciones.

Algunos de los artículos revisados por el Comité Editorial, son el desarrollo de trabajos que vieron la luz en el Congreso de Valladolid. Otros nos han sorprendido por su originalidad y algunos esperan para ser compartidos con la comunidad científica y formarán parte de futuros números.

En 1974, mientras se buscaba agua, fueron descubiertos los Guerreros que ilustran nuestra portada, nadie pensó que aquel pequeño descubrimiento tendría la dimensión actual con más de 8.000 guerreros, Premio Príncipe de Asturias para sus descubridores.

Cuando la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía daba sus primeros pasos en busca del agua, poc@s creían que unos años después SEECir contribuiría a elaborar documentos multiprofesionales que están llamados a convertirse en un referente nacional e internacional en Fast-track Surgery. Como lo es la “Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA)”, editada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en este 2015.

Todo esto y mucho más es posible porque, poco a poco, son más los que descubren y contribuyen a este proyecto. Por ello os animamos a uniros a SEECir y difundir el conocimiento a través de nuestra revista SEECir Digital.

2015 es sinónimo de cambios para la enfermería española:

- Desarrollo de especialidades
- Limitación de competencias con el Real Decreto sobre Prescripción Enfermera
- Marco Español de Calificaciones para la Educación Superior (MECES)

Lo que no se puede cuestionar es que estamos cambiando, cada vez estamos más preparados y tenemos mayores competencias profesionales y en Investigación. Investigar es la fuente de nuestro conocimiento y motor del avance de la enfermería en cirugía. Os invitamos a compartir vuestras investigaciones con todos nosotros en la Jornada que celebraremos el 03 de Junio de 2016 en el Salón de Actos “Ernest Lluch” del Instituto de Salud Carlos III.



Dr. FERNANDO NUÑEZ CRESPO
Director Editorial

“PREVALENCIA DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO PROGRAMADO TRAS LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE ENFERMERÍA”

Prevalence of risk of malnutrition in scheduled surgical patients in the preoperative phase as measured by the nutritional status of nursing

Inmaculada Rodríguez Rodríguez. D.U.E. Cursos de formación continuada en investigación. Lugar de trabajo Servicio de Medicina interna del Hospital Sierrallana Torrelavega (Cantabria).

irodriguezro@yahoo.com

RESUMEN:

El estado nutricional del paciente quirúrgico es tema de gran interés, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas.

Objetivo principal: Conocer la prevalencia del riesgo de desnutrición en la fase preoperatoria en los pacientes de cirugía digestiva.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con 246 pacientes. El riesgo de desnutrición se calculó mediante la escala *Nutritional Risk Screening 2002*.

Resultados principales: El riesgo de desnutrición fue de 51,6% (IC-95%:45,2% a 58,1%). Este riesgo fue mayor en hombres (59,1%) y con la edad va aumentando. Los factores que mostraron asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desnutrición fueron: La hipertensión ($P = 0.004$), neoplasia ($P = 0.001$), cardiopatía ($P = 0.044$) y las patologías quirúrgicas como neoplasia de colon ($P = 0.001$) y neoplasia gastro-esofágicas ($P = 0.016$).

Conclusión principal: Los pacientes quirúrgicos deberían someterse a un screening nutricional, para prevenir el riesgo de desnutrición.

PALABRAS CLAVE:

Desnutrición, Procedimiento Quirúrgico, Evaluación Nutricional.

INTRODUCCIÓN:

Se entiende por diagnóstico de desnutrición, el estado de déficit de energía, proteínas y otros micronutrientes que provocan alteraciones funcionales y/o anatómicas en el organismo, asociadas o no a la agravación del pronóstico de ciertas enfermedades y que son reversibles por una terapia nutricional¹. El diagnóstico temprano del riesgo de desnutrición² podría ser el paso inicial en la instalación de un soporte nutricional oportuno que garantice el éxito del procedimiento médico-quirúrgico e incremente la calidad postoperatoria del paciente³.

Diversos estudios han demostrado una prevalencia del riesgo de desnutrición en los pacientes quirúrgicos del 20% al 50%⁴ y una incidencia del 35%⁵ aumentando este en la población anciana en la que llega a alcanzar el 78%⁶. En el paciente quirúrgico es un tema de gran interés porque su mal estado nutricional puede ser un factor de riesgo para desarrollar complicaciones postoperatorias, generando una mayor estancia hospitalaria, un incremento de la morbimortalidad y consecuentemente de los costes sanitarios^{7, 8, 9, 10, 11}.

Los pacientes quirúrgicos presentan ciertas desventajas desde el punto de vista nutricional dado que son múltiples los factores que explican las causas de desnutrición, entre ellas enfermedad de base¹², tratamientos crónicos y oncológicos como la quimio-radioterapia, la anorexia más frecuente sobre todo en pacientes oncológicos, náuseas y vómitos^{13,14,15}, estrés relacionado con la intervención, la respuesta orgánica al ayuno, etc. por lo que es de esperar que la prevalencia de desnutrición sea mayor en este tipo de pacientes. Esto nos lleva a pensar que debemos hacer más hincapié en estos pacientes con el fin de no seguir agravando aquellos indicadores sanitarios negativos de morbimortalidad, letalidad, riesgo de sufrir complicaciones quirúrgicas e intentar disminuir la elevada tasa de prevalencia e incidencia del riesgo de desnutrición en la fase preoperatoria.

El riesgo nutricional puede definirse como la probabilidad de desnutrición en un paciente normonutrido debido a una patología que impida su normal ingreso calórico-proteico¹⁶.

En muchas ocasiones, la valoración del estado nutricional del paciente quirúrgico programado no forma parte de la fase preoperatoria de la consulta de cirugía. Resultaría de cierta importancia y relevancia tomar conocimiento y mostrar mayor actitud ante una atención más integral del paciente quirúrgico, donde no se debería dejar de lado su estado nutricional. Por ello este trabajo tiene por objetivo conocer la prevalencia del riesgo de desnutrición en estos pacientes, aplicando la herramienta de cribado *Nutritional Risk Screening (NRS 2002)*^{17, 18}.

Para evaluar el riesgo de desnutrición para pacientes adultos existen diversas herramientas de cribado, las cuales nos permiten evaluar el estado nutricional; entre ellas las más utilizadas son Malnutrition Advisory Group (MAG) elaborada por el comité de expertos de la British Association of Parenteral and Nutrition (BAPEN), Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), desarrollada por la BAPEN, Oncology Screening Tool (OST) método utilizado en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC), Mini-Nutritional Assessment (MNA) elaborada por la The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), Nutrition Risk Screening (NRS 2002) elaborada por ESPEN⁹. Los métodos de cribado deben ser válidos, fiables, reproducibles, prácticos (fáciles de aplicar, bien aceptados y económicos) y conectados a protocolos de actuación. La herramienta elegida para detectar el riesgo de desnutrición del paciente quirúrgico será a través de un cribado mediante el método NRS 2002 recomendado por la ESPEN²⁰, por tratarse de pacientes a hospitalizar y presentar elevada sensibilidad, aunque baja especificidad, presentando mayor valor predictivo positivo y negativo, siendo al mismo tiempo fácil y rápido de realizar^{21,22}. Su aplicación se debería realizar en el curso de la visita preoperatoria²³ con el tiempo suficiente para después tomar las medidas necesarias y actuar sobre los resultados del cribado²⁴.

La identificación del riesgo de desnutrición en el paciente prequirúrgico mediante este estudio, dada la estrecha relación de asociación entre el estado nutricional del paciente quirúrgico y la ocurrencia de complicaciones post-quirúrgicas, nos permitirá conocer la prevalencia del riesgo de desnutrición para posteriormente poder planificar protocolos de actuación y poner en marcha medidas terapéuticas que ayuden a disminuir la morbi-mortalidad de estos pacientes con la consiguiente disminución de estancia hospitalaria y coste socio-sanitario.

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia del riesgo de desnutrición en los pacientes quirúrgicos, en la fase preoperatoria.

Identificar a los pacientes que puedan presentar riesgo de desnutrición en función a la patología quirúrgica a la que será sometido.

Describir los factores intrínsecos (edad, sexo, estado nutricional, enfermedad de base) que se asocian con el riesgo de desnutrición en los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio descriptivo transversal, recogiendo los pacientes que iban a ser intervenidos de cirugía mayor digestiva programada en el Hospital Sierrallana. Este hospital cubre el Área de salud Torrelavega-Reinosa con una población de referencia de 167.000 habitantes.

El tamaño muestral se calculó para estimar una prevalencia con una precisión del 5 %, un riesgo $\alpha = 0.05$ y sabiendo que el total de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cirugía mayor digestiva era de 679 (dato 2012). Con estos parámetros fue necesario incluir en el estudio una muestra 246 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: Edad mayor o igual a 18 años, intervención quirúrgica programada, paciente que va a ser intervenido de cirugía mayor digestiva. El reclutamiento de la muestra se realizó desde el 5 de marzo del 2013 al 15 de Diciembre del 2013. Para valorar el riesgo de desnutrición, se evaluó a los pacientes de una forma consecutiva hasta completar la muestra. Los sujetos fueron captados en la planta de hospitalización de Cirugía General, donde eran ingresados el día previo a la intervención y se les realizaba una valoración nutricional de enfermería utilizando la NRS-2002 (Anexo I); esta incluye cuatro preguntas como pre-screening. Si en alguna de estas preguntas la respuesta es afirmativa, se continúa el screening, valorando el estado de nutrición y la severidad de la enfermedad aguda. De esta forma si la puntuación obtenida en esta fase es mayor o igual a 3 se considera que el paciente está con riesgo de desnutrición.

Todos los datos recogidos se introdujeron en una base de datos, creada en una hoja Excel y una vez depurados los mismos se analizaron con el programa SPSS 12.

En la base de datos fueron almacenadas como variables Independientes las siguientes: Edad en el momento de inclusión, sexo, peso (kg), talla (m), estado nutricional (según su índice de masa corporal basado en la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁵ como delgado si es menor de 18,5 kg/m², normal si está entre los valores 18 kg/m² y 24,9 kg/m², sobrepeso si está entre 25 kg/m² y 29,9 kg/m², y con obesidad si es 30 kg/m² y 34,9 kg/m²), enfermedad de base (hipertensión arterial, diabetes, depresión, dislipemia, enfermedad respiratoria, cardiopatía, obesidad, hipotiroidismo, neoplasia, anemia, hernia de hiato, insuficiencia renal), patología quirúrgica (colecistitis, obesidad, neoplasia gastro-esofágica, neoplasia colon, nódulos tiroideos,

patología de la pared abdominal, reconstrucción del tránsito intestinal, hernia de hiato, adenopatías abdominales) y como variable dependiente riesgo de desnutrición.

Para la estimación de la prevalencia en la población se utilizó la prevalencia con su intervalo de confianza al 95%. Para la descripción de la muestra se utilizó la distribución de frecuencias para variables cualitativas y las medias con su intervalo de confianza al 95% para las cuantitativas. Para el proceso analítico se utilizó la prueba de ji-cuadrado (test exacto de Fisher para efectivos esperados menores de 5) cuando las variables independientes fueron cualitativas y el test de la T de Student para las variables independientes cuantitativas.

Se solicitó la aprobación del estudio por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria, de la Gerencia del Hospital Sierrallana y Jefe del Servicio de Cirugía General del hospital. Antes de realizar la valoración nutricional de enfermería y la recogida de datos al paciente se le informó a través de dos fuentes, la verbal mediante la explicación y la escrita mediante la hoja de información al paciente y el consentimiento informado. La participación fue voluntaria. Con los datos transcritos a la base de datos se mantuvo la confidencialidad de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, Protección de datos de Carácter Personal.

RESULTADOS:

En total participaron en el estudio 246 pacientes adultos, entre ellos 141 de sexo femenino (57,3%) y 105 de sexo masculino (42,7%). La edad media de la muestra fue 60 años intervalo de confianza al 95% (IC-95%: 58 a 62 años), el peso medio fue de 77,83 kg (IC-95%: 75,21 Kg a 80,45 Kg) y la talla de 1,63 m (IC-95%: 1,62 m a 1,64 m) con un I.M.C del 29,04 (IC-95%: 28,12 a 29,97). La distribución según la patología de base fue 106 (43.1%) eran hipertensos, 36 (14,6%) diabéticos, 50 (20,3%) con depresión, 66 (26,8%) dislipemia, 30 (12,2%) con problemas respiratorios, 34 (13,8%) con cardiopatías, 93 (37,8%) obesidad, 24 (9,8%) hipotiroidismo, 83 (33,7%) neoplasias, 15 (6,1%) anemia, 20 (8,1%) hernia de hiato, 5 (2,0%) insuficiencia renal crónica. La distribución por diagnósticos quirúrgicos fue colecistitis 71 (28,9%), obesidad 27 (11%), neoplasias gastro-esofágicas 6 (2.4%), neoplasias de colon 72 (29,3%), nódulos tiroideos 30 (12,2%), patología de la pared abdominal 4 (1,6%), reconstrucción del tránsito 15 (6,1%), hernia de hiato 13 (5,3%), adenopatías abdominales 8 (3,3%).

Aplicando la escala NRS-2002, se encontró que 127 pacientes presentaron un riesgo de desnutrición 51,6% (IC-95%:45,2% a 58,1%), frente a 119 pacientes

(48,4%) que no presentaron riesgo de desnutrición.

Al analizar la relación del riesgo de desnutrición con los factores estudiados, se observan diferencias en el riesgo de desnutrición entre hombres 62/105 (59,1%) y mujeres 65/141 (46,1%), p= 0,044. También se observan diferencias significativas en la media de edad entre el grupo de personas que presentan riesgo de desnutrición (edad media: 66,8 años) y los que no (edad media: 53,8 años), p<0,001. Además, al analizar la evolución del riesgo de desnutrición con la edad, éste va aumentando con la edad tal y como se aprecia en la figura 1 en la que se representa la probabilidad de presentar desnutrición en función de la edad del sujeto.

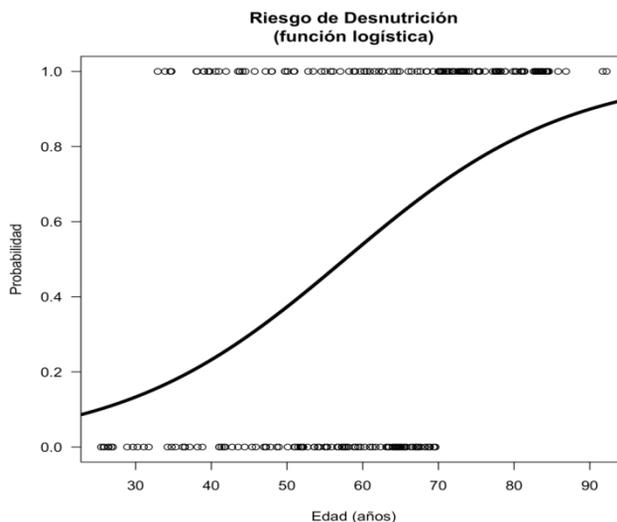


Fig.1- Riesgo de desnutrición en función a la edad.

La distribución del riesgo de desnutrición, según los pacientes pertenezcan a una de las cuatro categorías del estado nutricional es la presentada en la siguiente Tabla 1.

	Sí Riesgo de Desnutrición		No Riesgo de Desnutrición		χ²/ Fisher (p)
	N	(%)	N	(%)	
Delgadez	3	(100%)	0	(0%)	0,248
Normalidad	45	(55,6%)	36	(44,4%)	0,417
Sobrepeso	38	(52,8%)	34	(47,2%)	0,889
Obesidad	41	(45,6%)	49	(54,4%)	0,185

TABLA 1: Riesgo de desnutrición en relación al estado nutricional del paciente.

Ninguna de las categorías presenta significación en cuanto al riesgo de desnutrición. Para la delgadez extrema observamos un riesgo clínicamente relevante aumentado si bien no muestra diferencias significativas en el test de Fisher probablemente debido al reducido número

Evaluando individualmente cada una de las patologías previas o de base, con el riesgo de desnutrición detectado con el NRS-2002, se encuentra la Tabla 2.

Patología de base	n/total	n (%)	Sig.(p)
Hipertensión*	106	66 (62,3%)	0.004
Diabéticos	36	23 (63,9%)	0.111
Depresión*	50	19 (38,0%)	0.031
Dislipemia	66	38 (57,6%)	0.258
Enfd.Respiratorias	30	16 (53,3%)	0.842
Cardiopatía*	34	23 (67,6%)	0.044
Obesidad	93	42 (45,2%)	0.114
Hipotiroidismo	24	10 (41,7%)	0.304
Neoplasia*	83	58 (69,9%)	0.000
Anemia	15	9 (60,0%)	0.503
Hernia hiato*	20	5 (25,0%)	0.013
Insuf. renal crónica	5	4 (80,0%)	0.200

(*): $P < 0.05$

TABLA 2: Riesgo de desnutrición en función a la patología de base que presenta cada paciente.

En la Tabla 2 donde se recogen los resultados en cuanto a las patologías de base y el riesgo de desnutrición de estos pacientes, se presentaron resultados significativos $P < 0.05$ para los pacientes con hipertensión, depresión, cardiopatía, neoplasia y hernia de hiato, donde la hipertensión presenta asociación significativa positiva ($P = 0.004$) al igual que la neoplasia ($P = 0.001$) y cardiopatía ($P = 0.044$), mientras que la depresión y la hernia de hiato son factores protectores.

En relación a las patologías quirúrgicas de las que iban a ser intervenidos estos pacientes y el riesgo de desnutrición previo a dicha cirugía se identificó Tabla 3.

Patología quirúrgica	n/ total	n (%)	Sig.(p)
Colecistitis	71	31 (43,7%)	0.111
Obesidad	27	14 (51,9%)	0.980
Neo.Gastro-esofágicas*	6	6 (100%)	0.016
Neoplasias de colon*	72	50 (69,4%)	0.001
Nódulos tiroideos*	30	7 (23,3%)	0.001
Pared Abdominal	4	3 (75%)	0.346
Recons.Tránsito Intestinal	15	10 (66,7%)	0.229
Hernia hiato*	13	3 (23,1%)	0.034
Adep Abdominales	8	3 (37,5%)	0.416

(*): $P < 0.05$

TABLA 3: Riesgo de desnutrición en función a las patologías quirúrgicas a la que serán sometidos los pacientes.

De acuerdo con los resultados de la Tabla 3, podemos observar que los pacientes que van a ser intervenidos de neoplasias gastro-esofágicas,

neoplasias de colon, nódulos tiroideos y hernia de hiato presentaron resultados significativos $P < 0.05$, donde la neoplasia gastro-esofágica presenta asociación significativa positiva ($P=0,980$) al igual que la neoplasia de colon ($P=0.001$), mientras que los intervenidos de nódulos tiroideos y hernia de hiato actúan como factor protector.

DISCUSIÓN:

La elevada prevalencia del riesgo de desnutrición 51,6%, demostrada en este estudio, pone de manifiesto la importancia de valorar el estado nutricional de estos pacientes en la fase preoperatoria. Este trabajo se une a otros que demuestran la existencia de una asociación estrecha entre el estado nutricional y el paciente prequirúrgico, en el que se ha demostrado una prevalencia del riesgo de desnutrición de un 46,9%⁴. El impacto que la desnutrición comporta en los pacientes quirúrgicos es un tema relevante y afecta de forma notoria en la evolución del proceso postquirúrgico.

El primer requisito para conocer el grado de desnutrición del paciente prequirúrgico es disponer de métodos sencillos que puedan ser aplicables y que sean capaces de producir datos. La herramienta utilizada en la muestra para conocer el riesgo de desnutrición ha sido la NRS-2002, expertos de la ESPEN^{5,18,20} la han recomendado porque, a pesar de presentar una baja especificidad, presenta mejor sensibilidad, un coeficiente de reproducibilidad $\kappa = 0.67$ y mayor valor predictivo positivo y negativo^{18,21,20,22}; además ha sido contrastada con otros métodos en varios estudios donde se ha demostrado que los pacientes que cumplen todos los criterios de riesgo de desnutrición tienen una mayor probabilidad de un diagnóstico de malnutrición que los que no cumplen esos criterios.

Al analizar la relación entre la edad y el riesgo de desnutrición se apreció como a medida que se incrementa la edad¹⁶, disminuía el número de pacientes con estado nutricional satisfactorio. Esto se ve revalidado en otros estudios donde la edad fue directamente proporcional al riesgo de desnutrición siendo mayor porcentaje de pacientes con riesgo de desnutrición en el grupo de mayor edad¹. En cuanto al sexo, el riesgo de desnutrición fue mayor en hombres alcanzando un 59%. Esto coincide con otros estudios en los que, aunque en menor grado, también se observa mayor asociación para el sexo masculino con un 18%¹².

La determinación del estado nutricional de estos pacientes en la fase preoperatoria fue calculado por

el Índice de Masa Corporal (IMC)²⁵, resaltando la alta prevalencia de sobrepeso con un IMC promedio del 29,05. Relacionando el sobrepeso con el riesgo de desnutrición en estos pacientes se observó que el 52,8% presentaron riesgo de desnutrición, frente a otros autores que describieron un 72% de riesgo de desnutrición por sobrepeso¹². En relación a la patología de base que presentaban los pacientes de la muestra y los resultados obtenidos se ha visto una clara asociación de presentar riesgo de desnutrición en la fase preoperatoria. De igual manera, en este estudio, observamos cómo el 55,37% de los pacientes con patología de base presentan riesgo de desnutrición, coincidiendo con otros autores que observan un 58%¹². En los pacientes que presentaban neoplasias el riesgo de desnutrición fue de un 69,9%, frente a otros estudios en los que fue de un 30,9% y un 60,9%⁴; los pacientes con hipertensión y cardiopatías presentaron riesgo de desnutrición de un 62,3% y el 67,6% respectivamente, similar a lo obtenido por otros estudios que describieron un riesgo del 70% y 60% respectivamente¹².

En cuanto a las distintas patologías quirúrgicas estudiadas se puede destacar que el riesgo de desnutrición presentó asociación significativa positiva en los pacientes con neoplasias de colon en los que estuvo en un 69,40% siendo similar otro estudio que fue de un 62%, y en los paciente con neoplasia gastro-esofágica que presentaron un 100% este fue más elevado frente al mismo estudio que fue de un 65%¹⁵ u otros que llegaron al 70%¹⁴. Sin embargo presentaron asociación negativa significativa los pacientes con hernia de hiato y nódulos tiroideos, los cuales presentaron el 23,1% y el 23,3% respectivamente, aunque no se encontró ningún estudio con estos datos.

Las limitaciones de este estudio son la asociación o la prevalencia del riesgo de desnutrición y no de la desnutrición en sí. Otra limitación es que se trata de un estudio transversal (de corte o prevalencia) y no hay por tanto seguimiento para valorar si los factores estudiados son la causa del riesgo de desnutrición en estos pacientes. En cuanto a la fortaleza del estudio valoramos la gran importancia de detectar precozmente a estos pacientes que presentan riesgo de desnutrición, a través de métodos de cribado, válidos, fiables, reproducibles, prácticos (fáciles de aplicar, bien aceptados y económicos) como es la escala NRS-2002 y conectados con protocolos específicos de actuación.

CONCLUSIONES:

El riesgo de desnutrición, medido con el NRS-2002, en el paciente que va a ser sometido a una operación de cirugía mayor digestiva es elevado de un 51,6%

(IC-95%:45,2% a 58,1%), siendo mayor en varones (59,1%) que en mujeres (46,1%) y este aumenta con la edad.

El riesgo de desnutrición, medido con el NRS-2002 se asocia con la patología de base que presenta el paciente de manera que disminuye si el paciente presenta depresión y hernia de hiato, que se comportan como factores protectores, mientras que aumenta si presenta hipertensión, cardiopatía y neoplasia.

El riesgo de desnutrición, medido con el NRS-2002, aumenta si el paciente va a ser intervenido de neoplasia de colon y neoplasia gastro-esofágica de manera que disminuye si el paciente se le interviene de hernia de hiato y nódulos tiroideos.

La valoración nutricional de enfermería puede ayudar a prevenir significativamente el riesgo de desnutrición, medido con el NRS-2002, en estos pacientes identificando el riesgo precozmente.

(Anexo 1)

Nutritional Risk Screening 2002			
Cribado inicial		SI	No
¿Índice de masa corporal <20?			
¿Pérdida de peso en los últimos 3 meses?			
¿Reducción de la ingesta en la última semana?			
¿Enfermedad grave?			
Si la respuesta a alguna de las preguntas es «Si», se debe pasar el cribado completo:			
Alteración del estado nutricional		Severidad de la enfermedad (requerimientos/estrés-metabolismo)	
0	Normal	0	Requerimientos normales
Leve Score 1	Pérdida de peso >5% en 3 meses, o ingesta <50-75% de las necesidades en la semana precedente	Leve Score 1	Fractura de cadera. Pacientes crónicos con complicaciones agudas: hemodialis, diabetes, cirrosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, oncología
Moderado Score 2	Pérdida de peso >5% en 2 meses, o índice de masa corporal de 18,5-20,5 kg/m ² + alteración del estado general o ingesta del 25-50% de las necesidades en la semana precedente	Moderado Score 2	Cirugía mayor abdominal Accidente vascular cerebral Infecciones severas, neoplasias hematológicas
Severo Score 3	Pérdida de peso >5% en 1 mes (>15% en 3 meses) o índice de masa corporal <18,5 kg/m ² + alteración del estado general o ingesta del 0-25% de las necesidades en la semana precedente	Severo Score 3	Traumatismo craneoencefálico Trasplante de médula ósea Pacientes de unidad de cuidados intensivos (APACHE >10)
Score	+	Score	= Total score:
Añadir un punto si la edad es >70 años.			
Si la puntuación total es ≥3, paciente con desnutrición o riesgo de presentarla.			

BIBLIOGRAFÍA:

1. Waitzberg D. L, Ravacci G. R, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. Nutr Hosp. 2011; 26(2):254-264.
2. Gómez Candela C, Serrano Labajos R. García Vazquez N, Valero Pérez M, Morato Martínez M, Santurino Fontecha M, et al. Proceso completo de implantación de un sistema de cribado de riesgo nutricional en el hospital universitario La Paz de Madrid. Nutr Hosp. 2013; 28(6):2165-2174.

3. Alvarez Baca D, Revoredo Rego F, Suarez Lazo M, Acevedo Rique I, Lloclla Kano P. Estado Nutricional y Morbi-Mortalidad en Pacientes con Anastomosis Gastrointestinales en el Hospital Nacional Hipolito Unanue (HNHU). *Rev. Gastroenterol. Perú*; 2012; 32-3: 273-280.
4. Veramendi-Espinoza L. E, Zafra-Tanaka J. H, Salazar-Saavedra O, Basilio-Flores J. E, Millones-Sánchez E, Pérez-Casquino G. A. et al. Prevalencia y factores asociados a desnutrición hospitalaria en un hospital general; Perú, 2012, *Nutr Hosp.* 2013; 28(3):1236-1243.
5. Solórzano-Pineda O. M, Rivera-López F. A, Rubio-Martínez B. Incidencia de desnutrición en pacientes quirúrgicos diabéticos y no diabéticos en el servicio de cirugía general. *Nutr Hosp.* 2012; 27(5):1469-1471.
6. Romero Mestas A.A, Romero Sánchez C.R.E, Fuster Espín M. Evaluación y repercusión del estado nutrición al de pacientes geriátricos operados electivamente durante un bienio. *Rev Arch Méd de Camagüey.*2013; 17(1):41-50.
7. Zago L, Dupraz H, Torino F, Río M E. Estado nutricional preoperatorio y riesgo quirúrgico. Identificación de marcadores bioquímicos promisorios. *Nutr Hosp* 2010; 24(1):0212-1611.
8. Chávez Pérez C.E, Méndez Lozano D, Muñoz Ramírez M.R, Sánchez Nava V.M. Identificación de factores de riesgo asociados a mortalidad en el paciente quirúrgico de alto riesgo en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Medic Crit y Terap Invas* 2013; 1(27):15-24.
9. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging* 2010; 9(5):207-16.
10. Kathiresan AS, Brookfield KF, Schuman SI, Lucci JA. Malnutrition as a predictor of poor postoperative outcomes in gynecologic cancer patients. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 284(2):445-51.
11. Hurtado Torres G F. Incidencia, repercusión clínico-económica y clasificación de la desnutrición hospitalaria. *Med Int Mex* 2013; 29:192-199.
12. Eirín C. Evaluación del Estado Nutricional y Prevalencia de Patologías Asociadas en Pacientes Asistidos en las Policlínicas de la UDA Las Piedras. Proyecto de investigación nutricional 2010 (1-53).
13. Fernández López M.T, Saenz Fernández C.A, De Sás Prada M.T, Alonso Urrutia S, Bardasco Alonso M.L, Alves Pérez MT, et al. Desnutrición en pacientes con cáncer; una experiencia de cuatro años. *Nutr Hosp.*2013; 28(2):372-381.
14. Gómez Sánchez M^a B, García Talavera Espín N V, Monedero Saiz T, Sánchez Álvarez C, Zomeño Ros A I, Nicolás Hernández M, et al. Evaluación de la terapia nutricional perioperatoria en pacientes con neoplasia del tracto gastrointestinal superior. *Nutr Hosp.* 2011; 5(26):1073-1080.
15. Cid Conde L, Fernández López T, Neira Blanco P, Arias Delgado J, Varela Correa JJ, Gómez Lorenzo FF. Prevalencia de desnutrición en pacientes con neoplasia digestiva previa cirugía. *Nutr Hosp.* 2008; 23(1):46-53.
16. Verónica Crosetto J. Desnutrición en el Paciente Hospitalizado: Prevalencia y Consecuencias. *Rev del Hosp Aeron Cent.*2011; 2(5):1-13.
17. Phillips MB, Foley AL, Barnard R, Isenring EA, Miller MD. Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010; 19(3):440-9.
18. M.^a J. Ocón Bretón, J. Altemir Trallero, A. B. Mañas Martínez, L. Sallán Díaz, E. Aguillo Gutiérrez y J. A. Gimeno Orna. Comparación de dos herramientas de cribado nutricional para predecir la aparición de complicaciones en pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp.* 2012; 27(3):701-706.
19. Ryu SW, Kim ih. Comparison of different nutritional assessments in detecting malnutrition in gastric cancer patients. *World J Gastr* 2010; 16(26):3310-7.
20. Cristaudi A, Cerantola Y, Grass F, Demartines N, Hubner M, Schaefer M. Preoperative nutrition in abdominal surgery: recommendations and reality. *Rev Med Suisse* 2011; 7(300):1358-61.
21. Neelemaat F, Meijers J, Kruizenga H, Van Ballegooijen h, Van Bokhorst-de van der schueren M. Comparison of five malnutrition screening tools in one hospital inpatient sample. *J Clin Nurs* 2011; 20 (15-16): 2144-52.
22. Ulibarri J.L, Burgos R, Lobo G, Martínez, Planas M, Pérez de la Cruz A et al. Recommendations for assessing the hyponutrition risk in hospitalised patients. *Nutr Hosp* 2009; 24(4):467-72.
23. Scheunemann L, Wazlawik E, Bastos J.L, Ristow Cardinal T, Mayumi Nakazora L. Agreement and association between the phase angle an parameters of nutritional status assessment in surgical patients. *Nutr Hosp* 2011; 26(3):480-7.

- 25. Burgo Peláez R. Desnutrición y enfermedad. Nutr Hosp Suplementos. 2013; 6(1):10-23.
- 26. Manuel Moreno G. Definición y clasificación de la obesidad. Rev Med Clin Condes 2012; 23(2) 124-128.



2ª Jornada Nacional de Enfermería en Cirugía



3 de junio 2016
Madrid



www.seecir.es



Salón de Actos "Ernest Lluch" – ISCIII - C/ Monforte de Lemos, 5 28029 Madrid

seecir
DIGITAL

“APORTACIÓN DE ENFERMERÍA AL PLAN DE GESTIÓN DEL DOLOR PERIOPERATORIO DEL HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN SIERRA DE SEGURA”

Antonio Jesús Ruiz Sánchez. Diplomado Universitario de Enfermería. Master en Comités de Ética y Bioética de las Organizaciones. Supervisor de Cuidados de Enfermería de Quirófano. Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (Jaén).

ajruiz@ephag.es

RESUMEN

El dolor perioperatorio es un problema de salud percibido por los pacientes que disminuye su confort, salud y satisfacción, y es un factor que aumenta los costes directos e indirectos para la sanidad. La enfermería debe, y puede según sus competencias, actuar para gestionarlo eficazmente en el marco multidisciplinar del proceso quirúrgico. En el Hospital Sierra de Segura, se ha constituido un Grupo de Mejora por enfermería para enlazar los esfuerzos de los diferentes profesionales para controlar, disminuir o eliminar el dolor de los pacientes durante todo el proceso. Se informa a pacientes y familiares, se forma a profesionales, se evalúa y registra sistemáticamente el dolor como 5ª constante, se analizan resultados en investigación cualitativa y cuantitativa; y se comparten datos, reflexiones y aportaciones, dentro de la estructura del centro. Hemos conseguido que sólo el 8% tenga dolor moderado-intenso, y remita en el 97% de los casos que lo sufren.

PALABRAS CLAVE

Dolor, Perioperatorio, Evaluación, Control, Confort Postoperatorio, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El dolor es, según la definición de la IASP (International Association for the Study of Pain), una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. La IASP diferencia entre agudo y crónico, cuya nocicepción (proceso de detección de la presencia de un estímulo nocivo, cuya intensidad daña o dañará la integridad tisular) produce un sufrimiento, provocando una reacción en el organismo, consecuencia de esta experiencia¹. El control de este dolor en el perioperatorio, es uno de los retos más importantes a resolver en el ámbito quirúrgico².

El dolor agudo postoperatorio inadecuadamente tratado provoca alteraciones neuroendocrinas sistémicas y una respuesta inflamatoria local directamente relacionada con la intensidad del trauma quirúrgico, aunque modulada por la técnica anestésica³. Esta respuesta se traduce en modificaciones de numerosos órganos y sistemas,

entre los que destacan la alteración de la coagulación, sistema inmune, sistema cardiovascular, tracto gastrointestinal y sistema nervioso central. Consecuentemente hay un deterioro funcional, que afecta a la movilidad y limita la realización de las actividades de la vida diaria del paciente, retrasando el retorno a la vida familiar, social y laboral; y ocasionando un coste indirecto para la sanidad. El dolor también es una causa importante de demoras de altas hospitalarias e ingresos hospitalarios no planificados, aumentando los costes directos, además de ser indicadores de calidad en prestación y satisfacción⁴. Si el proceso se complica con la aparición del síndrome de dolor crónico postoperatorio, los costes serán mucho más elevados, sobre todo en paciente jóvenes⁵. A esto se unen razones éticas y derechos del paciente, para entender en perspectiva la importancia de una gestión efectiva del dolor perioperatorio.

El tratamiento correcto pretende⁶ minimizar el malestar, facilitar la recuperación, evitar las complicaciones relacionadas, permitir una movilización activa y pasiva precoz, conseguir una recuperación funcional a través de un plan establecido, evitar su cronificación, y como objetivo final, el control adecuado, con una disminución de los efectos adversos secundarios causados tanto por la respuesta fisiológica al traumatismo quirúrgico, como por la aplicación de la terapia analgésica, lo que se conoce como “confort postoperatorio”⁷. Para ello, los cuidados y tratamientos se dirigen a la disminución y desaparición de nocicepción dolorosa, controlando el sufrimiento orgánico y emocional. Conseguir tal confort para el paciente, repercute en su satisfacción, suma que conocemos como “gestión del dolor”⁸, siendo imprescindible que se apliquen todos los puntos recomendados en las guías de manejo del dolor: evaluación periódica del dolor, protocolos consensuados y escritos, registro y documentación de la evaluación del dolor y de los efectos indeseables⁴.

Existe una serie de factores¹ que condicionan el grado de percepción del dolor de cada paciente y nos muestran su magnitud:

- **La intervención quirúrgica.** El tipo de cirugía es uno de los factores con mayor relevancia⁹. Con respecto a la duración de esta, si la cirugía se excede más allá de 90 minutos, los pacientes presentan dolor intenso en un 10%, duplicándose cuando es más de dos horas¹⁰.
- **El paciente.** La edad, el estado físico o la ansiedad son factores a tener en cuenta. Por ejemplo, los paciente con ASA I sufren dolor más intenso; mientras que el miedo y la ansiedad llevan a un estado de hipervigilancia que disminuye el umbral de percepción del dolor, y produce un vínculo vicioso provocando más ansiedad y dolor^{9,11,12}.
- **La preparación preoperatoria.** Un análisis de regresión multivariante hace referencia a que existe una asociación entre la ansiedad prequirúrgica y el dolor postoperatorio¹³. Son factores también, la incertidumbre previa, así como la información y educación sanitaria que tienen los pacientes. El 76% no recibe ninguna formación específica, aunque un 95% de ellos desearía recibirla¹⁴. Aunque el 71,6% de los profesionales sanitarios reconoce que proporciona información oral, únicamente el 29,6% de ellos proporciona información escrita. La falta de información por parte del personal sanitario a los pacientes y su entorno, contribuye a que un alto porcentaje de personas con dolor no esté recibiendo el tratamiento adecuado¹⁵.
- Posibles **complicaciones postoperatorias**, y sus lesiones titulares.
- **El tratamiento anestésico.** La frecuencia de aparición de dolor es del 8% en anestesia general, 12,1% en anestesia raquídea, y 15,3% en anestesia regional intravenosa, siendo estadísticamente significativas las diferencias observadas entre los grupos de anestesia regional respecto a la anestesia general¹⁶.
- **La calidad de los cuidados postoperatorios.** Las enfermeras actuamos sobre las cuatro causas principales que explican la elevada incidencia de dolor postoperatorio, recogidas en el primer documento de consenso sobre dolor postoperatorio elaborado en España¹⁷:
 - La ausencia de conocimientos o conceptos erróneos sobre el tratamiento del dolor por parte del personal sanitario.
 - La ausencia de evaluación o valoración inadecuada de la intensidad del dolor y de la eficacia de los tratamientos utilizados.
 - La falta de información y educación del paciente sobre las consecuencias del dolor no tratado de forma adecuada, y sobre las posibi-

lidades de analgesia en el periodo postoperatorio.

- La participación activa de profesionales, en las estructuras organizativas que gestionen el proceso del dolor a lo largo de todo el periodo perioperatorio, con adaptación a las características del centro sanitario donde se apliquen.

En cada uno de estos puntos, los profesionales asistenciales sanitarios en general, y en especial y particularmente las enfermeras, podemos y debemos incidir activamente para gestionar el dolor de nuestros pacientes. Por eso, el Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura (HAR Sierra Segura), ha creado un grupo de mejora en el servicio de quirófano compuesto por enfermeras y auxiliares de enfermería, enmarcado en el Plan de Calidad de la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir. Este grupo ha enlazado y puesto en marcha acciones para el desarrollo de un plan de gestión del dolor en paciente quirúrgicos efectivo de forma interdisciplinar. Surge a partir de la solicitud del centro para la acreditación como Centro Sin Dolor Perioperatorio acreditando buenas prácticas, a través del Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía¹⁸, y aprovecha la estructura física del centro, la personalización de los cuidados derivados de la estructura de plantilla, la implicación profesional y el apoyo institucional de la dirección para ello.

En el presente trabajo quiero presentar (como responsable del grupo de mejora, y supervisor de cuidados) las acciones, evaluaciones, valoraciones, feedback, etc. que estamos elaborando para compartir con otros centros y profesionales sanitarios.

OBJETIVO:

Evaluación de la efectividad de las acciones multidisciplinares que se han puesto en marcha en el plan de gestión del dolor perioperatorio en el HAR Sierra Segura.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro centro está configurado como un Hospital de Alta Resolución. La mayoría de las intervenciones quirúrgicas son de CMA; aunque también se realizan procesos quirúrgicos de urgencias de Cirugía General que no requieren UCI. Consta de dos quirófanos y de una unidad de hospitalización polivalente con 24 camas (más sillones de hospital de día). Asistimos a la población de La Sierra de

Segura de Jaén, que ronda los 27.000 habitantes en poblaciones dispersas y aisladas algunas de ellas. Sin embargo, el dolor es una prioridad asistencial. El proceso de gestión del dolor debe adaptarse al contexto y características de cada centro hospitalario, debiendo quedar claro que es responsabilidad de todos¹⁹. Además, la respuesta al dolor debe plantearse en el contexto del Bloque quirúrgico y de las unidades de hospitalización, con independencia del nivel de complejidad del centro²⁰.

En nuestro hospital, las líneas estratégicas para la gestión del dolor, están marcadas en el Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor²⁰, en los pasos que se han de realizar a nivel institucional de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JACHO)¹⁵ y en los puntos claves para el desarrollo de un plan de gestión del dolor postoperatorio¹⁷ que se desarrollan en diversa bibliografía, y que dirigen a:

1. **Información/educación del paciente y el personal sanitario.** En cuanto al **personal sanitario**, se realizan sesiones de formación interna anuales. En quirófano se han realizado durante el 2014, 10 sesiones con asistencia de 84 profesionales de diferentes categorías. La formación externa acreditada sobre el dolor, está incluida en el plan de desarrollo competencial del centro, y actualmente hay un acuerdo de colaboración con la Fundación Grüenthal para fomentar la formación e investigación en materia de dolor.

Con respecto a los **pacientes y/o familiares**, se realiza educación sanitaria durante todo el proceso; desde la consulta de enfermería de anestesia previa a la intervención (que se desarrolla justo después de la consulta por el anestesista), hasta la llamada telefónica 48 horas post-intervención. Esta intervención de enfermería está acompañada de un díptico explicativo exclusivo de dolor perioperatorio, así como de la evaluación a través de la escala likert de la comprensión de paciente y/o acompañante/s de dicha información.

2. **Evaluación sistemática del dolor como 5ª constante vital.** En nuestro centro lo articulamos sistemáticamente con la escala numérica 0-10, que cumple con las características de un método óptimo de valoración, aplicabilidad, fiabilidad, validez, versatilidad, uniformidad, idoneidad y sensibilidad²¹. La valoración subjetiva por parte del paciente es la única que resulta válida para determinar el grado de dolor, incluida la

preoperatoria¹. El paciente debe asignar al dolor un valor numérico entre dos puntos extremos que son de 0 (no dolor) a 10 (dolor insoportable).

Es fácilmente comprensible para la mayoría de los pacientes y útil para la medición de la respuesta a un tratamiento. Tiene una gran sensibilidad y genera datos que pueden ser analizados estadísticamente¹⁵.

Las mediciones que realizamos son: **prequirúrgico** en la consulta de enfermería de anestesia por el personal de quirófano; al ingreso en **hospitalización** con la enfermera de hospitalización polivalente y en la acogida prequirúrgica por la circulante en el intraoperatorio, que continuará las mediciones en el **intraoperatorio** y en el **postoperatorio** inmediato en la sala de despertar postquirúrgica. Tras la intervención y dado de alta del bloque quirúrgico, la medición será del personal de **hospitalización** hasta el alta a domicilio; y una vez en **domicilio a las 48 horas**, se realizan 3 mediciones de dolor de nuevo por enfermeras de quirófano (la noche de la misma intervención, día siguiente y segundo día tras la intervención). Si el paciente refiere tras esta llamada un dolor superior a 6, se volverá a realizar varias llamadas hasta que este remita, proporcionando información, cuidados y colaborando y coordinación multidisciplinar.

3. **Aplicación de protocolos que contemplan la analgesia balanceada/multimodal.** En el HAR Sierra de Segura tenemos 5 Protocolos de tratamiento para diferentes grados de dolor, que incluyen la pauta y el rescate, y cumplen con las medidas de seguridad establecidas en el uso seguro de la medicación. La medición y analgesia está incluida en los diferentes procedimientos elaborados para la actividad asistencial, como por ejemplo: CMA, Acogida Prequirúrgica, Relevo ISOBAR entre profesionales, Sala de Despertar, Consulta de Enf, Llamada postquirúrgicas, etc.

4. **Seguimiento del paciente y documentación de los resultados.** Aseguramos la continuidad de cuidados trabajando según el procedimiento de relevo estandarizado isobar entre profesionales de diferentes turnos y áreas de centro, con el informe de continuidad de cuidados para la atención primaria, y con el registro en la historia clínica del paciente y en la base de datos de las llamadas postquirúrgicas.

5. **Análisis periódico de los resultados.** Todos los resultados son analizados por el grupo de mejora, y auditados y transmitidos al resto de personal asistencial por el supervisor de cuidados de enfermería de quirófano:

- a) Análisis trimestral de los datos postquirúrgicos recogidos en las llamadas.
- b) Análisis anual de los datos perioperatorios de un muestreo al azar de de 25 pacientes.
- c) Análisis bianual de los datos recogidos en los Grupos Focales de pacientes que manifestaron dolor (2013 y 2015)
- d) Informes semestrales sobre datos y acciones de mejora como feedback, a dirección y profesionales sanitarios asistenciales.

6. **Con respecto al último punto; creación de una estructura organizativa para alcanzar los puntos anteriores:**

- a) El Principal, es la creación en 2014 del Grupo de Mejora.
- b) Solicitud de Acreditación como Centro sin dolor perioperatorio.
- c) Canalización de ideas multidisciplinares a través del supervisor.
- d) Feedback de datos y acciones de mejora a través del supervisor, hacia personal asistencial y dirección.
- e) La cartera de servicios del centro incluye el control efectivo del dolor.
- f) Y el acuerdo marco de colaboración para fomentar la formación y la investigación en materia de dolor con la Fundación Grünenthal.

Hemos generado información en base a datos cuantitativos, y cualitativos.

1. **Investigación Cuantitativa.** Año 2014.

- **Evaluación escala Numérica:** El 8.39% tuvo dolor muy intenso en la primera noche, el 17.06% moderado-grave; 24.97% leve y el 49.03% no tuvo dolor.

	PRIMER TRIMESTRE DEL 2014	SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2014	TERCER TRIMESTRE DEL 2014	CUARTO TRIMESTRE DEL 2014	TOTAL
0	27,14%	43,15%	79,03%	46,81%	48,53%
1	12,14%	10,95%	4,04%	2,83%	7,49%
2	15,00%	6,84%	4,45%	13,20%	9,87%
3	15,00%	7,53%	3,64%	4,71%	7,72%
4	7,14%	5,47%	3,23%	6,13%	5,49%
5	4,28%	8,90%	2,83%	8,96%	6,24%
6	11,42%	3,42%	0,80%	5,66%	5,32%
7	5,00%	4,79%	0,80%	4,24%	3,70%
8	2,14%	5,47%	0,40%	4,71%	3,18%
9	0,00%	2,05%	0,00%	0,47%	0,63%
10	0,71%	1,36%	0,00%	1,41%	0,87%

DATOS AGRUPADOS						
Sin dolor	EVA 0	27,14%	43,15%	79,03%	46,81%	49,03%
Dolor leve-moderado	EVA 1-3	42,14%	25,32%	12,13%	20,29%	24,97%
Dolor moderado-grave	EVA 4-6	22,84%	17,79%	6,86%	20,75%	17,06%
Dolor muy intenso	EVA > 6	7,88%	13,67%	1,20%	10,83%	8,39%

- **Evaluación de la evolución del dolor.** Disminuyó desde la primera noche en 97% de los casos, y un solo paciente le aumentó el dolor de 6 a 7.

	1º DIA (tras la intervención)		2º DIA (tras la intervención)	
Continúa muy intenso (EVA > 6)	15 pacientes	18,75%	7 pacientes	8,75%
Dolor moderado-grave (EVA 4-6)	23 pacientes	28,75%	13 pacientes	16,25%
Dolor leve (EVA 3-1)	9 pacientes	11,25%	13 pacientes	16,25%
Sin dolor (EVA 0)	33 pacientes	41,25%	47 pacientes	58,75%

- **Evaluación de la medicación domiciliaria.** Tan sólo no cedió el dolor con la medicación en un 3.63%. Con dolor muy intenso, no cedió en el 7.97% de los pacientes que manifestaron un EVA de más de 6.
- **Por especialidades.** Trauma y cirugía refieren más dolor.
- **Por intervenciones.** Hernioplastias, colecistectomías, artroscopias de rodilla y hallux valgus, las más dolorosas.
- **Evaluación del confort postoperatorio.** Fiebre sólo sufrió el 0.47%, inflamación de la zona el 9.09% y náuseas el 4.78%

- **Evaluación de estado de salud.** Refirieron ser Excelente el 18,35%, Bueno el 72.94%, Regular el 8.69% y Malo el 0%.
- **Evaluación de muestra de 25 pacientes de CMA:**
 - **Dolor preoperatorio:** No existe dolor en las patologías previas que requieren la CMA.
 - **Consulta de Enfermería de Anestesia:** 2 de 25 han tenido un EVA de 4 y uno de 6 (12%).
 - **Acogida quirúrgica** sólo un paciente con un EVA de 5.
 - **Dolor intraoperatorio:** No existe dolor. Sólo uno con EVA de 4
 - **Dolor postoperatorio:**
 - En la **reanimación** en las anestесias generales sólo un paciente con un EVA de 4 y otro con 6 (8%).
 - En **hospitalización** es similar, con 2 pacientes con EVA de 7 y uno con 4 (12%).
 - En **domicilio** comienza el dolor, y sobre todo la primera noche con un EVA de media de 3.33, en la segunda noche 2.39 y en la tercera noche 1.26.

- **El personal sanitario** fue calificado como **competente** para prevenir, eliminar o mitigar el dolor quirúrgico, tanto en el aspecto de conocimientos, como a nivel técnico.
- **Valoran positivamente que se les llame** dos días después de la intervención para interesarse por su estado de salud, problemas y dolor.
- Manifiesta, también, que durante su estancia **hospitalaria no sentían dolor** (o este era de una intensidad muy baja), y fue posteriormente en casa cuando lo sufrieron (o su intensidad aumento).

RESULTADOS:

Como resultados a esta gestión, y consecuencia del feedback de datos con los profesionales sanitarios asistenciales implicados en los tratamientos y cuidados periquirúrgicos, surgen una serie de aportaciones multidisciplinares de mejora, que persigue compartir datos, monitorizar la actividad, el refuerzo positivo, obtener aportaciones de mejora, motivación profesional, y la implicación y participación multidisciplinar; ya que ninguna unidad puede por sí sola alcanzar los objetivos, y nunca debe quedar circunscrito a un solo estamento o grupo de personas⁹.

Es el supervisor de cuidados de quirófano el que coordina las aportaciones, de las que destaco:

- Reforzar en los profesionales, que proporcionen la misma información a los pacientes sobre la valoración del dolor a través de la escala numérica, para poder comparar los datos.
- Utilizar el documento de bolsillo que tienen todos los enfermeros/as del hospital, con la escala numérica y visual analógica combinada, elaborado por la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.
- Incluir información y la escala numérica, en otros documentos de educación sanitaria proporcionados a los pacientes y/o familiares.
- Aumentar la pauta de analgesia en domicilio en las intervenciones que han referido ser más doloras.
- Proporcionar el hospital los fármacos analgésicos y/o antiinflamatorios que los pacientes no pueden obtener inmediatamente en las farmacias.
- Continuar y reforzar los anteriores puntos clave enumerados.

2. **Investigación Cualitativa.** Para afrontar la gestión del dolor perioperatorio es necesario incluir la investigación fenomenológica de la investigación cualitativa, ya que el dolor es una experiencia individual²². Para ello, cada 2 años (por la dificultad de convocar a pacientes de poblaciones en un entorno disperso), se realizan grupos focales²³ con pacientes que manifestaron tener un dolor postoperatorio igual o superior de 7. El muestreo es propositivo, ya que la muestra se puede determinar durante o después de la inmersión inicial, se puede ajustar en cualquier momento del estudio, no es probabilística y no buscamos generalizar resultados. El objetivo es profundizar en las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos), fundamentándose en una perspectiva interpretativa de su dolor.

Como información general aportada por los pacientes, destaca:

- Refieren estar **bien informados** sobre el dolor en su proceso quirúrgico, ya sea en la educación sanitaria proporcionada en el hospital como aquella al ser dados de alta a su domicilio.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN:

Los estudios recientes, tanto europeos como españoles, ponen de manifiesto insuficiencias en la evaluación y abordaje terapéutico del dolor en el proceso quirúrgico²⁰. Aunque cada vez se avanza más en el conocimiento de la neurobiología de la nocicepción y los fármacos para tratar el dolor, el dolor postoperatorio continúa siendo infratratado¹⁰. El esfuerzo para valorar y tratar el dolor, cuando la enfermería cuidamos de nuestros pacientes, es una obligación moral y legal de nuestra actividad asistencial en el entorno multidisciplinar. Según los datos recopilados en el último año, en el HAR Sierra de Segura se consiguen unos porcentajes óptimos en el dolor postoperatorio, y excelente en el resto del proceso quirúrgico. Pese a que los estudios descritos muestran dificultades para poder comparar resultados, ya que existen diferencias en su diseño⁸, se puede afirmar que los resultados de nuestro centro mejoran los recogidos en diversos estudios, cuya incidencia de dolor postoperatorio de carácter moderado-intenso en CMA se comprende entre el 30-60%^{8,10,17,24}.

Se puede concluir también que el dolor padecido por los pacientes intervenidos de nuestro centro sigue la misma evolución que muestra la bibliografía, esto es, máximo a las 24 horas y posteriormente disminuye⁶. Los resultados muestran que el tratamiento del dolor es efectivo, aunque hay intervenciones que debería ser reevaluadas en su tratamiento en domicilio, en busca de la excelencia.

El personal de enfermería es sin duda, por su contacto con el paciente y por sus competencias profesionales, el pilar básico para informar y evaluar el dolor perioperatorio, sin embargo, con esta implicación es insuficiente, este valor asistencial debe impregnarse en la organización desde la dirección hasta cualquier profesión asistencial en un esfuerzo común multidisciplinar.

En nuestro caso, la solicitud para la acreditación del hospital como centro sin dolor perioperatorio, ha supuesto un impulso para que esta línea estratégica a nivel político, se vea reflejada en el esfuerzo de conseguir los estándares requeridos, y además para avanzar en estrategias asistenciales.

La subjetividad del dolor está relacionada con el inconsciente constituido en el transcurso de la historia personal, las raíces culturales y sociales, y la naturaleza de las relaciones entre el individuo que padece dolor y quienes lo rodean, por lo que hemos observado la necesidad de realizar investigación cualitativa para una gestión del dolor perioperatorio eficaz de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martínez Vázquez de Castro J y Torres LM. Prevalencia dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev. Soc. Esp. del Dolor. 2000; 7: 465-476
2. Ready LB, Edqards W T. Management of acute pain: A practical guide. Seattle WA: IASP Publications, 1992
3. Wu CL, Cadwell MD. Effect of post-operative analgesia on patient morbidity. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 2002; 16 (4): 549-63
4. Van Haken H, Burkle H. Postoperative acute pain therapy: from acute pain service to acute pain program. Anesthesiol Intensivmed Noffallmed. Schmerzther. 2007; 42: 1-20
5. López Álvarez S, Agustín Martínez-Arcos S, Bustos Molina F, Collado Collado F, De Andrés Ibáñez J, Martín Pérez E, et al. Grupo de trabajo de ASECMA sobre dolor. Manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. Cir May Amb 2006; 11(Supl 2)
6. Santeularia Vergés MT, Catalá Puigbó E , Genové Cortada M, Revuelta Rizo M y Moral García MV. Nuevas tendencias en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía general y digestiva. Cir Esp. 2009; 86 (2): 63-71
7. Torres LM, Aragón F, Martínez E. Analgesia vs confort postoperatorio. Algía al Día. 2003;10: 2-9
8. Montes Pérez A, García Álvarez J, Trillo Urrutia L. Situación actual del dolor postoperatorio en el "Año Global Contra el Dolor Agudo". Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2011; 58: 269-272
9. Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. Anesthesiology 2009; 111(3): 657-77
10. López Álvarez S, López Gutiérrez A, Zaballos García M, coordinadores. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria. 2ª Edición. Inspira Network. Madrid. 2012
11. Muñoz Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 194-211
12. Owen H, McMillan V. Postoperative pain therapy: a survey of patients expectations and their experiences. Pain. 1990; 41: 303-307
13. Robleda G, Sillero A, Puig T, Vich I, Baños JE. Influencia del estado emocional prequirúrgico en el dolor postoperatorio tras cirugía ortopédica y traumatológica. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(5):785-791

14. Landa JI. Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos sobre el dolor postoperatorio. Jano, Suplemento de Congresos, mayo de 2004. p. 10-2
15. JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. [Internet]. Washington DC: JCAHO; 1991. Pain: Current understanding of assessment, management, and treatments. [citado 10 abr 2015]. Disponible en: http://www.jointcommission.org/topics/pain_management.aspx
16. Sobrino J, Cabadas R, Rodríguez J, Ares X, Pereira J, Blanco J. Dolor en el postoperatorio inmediato en cirugía mayor ambulatoria (CMA): factores determinantes. Rev Soc Esp Dolor. 1999; 6: 175-179
17. Zaragoza García F, Landa García I, Larraínzar Garijo R, Moñino Ruiz P, Torre Liébana R. Dolor Postoperatorio en España: Primer documento de consenso. Madrid: AEC, GEDOS, SEDAR y SED; 2005
18. Observatorio para la Seguridad del Paciente. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. [Internet]. Sevilla; Distintivo Centros contra el Dolor. [citado 12 abr 2015]. Disponible en: <http://obssegpac.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/contraeldolor>
19. Montes Pérez A, García Álvarez J, Trillo Urrutia L. Tratamiento del dolor postoperatorio: de la Unidad de Dolor Agudo al Programa de Gestión del Dolor Postoperatorio. Rev. Soc. Esp. del Dolor. 2007; 14 (5): 335-337
20. Guerra de Hoyos JA, Fernández de la Mota E, Fernández García E, Padilla Marín C, Sanz Amores R. Plan andaluz de la atención a personas con dolor. Edición 2010-2013. Sevilla. Junta de Andalucía; 2010.
21. Lázaro C, Caseras X, Torrubia R, Baños JE. Medida del dolor postoperatorio: análisis de la sensibilidad de diversos instrumentos de autovaloración. Rev Anesthesiol Reanim 2003; 50(5): 230-6
22. Vivar CG, McQueen A, Whyte DA, Canga Armayor N. Getting started with qualitative research. Developing a research proposal. Nurse Res. 2007; 14(3): 60-73
23. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupo focales. Aten Primaria. 2002; 29 (6): 366-373
24. McGrath B, Elgendy H, Chung F, Kamming D, Curti B. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. Can J Anaesth 2004; 51(4): 886-91

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

“SIMULACIÓN CLÍNICA PARA EL ENTRENAMIENTO DE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN URGENCIAS VITALES”

María Sáez Jalón*; Alejandro Martínez Arce**; María Asunción Benito Gonzalez*; Elena Rojo Santos***; Gema Valverde San Juan****; Montserrat Rodriguez Aguirre****.

*Enfermera Área Quirúrgica Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) e Instructora en Simulación Clínica del Hospital virtual valdecilla (HvV). **Enfermero e Instructor en Simulación Clínica del HvV. ***Enfermera y Directora de Operaciones del HvV. ****Supervisora Enfermería Área Quirúrgica del HUMV.

ariam1976@hotmail.com

RESUMEN:

El cambio organizativo en el área quirúrgica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) supuso la atención de urgencias vitales con personal de poca experiencia. La dirección del hospital decidió realizar un plan de entrenamiento de los profesionales y se decidió utilizar como herramienta docente la simulación clínica.

El *objetivo* de este estudio fue analizar el impacto del entrenamiento con simulación en la adquisición de conocimientos y habilidades para manejar urgencias vitales.

Metodología. Se detectaron necesidades formativas en 4 especialidades quirúrgicas. Por cada área se formó un equipo multidisciplinar para el diseño y ejecución del programa. El análisis de datos se realizó a través de encuestas tipo Lickert.

Los *resultados* incluyeron: Alta satisfacción del programa, Aportación nuevos conocimientos e interés para la actividad profesional.

Conclusiones. Esta formación permite hacer frente a problemas clínicos y organizativos. El carácter multidisciplinar facilitó la acogida de esta iniciativa. Ajustar los objetivos a los problemas reales es esencial para generar cambios en la organización.

INTRODUCCIÓN:

La simulación clínica es una herramienta docente que se está incorporando progresivamente tanto en los hospitales y clínicas, como en la educación del grado teórico-práctico en las universidades de nuestro país para dar respuesta a una atención sanitaria compleja y más centrada en la seguridad del paciente¹⁻³.

Su implantación se justifica por la creciente implicación de las instituciones sanitarias en disminuir las complicaciones del proceso asistencial. Cada vez hay menos razones para aprender y practicar directamente sobre pacientes cuando, gracias a los avances de los dispositivos simulados, el entrenamiento se puede realizar en un ambiente

realista y seguro⁴⁻⁶. Es una técnica docente, basada en la práctica reflexiva, se piensa que es el método más eficaz de aprendizaje de los adultos, y la forma más rentable de adquisición de habilidades y conocimientos por parte de los profesionales sanitarios³.

La atención al paciente en nuestros hospitales es cada vez más compleja y multidisciplinar, precisando una coordinación y una estandarización de protocolos adecuada donde se hace imprescindible el trabajo en equipo para garantizar una atención segura.

En los últimos años, ha habido un aumento de centros o aulas de simulación en nuestro país, de tal forma que, hoy en día, es complicado encontrar un hospital o facultad que no posea o tenga en proyecto un espacio para el entrenamiento mediante simulación clínica. Se busca la continuidad en la adquisición de conocimientos y habilidades, y un entrenamiento a demanda, centrado en competencias, aumenta el número de oportunidades independientemente de la diversidad de los pacientes ingresados en el hospital⁷⁻⁸.

Hasta ahora la mayoría de estudios publicados y las prácticas de entrenamiento están relacionadas con estudiantes o profesionales de una misma disciplina. Hecho que contrasta con la complejidad de los sistemas sanitarios modernos donde equipos clínicos multiprofesionales interactúan para proporcionar cuidados avanzados a los pacientes.

Los procesos son cada vez más complejos y, junto a las limitaciones inherentes a la forma de actuación humana, hace que haya un mayor riesgo de cometer errores.

Por lo tanto a la hora de realizar un programa formativo para profesionales sanitarios es necesario diseñarlo desde un punto de vista multidisciplinar, permitiendo el entrenamiento de equipos clínicos completos, se trata de transformar la cultura del individuo experto, a un ambiente de trabajo en equipo de alto rendimiento.

La dirección del HUMV decidió utilizar la herramienta de la simulación clínica para hacer frente a una necesidad formativa de los equipos de atención de urgencia del área quirúrgica donde existía una falta de experiencia y conocimientos previos de alguna de las especialidades, para ello se utilizaron los recursos personales y materiales del Hospital virtual Valdecilla (HvV), centro de entrenamiento especializado en simulación clínica para realizar esta actividad.

PALABRAS CLAVE:

Enfermería Quirúrgica, Atención de Urgencia, Especialidades, Entrenamiento con Simulación Clínica.

OBJETIVOS

El **objetivo general** del programa fue: Proporcionar a las enfermeras quirúrgicas los conocimientos y habilidades necesarios para resolver satisfactoriamente y manejarse de forma resolutiva, en todas aquellas urgencias ,independiente de la especialidad a la que pertenezcan, que lleven compromiso de la vida del paciente (URGENCIA VITAL).

Objetivos secundarios: Conocer por parte de todo el equipo de profesionales los aspectos teóricos clave en el manejo de pacientes en situaciones de urgencia vital según su patología. Entrenar a enfermeras/os en el manejo de los equipos e instrumental habitual para la preparación y desarrollo de las cirugías de urgencia vital. Entrenar a enfermeras/os en habilidades técnicas y cognitivas relacionadas con los procesos anestésicos en situaciones de urgencia. Dotar de habilidades para potenciar el trabajo en equipo en el área quirúrgica, facilitar la clarificación de roles y distribución de tareas en situaciones críticas. Aprender a priorizar las necesidades cuando nos enfrentamos a una urgencia/emergencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño de la intervención formativa. Se creó un grupo de trabajo formado por la Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, personal experto del centro de simulación (Hospital Virtual Valdecilla) y la supervisión de enfermería del área quirúrgica. Tras sucesivas reuniones se detectaron necesidades formativas en las especialidades quirúrgicas de Cardiovascular, Neurocirugía, Cirugía General y Otorrinolaringología/Cirugía Torácica, y se adoptó como herramienta para la formación el entrenamiento con simulación.

El primer paso fue formar los equipos de trabajo encargados de diseñar y perfilar el curriculum docente y el desarrollo del programa. Cada equipo estaría compuesto por una supervisora de unidad, dos enfermeras expertas del área seleccionada, un cirujano especialista y un anestésista con experiencia en simulación.

Se estructuró un calendario para dar cobertura a los cursos ya que éstos se desarrollaban en horario laboral por lo que el ajuste de las plantillas debía ser especialmente cuidadoso para no dejar sin personal la actividad diaria del área quirúrgica. Los cuatro cursos se desarrollaron desde Mayo de 2012 a Noviembre de 2014.

Desde Mayo del 2012 se han realizado 4 actividades formativas de las especialidades: Cardiovascular, Neurocirugía, Cirugía General y Otorrinolaringología/Cirugía Torácica.

Cada una de estas actividades se estructuró en cuatro fases:

- *Fase 1:* Introducción al curso y a la simulación clínica. Se realizaron 6 sesiones formativas de 3 horas de duración cada una con la participaron de: 6 enfermeras, 1 auxiliar, un facultativo especialista y 1 anestésista. Esta fase tuvo lugar en el Hospital Virtual Valdecilla. con los objetivos de presentar el proyecto de formación a los participantes y familiarizarse con el entrenamiento en simulación clínica.



- *Fase 2:* Sesión teórica de 45 minutos impartida por los facultativos especialistas sobre las urgencias vitales de la correspondiente especialidad con el objetivo de revisar los aspectos clave para manejar de manera segura la urgencia vital. Participaron todas las enfermeras y auxiliares de enfermería del turno rotatorio.
- *Fase 3:* Taller práctico en quirófano. El equipo de anestesia indicó las necesidades de cada especialidad como monitorización, medicación y recursos necesarios.



El personal experto de enfermería mostró el instrumental necesario para cada urgencia y su instrumentación. Se realizaron 6 talleres de 3 horas de duración y acudieron 6 enfermeras por sesión.



- *Fase 4:* Casos clínicos simulados en el Hospital Virtual Valdecilla. Se realizaron 6 sesiones formativas de 3 horas de formación cada una, donde participaron 6 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería, 1 anestesista y 1 facultativo de la especialidad. Se realizaron 2 casos clínicos de las urgencias más habituales de la especialidad con el objetivo de dotar al equipo de los conocimientos y habilidades necesarias para una atención segura y de calidad.

Participaron como docentes en el diseño y elaboración de los cursos un total de: 14 facultativos, 19 enfermeras expertas, 3 supervisoras de quirófano y 1 Auxiliar de Enfermería, los cuales trabajaron en la organización de los talleres, preparación de los casos clínicos y en la elaboración del material teórico. Este personal se ofreció voluntario para llevar a cabo todas las fases del proyecto.

En cada caso clínico simulado se perseguían objetivos técnicos, como la adquisición de habilidades y nuevos conocimientos de cada especialidad, y objetivos de comportamiento, como la mejora de trabajo en equipo, gestión de problemas o clarificación de roles. Los casos clínicos se estructuraban de la misma manera, se dividía a los participantes en dos grupos: uno atendería al paciente simulado, y el otro grupo observaría a través de cristales el trabajo realizado. Posteriormente tras el visionado del caso clínico todo el equipo analiza lo ocurrido durante una hora, moderados por un instructor en simulación que guía el análisis para alcanzar los objetivos planteados en cada caso siguiendo la técnica del análisis con buen juicio descrita por el Center of Medical Simulation*.

RESULTADOS:

El total de participantes fue de 206, con la siguiente distribución: 146 enfermeras, 33 Auxiliares de enfermería, 27 facultativos y 8 instructores en simulación.

Los casos clínicos propuestos en el curso de Cirugía Cardiovascular (CCV) fueron: Aneurisma abdominal roto y taponamiento cardiaco en paciente apuñalado.

Los casos clínicos propuestos en el curso de Neurocirugía (NCR) fueron: Hematoma subdural agudo y malformación arteriovenosa con hematoma espontáneo.

Los casos clínicos propuestos en el curso de Cirugía General (CG) fueron: Paciente apuñalado y hematoma sofocante tras tiroidectomía.

Los casos clínicos propuestos en el curso de Especialidades fueron: Traqueotomía de urgencia y sangrado pulmonar masivo.

En la Tabla 1 puede verse los resultados de cada curso por cada especialidad entrenada.

Tabla 1. Datos por especialidad entrenada.

	CCV (n=65)	NCR (n=52)	CG (n=53)	Especialidades (n= 55)
El curso ha conseguido los objetivos propuestos	61,72%	86,05%	68,97%	75,22%
Considera que el curso le ha aportado nuevos conocimientos	78,13%	76,74%	70,69%	81,42%
La metodología docente de este curso ha sido adecuada	84,38%	83,72%	72,41%	76,11%
El curso es de interés para su actividad profesional	90,63%	95,35%	77,59%	85,84%
Recomendaría la asistencia a este curso a sus compañeros/as.	85,94%	88,37%	75,86%	79,65%
Está satisfecho de haber realizado este curso.	84,38%	90,70%	75,86%	81,42%

En la Tabla 2 aparecen los datos agrupados del los cuatros cursos impartidos.

El curso ha conseguido los objetivos propuestos	69,65%
Considera que el curso le ha aportado nuevos conocimientos	76,88%
La metodología docente de este curso ha sido adecuada	78,61%
El curso es de interés para su actividad profesional	86,42%
Recomendaría la asistencia a este curso a sus compañeros/as.	81,50%
Está satisfecho de haber realizado este curso.	81,79%

Total profesionales sanitarios formados: 206 profesionales

- Auxiliares de enfermería: 33 auxiliares
- Enfermeras: 146 enfermeras
- Facultativos: 27 médicos y residentes de diferentes especialidades

CONCLUSIONES:

El grado de satisfacción por parte de los profesionales implicados ha sido muy alto, la posibilidad de entrenar equipos clínicos habituales de manera multidisciplinar y el hecho de ofrecer la oportunidad a todos ellos de compartir sus experiencias ha sido clave para conseguir una gran implicación y participación de los profesionales.

Un punto clave es la selección de los instructores en cada una de las ediciones, por un lado, formar un grupo multidisciplinar es importante a la hora de alcanzar un diseño docente que cumpla los objetivos de todos los participantes y, por otro lado, la gran experiencia clínica de todos los instructores favorece el que los alumnos vean la figura del experto clínico aumentando su deseo de participación y valoración de los conocimientos aprendidos.

La simulación clínica es una herramienta compleja pero muy potente a la hora de conseguir impacto dentro de la organización, ya que por ejemplo, varios protocolos y procesos asistenciales fueron modificados después de las actividades formativas, y esto se debe a que se adapta a las necesidades reales de cada unidad, es posible entrenar aquello que el equipo necesita por lo que es más fácil conseguir cambios reales después de la actividad formativa.

DISCUSIÓN:

La simulación clínica es una herramienta de aprendizaje complementaria a los métodos tradicionales, que promueve la integración de

conocimientos y habilidades clínicas complejas, aumenta el grado de retención de lo aprendido, comparándose con métodos docentes tradicionales⁹. Es transferible al entorno clínico y mejora el rendimiento profesional¹¹⁻¹². Además, facilita la estandarización de los contenidos docentes, contribuyendo a detectar déficit formativos y complementa el resto de estrategias docentes¹³.

En la descripción del empleo de la simulación, se observan mejoras en el rendimiento de aquellos procesos, que implican la interacción, de profesionales de diversas disciplinas. El entrenamiento de equipos de médicos y enfermeras

mediante simulación clínica es eficaz en el ahorro de costes derivados del tratamiento de las complicaciones, siendo una medida coste-efectiva¹⁴⁻¹⁵. Además de para mejorar los procesos asistenciales¹⁶ se utiliza para identificar deficiencias formativas individuales, y para identificar riesgos en el sistema organizativo, que pueden comprometer, la seguridad de los pacientes¹⁷.

En este trabajo se describe el empleo de la simulación clínica como respuesta a las necesidades planteadas en los complejos y dinámicos sistemas sanitarios modernos. Actualmente se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más complejos y en un ambiente tecnificado, donde un equipo interprofesional actúa en un entorno a menudo incierto y cambiante. Se utilizó la simulación para hacer frente a una demanda de los profesionales del hospital ya que es una herramienta flexible, que permite enfocar el entrenamiento a aquellos puntos clave, en nuestro caso profesionales que se ven con la necesidad de enfrentarse con procesos graves de CCV, NCG, CG y Tórax/ORL. Además de abordarse aspectos teórico-prácticos, se entrenaban aspectos para mejorar las habilidades de trabajo en equipo. Sobre todo la distribución de las tareas entre los miembros del equipo, y las formas en que estos se comunican.

La simulación clínica esta creciendo e implantándose de una forma sólida en los sistemas nacionales de salud y Universidades, avanzando cada vez más hacia programas de entrenamiento multidisciplinarios, siguiendo los pasos de otros países como EEUU.

El grupo de trabajo en enfermería de la Sociedad española de Simulación ha mostrado en la última reunión que más de 40 facultades de enfermería de nuestro país tienen integrada en mayor o menor medida programas de simulación, en un futuro muy próximo será difícil encontrar un hospital o facultad que no utilice esta herramienta para el entrenamiento, selección o evaluación de profesionales sanitarios¹⁸.

La puesta en marcha y organización del programa supuso un reto de diseño y programación en una actividad donde participan profesionales de diversas disciplinas y se realiza dentro del horario habitual de trabajo. La participación de la dirección del hospital y los representantes de los diferentes servicios implicados en mejorar la asistencia a los pacientes fue fundamental para el éxito de los cursos.

Destaca el diseño de los casos clínicos, que se realizó por instructores especialistas en simulación

clínica y profesionales con experiencia en manejar situaciones de urgencia. En los escenarios se utilizaron todas las herramientas y material habitual por los profesionales en su unidad de trabajo, ya que se buscaba la recreación de un entorno realista. Esta metodología implica a los participantes tanto en el caso clínico, como en el análisis posterior a las actuaciones, y esta fue muy elevada por sentirse identificados con una actuación muy similar a las habituales en su unidad de trabajo¹⁹.

Los avances en los modelos simulados y la posibilidad de realizar casos clínicos realistas permiten ampliar la aplicación de este tipo de programas. Sería bueno que se siga el estudio del impacto de nuevas actividades en otras áreas asistenciales y analizar los beneficios obtenidos en las habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios, así como los cambios transferidos a la práctica asistencial.

AGRADECIMIENTOS:

Queremos agradecer la participación en este proyecto a Doña Carmen Rentería, sin su gran ayuda hubiera sido muy difícil la realización de este proyecto. También queremos agradecer el gran trabajo realizado por todas las enfermeras especialistas que cedieron su tiempo altruistamente. Y por último a todo el personal de Enfermería del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla por su gran disposición a la hora de enfrentarse a este reto.

BIBLIOGRAFIA:

1. Morgan PJ, Cleave-Hogg D. Simulation technology in training students, residents and faculty. *Curr Opin Anaesthesiol* 2005; 18: 199-203.
2. Sancho R, Maestre JM, Del Moral I, Oest M, Carceller JM. Introducción segura de nueva tecnología en un servicio de anestesia. 29º Congreso de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica (SEDAR 09). Salamanca 26-29 de mayo de 2009.
3. Kolb D. *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc; 1984.
4. del Moral I, Rabanal JM, Diaz de Terán JC. "Simuladores en anestesia". *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2001; 48: 415-422.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, et al. *To err is human: building a safer health system*. Washinton, DC: National Academy Press, 1999.
6. Abad A. Generalizar el uso de los simuladores aumentaría la calidad asistencial. III Foro internacional de la EPES. Málaga. Diario Médico. 17 de Diciembre 2001
7. McIndoe A. Leading edge technology for anesthesia trainings- medical simulation- Is simulation an effective way to learn? *Anesthesia Care* 1999; 3: 4-8.
8. Wilford A, J.Doile T. La simulación en la enseñanza de enfermería. *Revista Metas de enfermería*. Octubre 2009; 12(8): 14-18.
9. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S Jr, Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. The Utility of Simulation in Medical Education: What is the Evidence? *Mt Sinai J Med*. 2009; 76 (4): 330-43.
10. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simulation in Healthcare: The Journal of The Society for Medical Simulation*. 2006; 1 (1): 49-55.
11. Fraser K, Wright B, Girard L, Tworek J, Paget M, Welikovich L, McLaughlin K. Simulation training improves diagnostic performance on a real patient with similar clinical findings. *Chest* 2011; 139 (2): 376-381.
12. Kuduvallia PM, Parker CJ, Leuwer M, Guha A. Retention and transferability of team resource management skills in anaesthetic emergencies: the long-term impact of a high-fidelity simulation-based course. *Eur J Anaesthesiol* 2009; 26 (1): 17-22.
13. Riancho J, Maestre JM, Del Moral I, Riancho JA. Simulación clínica de alto realismo: una experiencia en el pregrado. *Educación Médica*. 2012; 15 (2): 109-115.
14. Cohen ER, Feinglass J, Barsuk JH, Barnard C, O'Donnell A, McGaghie WC, et al. Cost Savings From Reduced Catheter-Related Bloodstream Infection After Simulation-Based Education for Residents in a Medical Intensive Care Unit. *Simulation in Healthcare: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 2010; 5 (2): 98-102.
15. Draycott T, Sibanda T, Owen L, Akande V, Winter C, Reading S, et al. Does training in obstetric emergencies improve neonatal outcome? *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2006; 113 (2): 177-182.

16. Martínez A, Hoz V, Sánchez B, Alonso AJ, Del Moral I, Maestre JM. La Simulación en Enfermería, un nuevo reto docente. *Metas de Enferm.* 2011; 14 (9): 50-55.
17. Maestre JM, Alonso A. Interdisciplinary human simulation. In: Wilson L, Rockstraw L, editors. *Human Simulation for Nursing and Health Professions*. New York: Springer Publishing Company; 2011.
18. Maestre JM, Szyld D, Del Moral I, Ortiz G, Rudolph JW. [The making of expert clinicians: Reflective practice](#). *Rev Clin Esp (English Edition)*. 2014; 214 (4): 216-220. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rceng.2014.01.002>
19. Martin-Parra JI, Manuel-Palazuelos JC, Maestre JM, Gómez-Fleitas M, Del Moral I. [Changing the paradigm in healthcare education: Hospital virtual Valdecilla](#). *Journal of Surgical Education*. 2014; 71 (1): 142-146. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2013.05.004>.



Hollister apuesta por la investigación

El pasado 4 de Noviembre se celebró la **V Jornada de Investigación en Enfermería**, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda con la colaboración de Hollister.

Hollister en su apuesta por la investigación en enfermería colaboró con el Hospital en su Primera Edición Premio Puerta de Hierro de Investigación en Cuidados.



D. Jesús Sánchez Martos, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid en su discurso de entrega de premios.



Varios momentos de la jornada



D. Jesús Sánchez Martos, Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, junto con los premiados, la dirección del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, el comité organizador de la Jornada y Hollister.

Los premiados de la Primera Edición del Premio Puerta de Hierro de Investigación en Cuidados fueron:

"Sinergia: autoeficacia y lactancia materna"

Olga López Dicastillo y colaboradores de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Navarra

MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS en el ámbito NACIONAL

"Eficacia de la interrupción tardía de la analgesia epidural después del parto en el tratamiento del dolor perineal en las primeras 24 horas posparto"

Emilio José Becerra Maya y colaboradores del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Fundación de Alcorcón

MEJOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS en el ámbito de la COMUNIDAD DE MADRID

"How women caregivers deal with their own long-term illness: a qualitative study".

Mercedes Martínez Marco y colaboradores de la Sección Departamental de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid

MEJOR PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

Soluciones para el cuidado de la ostomía y de la continencia

 **Hollister**

sgecir
DIGITAL

“IMPACTO, ADAPTACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA PERSONA PORTADORA DE COLOSTOMÍA”

Sandra Sancho Gómez. D.U.E. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

sandrasancho@hotmail.com

RESUMEN:

Una colostomía es un procedimiento quirúrgico cada vez más frecuente en personas de un rango amplio de edad. La creación de un estoma conlleva cambios en el estilo de vida y puede suponer una disminución de la calidad de vida. El incremento de pacientes que poseen una colostomía hace necesaria la atención por enfermeros especializados que proporcionen un seguimiento y educación para la salud que consiga hacer al sujeto autónomo y le ayude a adaptarse a esta situación.

El desarrollo en medicina, la evolución de los productos para el cuidado de la colostomía y la creación de una titulación oficialmente reconocida de Enfermero Experto en Estomaterapia han permitido que la atención mejore, disminuyan las complicaciones, y por ende, mejore la calidad de vida.

El presente trabajo analiza la situación de los cuidados en pacientes con colostomía descendente y sigmoide, el impacto biopsicosocial y su repercusión en la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE:

Colostomías, Calidad de Vida, Educación para la Salud, Enfermería, Cuidados de Colostomías.

INTRODUCCIÓN:

La problemática que ha llevado a la realización del presente trabajo ha sido conocer cuál es la situación actual de los cuidados de pacientes portadores de colostomía descendente y sigmoide. Debido a la variabilidad en la práctica, se considera relevante actualizar los conocimientos sobre dicho tema para dar cuidados con la mayor calidad y eficiencia.

Lo que motivó esta revisión bibliográfica fue que han sido diversos los casos con diferentes patologías que he encontrado en pacientes portadores de colostomía, o que se les iba a practicar, con la subsecuente preocupación que suscita en estos sujetos, tanto a nivel emocional, como físico y/o social.

Desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, puede apreciarse también que este tipo de procesos conllevan un importante impacto económico, así como psicológico y en la calidad de vida.

Asimismo, es con la protocolización de los cuidados como se alcanza la excelencia en los mismos, de ahí el interés que suscita conocer el estado actual del tema en cuestión, para poder tener una base científica en el manejo de esta práctica, cuya elaboración es casi exclusivamente del ámbito de la enfermería.

Además, para poder llevar a cabo una buena educación para la salud en los colostomizados, debe existir una adecuada unificación de criterios. Tiene que ser el personal de enfermería quien adquiera los conceptos que maneja muy claros, para poder educar a los pacientes de una forma idónea e individualizada para cada tipo de colostomía.

No debemos olvidar el concepto de atención integral al individuo, por lo que también debemos abordar el aspecto emocional y psicológico del paciente. Es precisamente este proceso uno de los que mayor conmoción origina a este nivel, de ahí el interés que debemos demostrar, así como volcar todo nuestro esfuerzo en elaborar unas adecuadas normas de actuación, para que la praxis enfermera mejore la calidad de vida de estos enfermos.

OBJETIVO:

El objetivo de la función enfermera es que el paciente alcance, a través de las intervenciones planificadas, el mayor grado de autonomía e independencia en el cuidado de la colostomía, de tal forma, que le permita ir evolucionando por los distintos niveles anteriormente mencionados, según éste vaya adquiriendo destreza en su manejo.

La pregunta de investigación de inicio del presente trabajo ha sido conocer cuál es la situación actual de los cuidados de adultos jóvenes y seniors portadores de colostomía descendente y sigmoide. Para ello la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE)¹, definida en el año 2000 por Ingersoll como el “uso consciente, explícito y juicioso de información derivada de la teoría y basada en investigación, para la toma de decisiones sobre prestación de cuidados a sujetos o grupos, teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades individuales”; puede ser un gran marco teórico y herramienta de trabajo para dar respuesta a

nuestra pregunta de investigación.

En cuanto al marco teórico, se ha utilizado el modelo enfermero de Virginia Henderson² (1995) que pertenece a la Escuela de las Necesidades, donde la acción de la enfermera consiste principalmente en satisfacer las necesidades fundamentales de la persona, o de sus capacidades para el autocuidado. Dicho modelo, pertenece a su vez al paradigma de la integración, donde la persona es considerada la suma de todas sus esferas (física, psicológica y espiritual), y el objetivo del cuidado enfermero es que el paciente se recupere de la dolencia, prevenir la enfermedad y fomentar su salud. Esta autora considera a la persona como un “ser constituido por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, que tratan de mantenerse en equilibrio”. Ya que los conceptos descritos del modelo pueden ser aplicables en los diferentes aspectos que trata este trabajo sobre personas con colostomía, se ha considerado pertinente utilizar este modelo enfermero como marco teórico para su realización.

MATERIAL Y MÉTODO:

El presente trabajo se ha realizado mediante una investigación cualitativa y retrospectiva a través de una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos y motores de búsqueda en castellano y en inglés (PUBMED, Joanna Briggs Institute, CUIDEN, SciELO, Dialnet), con las palabras clave en castellano (Colostomías, Calidad de vida, Educación para la Salud, Enfermería, Cuidados de colostomías) y en inglés (Colostomies, Quality of Life, Health Education, Nursing, Care colostomies) del año 2000 al año 2015. A través de dicha búsqueda bibliográfica se han encontrado aproximadamente 80 resultados, de los cuales se han empleado 21 referencias bibliográficas. En cuanto a los límites de búsqueda, se han establecido fechas desde el año 2000 hasta el año 2015, y documentos pertenecientes a fuentes primarias y secundarias.

Como criterios de inclusión para la revisión bibliográfica, se han escogido hombres y mujeres, adultos jóvenes y senior (18-70 años), con colostomía descendente y sigmoide, que hayan sido intervenidos en un periodo inferior a 1 año, y que no tengan actualmente complicaciones del estoma. Como criterios de exclusión, todas aquellas personas que no cumplan estos criterios de inclusión.

RESULTADOS:

Es destacable que hay un número pequeño de guías específicas para cada tipo de ostomía^{3,4,5}. Por

ello, se considera necesario, a la par que beneficioso para las personas con colostomía, que se elaboraran guías específicas para cada tipo de ostomía, así como protocolos para los cuidados generales, que disminuyan la variabilidad en la práctica.

En la tabla 1 se recogen las recomendaciones de cambio de bolsa y sistema de distintas fuentes bibliográficas.

		Momento del cambio de dispositivo								
Días		1	1 a 2	2 a 3	3 a 4	4 a 5	4 a 7	2 a 7	Al 50%	
Sistema s una pieza	Abiertos	x	xxxx			xx	xxxx			
	Cerrados	x	xxxx			xx	xxxx		xxx	
Sistema s 2 o 3 piezas	Abiertos		xxx	x		xx	xxxx	xxxx		
	Cerrados			x	xxxplaca	xx	xxxx	xxxxx	xxx	

x	Coloplast. Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares, España ⁴
xx	Certified Wound, Ostomy, Continence Nurses at Beth Israel Medical Center. Understanding and Caring for your Colostomy, Manhattan ⁶
xxx	López de Carlos E, Petri Echevarría M, Viscuña Urtasun B, De Miguel Velasco M. Guía de cuidados para la persona colostomizada. Navarra: Servicio Navarro de Salud; 2013 España ³
xxxx	Northwestern Memorial Hospital. A Patient’s Guide to Colostomy Care, Chicago ⁵
xxxxx	Montandon S et al. Equipamiento de las derivaciones digestivas. Tratamiento, técnica, relación y educación de las personas portadoras de colostomía o ileostomía definitiva o temporal. EMC 2009; 1-7 ⁹ .

Tabla 1. Frecuencia cambio de la bolsa y sistema de colostomía.

Como puede apreciarse en la tabla, existe una gran heterogeneidad en cuanto al recambio de la bolsa y del sistema en función de las diferentes guías de actuación, no solo a nivel nacional sino también internacional. En la Guía elaborada por López de Carlos E y colaboradores, del Sistema Navarro de Salud, se preconiza cambiar la placa adhesiva cada tres o cuatro días en los sistemas de dos o tres piezas, mientras que en la Guía Coloplast cada dos tres días. Respecto a la bolsa, si ésta es cerrada, el primer autor aconseja el recambio cuando esté por la mitad, mientras que Coloplast cuando se precise, independientemente del tipo de dispositivo.

López de Carlos hace la misma apreciación en el caso de las bolsas abiertas en cuanto al vaciado, instando al recambio cada 24 a 48 h. Si nos basamos

en la literatura americana, aumentan las discrepancias. En los cuidados para colostomía del Centro Beth Israel de Manhattan⁶, indican el cambio de sistema cada cuatro a cinco días, y cambiar la bolsa si se rellena entre un tercio y la mitad.

Si hacemos referencia a la Guía del Northwestern Memorial Hospital de Chicago, aconsejan cambiar de forma rutinaria los sistemas cada cuatro a siete días, independientemente de si los dispositivos son de una sola pieza o más.

En cuanto a los británicos, Black P⁷ establece el reemplazo de la bolsa de los sistemas cerrados en una a dos veces cada 24 h, pero no especifica en ningún momento si el sistema es de una o más piezas, ni qué hacer en el caso de los dispositivos abiertos. Cronin E⁸ sí distingue entre sistemas de una pieza, indicando un recambio diario, y de dos piezas, con reemplazo una a dos veces por semana, sin detallar si el dispositivo es abierto o cerrado.

Ante tanta variabilidad, se debería llegar a un consenso sobre cuándo cambiar la bolsa y los sistemas, en función de si son abiertos o cerrados, o si están conformados por una o más piezas. Esto son solo unos ejemplos, si seguimos revisando la literatura científica, encontramos aún más diferencias, Montandon S⁹ y colaboradores, por remarcar a otros autores europeos, abogan por el recambio de los sistemas de más de una sola pieza entre dos y siete días, y si son de una, cada uno a dos días.

Si ahora ponemos nuestra atención en el material adhesivo de las bolsas, observamos nuevamente que los diferentes trabajos muestran grandes discrepancias.

En una reciente revisión sistemática y meta-análisis de ensayos controlados aleatorios que han realizado Ka-Wai Tam et al¹⁰, intentan comparar la eficacia del cuidado de la piel periestomal con técnicas estándar, o barreras adyuvantes, (incluyendo: glicogel, barreras de piel con gelatina, basados en pectina, vendas de glicerina hidrogel, bolsitas de fibra de Acacia de Senegal, polvo hidrocoloide para la formación de costras y manzanilla alemana), en pacientes portadores de colostomía. Estos autores, realizaron un metanálisis mediante modelos aleatorios para calcular los resultados del efecto combinado tanto primario (irritación de la piel/reacción), como secundario (duración del tiempo de uso de la bolsa). Se identificaron seis ensayos clínicos aleatorizados que comprendieron 418 pacientes en total. En cuatro de los ensayos se evaluaron los resultados de colostomía o cuidado de la piel periestomal-ileostomía, y no se

detectaron diferencias significativas en la incidencia de problemas de la piel. En los dos estudios que incluyeron la duración de tiempo de uso de la bolsa, tampoco se observaron diferencias estadísticas.

No se apreciaron discrepancias en la tasa de irritaciones de la piel de pacientes con gastrostomía, pero sí significación estadística en los resultados del tratamiento de daño periestomal en pacientes con una colostomía.

Los autores de este artículo concluyeron que, debido al limitado número de estudios, la calidad de los mismos, la disparidad en la variabilidad en las estrategias y técnicas de cuidado periestomales, los factores clínicos, y la presentación de diferentes informes de los parámetros clínicos, no se pueden extraer conclusiones plausibles de estos ensayos.

DISCUSIÓN:

En el trabajo realizado por Ka-Wai Tam et al, varios de los ensayos fueron pequeños. En uno de los artículos solo reclutaron 16 pacientes en el grupo control, y en ninguno se mostró como realizaron la aleatorización. Asimismo, el personal de evaluación solo fue ciego en la mitad de los casos. Además, incluso utilizando una estrategia de búsqueda exhaustiva, existe la posibilidad de sesgos, ya que generalmente, los estudios considerados nulos, son con frecuencia menos publicados.

Por tanto, son necesarios ensayos clínicos aleatorizados bien diseñados con el fin de investigar la eficacia de diversas barreras y técnicas para el cuidado de la piel periestomal, y ayudar a desarrollar normas basadas en la evidencia del cuidado de la piel de pacientes con una colostomía, ileostomía, o gastrostomía.

Además de lo expresado anteriormente, son pocas las guías sobre el manejo y cuidados de las colostomías, y escasa la documentación e investigación científica, por lo que existe un inadecuado nivel de evidencia al respecto¹¹.

Son muchas las fuentes bibliográficas que reflejan la influencia del estomaterapeuta en la mejora de la calidad de vida de estas personas:

La revisión de un ensayo clínico de Inglaterra por Bonill y Col¹² concluye que la enseñanza en el periodo preoperatorio permite a los enfermos adquirir autonomía de manera temprana y reduce los problemas asociados a la creación del estoma, de manera que mejora su calidad de vida.

En el artículo "Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships"¹³ se expone que hay niveles más bajos de los trastornos afectivos en

individuos con asesoramiento del estomaterapeuta. Por otro lado, Karadag et al¹⁴. en el año 2003 reflejaron que los sujetos que recibieron atención por parte del personal de enfermería estomaterapeuta, tuvieron mejor calidad de vida, que aquellos que no la recibieron.

En el estudio de Pat Castillo et al¹⁵ se elaboraron dos grupos de muestra, y solo uno de ellos recibió educación para la salud. De los pacientes que recibieron esa educación se rehabilitaron el 89% en el ámbito social y familiar, el 69% se rehabilitó laboralmente y el 85% manejó adecuadamente el estoma. Sin embargo, del grupo que no la recibió, el 80% no se rehabilitó en lo social y familiar, el 75% no se rehabilitó laboralmente, y el 53% no manejó su estoma.

En el trabajo de Coca Pereira et al¹⁶ dividiendo a la población en dos grupos, uno con atención especializada en ostomías (AEO) y otro sin ella, se puede observar que la atención del estomaterapeuta disminuye la gravedad, la temporalidad de las complicaciones del estoma, y la necesidad de ingresos hospitalarios, y/o de otras intervenciones quirúrgicas. Además, proporciona a las personas autonomía en las actividades de la vida diaria porque se desenvuelven mejor con el manejo del estoma y minimiza los sentimientos de depresión y ansiedad. También provoca menor impacto económico, ya que se ha demostrado que el número de bolsas utilizadas por los pacientes con AEO es menor que en aquellas personas que no reciben AEO.

En un artículo de Gómez del Río¹⁷ se expone que la correcta ubicación del estoma puede ayudar al paciente a adaptarse a éste, y por lo tanto, mejorar su calidad de vida. El apoyo y la enseñanza en el manejo del estoma por parte de la enfermera, ayuda a disminuir los sentimientos de inseguridad y ansiedad, mejorando así su adaptación.

Las recomendaciones de la RNAO y la carta de los derechos del paciente ostomizado¹⁸ reconocen la importancia de la función del enfermero estomaterapeuta en la mejora de la calidad de vida de las personas ostomizadas.

Bodega et al¹⁹ preconizan que es necesario proporcionar al enfermo guías de cuidados, además de la AEO, para que puedan aprender y resolver dudas en su domicilio.

En el V Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías, se concluyó que la educación para la salud es fundamental para conseguir una autonomía temprana y con ello, la integración social.

En otros estudios se aprecian índices elevados de autosuficiencia en sujetos que recibieron atención

continuada de un estomaterapeuta durante el periodo pre y postoperatorio²⁰.

Varios de estos trabajos, reflejan la importancia de la irrigación del colon en la adaptación de la persona a su entorno habitual, y por lo tanto, en la mejora de su calidad de vida. Este es un dato importante, ya que es el estomaterapeuta el que entrena y asiste al paciente en esta técnica.

En la actualidad, los recursos escasean y son pocas las posibilidades que tienen los enfermos de recibir atención especializada. Sin embargo, debido a la importancia del estomaterapeuta en el cuidado de estos, y su influencia en la mejora de la calidad de vida, en el Congreso Nacional de Ostomías del año 2005 se reivindica el derecho de las personas ostomizadas a disponer de un número suficiente de consultas de Enfermería experta en Estomaterapia en la red sanitaria asistencial pública, para así poder dar una cobertura universal²¹.

CONCLUSIONES:

Con la elaboración de este trabajo se pone de manifiesto la variabilidad en la frecuencia de cambio de bolsa y sistema de colostomía. A través de las fuentes consultadas a nivel nacional e internacional se puede concluir que en nuestro país, aunque no todos coinciden en la frecuencia de cambio, sí que establecen diferencias entre los distintos sistemas y bolsas de colostomía, facilitando el autocuidado a las personas que la portan.

Otro aspecto a destacar es el gran número de guías de manejo de ostomías que dan a conocer los cuidados generales y aspectos necesarios que los enfermos recién ostomizados deben conocer tras ser intervenidos. Sin embargo, es destacable que hay un número pequeño de guías específicas para cada tipo de ostomía. Por ello, se considera necesario a la par que beneficioso para las personas con colostomía, que se elaboraran guías específicas para cada tipo de ostomía, así como protocolos para los cuidados generales, que disminuyan la variabilidad en la práctica.

Es por tanto imprescindible que se llegue a una unificación de criterios respecto a los cuidados que ha de realizar el enfermero estomaterapeuta para una atención integral e individualizada de los enfermos portadores de colostomía. Esto facilitaría la formación de estos enfermeros especializados, y así se podría llevar a cabo una mejor educación sanitaria a estos pacientes.

Desgraciadamente, no hay suficientes estudios científicos serios en la literatura mundial que avalen

una forma de actuación homogénea, por lo que habrán de desarrollarse en un futuro próximo.

A pesar de que a nivel nacional existen en la mayoría de las provincias consultas de estomaterapeutas que asesoran y acompañan a las personas colostomizadas durante todo el proceso de hospitalización y tras el alta hospitalaria, es cierto que en algunas provincias como en la Comunidad de Madrid, existen únicamente tres consultas de ostomías ubicadas en: el Hospital Clínico San Carlos (Madrid), el Hospital del Henares (Coslada) y el Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares), mientras que en otras como Guadalajara, solo disponen de hojas de seguimiento y planes de cuidados estandarizados. Con ello, se quiere dar a entender que a pesar del desarrollo en todos los ámbitos que se ha producido desde la primera mitad del siglo precedente, actualmente es posible que la población desconozca la figura del enfermero estomaterapeuta, sus funciones, y su influencia en la mejora de la calidad de vida de las personas colostomizadas.

Hay muchas fuentes bibliográficas, tanto a nivel nacional como internacional, que tratan el aspecto biopsicosocial de las personas portadoras de colostomía. Eso demuestra que hay una gran sensibilización a nivel mundial sobre el problema que subyace tras esta intervención quirúrgica. La afectación biopsicosocial requiere una atención integral y sensible de las necesidades individuales de cada individuo.

El hecho de realizar una ostomía puede causar un dramático impacto en el colostomizado, así como afectar a la idea que la persona tiene de su propia imagen, pudiendo incluso tener dificultades de integración y reinserción, a su vida laboral y social. La importancia de la figura del enfermero estomaterapeuta y de la actualización de los cuidados a estas personas, radica en mejorar la problemática asociada a estos pacientes, y mejorar su calidad de vida.

Es importante que los pacientes con colostomía creen o se unan a redes de apoyo como asociaciones, o grupos de apoyo, para que luchan por sus derechos, se siga investigando sobre los cuidados, y se llegue a implementar una cobertura de atención especializada de enfermeros expertos en estomaterapia en todo el territorio nacional e internacional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Orellana A, Paravic T. Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación. Ciencia y Enfermería [Internet]. 2007 [citado 26 de julio de 2015];13(1):17-24. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/arto3.pdf>
2. Benavent MA; Francisco C; Ferrer E. Corrientes del pensamiento enfermero I: modelos y teorías desde 1859 hasta 1969. En: Difusión Avances de Enfermería (DAE). Fundamentos de Enfermería. 1ª ed. Madrid: DAE; 2001. 162-85.
3. López E, Petri M, Viscuña B, De Miguel M. Guía de cuidados para la persona colostomizada [Internet]. Navarra: Servicio Navarro de Salud; 2013 [acceso 3 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D823221E-7326-4EBC-8098-D85BA3A2EED2/266031/Colostom%C3%ADa.pdf>
4. Coloplast. Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares [Internet]. España: 2010 [acceso 2 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents_PDF/OC/Coloplast_Stoma_ratgeber_Spanisch_Una%20ayuda%20para%20la%20opersonas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf
5. Northwestern Memorial Hospital. A Patient's Guide to Colostomy Care [Internet]. Chicago; 2007 [acceso 4 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://www.nmh.org/ccurl/580/761/colostomy-care-guide-09-07.pdf>
6. Certified Wound, Ostomy, Continence Nurses at Beth Israel Medical Center. Understanding and caring for your colostomy [Internet]. Manhattan: 2012 [acceso 24 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.wehealny.org/services/bi_colorectal_surgery/forms/colostomy_booklet.pdf
7. Black P. Choosing the correct stoma appliance. Br J Nurs. 2009;18(4):10-4.
8. Cronin E. Colostomies and the use of colostomy appliance. Br J Nurs. 2008;17(17):12-6.
9. Montandon S, et al. Equipamiento de las derivaciones digestivas. Tratamiento, técnica, relación y educación de las personas portadoras de colostomía o ileostomía definitiva o temporal. EMC. 2009;1-7.
10. Ka-Wai T, Jung-Hung L, Hung-Chou C, Wen-Hsuan H, Wang-Sheng K, Shu-Ling C, et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing interventions Ostomy Wound Management. 2014;60(10):26-33.

11. Burch J. Stoma appliances and accessories: getting it right for the patient. *Br J Nurs*. 2014;23(17):S4-10.
12. Bonill C, Celdrán M; Hueso C, Cuevas M, Rivas C, Sánchez I, et al. Vivencias y experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2012 [citado 7 de septiembre de 2015];8(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco657.pdf>
13. Simmons KL, Smith JA, Bobb KA, Liles LL. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs*. 2007 Dec;60(6):627-35.
14. Karadag A, Menten B, Uner A, et al (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *Int J Colorectal Dis*, 18, 234-8.
15. Pat L, Espinosa JM, Sánchez MP, Cruz O, Cano MA, Rivas JG, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* [Internet]. 2010 [citado 26 de agosto de 2014];7(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2010/eu102b.pdf>
16. Coca C, Fernández I, Serrano R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. *Metas Enferm*. 2014;17(1):23-31.
17. Gómez N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería* [Internet]. 2013 [citado 23 de julio de 2015];7(3). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279/pdf_18
18. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Cuidado y manejo de la ostomía. [Internet]. Canadá; 2009 [acceso 11 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf
19. Bodega C, Marrero CM, Muñoz N, Pérez AJ, Rojas AA, Vongsavath S. Cuidados holísticos y atención domiciliar al paciente ostomizado. *Revista ENE* [Internet]. 2013 [citado 23 de julio de 2015];7(3). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/262/pdf_9
20. Barbero FJ, Martín FJ, Galbis V, García J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. *Nure Investigación* [Internet]. 2004 [citado 28 de julio de 2015];(7). Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original7.pdf
21. Congreso Nacional de Ostomías. El paciente ostomizado en el entorno de una Asociación [Internet]. España; 2005 [acceso 18 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente_ostomizado.pdf

ESPECIALIZACIÓN, TECNOLOGÍA, VANGUARDIA E INNOVACIÓN.



Veriset™
Haemostatic Patch



iDrive™ Ultra



Cargas Tri-Staple™
con Refuerzo



Sonicision™



Valleylab CM™ LS10



LigaSure™ Maryland



Clearify™



SurgiSleeve™



Realiatack™
y Symbotex™



Polysorb™



V-Loc™



Endo Stitch™
con dispositivo V-Loc™

Medtronic
Further. Together

© 2015 Medtronic. All rights reserved.

“FLEBITIS ZERO EL INICIO DE UN CAMINO POSIBLE”

María José Poncelas Poncelas*, Rebeca Quintián González*, Natalia Fernández Gómez*, Liliana Marquez Álvarez*, Pilar García Marcos*, Carmen Fernández Cadenas*, Susana Pérez Menendez*, Concepción Criado Campomanes*. *Diplomado Universitario en Enfermería Unidades de hospitalización 1º B Medicina Interna y 2º C Cirugía Hospital El Bierzo.

mariponcelas@hotmail.com

RESUMEN:

Antes de implantar el conjunto de medidas de buenas prácticas “flebitis zero” se realizó un estudio descriptivo trasversal de todas las vías canalizadas en 2 unidades del hospital durante 15 días controlando las variables clínico demográficas, del catéter y de las soluciones profundidas observando como resultado la presencia de flebitis según la escala visual de Madoxx.

Se registraron 119 vías de las que se incluyeron 108, resultando una tasa de flebitis del 9,25% (10) Las vías canalizadas en turno de tarde presentaron menos flebitis significativamente.

Las vías que presentaron flebitis permanecieron más tiempo insertadas (126,6+/-70,25 horas vs 82,74+/-66,75 horas $p=0,025$). El uso de bioconector y la perfusión de soluciones con electrolitos se relacionaron significativamente con la presencia de la flebitis. Los pacientes que presentaron flebitis tuvieron una estancia significativamente mayor (17,4+/-5,92 días vs 11,49+/-10 días $p=0,035$).

Creemos que la tasa de flebitis se puede reducir aplicando las buenas prácticas basadas en la evidencia del protocolo flebitis zero y que esta reducción además de beneficiar a los pacientes redundará en una mayor eficiencia de nuestros cuidados para el sistema.

PALABRAS CLAVE:

Catéter Periférico, Flebitis, Cuidados, Terapia Intravenosa.

INTRODUCCIÓN:

Según los datos del EPINE entre un 60% y un 80%^{1,2} de los pacientes ingresados en un hospital portan un dispositivo para la administración intravenosa de farmacoterapia con diversos fines. Estos dispositivos se emplean también (aunque con menos prevalencia) en atención primaria, en atención domiciliaria y en atención sociosanitaria.

Vinculados a estos dispositivos se han descrito e informado múltiples incidentes y eventos adversos³ siendo el más común y conocido la inflamación de la

pared vascular o Flebitis lo que provoca un deterioro en el capital venoso del paciente; esta se puede producir por diversas causas y mecanismos.

Las flebitis por sus causas pueden clasificarse en mecánicas, químicas e infecciosas⁴. La falta de monitorización del punto de inserción puede causar que este tipo de flebitis llegue a provocar problemas sistémicos.

La flebitis en todas sus formas presenta una incidencia variable entre 0,3 y 0,9 flebitis por 1000 horas de catéter y se vincula a la presencia de ciertos factores de riesgo pero es también muy dependiente de las buenas prácticas en la instauración y mantenimiento de las vías intravenosas periféricas; es pues, en gran medida, un evento adverso prevenible.

Dada la múltiple naturaleza de su origen y de los factores relacionados sólo un conjunto de medidas bien coordinadas y basadas en la mejor evidencia disponible nos ayudarán a minimizar el riesgo.

OBJETIVOS:

Determinar la tasa de flebitis en las vías periféricas en las unidades incluidas en el estudio y sus factores de riesgo relacionados.

Hacer una descripción de las vías periféricas que se instauran en las unidades incluidas y su uso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Antes de la implantación del conjunto de medidas del proyecto “Flebitis zero” se quiere realizar un estudio descriptivo trasversal con el objetivo de medir la incidencia de flebitis asociada a catéter venoso periférico. Se incluyó a todas las vías periféricas canalizadas durante un período de 15 días en dos unidades de hospitalización de adultos (una médica y otra quirúrgica) de nuestro hospital.

Se consideró como caso de flebitis toda vía que fuese valorada con un nivel 2 o superior en la escala visual de Madoxx⁵ valorado por dos profesionales de la unidad.

Para la recolección de datos se diseñó un formulario en soporte papel en el que se registraron los datos relativos a la inserción del catéter y, diariamente hasta su retirada, los cuidados de mantenimiento del mismo así como una valoración del grado de flebitis según la escala visual de Madoxx y su necesidad y uso. El formulario incluyó un registro específico de la retirada del catéter; su motivo y la valoración del punto de inserción en el momento de la retirada según la escala mencionada.

El proyecto “Flebitis zero” cuenta con la autorización del comité de ética para la investigación del principado de Asturias con el número 121/14 y en su diseño se garantiza la confidencialidad y el anonimato de los datos.

Se tomaron del sistema de gestión de farmacia los datos de los fármacos indicados a cada paciente cada día de su estancia y del aplicativo de cuidados los datos relativos a sus antecedentes clínicos; también se registró la administración de hemoderivados, sueroterapia (con y sin iones) y nutrición parenteral.

Se realizó un análisis descriptivo de los pacientes y de los catéteres venosos incluidos en ambas unidades y un análisis bivariado de los casos según su clasificación como “flebitis” o “no flebitis” con los elementos anteriores.

RESULTADOS:

Del 15 al 30 de abril de 2015 se registró la inserción de 119 Catéteres venosos periféricos en ambas unidades de los cuales 11 no se incluyen en el estudio 9 por fallo en el seguimiento diario de valoración de escala de Madoxx y cuidados y 3 porque los pacientes fueron trasladados a otra unidad no incluida en el estudio.

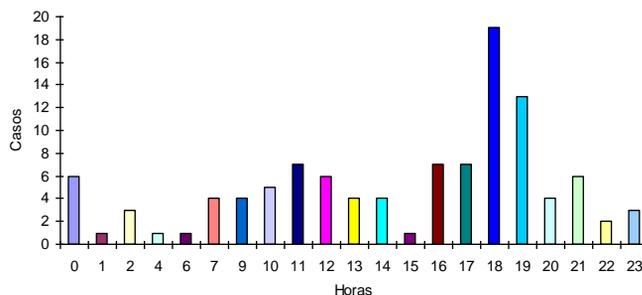
Se completó el registro de 108 catéteres correspondientes a 96 pacientes con una edad media de 74,3 años (+/-15,54) un 60% varones. Un 44% presentaba antecedentes de HTA, un 22% de Diabetes y un 11% eran obesos. Ningún paciente presentó 3 o más antecedentes simultáneamente; sólo 2 pacientes (1,85%) eran Diabéticos y Obesos, 6 pacientes (5,55%) presentaron HTA y obesidad y 13 pacientes (12,03%) tienen HTA y diabetes.

La distribución de los diagnósticos al ingreso se muestra en la tabla 1:

Tabla 1 Diagnóstico al ingreso	CASOS	%
Enfermedades del aparato digestivo	44	40,74%
Enfermedades del aparato respiratorio	23	21,29%
Neoplasias	19	17,59%
Enfermedades del sistema circulatorio	14	12,96%
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	3	2,77%
Enfermedades del aparato genitourinario	2	1,85%
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	2	1,85%
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	1	0,92%

Los catéteres registrados presentaron las siguientes características: Los calibres 18G, 20G y 22G se repartieron casi por igual (33%, 35% y 32%); un 55% se insertaron en el antebrazo, un 38% en la mano y un 7% en la flexura. Un 57% de los catéteres se insertó en la extremidad no dominante.

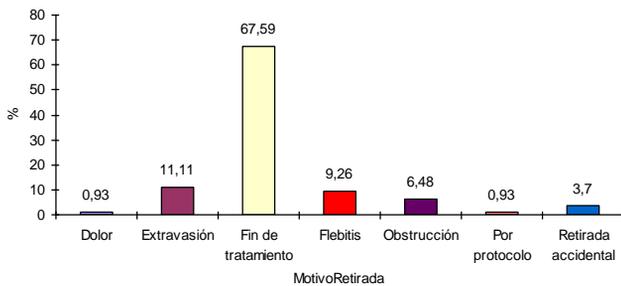
La hora de inserción se distribuyó según se muestra en la figura 1:



En un 73% de las vías se usó apósito de gasa frente a un 27% que se curó con apósito transparente; a un 60% de las vías se les añadió un bioconector de válvula, a un 37% una llave de 3 pasos, en un 2% de los catéteres se usó la combinación de alargadera más bioconector y en un 1% no se usó ningún accesorio.

Los tratamientos infundidos por los catéteres fueron principalmente antibióticos (72% de los catéteres) de los cuales un 20% corresponden a los conocidos como antibióticos irritantes. Un 71% de los catéteres se usaron para pasar tratamiento analgésico, en un 52% de las vías se infundieron tratamientos directos y en un 23% electrolitos. Sólo un 6% de las vías se usaron para transfusión de hemoderivados y un 0,92% para nutrición parenteral.

La retirada de los catéteres se produjo por los motivos reflejados en la figura 2:



Una gran mayoría de las mismas se retiró en el turno de mañana (74%).

Como cabía de esperar se constató una correlación significativa entre las estancias de los pacientes (12,03 +/- 9,82 días) y los días catéter (3,69+/-2,75 días) ($p=0,0025$).

10 catéteres (9,259%) se retiraron por flebitis habiéndose puntuado a 7 de ellos con un "2" en la escala de Madoxx y a 3 con un "3" en la misma mientras que una vía se clasificó como flebitis con una puntuación de "1" en esa escala.

Esto se traduce en una tasa de 0,93 flebitis por cada 1000 horas de catéter y 1,3 flebitis por cada 100 estancias de paciente.

Los catéteres que presentaron flebitis tuvieron una duración significativamente superior a los que no la tuvieron (126,6+/-70,25 horas vs 82,74+/-66,75 horas $p=0,025$), así mismo, se asociaron significativamente con el uso de bioconector (90% vs 57,14% $p=0,043$) y con la perfusión de electrolitos (70% vs 18,37% $p=0,0002$).

Por el contrario los catéteres insertados en el turno de tarde presentaron menos flebitis de modo significativo (56% de los sin flebitis vs 20% de los con flebitis $p=0,030$).

La presencia de flebitis se relacionó con una mayor estancia de modo significativo (17,4+/-5,92 días vs 11,49+/-10 días $p=0,035$).

CONCLUSIONES:

Son varios los aspectos de nuestra práctica diaria que difieren de las recomendaciones de las guías⁶ y estudios⁷ tanto nacionales como internacionales pese a lo cual nuestras tasas de flebitis se mantienen dentro de lo referenciado en los estudios consultados.

La participación en el proyecto de implantación del conjunto de buenas prácticas basadas en la evidencia "Flebitis Zero" nos brinda la oportunidad de realizar mejoras tanto en recursos materiales como en los procesos de mejora que a buen seguro contribuirán a la disminución de la tasa de flebitis repercutiendo no sólo en el bienestar de los pacientes sino en la eficiencia de los recursos dedicados a cuidados.

El uso de la escala visual de Madoxx para la

valoración de la flebitis ha sido fácilmente asimilado por los profesionales de la unidad como se deduce que sólo en un caso existió discrepancia entre la puntuación otorgada por dos profesionales.

DISCUSIÓN:

Aunque la relación más interesante encontrada es la mayor estancia de los pacientes que presentaron catéteres con flebitis no se puede deducir una causalidad de la misma a tenor de los datos siendo necesario un planteamiento diferente de la investigación (con la realización de un rastreo más minucioso de las historias clínicas) para poder demostrar dicha relación.

Los catéteres que mayoritariamente se insertan en el turno de tarde en nuestro centro son los de los ingresos quirúrgicos programados correspondientes a pacientes con un mejor estado general, más jóvenes y cuya estancia media es menor por ello entendemos que la relación encontrada puede ser debida a este sesgo.

AGRADECIMIENTO:

Queremos agradecer a Dolores Díez Vega (supervisora de la unidad 2C), Faustina Navas Haro (Supervisora de la unidad 1B), Aránzazu González Cea (Supervisora de área de calidad y recursos materiales) y Marián García Villafañe (Supervisora de área de organización y planificación de cuidados) su inestimable colaboración para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vaqué Rafar J. Estudio EPINE: resultados 1990-2011 [Internet] 2012 [Consultado 15/10/2015] Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Diapos%20resultados%20EPINE%201990-2011.pdf>
2. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España Informe global de España [Internet] 2013 [Consultado 15/10/2015] Disponible en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%20EPPS2013%20Informe%20Global%20de%20Espana%20C3%B1a%20Resumen.pdf>
3. Zhu et al Analysis of injection device-related near misses and adverse events Therapeutics and Clinical Risk Management. 10, p.165-72. 2014
4. M^a Carmen Martínez O., Belén Suárez M. Proyecto Piloto Multicéntrico Estrategia Multifactorial "Flebitis Zero" [Internet] 2015

[Consultado 15/10/2015] disponible en:
<http://flebitiszero.com/app/Descargas/DocumentacionProyecto/Flebitis%20Zero.pdf>

5. Maddox RR, Rush DR, Rapp RP, Foster TS, Mazella V. McKean HE. Double-blind study to investigate methods to prevent cephalothin-induced phlebitis. American Journal of Hospital Pharmacology. 1977;34(1):29-34
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS
7. A. Basante R, A Prieto B, A González C y XM Meijome S Efectividad de las actividades incluidas en la intervención -Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (NIC 02440) en los planes de cuidados validados por el Sacyl .Investigación secundaria. Banco de evidencias en cuidados Consejería de sanidad Junta de castilla y leon [Internet] 2013 [Consultado 15/10/2015] Disponible en:
<http://www.saludcastillayleon.es/investigacion/es/banco-evidencias-cuidados/ano-2013.ficheros/548866-Efectividad%20actividades%20Mantenimiento%20de%20Dispositivos%20de%20Acceso%20Venoso.pdf>



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@seecir.es, aceptados por el comité editorial.

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

Formato envío artículos:

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

Estructura de presentación Artículo científico:

1. Título y Autor/res

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

2. Resumen y palabras clave

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

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

3. Metodología:

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

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

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

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

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



se



seecir

sociedad española
de enfermería en cirugía

HAZTE SOCIO

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

Descuento de un 50% en los Cursos de FORMALVIZ

Acceso a Artículos Completos

Acceso a Videotecas Completas

Descuentos en Congresos y Actividades SEECir

Descuentos en Cursos Online

Becas en Sorteos de Formación e Inscripción Jornada SEECir

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

www.seecir.es

