

# SEECir Digital

Volumen 13- Diciembre 2021



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

Revista de Enfermería en Cirugía

ISSN: 2341-0957

## EQUIPO EDITORIAL

**Dirección: Moldes Moro, Regina María**

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

**Subdirección: Tarín Pereira, Virginia**

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

## COMITÉ EDITORIAL:

**Espín Faba, José Antonio**

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

**Jardón Huete, Clara**

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

**Núñez Crespo, Fernando**

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

**Soto Arnáez, Francisco**

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

**Torres González, Juan Ignacio**

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

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

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

## EQUIPO EDITORIAL

### COMITÉ EDITORIAL:

#### **Hidalgo Blanco, Miguel Ángel**

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

#### **Lendínez Mesa, Alejandro**

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

#### **Muñoz González, Estela**

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

<b>Equipo Editorial</b>	<b>Pág. 02-03</b>
<b>Artículo 01: “Roles de Enfermería en la Implementación del Protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) para Cirugía Reconstructiva de Cáncer de Mama”</b>	<b>Pág. 05-14</b>
<b>Artículo 02: ““Epidermólisis Bullosa: Cuidados de la Piel”</b>	<b>Pág. 16-21</b>
<b>Artículo 03: “Gangrena de Fournier: Todo un Reto en Cuidados de Enfermería”</b>	<b>Pág. 23-28</b>
<b>Artículo 04: “Caso Clínico. Uso de Tapón Obturador en Paciente Portadora de Colostomía Terminal”</b>	<b>Pág. 30-33</b>
<b>Artículo 05: ““Actualización de la Guía de Cuidados de Enfermería, en la Unidad de Hospitalización, a Pacientes con Carcimatosis Peritoneal Sometidos a Tratamiento Quirúrgico con la Técnica Sugarbaker”</b>	<b>Pág. 35-45</b>
<b>Artículo 06: “Utilización de la Terapia de Presión Negativa en la Dehiscencia de una Ileostomía Flotante”</b>	<b>Pág. 47-50</b>
<b>Normas de Presentación</b>	<b>Pág. 51-53</b>
<b>Hazte Socio de SEECir</b>	<b>Pág. 54</b>

# “ROLES DE ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO ERAS (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY) PARA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE CÁNCER DE MAMA”

Padullés-Escarré, Anna<sup>1</sup>; Jerez González, José Antonio<sup>1</sup>; Sampera-Condeminas, Meritxell<sup>1</sup>; Salvador-Villagrasa, Rosa<sup>2</sup>; López-Ojeda, Anna-Belén<sup>3</sup>; Bermejo-Segú, Oriol<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Enfermera referente del proceso ERAS-DIEP. Hospital Universitario de Bellvitge y Miembro del Nursing Research Group GRIN-IDIBELL. L'Hospitalet del Llobregat. <sup>2</sup>Enfermera referente del proceso ERAS-DIEP. Hospital Universitario de Bellvitge. <sup>3</sup>Enfermera Jefa de Servicio. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet del Llobregat. <sup>4</sup>Cirujana Plástica Jefa de servicio. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet del Llobregat. <sup>5</sup>Cirujano Plástico. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet del Llobregat.

Contacto: [anna.padulles@bellvitgehospital.cat](mailto:anna.padulles@bellvitgehospital.cat)

## RESUMEN:

La introducción del concepto de recuperación mejorada después de la cirugía conocido como ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), se basa en limitar el estrés quirúrgico durante el período perioperatorio, mejorar la recuperación postquirúrgica, acortar la estancia hospitalaria sin afectar a la morbilidad postoperatoria de los pacientes y mejorar la supervivencia postquirúrgica. En base a la objetivación de los beneficios en la recuperación postquirúrgica y partiendo de las recomendaciones de la ERAS Society, la reconstrucción microquirúrgica de cáncer de mama se ha unido a esta nueva metodología. Las líneas estratégicas de este programa se basan en la optimización prequirúrgica, intraquirúrgica y postquirúrgica fundamentadas en 18 recomendaciones generales. Mediante un estudio descriptivo observacional simple, basado en la descripción de un caso clínico, se pretenden describir las intervenciones enfermeras implícitas en el protocolo ERAS para cirugía reconstructiva con colgajo perforante de arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) diseñado en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras del protocolo a través de un caso clínico y describir los diferentes roles de enfermería involucrados en el proceso ERAS-DIEP.

En conclusión, el protocolo ERAS implementado en dicho caso estudiado y las curas enfermeras realizadas han ofrecido una correcta recuperación postquirúrgica a la paciente a estudio, reduciendo su tiempo de hospitalización y sin repercusión en reingresos. Los roles de enfermería aparecen en todas las fases quirúrgicas

teniendo un papel novedoso y fundamental el rol de Práctica Avanzada desempeñado por Enfermería de Coordinación de Proceso ERAS y Enfermería Referente del proceso específico ERAS-DIEP.

## PALABRAS CLAVE:

Recuperación mejorada después de la cirugía, Neoplasias de Mama, Mamoplastia, Colgajo perforante, Enfermería de Práctica Avanzada.

## OBJETIVOS:

- Describir las intervenciones enfermeras implícitas en el protocolo “ERAS” para cirugía reconstructiva DIEP.
- Evaluar las intervenciones enfermeras del protocolo “ERAS” para cirugía reconstructiva DIEP a través de un caso clínico.
- Describir los diferentes roles de enfermería involucrados en el proceso ERAS-DIEP.

## INTRODUCCIÓN:

La introducción del concepto de recuperación mejorada después de la cirugía (Enhanced Recovery After Surgery), conocido como ERAS se inició hace más de 25 años en Dinamarca en el área de la cirugía colorrectal (Jensen, 2021). El principio fundamental del concepto ERAS se basa en limitar el estrés quirúrgico durante el período perioperatorio, mejorar la recuperación postquirúrgica, acortar la estancia hospitalaria sin afectar a la morbilidad postoperatoria de los pacientes y mejorar la supervivencia postquirúrgica (Jensen, 2021; Temple-Oberle et al., 2017). En base a la objetivación de los benefi-

cios en la recuperación postquirúrgica y partiendo de las recomendaciones de la ERAS Society, en muchos centros hospitalarios, como en muchas otras cirugías, la reconstrucción microquirúrgica de cáncer de mama se ha unido a esta nueva metodología. Las líneas estratégicas del programa ERAS para reconstrucción mamaria con colgajo de perforante de arteria epigástrica inferior profunda (ERAS-DIEP) se basan en la optimización prequirúrgica, intraquirúrgica y postquirúrgica fundamentadas en 18 recomendaciones englobadas en (Temple-Oberle et al., 2017);

- **Recomendaciones prequirúrgicas:** ofrecer información, educación y asesoramiento previos al ingreso (promoción de la implicación de las pacientes), optimización físico-mental previa al ingreso basada en la promoción del cese del hábito tabáquico para los fumadores, (1 mes de abstinencia precirugía), la reducción de peso antes de la cirugía para los obesos (lograr un índice de masa corporal menor o igual a 30 kg/m<sup>2</sup>), el buen control glicémico de pacientes diabéticas y la abstinencia antes de la cirugía para las personas que abusan del alcohol, haciendo interconsultas específicas a los profesionales apropiados para estos cambios de comportamiento. Planificación del colgajo con angio-TAC, minimización del ayuno preoperatorio (ayuno de 6 horas para alimentos sólidos y ayuno de 2 horas para líquidos claros) y administración de carga preoperatoria de carbohidratos (consumo de 400ml de bebidas a base de maltodextrina diseñadas y probadas específicamente para uso preoperatorio).
- **Recomendaciones quirúrgicas:** Profilaxis contra la tromboembolia venosa (a menos que esté contraindicado y equilibrado por el riesgo de hemorragia, los pacientes con mayor riesgo deben recibir heparina de bajo peso molecular o heparina no fraccionada), profilaxis antimicrobiana (preparación de la piel con clorhexidina y antibióticos profilácticos), profilaxis preoperatoria e intraoperatoria de náuseas y vómitos posoperatorios (medicación multimodal preoperatoria e intraoperatoria), analgesia multimodal preoperatoria e intraoperatoria, uso de un protocolo anestésico estándar, prevención de la hipotermia intraoperatoria <36°C de temperatura corporal, optimización del uso de líquidos intravenosos (se recomiendan soluciones cristaloides

equilibradas en lugar de solución salina y vasopresores para apoyar la gestión de líquidos) y uso de analgesia posoperatoria multimodal.

- **Recomendaciones postquirúrgicas:** Alimentación temprana (preferiblemente antes de las 24h postcirugía), monitoreo posoperatorio del colgajo durante las primeras 72h postquirúrgicas evaluando el color, la temperatura y el llenado capilar, manejo posoperatorio de heridas usando terapia de presión negativa tópica (TPNT) para las heridas complejas, movilización temprana preferiblemente antes de las 24 postcirugía, soporte domiciliario y fisioterapia después del alta.

Para la ejecución de dicho programa es imprescindible la participación de un equipo multidisciplinar formado por enfermeras, cirujanos plásticos, anestesistas, fisioterapeutas, dietistas, gestores, trabajadores sociales, entre muchos otros.

Esta premisa, ha sido incuestionable desde el inicio de los protocolos ERAS y el colectivo de enfermería dentro de los equipos multidiciplinarios siempre ha estado considerado como uno de los actores clave para un resultado exitoso. Básicamente enfermería adopta roles en el programa que van desde la coordinación del proceso hasta la ejecución de las intervenciones, incluyendo enfermeras gestoras, enfermeras investigadoras, enfermeras líderes / coordinadoras, enfermeras de sala y enfermeras de cuidados intensivos.

El programa ERAS presenta un nuevo papel de la enfermería de práctica avanzada que interviene en todas las fases del proceso quirúrgico. A continuación, se describe mediante un caso clínico las intervenciones enfermeras realizadas en el proceso de recuperación ERAS para cirugía reconstructiva con colgajo tipo DIEP.

## METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo observacional simple, basado en la descripción de un caso clínico. La población a estudio fueron aquellas pacientes intervenidas quirúrgicamente con reconstrucción tipo DIEP en el Hospital Universitario de Bellvitge (HUB), durante el periodo comprendido entre 1 de marzo y 30 de junio de 2021. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria mediante un sistema probabilístico sistemático, incluyendo las pacientes intervenidas con esta técnica quirúrgica

las cuales se adhirieron al protocolo ERAS-DIEP. Se excluyeron de la muestra las pacientes intervenidas fuera del margen temporal seleccionado. Se ha considerado el consentimiento de la cirugía para la realización de dicho artículo, y éste se ha realizado acatando las normas éticas de la declaración de Helsinki, de buenas prácticas en investigación y según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

### **CASO CLINICO:**

Mujer de 43 años, con antecedentes de obesidad, exfumadora (más de 6 meses) sin alergias conocidas y sin intervenciones quirúrgicas ni tratamientos farmacológicos previos. Diagnosticada de *Carcinoma Lobulillar infiltrante de 45mm en mama izquierda superior externa Estadificado como T<sub>3</sub>,N<sub>1</sub>,M<sub>0</sub> con RE100, RP8, HER-2 o y Ki6715.*

*Tras consenso con previa información, se planifica mastectomía conservadora de piel en patrón de reducción, colgajo DIEP, reducción contralateral y linfadenectomía axilar izquierda. Tras aceptación de la paciente, se activa protocolo ERAS-DIEP.*

### **INTERVENCIONES ENFERMERÍA PRE-CIRUGÍA:**

Primera visita de prehabilitación enfermera referente del proceso ERAS-DIEP basada en:

Coordinación preoperatoria (NIC 2880):

- Confirmación de la información suministrada por otros profesionales sanitarios, según corresponda.
- Interpretación de los resultados de las pruebas diagnósticas: *Hb: 15, Índice Saturación Transferrina:26%, ferritina:27,2 y albúmina:46; dentro de los parámetros normales.*
- Realización una valoración física completa.
- Involucrar al paciente en las decisiones relacionadas con la cirugía.
- Comentar los programas de alta postoperatoria.

Educación para la salud (NIC 5510):

o Formular los objetivos del programa de Educación para la Salud (Programa ERAS-DIEP).

Enseñanza Prequirúrgica:

- Descripción de las rutinas preoperatorias:
  - *Ayuno pre-cirugía de 6 horas para sólidos, 3 horas para líquidos.*
  - *Preparación pre-cirugía con suplementación preparada rica en Hidratos de Carbono (12,5% de maltodextrinas), 200 ml la noche antes de la cirugía y 200ml 4 horas antes de la cirugía.*
- Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulador, dieta y visitas familiares) y explicar su objeto.

Identificación de riesgos (NIC 6610):

- Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.
- Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales, y comunidad): *paciente inactiva según verbalización, cuestionario TIRS sin alteraciones, cuestionario Pfeiffer para deterioro cognitivo con 0 errores y HADs psicoafectivo sin alteraciones (anexo).*
- Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo (*educación sanitaria y derivaciones a especialistas si procede.*)

Asesoramiento nutricional (NIC 5246):

- Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada: *Dieta hiperproteica e hipocalórica y actividad física regular durante el mes previo a la cirugía.*
  - Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso, según corresponda (*IMC 35, Tensión Arterial de 108/73 mmHg, MUST sin alteraciones (Anexo).*)
- Prescribir medicación (NIC 2390):
- Recetar medicamentos según la autorización para hacerlo y/o el protocolo.

*En el caso de la paciente a estudio no presenta ninguna alteración en la valoración social, cognitiva y emocional, motivo por el cual, no se realiza ninguna interconsulta a unidad de prevención tabaco, alcohol, trabajo social,*

psiquiatría ni dietética. Los valores analíticos tampoco precisan de la administración de tratamiento con hierro previo a la cirugía.

### **INTERVENCIONES ENFERMERÍA DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO:**

#### **Intervenciones de enfermería de sala postquirúrgica y hospitalización:**

Fomento del ejercicio (NIC 0200):

- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Movilización precoz: inicio de sedestación a las 6 horas post-cirugía e inicio de deambulación el primer día de postoperatorio. Fomento de la movilización activa.

Etapas de la dieta (NIC1020):

- Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.
- Colaborar con otros miembros del equipo de cuidadores para que la dieta avance lo más rápidamente posible sin que se produzcan complicaciones (inicio precoz de dieta: a las 6 horas post-cirugía se podrá iniciar la tolerancia a líquidos progresando de forma gradual a la introducción de una dieta completa hiperproteica, complementada con suplementación de proteínas).

Manejo de la hiper/hipoglucemia (NIC 2120,2130):

- Vigilar la glucemia (cada 8 horas).

Monitorización de los signos vitales (NIC 6680):

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

Manejo del dolor agudo (NIC 1410):

- Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación.

Manejo del estreñimiento/impactación fecal (NIC 0450):

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

Cuidados de las heridas (NIC 3660):

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida y colgajo (cada 8 horas).
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida (mantenimiento TPNT abdominal y colocación de faja abdominal continua y evitar la presión en la zona del colgajo).

Sondaje vesical (NIC 0580):

- Retirada de sondaje vesical (primer día de postoperatorio).

Administración de analgésicos (NIC 2210):

- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno (introducción de analgesia convencional en comprimidos orales precoz).
- Control y registro de administración de opioides de rescate.

Documentación (NIC 7920):

- Anotar las valoraciones basales y las actividades de cuidados mediante los formularios/hojas de informes específicos del centro.

#### **Intervenciones de enfermería referente de proceso ERAS-DIEP:**

Educación para la salud (NIC 5510):

- Formular los objetivos del programa de Educación para la Salud (Programa ERAS-DIEP).
- Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.
- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.

Ayuda con el autocuidado (NIC1800):

- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.

Control de la medicación (NIC 2395):

- Controlar las medicaciones con los cambios del estado del paciente o con los cambios de medicación.

Supervisión del personal (NIC 7830):

- Controlar la calidad de la realización de la tarea (protocolo).
- Transmitir al equipo un sentido de propósito para el grupo de trabajo.
- Fomentar la comunicación franca.

Planificación para el alta (NIC 7370):

- Determinar las capacidades del paciente para el alta.
- Ayudar al paciente/familiar/allegados a prepararse para el alta.
- Coordinar las derivaciones relevantes para el enlace entre los profesionales sanitarios.
- Fomentar el autocuidado, según corresponda.
- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta (TPNT y drenajes).



Documentación (NIC 7920):

- Documentar las valoraciones de cuidados, diagnósticos de enfermería, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados.
- Utilizar el formato estandarizado y sistemático necesario o requerido en el centro.

*En el caso de la paciente a estudio se cumplió el protocolo durante la hospitalización, adhiriéndose a los tiempos preestablecidos y siendo dada de alta a los tres días de la cirugía (total cuatro días de ingreso), con una dieta completa,*

*movilización adecuada, correcto control del dolor, buena evolución de las heridas y siendo portadora de un drenaje y la TPN abdominal.*

### **INTERVENCIONES ENFERMERÍA DE SEGUIMIENTO POST CIRUGÍA:**

Visita de control ambulatorio a las 24/48 horas tras el alta hospitalaria:

Cuidados del drenaje (NIC 1870):

- Monitorizar la cantidad, el color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo.
- Retirada de drenajes (*según protocolo/débito*).

Cuidados de las heridas (NIC 3660):

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida y colgajo
- Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida (*retirada de TPNT abdominal al séptimo día de la cirugía y colocación de faja abdominal continua*).

Derivación (NIC 8100):

- Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la derivación.

Apoyo emocional (NIC 5270):

- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Control de la medicación (NIC 2395):

- Controlar las medicaciones con los cambios del estado del paciente o con los cambios de medicación.

*En el caso de la paciente a estudio se realizó el seguimiento de forma ambulatoria, por parte de enfermería referente del proceso y del equipo de cirugía plástica del centro, basándose en el control de complicaciones, del colgajo y cura de heridas. En relación con la cirugía la paciente únicamente requirió de visitas de seguimiento por enfermería para cura de heridas, sin presencia de complicacio-*

*nes postquirúrgicas mayores ni requerimiento de reconsultas a urgencias ni rehospitalización, permitiendo así, iniciar el tratamiento con quimioterapia y radioterapia al mes de la cirugía.*

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN:**

El proceso ERAS-DIEP incluye la implementación de nuevas estrategias terapéuticas para optimizar las condiciones físicas de las pacientes intervenidas, mejorando así su recuperación postquirúrgica, reduciendo el dolor, las

complicaciones y el tiempo de hospitalización (Sebai et al., 2019). Son muchos los profesionales que intervienen en las diferentes fases del proceso, desde cirujanos plásticos, anestesistas, fisioterapeutas, entre otros. En el presente análisis, únicamente se han descrito las fases en las que enfermería tiene un papel más trascendente para garantizar el plan de curas establecido en el protocolo.

A pesar de las limitaciones metodológicas de la descripción de un caso clínico, del presente caso, se puede considerar que las intervenciones realizadas bajo protocolo ERAS-DIEP han garantizado una buena evolución del postoperatorio, obteniendo una buena recuperación y un alta precoz sin reingresos en los 30 días ni complicaciones postquirúrgicas.

En relación con los roles de enfermería partícipes en el proceso, es importante destacar el rol de Práctica Avanzada (PA) desempeñado por las nuevas figuras surgidas de este programa, la Enfermería de Coordinación de Proceso ERAS y la Enfermería Referente del proceso específico (ERAS-DIEP) centradas en la práctica basada en la evidencia, el conocimiento experto, la educación sanitaria, la toma de decisiones complejas, el liderazgo y la coordinación de equipo y proceso. Tal y como la evidencia demuestra (Alotaibi & Amira Al Anizi, 2020; Begoña Sánchez-Gómez et al., 2019; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dossier, & Dallas, 2008; Schober, 2020), dichos roles son imprescindibles para el diseño de los planes de curas del proceso, para la pre-habilitación prequirúrgica que permite garantizar el compromiso y optimizar la situación de salud de las pacientes, mediante valoración de pruebas diagnósticas, prescripción de fármacos bajo guía clínica y solicitud de interconsultas. La supervisión y coordinación del equipo son competencias necesarias para garantizar la correcta implementación de todo el circuito y ofrecer un alta precoz con garantías de seguimiento ambulatorio adecuado.

Las competencias de liderazgo y trabajo en equipo serán necesarias para que enfermería de salas postquirúrgicas y hospitalización, profesionales indispensables para garantizar el cumplimiento del protocolo, adecue los planes de curas, los tiempos de recuperación y facilite la educación sanitaria pertinente a las pacientes.

En conclusión, el protocolo ERAS implementado en dicho caso estudiado y las curas enfermeras realizadas han ofrecido una correcta recuperación postquirúrgica a la paciente, sin repercusión en reingresos ni visitas al servicio de urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Alotaibi, T., & Amira Al Anizi, C. (2020). The impact of advanced nurse practitioner (ANP) role on adult patients with cancer: A quantitative systematic review. *56*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151370>
- Begoña Sánchez-Gómez, M., Ramos-Santana, S., Gómez-Salgado, J., Sánchez-Nicolás, F., Moreno-Garriga, C., & Duarte-Clímets, G. (2019). Benefits of Advanced Practice Nursing for Its Expansion in the Spanish Context. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050680>
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M. del C., Núñez, R., & Pastor, M. de los Á. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia psicológica*, *33*(3), 181-193. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300003>
- Cruickshank, S., Kennedy, C., Lockhart, K., Dossier, I., & Dallas, L. (2008). Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005634.pub2>
- Direcció Adjunta d'Afers Assistencials. (s. f.).
- Jensen, B. T. (2021). Organization Factors in the ERAS Bladder Cancer Pathway: The Multifarious Role of the ERAS Nurse, Why and What Is Important? *Seminars in Oncology Nursing*, *37*(1), 151106. <https://doi.org/10.1016/J.SONCN.2020.151106>
- MUST. (s. f.). Recuperado 16 de octubre de 2021, de <https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself/must-espanol>
- Schober, M. (2020). Consejo Internacional De Enfermeras Directrices De Enfermería De Práctica Avanzada 2020. Recuperado de [https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN\\_APN-Report\\_ES\\_WEB.pdf](https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN_APN-Report_ES_WEB.pdf)
- Sebai, M., Siotos, C., Payne, R., Stone, J., Seal, S., Habibi, M., ... GD, R. (2019). Enhanced Recovery after Surgery Pathway for Microsurgical Breast Reconstruction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plastic and reconstructive surgery*, *143*(3), 655-666. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000005300>
- Temple-Oberle, C., Shea-Budgell, M., Ljungqvist, J., Tan, M., Semple, M., Schrag, J., ... Dayan, J. (2017). Consensus Review of Optimal Perioperative Care in Breast Reconstruction: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Society Recommendations. *Plastic and reconstructive surgery*, *139*(5), 1056e-1071e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000003242>
- Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., Garcia-Gutierrez, S., Navarro, G., & Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-130>

ANEXO:

Anexo 1: Escala de Riesgo Social Tirs (*Direcció Adjunta d'Afers Assistencials, s. f.*)

**ESCALA DE RISC SOCIAL TIRS:**

<b>INDICADORS DE RISC SOCIAL __ TIRS</b>	
1. <b>Persona que viu sola o amb la família amb capacitat limitada de suport:</b> persona que no conviu amb ningú, o que conviu amb persones amb algun tipus de discapacitat (per motius d'edat, de malaltia o de disminució).	SI NO
2. <b>Persona amb relació familiar conflictiva:</b> fa referència a qualsevol tipus de conflicte familiar (desavinences, trencament de la relació,...).	SI NO
3. <b>Família amb dificultat per assumir la responsabilitat d'atenció al malalt:</b> les dificultats fan referència a motius laborals, càrregues familiars, esgotament i altres limitacions personals.	SI NO
4. <b>Condicions d'higiene personal inadequat o deficients:</b> definit en el mateix enunciat.	SI NO
5. <b>L'habitatge és inadequat a les necessitats del malalt:</b> fa referència a l'existència de barreres arquitectòniques, manca d'espai, humitats, manca de serveis bàsics (aigua, llum,...).	SI NO
6. <b>S'aprecia manca de recursos econòmics:</b> l'apreciació fa referència a la manifestació expressa del malalt i família, i també a la impressió dels professionals (observació).	SI NO
<p><b>Puntuació i Lectura:</b></p> <p>1 indicador positiu = Risc social</p>	



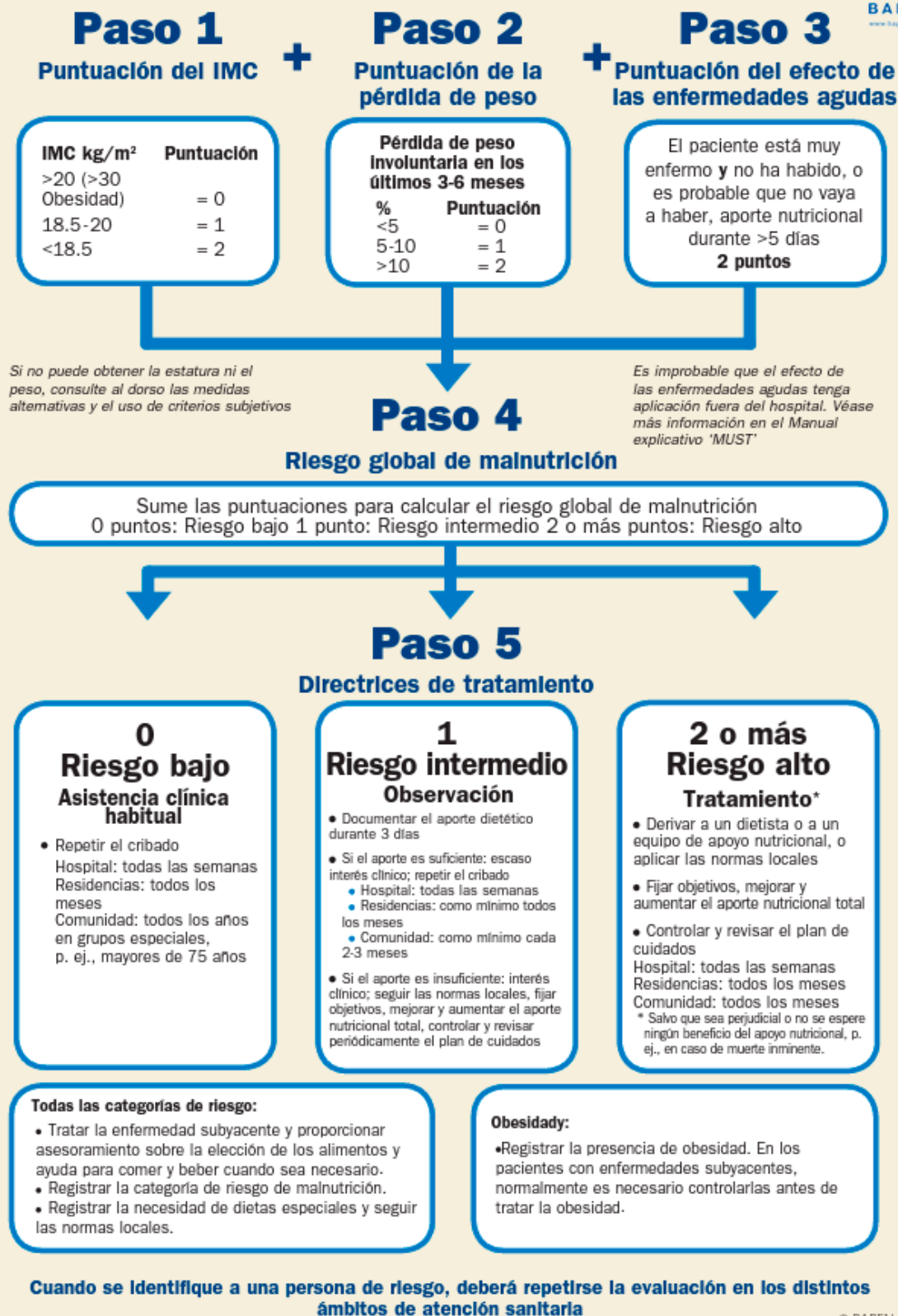
## CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

- 
1. Me siento tenso/a o nervioso/a
  2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre
  3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder
  4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas
  5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones
  6. Me siento alegre
  7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente
  8. Me siento lento/a y torpe
  9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago”
  10. He perdido el interés por mi aspecto personal
  11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme
  12. Tengo ilusión por las cosas
  13. de repente experimento sensaciones de gran angustia o temor
  14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o de TV
- 







# Moderma Flex

Siente la innovación

Nueva  
Convexidad Suave



Nuevo  
Borde Adhesivo



Nueva  
Formulación Flexitend



Nueva  
Bolsa de Urostomía



Nuevo Sistema de  
Visualización con  
Ventana



Ostomy Care  
*Piel Cuidada. Resultados Positivos.*



## “EPIDERMÓLISIS BULLOSA: CUIDADOS DE LA PIEL”

Francés Tirapu, Esther\*; Lacalle Pérez, Jon\*\*; Ruiz Expósito, Mikel\*\*\*; Arbilla Echalecu, Leyre\*\*\*\*; Navarrete García, Johan\*\*\*\*\*; Zaragüeta Velasco, Andrea.

\*Enfermera de Pediatría del Centro de Salud de Sarriguren.

\*\*Enfermero de la Unidad de Cuidados Cardiacos y Coronarios del Hospital Universitario de Navarra

\*\*\*Enfermero de la Unidad de Cardiología del Hospital Universitario de Navarra

\*\*\*\*Enfermera de la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario de Navarra.

\*\*\*\*\*Enfermero de la Unidad de Cuidados en procesos Urgentes del Hospital Reina Sofía de Tudela

\*\*\*\*\*Enfermera de la Unidad de Cuidados Críticos Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Contacto: esther.frances.tirapu@navarra.es

### RESUMEN

**Introducción:** Actualmente existen más de 7.000 Enfermedades Raras que tienen diferentes afectaciones y características clínicas de alta complejidad que perjudican a la calidad de vida de los pacientes. Son patologías muy difíciles de tratar debido a que los pacientes deben recibir asistencia en diferentes ámbitos.

**Objetivo:** Realizar una revisión bibliográfica sobre la Epidermólisis Bullosa, analizando el procedimiento de cura de heridas de esta enfermedad.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la Epidermólisis Bullosa, centrada en los tipos de tratamientos y cuidados que requieren los pacientes, además de las necesidades pendientes de cubrir. Para ello hemos consultado diferentes artículos, planes de estrategia, noticias, documentales...

**Resultados:** La Epidermólisis Bullosa también conocida como Piel de mariposa es una enfermedad rara, que afecta a la dermis de los pacientes provocando ampollas y heridas al mínimo roce o traumatismo. Es una patología crónica que se presenta desde el nacimiento e incurable por lo que requiere una multitud de cuidados de la piel. Existen tres tipos diferentes de EB que varían en la forma de las lesiones y su severidad, llegando a ser mortal. Los principales cuidadores son los padres los cuales asumen una gran cantidad de tareas.

**Conclusiones:** Esta enfermedad afecta tanto a los familiares como al afectado. Por ello enfermería tiene un papel fundamental en la educación, formación, investigación y apoyo.

### RESUMEN:

**Introduction:** Nowadays there are more than 7,000 Rare Diseases that have different affectations and complex clinical characteristics that harm patients' quality of life. This pathologies are hard to treat because patients must be assisted in disparate areas.

**Objective:** To conduct a literature review on Epidermolysis Bullosa, analyzing the wound healing procedure of this disease.

**Methodology:** A literature review on Epidermolysis Bullosa has been carried out, focusing on the types of treatments and care required by patients, as well as the needs to be covered. For this purpose we have consulted several articles, strategy plans, news, documentaries...

**Results:** Epidermolysis Bullosa also known as Butterfly Skin is a rare disease, which affects the dermis of patients causing blisters and wounds with minimal friction or trauma. It is pathology that appears at birth and is incurable and therefore requires a multitude of skin care. There are three different types of EB that differ in the shape of the lesions and their severity, becoming fatal. The main caregivers are the parents who assume a large amount of tasks.

**Conclusions:** This disease affects both the family members and the affected person. Therefore, nursing has a fundamental role in education, training, research and support.

### PALABRAS CLAVE

Enfermedades Raras, Epidermólisis Bullosa, Piel de Mariposa y Heridas.

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades raras son también conocidas como enfermedades de baja prevalencia. Se caracterizan por ser minoritarias y poco frecuentes en la población. Clínicamente son muy diferentes por lo que no se parecen unas a otras, pero todas ellas tienen en común su baja prevalencia y una tasa elevada de morbimortalidad debido a los escasos recursos terapéuticos que hay. Además, todas ellas son progresivas, discapacitantes y degenerativas.<sup>1</sup>



La Epidermólisis Bullosa (EB) es una enfermedad rara que afecta a la dermis de los pacientes provocando ampollas y heridas al mínimo roce o traumatismo. Es una patología crónica que se presenta desde el nacimiento e incurable por lo que requiere una multitud de cuidados de la piel. Existen tres tipos diferentes de EB que varían en la forma de las lesiones y su severidad, llegando a ser mortal<sup>2</sup>.

Esta enfermedad también es conocida como Piel de mariposa, debido a que la piel es tan frágil como las alas de una mariposa.

## OBJETIVOS

### Objetivo principal:

Realizar una revisión bibliográfica sobre la Epidermólisis Bullosa, analizando el procedimiento de cura de heridas de esta enfermedad.

### Objetivos Secundarios:

- Analizar las diferentes técnicas de cura según el tipo de herida.
- Reunir información para facilitar las tareas que realizan los cuidadores principales.
- Revisar las necesidades básicas pendientes de cubrir de este tipo de pacientes.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica acerca de que son las Enfermedades Raras y en concreto de la Epidermólisis Bullosa.

Para ello se seleccionaron las siguientes palabras claves: Enfermedades raras, epidermólisis bullosa, piel de mariposa, heridas y TICs.

Además, para que dicha búsqueda fuese más concreta, se requirió del uso de algunos filtros; como operadores (y, o), el idioma para que el texto fuese en castellano e inglés y las fechas de publicación, debido a que las publicaciones anteriores al 2000 no han sido de gran relevancia y se quedaban un poco obsoletos en cuanto a la información.

En cuanto a la información recabada fue de las bases de datos ofrecidas por la Universidad Pública de Navarra. Las bases consultadas fueron: CINAHL, Web of Science, Dialnet, Cuiden, Google académico y Scielo.

De las cuales se extrajo:

- Dialnet: 296 documentos encontrados / 4 seleccionados
- CINAHL: 101 documentos encontrados / 2 seleccionados
- Web of Science: 123 documentos encontrados / 3 seleccionados
- Google Académico: 1390 documento encontrados / 6 seleccionados
- Cuiden: 11 documentos encontrados / 5 seleccionados
- Scielo: 27 documentos encontrados / 3 seleccionados

También, se buscaron en Google guías de práctica clínica sobre la Epidermólisis Bullosa y se seleccionaron tres; a raíz de esta búsqueda se encontró un libro titulado “Vivir con Epidermólisis Bullosa. Etiología, diagnóstico, asistencia interdisciplinaria y tratamiento”.

Aparte se consultó las siguientes páginas web:

- Orphanet, de la cual se extrajo alguna definición y un documento.
- Debra. Asociación de Epidermólisis Bullosa o Piel de Mariposa, de la cual hemos seleccionado cinco documentos, un documental y un video, para la elaboración de nuestro trabajo.
- FEDER. Federación Española de Enfermedades Raras. Dos documentos y una noticia.
- GERNA. Grupo de Enfermedades Raras o poco frecuentes de Navarra.
- EURORDIS: Organización Europea de Enfermedades Raras, se extrajo un estudio.
- GNEAUPP. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de úlceras por presión y heridas crónicas.
- Instituto de Salud Carlos III. Registro de Pacientes de Enfermedades Raras, al cual se solicitó la epidemiología sobre la EB en España.
- Observatorio de Salud del Gobierno de Navarra. Registro de Enfermedades Raras de Navarra.
- Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. CSUR de la Epidermólisis Bullosa. Una noticia.
- Hospital de la Paz de Madrid. CSUR de la Epidermólisis Bullosa. Una noticia.
- Academia.edu, portal para académicos. Se seleccionó un estudio sobre EERR

## RESULTADOS:

Las enfermedades raras se definen por ser aquellas con peligro de muerte o de invalidez

crónica, con una prevalencia tan baja que es necesario aunar esfuerzos de modo especial para velar por evitar una morbilidad o mortalidad perinatal o precoz importante, o una disminución considerable de la calidad de vida o del potencial socioeconómico del individuo. (Plan de acción comunitaria de 1999).<sup>3</sup>

Se caracterizan por tener una prevalencia de menos de 5 casos por cada 10,000 habitantes en el caso de la Comunidad Europea. Son enfermedades heterogéneas, que tienen una alta tasa de mortalidad y a día de hoy existen escasos recursos terapéuticos.<sup>4</sup>

Actualmente se estima que existen de 5.000 a 7.000 enfermedades raras diferentes y se dice que un 6 – 8% de la población mundial puede estar afectada por algún tipo de enfermedad rara, es decir, más de 3 millones de españoles, 27 millones de europeos y 25 millones de norteamericanos.<sup>14</sup> Estas cifras son equivalentes al total de habitantes de países como Bélgica y Luxemburgo; sin embargo, este porcentaje está siendo actualmente cuestionado por la comunidad científica.<sup>13</sup> Es importante saber que el número de pacientes de enfermedades raras varía de una enfermedad a otra.<sup>15</sup>

La epidermólisis bullosa es una enfermedad rara con una prevalencia de 2 casos por cada 100,000 habitantes. Al haber tan pocos casos no se contabilizan de manera adecuada.<sup>5</sup>

En la siguiente *Tabla 1* se observa que su prevalencia varía dependiendo del país.

*Tabla 1: N.º de casos de las distintas formas de EB por millón de habitantes.<sup>16</sup>*

País	Epidermólisis bullosa			Prevalencia total
	Simple	Juntural	Distrófica	
Noruega <sup>46</sup>	24,3	—	9,3	33,6
Escocia	28,6/33,2	0,3	20,4/24,6	49
Irlanda del Norte <sup>49</sup>	28	0,7	3,3	32
Finlandia <sup>50</sup>	15,1	0,2	8,8	24,1
Croacia <sup>51</sup>	1,5	1,5	6,6	9,6
Japón	4	0,2	3,5	7,7
Sudáfrica <sup>52</sup>	0,8	0,7	1,2	2,7
Arabia Saudí <sup>53</sup>	1,7	—	3,7	5,4
USA	4,6	0,44	2,4	7,44
España <sup>54</sup>	1,72	0,125	3,47	5,69
MEDIA	11,32	0,38	6,69	18,39

En cuanto a España la principal fuente de recogida de datos es la Asociación DEBRA, formada por los siguientes socios:<sup>16</sup>

- EBS: 58
- EBJ: 5
- EBD: 109

Estos datos son muy similares a los ofrecidos por el estudio presentado en 1999 por la Dra. García Bravo del Hospital Virgen Macarena de Sevilla con la colaboración de 17 dermatólogos más. Se registraron 239 casos de los cuales había: EBS 69 (28,87%); EBJ 5 (2,09%); EBD 139 (58,16%) e indeterminados 26 (1,08%).<sup>17</sup>

Por último, el Registro Poblacional de Enfermedades Raras de Navarra (RERNA) presentó en 2016 un estudio para el periodo de 2000-2014 en el que se recogieron 8 casos de EB hereditaria, estimando una prevalencia para Navarra a principios de 2015 de 0,78 casos por 100.000 habitantes, si bien reconocen que puede existir un infra-registro de casos menos graves.<sup>18</sup>

A día de hoy existen escasos estudios epidemiológicos sobre esta enfermedad, por lo que resulta difícil obtener la prevalencia e incidencia exacta sobre la EB.

Es de origen genético y hereditario. Se caracteriza por una extrema fragilidad de la piel, debido a la formación de ampollas y heridas en la piel y en membranas mucosas al mínimo roce, traumatismo o de forma espontánea. (cavidad oral, nasal, esófago, faringe tracto genitourinario, zona peri anal y conjuntivas) producidas al mínimo roce, traumatismo o de forma espontánea.

Esto es debido a una alteración de las proteínas encargadas de la estructura y unión de la epidermis con la dermis (Queratinas, lamina 5 y el colágeno VII).<sup>6-8</sup>

Existen 3 grandes grupos para clasificar la EB, que se diferencian en los lugares de formación de las ampollas además de las características: <sup>9</sup>

- EB simple, cuando la ampolla está en la capa basal de la epidermis.
- EB juntural, si se sitúa en la unión de la dermis con la epidermis.
- Eb distrófica; si la ampolla se localiza a nivel de la dermis.

Hay que saber que cada uno de estos grupos se subclasifican según la gravedad, características clínicas y herencia.<sup>6,8</sup>

Es importante saber que es una enfermedad crónica, pero no contagiosa ni infecciosa, no entiende de etnia ni de sexos y que actualmente no se ha encontrado ningún tipo de cura por que los tratamientos son de tipo paliativo, es decir aliviar el sufrimiento/dolor. Por ello el objetivo de todo profesional sanitario con este tipo de pacientes es disminuir la formación de ampollas a través de cuidados y protección de la piel y en el caso de que haya ampollas tengan una correcta cicatrización evitando las infecciones. Además de controlar el dolor y otras complicaciones. Ya que no solo afecta esta enfermedad a la piel.<sup>6,10</sup>

Los cuidados ofrecidos desde la infancia tendrán una gran repercusión en la calidad de vida de estos pacientes.<sup>7</sup> Por lo que será fundamental revisar de manera continua y detallada la piel y heridas. No obstante, cada tratamiento se deberá adaptar al tipo de EB y a las características de las lesiones; y siempre se deberá escuchar la opinión del paciente y los familiares, ya que ellos son los que mejor conocen su afección y los tratamientos que le han sido efectivos.<sup>19</sup>

Las curas se deben realizar cada 2 o 3 días, si es posible a la hora del baño para desprender mejor los apósitos. Por lo que los pasos a seguir son dos:

- **Baño**

Forma esencial de prevenir infecciones en las heridas y ampollas, al limpiar la epidermis.<sup>19</sup>

- **Cuidados de las heridas o ampollas**

Es una tarea diaria, que consiste en un procedimiento delicado y minucioso. Se debe revisar el cuerpo del paciente para localizar flictenas y puncionarlas cuanto antes, evitando de este modo la extensión de las mismas.

Para la cura de una herida se deberá:<sup>11, 20</sup>

- Desbridar la herida, retirando todo el tejido necrótico con extremo cuidado. (En el caso de no presentar signos de infección, ni tejido no viable, este paso no se realiza).
- Limpiar el lecho de la herida con suero fisiológico por irrigación, nunca frotando. No se recomienda el uso de antisépticos de manera rutinaria.

- Aplicar pomadas si es preciso, según las características de las heridas.
- Elegir y colocar un apósito no adhesivo dependiendo del estado de la herida, la cantidad de exudado que produce y la localización.
- Sujetar todo con un vendaje de algodón o cohesivo, por encima se coloca una venda tubular elástica. No debe alterar la movilidad y flexibilidad.

En el caso de encontrar una ampolla, las actuaciones para realizar la cura son:<sup>6, 19</sup>

- Pinchar la ampolla con una aguja hipodérmica en su punto más bajo, atravesándola de forma paralela a la piel. Se debe dejar un orificio de entrada y otro de salida.
- Comprimir la ampolla con una gasa estéril para sacar el líquido del interior. Se debe dejar el techo de la ampolla, en el caso de que no haya signos de infección.
- Limpiar la lesión con suero fisiológico.
- Colocar un apósito no adherente según las características de la ampolla puncionada.
- Vendar la lesión y los productos colocados con una venda de algodón y por encima una venda tubular elástica.

Por todo ello, para afrontar esta enfermedad no se debe tratar como una mera patología orgánica, sino que además hay que ofrecer unos cuidados desde una perspectiva holística. Abarcando las tres dimensiones del modelo biopsicosocial, ya que estos pacientes están afectados en lo psicológico y en lo social.<sup>5,11</sup>

Un pilar fundamental para los pacientes con EB es la familia, y actualmente presentan bastantes necesidades pendientes de cubrir, como:<sup>6, 12</sup>

- El escaso apoyo en los domicilios a la hora de hacer las curas, ya que los familiares son los encargados de realizar dicha tarea algo compleja porque son curas de 3 y 4 horas de duración y se realizan cada 2 días y además no es recomendable que los pacientes acudan al centro de salud.
- La Orientación y el apoyo psicológico ya que el hecho de padecer ya una enfermedad rara es algo duro.
- La formación a los profesionales sanitarios encargados de estos pacientes para garantizar una asistencia de calidad.

## DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

Tras haber realizado esta revisión se ha podido concluir que no hay avances científicos respecto a esta enfermedad debido a la escasa investigación.

Además de la falta de recursos y oportunidades como atención domiciliaria, CSUR (centros de referencia sobre la EB), subvención de materiales, va perjudicar directamente a los afectados generando una sobrecarga en el cuidador principal y complicaciones psicológicas.

Es una enfermedad que va marcar un punto de inflexión en toda la vida de estos pacientes ya que su salud y calidad de vida va estar condicionada por esta enfermedad desde el nacimiento. Y estos problemas van afectar de manera directa a la familia a pesar de que el paciente padezca esta enfermedad la familia convive con estos efectos. Por lo que es necesario establecer un plan de cuidados integral en estas familias.

Por último, hay que destacar la gran labor de la Asociación de piel de mariposa-DEBRA, ya que aporta una gran cantidad de información sencilla y concreta para informar a las familias. Además, cuenta con un equipo formado por: Enfermeros, trabajadores sociales, profesionales dedicados al ámbito de la comunicación y financiación de fondos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Roselli D, Rueda JD. Estudio: Enfermedades raras, huérfanas y olvidadas [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana. 2011. Disponible en: [https://www.academia.edu/5271337/ESTUDIO\\_ENFERMEDADES\\_RARAS\\_HU%C3%89RFANAS\\_Y\\_OLVIDADAS](https://www.academia.edu/5271337/ESTUDIO_ENFERMEDADES_RARAS_HU%C3%89RFANAS_Y_OLVIDADAS)
- Fine JD, Hintner H. Vivir con Epidermólisis Bullosa (EB) [Internet]. Springer-Verlag Wien. Nueva York; 2009. Disponible en: <http://www.sobende.org.br/pdf/Libro%20Epidermólisis%20bullosa%20-%20David%20Fine%20&%20Helmut%20Hintner.pdf>
- Decision No 1295/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 1999 por lo que se aprueba un programa de acción comunitaria sobre las enfermedades poco comunes en el marco de acción en el ámbito de salud pública (1999-2003) [Internet]. Disponible en: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/20811e4-414e-4da5-94c1-852fic74f351/language-en>
- Posada De la Paz M, Martín-Arribas C, Ramírez A, Villaverde A, Abitua I. Enfermedades raras. Concepto, epidemiología y situación actual en España. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2008;31(Suplemento 2):9-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18953369>
- Aguilar Vega F, Sánchez Hernández MM, López Pérez MS. Influencia en el cambio de cura sobre la calidad de vida de un paciente adulto con epidermólisis bullosa. Rev ROL Enferm 2016; 39(4): 268-272.
- DEBRA Piel de Mariposa. Vivir con Epidermólisis Bullosa. Análisis biopsicosocial [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.pieldemariposa.es/wp-content/uploads/2019/07/WEB-PieldeMariposa-Profesionales.pdf>
- María Joao Y, Susanne K, María José G, Rodrigo S, Francis P. Manual práctico: Cuidados básicos en pacientes con Epidermólisis Bulosa [Internet]. Fundación Debra Chile; 2008. Disponible en: <https://debrachile.cl/wp-content/themes/debra/manual-cuidados.pdf>
- Salas-Alanis JC. La epidermólisis bullosa. El proyecto DEBRA [Internet]. Med Cutan Ibero Lat Am. 2007;35(4):165-166. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2007/mc074a.pdf>
- Baselga Torres E. Enfermedades ampollas hereditarias. Protocolos de Dermatología. 2da. ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2007; pp.15- 22. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/enfermedadesamp.pdf>
- Villar Hernández A, Guerrero Solana E, Megías Campos A, García García N, Domínguez Pérez E, Romero Haro N, et al. Abordaje interdisciplinar en el tratamiento de las heridas en epidermólisis bullosa. Enfermería Dermatológica. 2016;10(29):12-18.
- Serradilla Fernández A, Tobajas Tobajas ME, Jiménez López MG. Educación sanitaria para enfermería sobre la epidermólisis bullosa. Rev ROL Enferm 2018; 41(2): 135-138.
- DEBRA Piel de Mariposa. Situación psicosocial personas con EB y Familias [Internet]. [Citado 14 de marzo de 2020] Disponible en: <https://www.rareconnect.org/uploads/documents/situacion-psico-social-personas-con-epidermólisis-bullosa-y-familias.pdf>

13. Vicente E, et al. Paradoja de la rareza: a propósito del porcentaje de población afectada por enfermedades raras. Gac Sanit. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.012>.
14. Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). Información general sobre enfermedades raras [Internet]. FEDER. 2019. Disponible en: <https://enfermedades-raras.org/index.php/enfermedades-raras>
15. Eurordis. European Organisation for Rare Diseases. Enfermedades Raras: El conocimiento de esta prioridad de la salud pública [Internet]. 2005. Disponible en : [https://www.eurordis.org/IMG/pdf/Principals\\_document-SN.pdf](https://www.eurordis.org/IMG/pdf/Principals_document-SN.pdf)
16. Fernández C, Herrera Ceballos E, López Gutiérrez JC, De Lucas Laguna R, Romero Gómez J, Serrano Martínez M. C, et al. Guía de atención clínica integral de la epidermólisis bullosa hereditaria [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Disponible en: <https://www.msccbs.gob.es/profesionales/pr estacionesSanitarias/publicaciones/Epiderm olisisBullosa.htm>
17. Ibarrondo MJ, García-Bravo B, Herrera E, Olivares P, Lama R, Torrelo A. Epidermólisis bullosa en España. Congreso Nacional de Pediatría (poster). Libro de ponencias. Zaragoza, 1999.
18. Vicente E, Bengoa-Alonso A, Guevara M, Nuin-Villanueva MA, Lasanta MJ, Álvarez N, et al. (2016). Epidermólisis bullosa: enfermedad rara e invisible en los sistemas de información sanitarios. Gac Sanit, 30(Esp Cong): 159.
19. Denyer J, Pillay E, Clapham J. Guía de buena práctica clínica. Cuidado de la piel y de las heridas en la epidermólisis bullosa [Internet]. An International Consensus. Wounds International, 2017. Disponible en [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_450\\_EB.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_450_EB.pdf)
20. DEBRA. Cuidados cutáneos básicos: luchando por una vida sin dolor. 2013; Disponible en: <http://www.pieldemariposa.es/fotos/Cuidados cutaneos basicos.pdf>

# Avelle™

Presión negativa, poder positivo

La diferencia  
es Hydrofiber®



La Tecnología Hydrofiber® en la que  
confía, combinada con el poder de la  
cicatrización de la TPN hasta 30 días



 **ConvaTec** Terapia de Presión Negativa

Haz clic aquí y visita la web de nuestro producto

# “GANGRENA DE FOURNIER: TODO UN RETO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA”.

Nieves Rodríguez, Carlos Manuel.

Graduado en enfermería en unidad de cirugía general y digestivo y Profesor de enfermería en la Universidad de las Islas Baleares.

Contacto: carlosnieves23@gmail.com

## RESUMEN:

**Introducción:** La gangrena de Fournier es una patología infecciosa necrosante subcutánea, de origen urogenital o anorrectal, que afecta a la zona genital, perineo y pared anterior del abdomen. Es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente letal, de alta morbimortalidad.

**Objetivos:** Describir el caso clínico de un paciente que presenta una gangrena de Fournier tras realizar el desbridamiento, a nivel escrotal derecho, de una placa necrótica de unos 4 cm de diámetro. Nos proponemos detallar el seguimiento de la cura de la herida y cuidados de enfermería.

Así mismo, realizar un plan de cuidados individualizado en base a las necesidades del paciente.

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

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

**Conclusiones:** Es muy importante establecer durante todo el proceso hospitalario una buena coordinación entre el equipo médico y enfermería; así como, registrar las intervenciones realizadas y elaborar un informe de continuidad de cuidados para la curación de la herida que sirva de directriz para los cuidados domiciliarios y de atención primaria y domiciliaria que se

precisen. Teniendo en cuenta los cuidados y atenciones que precisa, y la importancia de un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz, la gangrena de Fournier supone todo un reto para los profesionales de enfermería que atiende a estos pacientes.

## PALABRAS CLAVE:

Gangrena de Fournier; Cuidados de enfermería; Plan de cuidados; Intervenciones.

## INTRODUCCIÓN:

La gangrena de Fournier es una patología infecciosa necrosante subcutánea, de origen urogenital o anorrectal, que afecta a la zona genital, perineo y pared anterior del abdomen. Es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente letal, de alta morbimortalidad (40%), especialmente en pacientes mayores con factores predisponentes como diabetes, alcoholismo, cáncer y estado de inmunosupresión o uso de drogas intravenosas.<sup>1,2</sup> Se considera que la etiología de la gangrena de Fournier es una infección polimicrobiana en la que bacterias, tanto aerobias como anaerobias, actúan de forma sinérgica provocando una gran destrucción tisular.

En los hallazgos clínicos existe compromiso del estado general, fiebre, edema, celulitis, dolor en la zona genital, o rectal que progresan a áreas de necrosis y crepitación acompañado de un olor fétido característico. Posteriormente puede producirse un shock séptico irreversible, alteración de la conciencia, fallo multiorgánico y fallecimiento. El tratamiento se orienta básicamente en 3 aspectos que son la estabilización metabólica, antibioticoterapia y desbridamiento quirúrgico. Por ello un diagnóstico precoz, una terapéutica temprana y agresiva y unos cuidados efectivos son esenciales para el buen desarrollo de esta patología.<sup>3,4</sup>

**JUSTIFICACIÓN:**

La atención de los profesionales de enfermería a las personas que padecen esta enfermedad infecciosa debería centrarse en conocer el cambio físico que va a presentar la persona afectada, su larga permanencia hospitalaria, su estado psicológico y emocional, su relación social y el impacto familiar que supone.

Además, resulta necesaria la ampliación de conocimientos en terapias alternativas basadas en la evidencia científica. Una comunicación activa entre el personal sanitario y paciente va a ser necesaria para obtener confianza y ofrecer unos cuidados basados en la humanización y receptividad<sup>2</sup>.

**OBJETIVOS:**

Describir el caso clínico de un paciente afectado por gangrena de Fournier y sus cuidados de enfermería.

Describir la importancia del uso adecuado de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide en el control del exudado de la herida.

Determinar las intervenciones basadas en la mejor evidencia, disponibles actualmente sobre los cuidados de enfermería en personas adultas diagnosticadas de gangrena de Fournier.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

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

El paciente es ingresado en la unidad de cirugía general y digestivo para la realización de las curas y seguimiento de la herida en zona perianal y escrotal. Este seguimiento se realiza de forma conjunta entre cirugía general, cirugía plástica y urología debido a la gran afectación de la zona perianal y todos los cuidados que requiere la zona afectada.

**RESULTADOS:**

Al día siguiente de recibir el paciente en el servicio de cirugía general, se comienza a realizar la cura y su seguimiento. Se observa que el paciente presenta una herida de aprox 22 cm de diámetro y unos 10,5 cm de profundidad y con contenido muy exudativo y localizada muy próxima a la zona del ano. Esta cercanía hace que la herida esté siempre con alto grado de humedad y contaminación. Se presenta con el área completa de la lesión muy sucia debido a la continuidad de deposiciones que realiza, encontrándose los apósitos manchados y teniendo que realizar las curas de la herida varias veces al día. Con la finalidad de aislar la zona perineal y rectal de deposiciones, se decide con el equipo de cirugía, optar por la colocación de una sonda rectal y mantenerla durante nueve días,<sup>5</sup> (Figura 1) y así aislar definitivamente la cura y eliminar la humedad y contaminación producida continuamente por las deposiciones<sup>6</sup>. Se realizan lavados con agua mediante la sonda rectal en cada turno para mantener la permeabilidad de la sonda rectal y también evitar en lo máximo la contaminación de la herida.



Figura 1. Zona perineal afectada con tejido esfacelado y exudado muy abundante.





Figura 2. Zona escrotal afectada con gran cantidad de exudado.

En el procedimiento de la higiene y cura de la herida, se comienza con el desbridamiento de la zona ya que se presentaba con mucho tejido esfacular (Figura 3), a continuación, limpieza con esponja de clorhexidina, y suero fisiológico. Una vez conseguida la limpieza de la zona de la herida, se aplican fomentos con Polihexanida 15 minutos, y para el control del exudado que era muy abundante se colocan apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata (Figura 4). Se abordan los bordes de la herida con polvos hidrocoloides para el fomento de la granulación de los mismos. Posteriormente colocamos compresas para protección de la zona y realizamos los cambios necesarios, ya que la herida produce un exudado en gran cantidad.



Figura 3. Herida tras desbridamiento y limpieza de la zona perianal y escrotal.



Figura 4. Aplicación de apósitos de hidrofibra de hidrocoloide con plata para control de exudado.

Un mes después, (Figura 5), la zona de granulación evolucionó favorablemente y el tamaño de la herida se redujo aproximadamente unos 2 cm sobre todo en la zona del glúteo derecho, por lo que, desde este momento fue posible reducir el número de curas una vez al día, ya que el paciente no toleraba bien la sonda rectal, y veníamos realizando las curas de la herida cada 12 h y en el caso de que fuese necesario.



Figura 5. Evolución al mes con mínimo exudado. Tejido rosáceo con apariencia granular, húmedo y brillante.

A los dos meses, la herida presenta un tejido de granulación óptimo (Figura 6) y muy regenerado con unos bordes bien definidos y con una reducción muy notable de todo el exudado.



Figura 6. Evolución continua del tejido de granulación y mínima presencia de tejido esfacelar y exudado.

A los tres meses, el paciente es dado de alta con un escaso exudado en la zona de la lesión y la evolución favorable del tejido de granulación, continuando con el seguimiento de las curas en las consultas de cirugía. En este punto, el paciente pasa a seguimiento en consultas externas (Figura 7).

Debido a la localización de la lesión y su gran dificultad para poder realizar un sellado efectivo con la terapia de presión negativa<sup>7</sup>, se descartó esta posibilidad tras un consenso entre cirugía plástica y urología.



Figura 7. Lesión que presenta una evolución favorable con tejido de granulación muy regenerado.

Durante este proceso, nos encontramos con los siguientes diagnósticos de enfermería (11,12,13):

#### (00132) Dolor agudo.

NOC [1605] Control de dolor.

NIC [1400] Manejo del dolor

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

#### (00004) Riesgo de infección.

NOC [0703] SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN.

- [70323] Colonización del cultivo de la herida. El paciente pasará de un nivel 3 (moderado) a un nivel 5 (ninguno) en 7 días.

NIC [6540] Control de infecciones.

- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada.
- Administrar un tratamiento antibiótico, cuando sea adecuado

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

- o[110301] Granulación. El paciente pasará de un nivel 2 (escaso) a un nivel 4 (sustancial) en 7 días.

- o[110303] Secreción purulenta. El paciente pasará de un nivel 2 (sustancial) a un nivel 4 (escaso) en 5 días.

o[110312] Necrosis. El paciente pasará de un nivel 4 (escaso) a un nivel 5 (ninguno) en 48 horas.

o[110317] Olor de la herida. El paciente pasará de un nivel 3 (moderado) a un nivel 5 (ninguno) en 5 días.

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

- Describir las características de la herida a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad), estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización.
- Evitar mantener la herida húmeda por el alto nivel de exudado que presenta.
- Limpiar la herida con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- Colocación de SEMP.
- Cambiar de posición cada 1-2 horas para evitar la presión prolongada.
- Asegurar una ingesta dietética adecuada.
- Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar y si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.

#### **(00085) Deterioro de la movilidad.**

**NOC [0208] MOVILIDAD**

**NIC [5612] Enseñanza de la actividad-ejercicio prescrito.**

- Explicar la importancia de la deambulación precoz para prevenir íleo paralítico y tromboembolismo.

**NIC [0221] Terapia de ejercicios: deambulación.**

- Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio.

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

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

- [11011] Perfusión tisular. El paciente pasa de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) 15 días.
- [11013] Integridad de la piel. La paciente pasa de un nivel 3 (moderadamente comprometido) a un nivel 4 (levemente comprometido) 30 días).

**NIC [3590] Vigilancia de la piel.**

- Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda.

**NIC [3520] Cuidados de las úlceras por presión.**

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

#### **CONCLUSIONES:**

Señalar la necesidad y la gran importancia de la continuidad de cuidados, así como una buena coordinación entre los profesionales de enfermería de hospitalización, hospitalización domiciliaria, y atención primaria, ya que este tipo de herida quirúrgica suele requerir periodos largos de tiempo para cicatrizar.

Para todo ello se hace necesario una valoración y diagnóstico correcto y tratamiento precoz en la evolución de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Fournier. La formación y el poder ampliar conocimientos teóricos-prácticos sobre la Gangrena de Fournier<sup>8</sup>, se presenta como un reto en los cuidados referente a las curas de esta patología. La disminución de la variabilidad en la metodología de las curas se presenta como un aspecto clave para la evolución de este tipo de heridas.

Resaltamos la estrategia de cuidados de la herida en cuatro pasos a seguir de forma sistemática para la evolución favorable de la herida. Estos cuatro pasos fundamentales que consisten en:

- La limpieza de la herida y la piel perilesional,
- El desbridamiento del lecho de la herida,
- El acondicionamiento de los bordes de la misma.
- La aplicación de apósitos apropiados a la fase de cicatrización en la que se encuentre la herida.

Otro punto muy relevante que no podemos obviar en el paciente afectado por esta enfermedad es el control del dolor, sobre todo en la realización de las curas, Se debe contemplar la administración de analgesia pre-cura para poder llevar a cabo los cuidados de la herida produciendo el mínimo daño y dolor en el paciente afectado.

En estos pacientes no se usó oxigenoterapia hiperbárica, dado que los resultados aún son poco consistentes, lo que justifica que hay que investigar sobre ello.



Figura 8.  
Seguimiento desde consultas de cirugía de atención especializada.  
Herida con reducción de dimensiones y presencia de tejido epitelizado, rosado y brillante.

El trabajo en equipo<sup>9,10</sup> multidisciplinar, planificando los cuidados en este tipo de paciente con manejo del exudado y control de la infección, consigue mejorar los resultados y conseguir una cicatrización más precoz, minimizando al máximo el tiempo de hospitalización y disminuyendo de forma importante el riesgo de mayores complicaciones.

Para terminar, en todo momento se hizo participe al paciente en sus cuidados, mostrándose siempre dispuesto a colaborar y fomentar su autocuidado.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- García MJ, Ramos JM, Romero O, Blanco M, Avilés O. Cuidados enfermeros en la gangrena de Fournier, todo un reto. *Rev Enfuro* 2009 (111) p 11-15. [Internet]. [Consultado 03 junio 2021]. Disponible en: <http://bit.ly/17PsHq6>
- Melgar AB, López M, Martín L, Julián R. Gangrena de Fournier. A propósito de un caso. *Semergen*: 2006; 32(9):464-7.
- Navarro-Vera JA. Gangrena de Fournier. *Rev Eviden Invest Clin*: 2010; 3(1): 51-7
- Bocic G, Abedrapo M, Azolas R, et al. Enfermedad de Fournier. Tratamiento. *Rev Chil Cir*: 2010; 62(6):635-8.
- Marin Vivo G, Calixto Rodríguez J, Rodríguez Martínez X. "Sistema de control fecal Flexi-Seal FMS". *Rev Enferm*. 2008;31(10):16-20.
- Martínez Estadella G, Baulés Conesa MJ, Rausa Braguklat E, Izquierdo Fuentes T, Vía Clavero G, Fernández Martín MJ. (2006). "Manejo de la incontinencia fecal en el paciente crítico mediante la utilización de un sistema avanzado de derivación". XXXII Congreso Nacional de la SEEIUC. Pamplona.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión negativa tópica en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007
- Maguina, Pirko, et al. "Medial thigh fasciocutaneous flaps for reconstruction of the scrotum following Fournier gangrene. *Plastic And Reconstructive Surgery* 125, no. 1 (January 2010): 28e-30e. *MEDLINE*, EBSCO host.
- Fernández, F. (2016). Comunicación efectiva y trabajo en equipo. Logroño: Editorial Tutor Formación.
- Buss, M., Leopardi, M.T., Coelho, S., y Oliveira, I.C. (2010). Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo de Enfermería. *Enfermería Global*, 20. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
- NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2015-2014 [Internet]. NANDA International; 2016 [acceso el 03 de junio de 2021]. Disponible en: <http://o-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>
- Moorhead S., Johnson M., Meridean L. et al. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013
- Bulechek G., Butcher H. y Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

# SOLUCIONES WELLSPECT PARA LA IRRIGACIÓN TRANSANAL



*Navina*<sup>TM</sup>

## “CASO CLÍNICO. USO DE TAPÓN OBTURADOR EN PACIENTE PORTADORA DE COLOSTOMÍA TERMINAL”.

Layedra Erazo, Karen. Enfermera asistencial. Unidad de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

Contacto: Karenlayedra1@gmail.com

### RESUMEN:

**Introducción:** Una de las posibles complicaciones de un estoma es la estenosis, consiste en un estrechamiento del orificio lo cual puede provocar la imposibilidad de una evacuación correcta. Se presenta el caso de una paciente a la que se realizaron curas con un tapón obturador para dilatar su estoma y evitar la estenosis total del mismo.

**Objetivo:** Destacar el uso del tapón obturador para evitar la estenosis del estoma en una paciente portadora de colostomía terminal.

**Metodología:** Paciente ingresada en el servicio de Cirugía General y Digestiva por perforación intestinal que requirió confección de colostomía terminal tipo Hartmann y que posteriormente precisó una resección intestinal por isquemia junto con reconfección del estoma. Se realizaron curas con tapón obturador cada 72 h coincidiendo con el cambio de dispositivo de sujeción de la colostomía.

**Resultados:** A pesar de tener tendencia a la estenosis, el estoma mantiene la viabilidad siendo la boca ostomática permeable para el paso de las heces.

**Conclusiones:** Los taponos obturadores pueden ser útiles en los casos de estenosis en el estoma dado que proporcionan la dilatación de la boca ostomática evitando el cierre del orificio.

**Palabras clave:** Ostomía, Colostomía, Cuidados de Enfermería, Estomaterapia.

### INTRODUCCIÓN:

Se define como estoma a la apertura creada de forma quirúrgica entre una víscera hueca y la superficie corporal. El estoma puede tener diversas complicaciones, entre ellas la estenosis.<sup>1,2</sup>

Se conoce como estenosis del estoma al estrechamiento del orificio por debajo de la medida necesaria para asegurar una adecuada evacuación. Las estenosis pueden ser orgánicas

(cutáneas, que son las más frecuentes, aponeuróticas y mixtas) o funcionales (secundarias cuando el colon transcurre en un trayecto dificultoso). Debemos diferenciar entre estenosis parcial, en la cual se permite el paso del dedo índice y grave o total en la cual esto no será posible.<sup>1</sup> Puede producirse a cualquier nivel de la pared, pero la más frecuente es a nivel de la unión mucocutánea. La estenosis del estoma es considerada una complicación postoperatoria tardía en la mayoría de los casos, su frecuencia se estima entre el 1 y el 12% de los pacientes con ostomías digestivas.<sup>2,3,4</sup>

Existen diferentes causas que pueden provocar el estrechamiento de la luz del estoma, la primera de ellas es una técnica quirúrgica defectuosa, es decir, un orificio de pequeñas dimensiones o lineal a nivel de la aponeurosis. En segundo lugar, encontramos complicaciones en el estoma durante la fase postoperatoria inmediata que hayan producido un cierre de la herida por segunda intención (necrosis, infección, retracción, entre otros). Otra de las posibles causas son los cambios en el abdomen del paciente causados por la obesidad o la recidiva de la patología de origen (tumores, enfermedad inflamatoria intestinal).<sup>5</sup>

Es necesario vigilar la aparición de complicaciones inmediatas en el estoma como presencia de granulomas o abscesos, necrosis o retracciones. Además, una adecuada técnica quirúrgica que tenga en cuenta factores como un correcto tamaño del orificio de salida del intestino, una adecuada perfusión intestinal y ausencia de tracción en la fijación a la piel.<sup>6</sup>

El tratamiento dependerá de si se trata de una estenosis leve o severa. La estenosis leve deberá tratarse con dilataciones manuales o con dispositivos diseñados para este fin.<sup>5</sup> En el caso de las estenosis graves, se valorará la reconstrucción de forma quirúrgica.<sup>2</sup>

## METODOLOGÍA:

Se describe el caso de una paciente de 79 años que ingresa en la unidad de Cirugía General y Digestiva por perforación de sigma con peritonitis fecaloide. Los antecedentes patológicos a destacar son alergia a Penicilina, Pirazonas y Ácido acetilsalicílico, hipertensión arterial, dislipemia, diverticulosis, artritis reumatoide, neumonía bilateral por SARS-Cov2 con ingreso en UCI un mes antes de la cirugía.

La paciente tuvo que ser intervenida de forma urgente, se le realizó una sigmoidectomía con colostomía tipo Hartmann. La evolución del estoma fue desfavorable, presentando dehiscencia de sutura a partir del quinto día posterior a la cirugía. A partir de este momento se le realizaron curas con hidrofibra de hidrocoloide con iones de plata cada dos días coincidiendo con el cambio del dispositivo de sujeción de la colostomía. Dos semanas después, precisó una segunda intervención por perforación intestinal e isquemia, se le realizó resección de los segmentos afectados (50 cm de íleon y 20 cm de colon) y se reconfiguró la colostomía terminal. Presentó un postoperatorio en el que vuelve a destacar una nueva dehiscencia en la unión mucocutánea a partir del sexto día post intervención. Nuevamente, la cura indicada fue con hidrofibra de hidrocoloide con plata cada 48 horas hasta la completa cicatrización de este tejido. Posteriormente, se observa una tendencia al estrechamiento del estoma en el plano superficial, inicialmente se realizan dilataciones digitales con ayuda de lubricante, pero una vez transcurridos 15 días después de la cirugía, dado que la estenosis había aumentado se empezó a dilatar de forma periódica con la ayuda de un tapón obturador.

El dispositivo cuenta en su zona interior con un adhesivo de hidrocoloide junto con un tapón de espuma de poliuretano comprimido en forma de campana y lubricado en su zona más externa.<sup>7</sup> Las dilataciones con el tapón obturador se realizaron cada dos o tres días coincidiendo con el cambio de placa de colostomía. En primer lugar, se realizaba una dilatación manual y seguidamente se retiraba el protector del adhesivo

para introducir el tapón obturador y dejarlo pegado a la piel durante mínimo 30 minutos. Una vez dentro del estoma la espuma de poliuretano comprimida se expande y ayuda a dilatar la mucosa interna del estoma. El tapón dispone de un filtro para olor y gases por si se precisara durante más tiempo.

Tras finalizar los 30 minutos de dilatación, el tapón se retira cuidadosamente y se procede a realizar la higiene habitual de la ostomía, en este caso fue indicado un dispositivo convexo por retracción del estoma. (Ver imágenes 1-4)



Imagen 1: Estoma retraído y estenosado

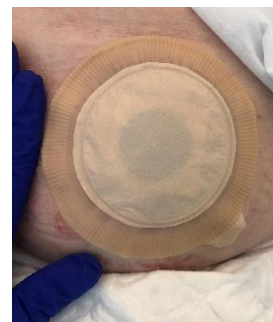


Imagen 2: Tapón obturador



Imagen 3:  
La paciente se introduce el tapón se deja pegado a la piel obturador con una previa dilatación digital.



Imagen 4:  
El obturador se deja dentro del orificio del estoma aprox. 30 minutos

Durante el proceso de hospitalización de la paciente cobra especial importancia la educación sanitaria realizada por parte de la Estomaterapeuta y las enfermeras asistenciales. Se realizaron diversas actividades que encaminaron a la paciente a conseguir autonomía en cuanto a los cuidados de su ostomía.<sup>8,9,10,11</sup> Se enseñó a la paciente la importancia de medir el estoma de forma periódica a lo largo de los primeros meses para vigilar la reducción fisiológica y advertir de

un mayor estrechamiento. También se le proporcionó información sobre la técnica de dilatación del estoma, teniendo en cuenta que sólo podría hacerlo una vez transcurridos 15 días desde la intervención para que la sujeción de la aponeurosis y piel fuera correcta. La paciente fue instruida sobre el uso y manejo de los tapones obturadores y recibió recomendaciones sobre la dieta más adecuada para evitar que la estenosis dificultara la evacuación de las heces.

### RESULTADOS:

Mediante la utilización del tapón obturador se consiguió evitar el completo estrechamiento del orificio de la ostomía, con su uso periódico se logró la dilatación y mantenimiento de la viabilidad ostomótica, permitiendo así la correcta salida de las heces y evitando complicaciones mayores. La paciente, con ayuda del personal de Enfermería, realizó un correcto aprendizaje del uso de los tapones obturadores y de los cuidados de su estoma. Actualmente, realiza las curas y cuidados de la colostomía de forma autónoma.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los tapones obturadores están compuestos por espuma de poliuretano en forma de campana que está lubricada en su extremo distal para facilitar la inserción y está envuelta en una película protectora hidrosoluble que al contacto con la humedad se disuelve y permite la expansión del obturador evitando el paso de las heces, pero permitiendo la salida de gases. El adhesivo de la piel es autoadherible y está compuesto por material hidrocólicoide, el cual posee un alto poder de absorción y protección favoreciendo la regeneración de la piel y evitando la proliferación de bacterias debido a que absorbe y neutraliza las secreciones en caso de que estas entraran en contacto con la piel. Por lo tanto, el hecho de pegar y despegarlo de la piel no generaría lesión en la misma. Además, contiene un filtro para gases y olores que es útil sobre todo en el caso de dejar puesto el obturador durante un mayor periodo tiempo (2-3 horas).<sup>7</sup> Su uso resultó útil ya que su aplicación no es una técnica compleja y el paciente lo puede realizar de forma autónoma en su domicilio tras recibir educación sanitaria por parte de personal especializado.<sup>9</sup> El hecho de utilizarlo de forma periódica evitó la estenosis de la luz del estoma ya la que dilata y permeabiliza.

En estudios que hablan sobre la aplicación de dilatadores metálicos para evitar la estenosis, podemos observar que estos pueden causar una

menor adaptación o incluso dolor en su aplicación en función del calibre utilizado.<sup>12</sup> Durante el tiempo de dilatación mantienen inmóvil a la persona ya que ha de realizarse la técnica en decúbito supino.<sup>13</sup> El tapón obturador gracias a su placa adhesiva que se adhiere al abdomen permite a la persona realizar otras actividades a la vez que realiza la técnica o incluso alargar el periodo de dilatación, además de facilitar la expulsión de gases si los hubiera. La espuma de poliuretano en forma de campana que es la parte encargada de dilatar es de fácil manejo y su estructura flexible hace que el paciente puede introducirse de una forma más sencilla evitando dolor o sangrado durante el proceso.

Con este caso se recalca la utilidad el tapón obturador ya que su fácil manejo permitió un rápido aprendizaje sobre la técnica y una mayor adherencia al tratamiento ya que la paciente no presentaba dolor en la aplicación y podía realizar otras actividades durante el proceso de dilatación.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Ruiz de la Hermosa A, Rodríguez Y, Martínez E, Gómez R, Allo G, García F, Seoane J. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos. Perú. Rev Gastroenterol Peru. 2019;39(3):215-21.
2. Zarate A. Ostomías. Online. [Citado agosto 2021]. Disponible en: [www.medfinis.cl/img/manuales/Ostomias-2021.pdf](http://www.medfinis.cl/img/manuales/Ostomias-2021.pdf)
3. Quintana P, et al. Tratado de Ostomía, Incontinencia y Herida quirúrgica. Madrid. Online. [Citado agosto 2021]. Disponible en: [www.imc-sa.es/guias/tratado-ostomia](http://www.imc-sa.es/guias/tratado-ostomia)
4. Vázquez MC, Poca T. Manual de cuidados en ostomías. Madrid, España. Difusión Avances Enfermería. 2015;145-146.
5. Vázquez MC, Poca T. Manual de cuidados en ostomías. Madrid, España. Difusión Avances Enfermería. 2015;145-146.
6. Lerín P, Lainez P, Lozano MD, Martínez M. Complicaciones de los estomas. Manual de cuidados de Enfermería. Madrid, España. Coloplast Productos Médicos. 2018;19,55.
7. Coloplast. Alterna Conseal. España. Online. [Citado Agosto 2021]. Disponible en: [www.coloplast.es/assura-conseal-plug-es-es.aspx#section=product-description\\_3](http://www.coloplast.es/assura-conseal-plug-es-es.aspx#section=product-description_3)
8. Ayik C, Özden D, Cenan D, Ostomy Complications, Risk Factors, and Applied Nursing Care: A Retrospective, Descriptive Study. Index Wound Management & Prevention 2020;66(9):20-30.



9. Ribeiro I, Conceição V, Carneiro L. Calidad de vida de personas colostomizadas con o sin uso de métodos de control intestinal. Brasília. Rev Bras Enferm 2010; 63(1):16-21.
10. 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.
11. García C, García B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017. Noviembre;5(4): 35-48.
12. Oliván L, Rivas O, Álvarez P. Dilatadores de Hegar en el manejo de estenosis anales de etiología inflamatoria. Enferm Endosc Dig. 2016;3(1):4-9.
13. Rivas O, Delgado M, Dieste S, Oliván L, Lasierra MC, Marzal B. Manejo de los dilatadores de Hegar en el Hospital Universitario San Jorge. Sept-Oct 2021 Aragón. Online. [Citado Noviembre 2021]. Disponible en:  
[www.zonahospitalaria.com/manejo-de-los-dilatadores-de-hegar-en-el-hospital-universitario-san-jorge-2/](http://www.zonahospitalaria.com/manejo-de-los-dilatadores-de-hegar-en-el-hospital-universitario-san-jorge-2/)





Nueva Flexima® 3S Convex\*

\*Reembolsado por la Seguridad Social

# Flexima® 3S

## SEGURIDAD EN MOVIMIENTO

ÚLTIMA GENERACIÓN EN SISTEMAS  
DE OSTOMÍA DE 2 PIEZAS FLEXIBLE

B. Braun Medical, S.A. | Ctra. de Terrassa, 121 | 08191 Rubí (Barcelona)  
Tel. 93 586 62 00\* | Fax 93 588 10 96 | [www.bbraun.es](http://www.bbraun.es)

# “ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN, A PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON LA TÉCNICA SUGARBAKER”

Anguila Repullo, Alexandra\*, Mateo Lozano, Cristina\*, Puñal Robles, Miriam\*, Valero Aparicio, Amalia\*, López Gutiérrez, Sonia\*\*.

\*DUE U. Cirugía H. Moisés Broggi, Sant Joan Despí.

\*\*Supervisora U. Cirugía H. Moisés Broggi, Sant Joan Despí.

Contacto: cmateol@sanitatintegral.org

## RESUMEN:

### Introducción:

En el programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña, en el período 2006-2017, se han tratado 947 pacientes (848 tratados con Cirugía Radical Citorreductora (CRS) + *Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy* (HIPEC) mediante técnica de Sugarbaker, coordinado por el Dr. Pedro Barrios<sup>1,2</sup>.

En 2014, se elaboró la primera guía de cuidados de enfermería en una unidad de hospitalización, a pacientes intervenidos de CRS + HIPEC. Durante los últimos años se ha producido un aumento anual de 70 intervenciones de este tipo modificándose los procedimientos de cuidados.

### Objetivos:

Revisar y actualizar la guía de cuidados de enfermería del año 2014.

### Metodología:

En base a un enfoque cuantitativo, se realiza una revisión de las historias clínicas de los pacientes, evolución y puesta en funcionamiento de la guía de cuidados y en base a las actualizaciones existentes, se realiza una actualización de la guía basada en la experiencia.

### Resultados:

La revisión y el uso de la guía del 2014, durante 3 años ratifican su buen funcionamiento y seguimiento por parte de todo el equipo multidisciplinar.

Se elabora un póster más visual, de fácil acceso y consulta, ubicado en la unidad de hospitalización.

Palabras claves: Guía de cuidados de enfermería, Póster, Atención integral y Calidad asistencial óptima, *Check-list*, Seguridad del paciente, Reducir riesgos de infección, Reducir técnicas invasivas.

## INTRODUCCIÓN:

El término Carcinomatosis Peritoneal (CP) incluye toda diseminación tumoral que afecta de forma localizada o masiva, a la serosa peritoneal y a las estructuras anatómicas vecinas.

De forma mayoritaria puede tener dos orígenes. El más común, es el que se origina a partir de células esparcidas por un tumor primario, siendo los más habituales los gastrointestinales y ginecológicos. Por otro lado, puede originarse en el mismo peritoneo; como son: el Mesotelioma Maligno con origen en las propias células mesoteliales del peritoneo y el Pseudomixoma Peritoneal que se trata de un tumor productor de moco muy frecuentemente situado en el apéndice<sup>3</sup>.

Años atrás, los pacientes diagnosticados de CP tenían una esperanza de vida inferior a 6 meses, cuyo tratamiento era exclusivamente paliativo.

A finales de la década de 1980, Paul H. Sugarbaker estableció las bases de un tratamiento multidisciplinar en la CP que asocia la cirugía radical citoreductora (CRS) dirigida a extirpar todo el tumor visible a nivel macroscópico intraabdominal y durante la misma cirugía, se administra de forma inmediata quimioterapéuticos intraperitoneales, orientados a erradicar el tumor microscópico residual de la cirugía.

La quimioterapia intraperitoneal, conocida como HIPEC, se basa en la administración de quimioterapia hipertérmica, a una temperatura entre 41-43º aproximadamente, en cavidad abdominal, para potenciar la destrucción de las células neoplásicas residuales microscópicas.

Se han definido diferentes sistemas de clasificación del volumen de la enfermedad peritoneal. El más usado es el Índice de Cáncer Peritoneal<sup>4,5</sup> (ICP) establecido por el propio grupo de Sugarbaker (Anexo1). Este sistema determina una puntuación mínima de 0 y una máxima de 39,

y ha demostrado ser un buen instrumento para clasificar la extensión de la CP, determinar la reseccabilidad de ésta y ayudar a establecer el pronóstico de los pacientes.

De esta forma, con este triple abordaje terapéutico en un solo acto: cirugía citoreductora, quimioterapia intrabdominal e hipertermia, hemos obtenido resultados de supervivencia global de más de 5 años.

En nuestro hospital, desde su apertura en el 2010, hemos tenido una media de 2-3 pacientes intervenidos a la semana, por lo que vimos la necesidad de crear una **guía de cuidados de enfermería**<sup>6</sup> en el año 2014 (Anexo2).

En el año 2017, tras el aumento de este tipo de intervenciones, 4-5 pacientes semanales, la modificación de procedimientos e inclusión de circuitos y documentos, nos hizo plantear como objetivo, revisar y actualizar nuestra guía de cuidados estandarizados, pre y post-operatorios, garantizando una **atención integral y calidad asistencial óptima** a los pacientes ingresados en nuestra unidad de hospitalización.

El éxito del tratamiento radica en la estrecha colaboración y ejecución de un equipo multidisciplinar formado por cirujanos, anestesiólogos, intensivistas, nutricionistas y enfermeros.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El desarrollo de la guía del 2014, se realizó mediante un enfoque cuantitativo, revisando toda la documentación de 120 pacientes tratados con CRS + HIPEC durante ese año. Se valoró la evolución postoperatoria: cuidados, tratamiento y complicaciones descritos en los cursos clínicos de estos pacientes, teniendo en cuenta las pruebas realizadas de laboratorio como todos los registros de enfermería recogidos en nuestro programa informático *Systeme Anwendungen und Produkte* (SAP).

Los datos recogidos, se pasaron a una base de datos donde a partir de su explotación, las enfermeras de nuestra unidad crearon una guía de cuidados.

Esta guía, posteriormente, se validó por el equipo multidisciplinar formado por la Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal (UCOP), Servicio de Anestesia y Nutrición.

Tras tres años de experiencia utilizándola, el aumento de intervenciones anuales, de 120 a 190 en 2017, y la inclusión de nuevos circuitos, documentos y procedimientos en la institución; se crea la necesidad de revisarla para registrar las modificaciones. Para validarlas, se realiza una revisión aleatoria de 20 pacientes.

Con la actualización, desarrollamos un formato visual, tipo **póster**, de fácil acceso y consulta, incluyendo un código QR con posibilidad de descarga en cualquier dispositivo móvil.

## RESULTADOS

### Actualización y modificación de la guía de cuidados de enfermería.

Actualmente trabajamos con la guía de cuidados de enfermería del 2017. Durante el pase de visita diario, se valora el seguimiento de la guía, conjuntamente con el equipo de UCOP y la enfermera referente del paciente.

La difusión se realiza mediante sesiones informativas al equipo de enfermería

Las modificaciones llevadas a cabo, nos han ayudado a seguir velando por la **seguridad del paciente** además de aumentar el nivel de confianza del personal de enfermería, sobretodo del no habitual.

En la siguiente tabla, mostramos la guía de cuidados realizada en 2014 con las modificaciones realizadas e incorporadas en la nueva guía de 2017, que utilizamos en la actualidad. (Página siguiente).

**DÍA 0: DÍA DE INGRESO EN NUESTRA UNIDAD**

- **Realización de protocolo de acogida:**
  - Colocar pulsera identificativa, acomodar y dar información sobre proceso
  - Realizar recogida de datos, en hoja de valoración vía SAP
  - Toma de constantes vitales
  - Comprobar en Historia Clínica: Interconsulta Anestesia y Nutrición
- **Preparación pre- IQ:**
  - Canalizar vía periférica en extremidad superior izquierda de calibre 18 (siempre que se pueda) con extracción de sangre para perfil preoperatorio y reserva de 4 concentrados de hematies y 4 pools de plasma
  - Preparación intestinal según órdenes médicas y patología asociada, habitualmente uso de solución oral con dos frascos de Fosfosoda®.
  - Instauración de 1000ml de suero fisiológico añadiendo 60mEq ClK para restablecer pérdidas electrolíticas y administrar la primera dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) a las 18:00h.
  - Dieta líquida sin residuos. Ayunas a partir 24:00h
  - Fomentar descanso nocturno (Diazepam® 5mg)

**DÍA 1 :DÍA DE LA INTERVENCIÓN Y ESTANCIA EN UCI**

- |   |                           |   |
|---|---------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>6:00h:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rasurado de zona abdominal-suprapúbica.</li> <li>- Ducha con jabón de clorhexidina</li> <li>- Retirada de objetos personales/ prótesis/esmalte de uñas</li> <li>- Colocación de medias de compresión</li> <li>- Verificar documentación y pulsera identificativa.</li> <li>- Proporcionar apoyo emocional, en todo momento, a paciente y familiares</li> </ul> </li> <li>▪ <b>8:00h: Intervención quirúrgica (IQ)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una vez intervenido, se traslada directamente a la unidad de cuidados intensivos.</li> </ul> </li> </ul> | <b>NUEVA GUIA DE 2017</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realización del <i>check-list</i> pre-quirúrgico a las 6.00h (Anexo 3)</li> <li>❖ Actualmente las medias de compresión se colocan en la unidad pre-quirúrgica y no en la unidad de hospitalización.</li> </ul> |
|---|---------------------------|---|

**DÍA 2: UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS Y TRASLADADO A LA UNIDAD HOSPITALIZACIÓN**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Preparación de la habitación individual*:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponer de toma de oxígeno y aspiración.</li> <li>- Colocar dos bombas de infusión continua (BIC) en el palo de sueroterapia.</li> <li>- Preparar material de protección según protocolo de medidas citostáticas: guantes nitrilo, gafas protectoras, mascarilla PF3, bote de diuresis de uso exclusivo y bolsas de residuos.</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realización de un <i>check-list</i> post-operatorio a su llegada a planta (lista control que promueve la reducción de la intuición y los errores en contexto de alto riesgo y aumenta la seguridad del paciente y confianza del personal). (Anexo 4)</li> </ul> |
|--|--|

\*El hecho de estar en habitación individual, ha creado una disminución del estado de ansiedad al paciente, causada por una intervención quirúrgica compleja, con un ingreso en una unidad especial, como es UCI, en la que el ruido y la luminosidad ocasiona un disconfort continuo por no poder descansar, además de una limitación de visitas de sus familiares más cercanos.

Con esto se promueve un ambiente íntimo y tranquilo, recibiendo el apoyo emocional de sus familiares sin restricción de horario de visitas.

Además, se fomenta el apoyo emocional y profesional que recibe a manos del equipo de enfermería humanizando siempre nuestros cuidados.

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Recepción, identificación y valoración del paciente:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación del paciente</li> <li>- Valoración del nivel consciencia</li> <li>- Valoración del dolor, según Escala Visual Analógica (EVA)</li> <li>- Toma de constantes vitales</li> <li>- Revisión de todos los dispositivos:</li> <li>- Conectar sonda nasogástrica (SNG) en aspiración suave. En pacientes gastrectomizados dejar en declive.</li> <li>- Comprobar permeabilidad de catéter venoso central (CVC), sonda vesical (SV), catéter peridural.</li> <li>- Comprobar ritmo de BIC de nutrición parenteral total (NPT) y BIC de catéter peridural.</li> <li>- Valoración abdominal: Abdomen anodino/ distendido/ timpánico, control de apósito, drenajes (permeabilidad, débito, aspecto)</li> <li>- Control glicemias cada 6 horas</li> <li>- Retirada de catéter venoso periférico para evitar focos de infección.</li> <li>- Comprobar apósito de catéter peridural. Valorar bloqueo sensitivo (parestias) y motor (paresias)</li> <li>- Recuperar datos de UCI para introducir en nuestro Balance Hídrico (BH) de planta y cierre a las 24h</li> <li>- Reforzar fisioterapia respiratoria iniciada en UCI. (Triflow®)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Utilización de sistema Palex® para evitar manipulación directa del CVC y así <b>reducir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.</b> (Anexo 5)</li> <li>❖ Inicio de sedestación en UCI en el día 2 antes del traslado a planta</li> </ul>
<b>DIA 3</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mismos cuidados que día anterior: constantes vitales, comprobar permeabilidad y funcionamiento de dispositivos, valoración abdominal y drenajes, fomentar fisioterapia respiratoria y realizar balance hídrico</li> <li>- Analítica de control</li> <li>- Higiene asistida en cama</li> <li>- Realizar primera cura herida quirúrgica con jabón clorhexidina</li> <li>- Iniciar sedestación en sillón con faja tubular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se fomenta sedestación y se inicia deambulación por la habitación</li> </ul>
<b>DIA 4</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mismos cuidados que día anterior</li> <li>- Finalizan medidas citostáticas (6:00h)</li> <li>- Pinzar SNG de manera intermitente, durante 4 horas por turno.</li> <li>- Reducir ritmo de BIC de catéter peridural</li> <li>- Cortar drenajes tipo Jackson Pratt® y abocarlo a bolsa recolectora. En caso de llevar drenaje tipo Redón® mantener igual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Se realiza higiene asistida por enfermería en baño (incentivar autocuidados)</li> <li>❖ Iniciar deambulación fuera de la habitación (en la guía de 2014 se iniciaba en el día 5 tras la retirada de catéter peridural)</li> </ul>
<b>DIA 5</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mismos cuidados que día anterior</li> <li>- Dejar pinzada SNG permanentemente</li> <li>- Higiene supervisada por enfermería en baño</li> <li>- Suspender perfusión peridural con retirada de catéter peridural, respetando márgenes de seguridad de la última administración de HBPM</li> <li>- Retirar SV</li> <li>- Mover drenajes tipo Jackson Pratt® mediante fijación con punto de sutura. En caso de llevar drenaje tipo Redón® mantener igual. (Anexo 6)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Reducir técnicas invasivas</b> innecesarias, disminuir el control glicémico de cada 6 horas a glicemia basal en pacientes no diabéticos; si en las últimas 72 horas los registros no superan los 140 mg/dl.</li> <li>❖ Tras retirada de catéter, se realiza ducha de forma autónoma</li> <li>❖ Fomentar deambulación fuera de la habitación</li> </ul>

**DIA 6**

- Mismos cuidados que día anterior
- Higiene autónoma
- Retirar SNG previa comprobación de retención gástrica
- Inicio de ingesta oral CP1, dieta seca y astringente que consiste en tostadas y jamón york con restricción hídrica de 500ml de agua al día (Anexo 7).
- Mantener dosis de NPT a dosis completas

**DIA 7**

- Mismos cuidados que día anterior
- **Progresar a dieta CP2** (Anexo 7)
- Reducir NPT a la mitad.
- Suspender registro de entradas en BH
- Realizar educación sanitaria para la administración de HBPM en domicilio
- Administrar analgesia vía oral

**DIA 8**

- Mismos cuidados que día anterior
- **Progresar a dieta a CP3** (Anexo 7)
- Suspender NPT y retirar CVC
- Suspender control de glicemias basales en pacientes no diabéticos

**DIA 9**

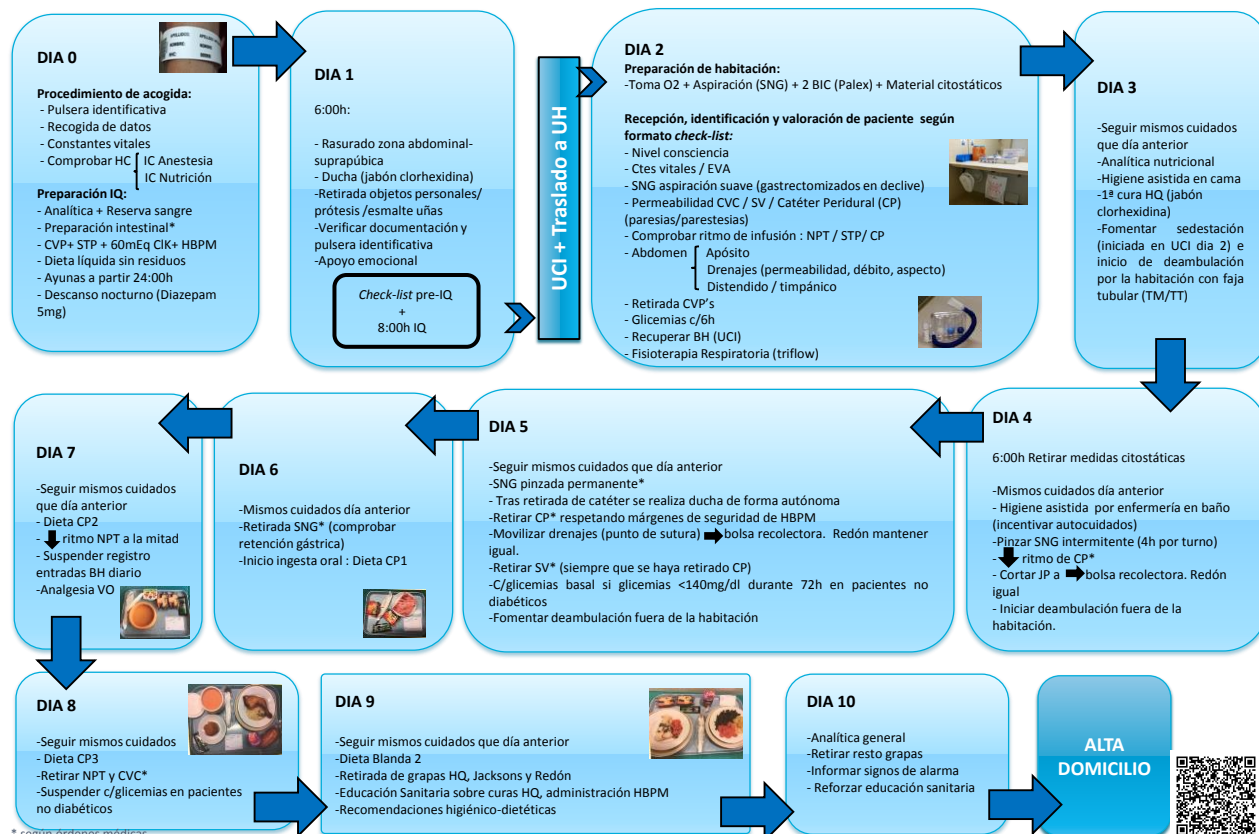
- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mismos cuidados que día anterior</li> <li>- Progresar a dieta blanda 2 protección hepática</li> <li>- Retirar grapas alternas, según órdenes médicas</li> <li>- Retirar todos los drenajes, incluyendo tipo Redón®</li> <li>- Educación sanitaria sobre cura herida quirúrgica en domicilio</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Dieta blanda 2 (Anexo 7)</li> <li>❖ Educación sanitaria sobre la administración de HBPM</li> <li>❖ Recomendaciones higiénico-dietéticas</li> </ul> |
|---|---|

**DIA 10**

- Realizar analítica general
- Retirar resto de grapas, colocando adhesivos en herida quirúrgica
- Informar de los posibles signos de alarma por los que deba acudir al servicio de urgencias.
- Reforzar educación sanitaria sobre administración de HBPM y de la cura de la herida.

## 2. Elaboración de un póster

## GUIA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL SOMETIDOS A TÉCNICA SUGARBAKER



### CONCLUSIONES

La realización de la guía de cuidados de enfermería en la unidad de hospitalización, en pacientes con Carcinomatosis Peritoneal nos ha permitido optimizar, priorizar y perfeccionar las acciones e intervenciones de la asistencia y velar por su seguridad.

Creemos importante que el paciente confíe en la técnica y sus avances, pero mucho más, necesita confiar en la persona que le atiende y le maneja.

Desde nuestra institución se fomenta en todo momento la humanización de las curas.

### DISCUSIÓN

La identificación de las necesidades de los cuidados de enfermería y la práctica sistemática de éstas, proporciona un lenguaje homogéneo entre los miembros del equipo, realizándose así, una asistencia menos intuitiva y más científica. Además, los planes de cuidado favorecen el proceso de toma de decisiones y la asistencia en toda su complejidad.

### AGRADECIMIENTOS

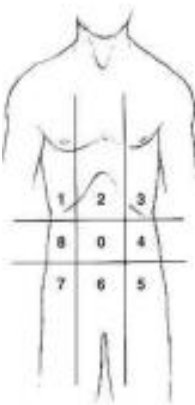
- Equipo de cirujanos de UCOP: Dr. Barrios P, Dra. Ramos I, Dr. Sabia D, Dr. Crusellas O.
- Equipo de nutrición y dietética: Dr. Vila LL, Dra. López I, Dra. Torrejón S, Lecha M, Peñalba A.
- Equipo de enfermería de la unidad de cirugía: Lima M, Carramiñana J, Puñal E, Rodríguez L, Molina F, Soria D, Gracia E, Bernal O, Ocaña MJ, Ribas N, Lucha S, Pato E, López M, Cuenca N, Álvarez M, Cheema Deevi A, Ibáñez J, Aguilar R, Millán D, Oliveros O, Dipré R.



**BIBLIOGRAFÍA**

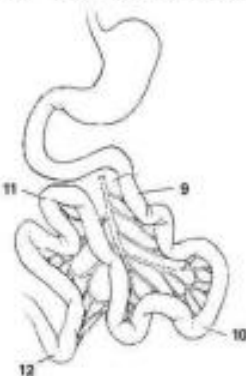
1. Sala de Prensa. El Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi, referente nacional en el tratamiento radical de la carcinomatosis peritoneal. L'Enllaç CSI [internet] 2011 [consultado Abril 2018] Disponible en: [https://www.csi.cat/el-consorci/sala-de-premsa/es\\_noticies/23/el-hospital-de-sant-joan-despi-moisès-broggi-referente-nacional-en-el-tratamiento-radical-de-la-carcinomatosis-peritoneal](https://www.csi.cat/el-consorci/sala-de-premsa/es_noticies/23/el-hospital-de-sant-joan-despi-moisès-broggi-referente-nacional-en-el-tratamiento-radical-de-la-carcinomatosis-peritoneal)
2. Barrios, P. Introducción y utilización de nuevas tecnologías en cirugía. Tratamiento multidisciplinar de la carcinomatosis peritoneal cirugía radical y quimio hipertermia. Programa de carcinomatosis peritoneal de Catalunya. [Internet] Valencia: CSI, 2012 [Consultado Abril 2018] Disponible en: [http://www.fgcasal.org/fgcasal/database/4cg\\_c/4CGC-Ponencia-07-Barrios.pdf](http://www.fgcasal.org/fgcasal/database/4cg_c/4CGC-Ponencia-07-Barrios.pdf)
3. Barrios P, Ramos I, Escayola C, et al. Implementación y desarrollo de un programa de tratamiento de la carcinomatosis peritoneal en Cataluña. Indicaciones y resultados clínicos con la técnica de Sugarbaker. [Internet]: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, Enero 2009 [consultado abril 2018] Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/16630141/implementacion-y-desarrollo-de-un-programa-de-tratamiento-de-la-carcinomatosis-peritoneal-en-cataluña>
4. Barrios P, Roqué M, Lozano JM, Ramos I, et al. Revisión sistemática del tratamiento combinado multidisciplinar en las enfermedades malignas del peritoneo. Citorreducción quirúrgica radical+quimioterapia intraperitoneal+/- hipertermia (técnica de Sugarbaker). Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM. [Internet]: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009 [consultado abril 2018] Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/34656103/archivo-pdf-190-mb-aec-asociacion-espaola-de-cirujanos>
5. López- Basave HN, Morales-Vásquez F, et al. Citorreducción e HIPEC en carcinomatosis peritoneal. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México [Internet] Elsevier; 2014. P. 138-144 (figura 1 ICP) Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-articulo-citorreduccion-e-hipec-carcinomatosis-peritoneal-X1405009914734099>
6. Puñal Robles M, et al. Guía de cuidados de enfermería en unidad de hospitalización en pacientes intervenidos con la técnica de Sugarbaker. En IV Congreso Nacional de la SEOQ VI reunión de GECOP. Madrid 2015

## ANEXO 1.



**Cáncer peritoneal**

Regiones	Tamaño de lesiones	Tamaño de lesiones
0 Central	_____	LS 0 No tumor visible
1 Derecho superior	_____	LS 1 Tumor mayor de 0.5 cm
2 Epigastrio	_____	LS 2 Tumor mayor de 5.0 cm
3 Izquierdo superior	_____	LS 3 Tumor > 5.0 cm con confluencia
4 Flanco izquierdo	_____	
5 Inferior izquierdo	_____	
6 Pelvis	_____	
7 Inferior derecho	_____	
8 Flanco derecho	_____	
9 Yeyuno superior	_____	
10 Yeyuno inferior	_____	
11 Íleo superior	_____	
12 Íleo inferior	_____	
<b>PCI</b>	<input type="checkbox"/>	



## ANEXO 2.

Consorci Santari Integrat		VERIFICACIÓ PREOPERATÒRIA A L'ÀREA D'HOSPITALITZACIÓ	
HAG-M-005			
Etiqueta del pacient			
			SI
Data:		Presència de familiar:	
		Presència d'un altre professional (nom i categoria)	
COMPROVACIÓ PRÈVIA AL TRASLLAT DEL PACIENT A L'ÀREA QUIRÚRGICA		SI	NO PROCEDEX
0 Verificació de documentació clínica completa. VERIFICACIÓ DIA PRÈVI IQ (proves complementàries adients a la patologia de base i procediment quirúrgic-anestèsic, preoperatori d'anestèsia)			
ECG			
A/S			
RX			
Reserva de sang, si escau			
Preparació intestinal, si escau			
Verificació dels consentiments informats			
Nom i cognoms infermera( dia previ IQ):			
<u>Immediatament abans del trasllat del pacient a l'àrea quirúrgica (entre 30 a 60 minuts abans).</u>			
Hora:			
1. Confirmació del pacient correcte( POLSERA: nom, cognom, nº història clínica, edad)			
2. Confirmació del procediment correcte amb el pacient- TIPUS DE INTERVENCIÓ (amb la HC)			
3. Verificació de la preparació del pacient segons protocol			
Higiene			
Trasquillació	Especificar zona:	Hora:	
Dejà		Hora:	
Medicació preop	Especificar:	Hora:	
Aplicació PT Diabètic	Especificar:	Hora:	
Retirada de protèsis i ulleres <i>(Entregar a família/ en cas de protèsis entregar amb la caixa)</i>			
Retirada de joles i roba personal <i>Entregar a família</i>			
Retirada d'esmaïl d'ungles			
Preparació zona <i>(desinfecció)</i>	Especificar zona:	Producte:	
4. Confirmació del marcatge correcte: lloc/lateralitat/nivell de cirurgia correcta, si s'escau			
5. Verificació del pacient correcte amb l'auxiliar sanitari que efectuarà el trasllat al bloc quirúrgic			
Nom i cognoms infermera( dia IQ):			

## ANEXO 3.

Día 0	<p><b>**Protocolo de acogida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingreso del paciente a unidad de hospitalización: pulsera identificativa, acomodarlo, informar sobre el procedimiento, toma de constantes vitales.</li> <li>- Recogida de datos y revisión de historia clínica. Comprobar que la interconsulta con el servicio de anestesia y nutrición esté hecha.</li> </ul> <p><b>**Preparación IQ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocación de vía venosa periférica, a poder ser en extremidad superior izquierda y calibre 18.</li> <li>- Extracción de analítica urgente con perfil preoperatorio (bioquímica, coagulación, hemograma), que anestesia valorará. También cursar reserva de sangre (4 concentrados de hematíes y 4 de plasma).</li> <li>- Preparación intestinal con evacuable tipo "Fosfosoda" ( 2 frascos) y en las carcinomatosis gástricas, 1 frasco. Si el paciente es portador de colostomía/ileostomía, valorar enemas por recto (tarde y noche). Dieta líquida sin residuos hasta las 24hs, luego en ayunas.</li> <li>- Inicio de sueroterapia a las 18:00h (suero fisiológico 1500cc/12h+60mEqClK) más administración heparina de bajo peso molecular (HBPM).</li> <li>- Administración de diazepam de 5mg por la noche, según pauta médica.</li> <li>- Valorar descanso nocturno.</li> <li>- A las 6:00h (2hs pre- intervención) rasurar la zona a intervenir e higiene general con jabón antiséptico.</li> <li>- Colocación de medias de compresión.</li> <li>- Retirada de prótesis dental y objetos personales.</li> <li>- Verificar documentación y pulsera identificativa.</li> </ul>
Día 1 y 2	Intervención quirúrgica y traslado a Unidad de cuidados intensivos (UCI).
Día 3	<p>Estancia en UCI y traslado a unidad de hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar habitación individual con el material necesario: toma de oxígeno y aspiración (receptal sonda nasogástrica), 2 bombas de infusión, palo de sueroterapia, medidas citostáticas (guantes nitrilo, gafas protectoras, bote de diuresis, bolsas de residuos).</li> <li>- Recepción e identificación del paciente en la unidad de hospitalización.</li> <li>- Valoración nivel de consciencia, control de constantes vitales, diuresis, escala de dolor (EVA), glicemias capilares y administración de insulina rápida según pauta cada 6h.</li> <li>- Conectar sonda nasogástrica (SNG) a aspiración suave, según preinscripción médica. En pacientes gastrectomizados, dejar en declive.</li> <li>- Comprobación de permeabilidad y funcionamiento de catéteres: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Catéter venoso central (CVC).</li> <li>+ Catéter peridural, valorando bloqueo motor y sensitivo de extremidades inferiores.</li> <li>+ Sonda nasogástrica (SNG), valorando débito y cantidad.</li> <li>+ Sonda vesical (SV).</li> </ul> </li> <li>- Comprobación de velocidad de infusión y perfusión de nutrición parenteral total (NPT) y catéter peridural.</li> <li>- Retirar catéteres venosos periféricos.</li> <li>- Valoración drenajes, Jackson pratts y/o redón (permeabilidad, débito, aspecto y fijación).</li> <li>- Valoración abdominal (distensión, timpanismo, peristaltismo, apósito quirúrgico).</li> <li>- Inicio fisioterapia respiratoria con espirómetro de incentivo.</li> <li>- Inicio balance hídrico (BH), recuperando datos de UCI, y cierre a las 24horas.</li> </ul>
Día 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con los mismos controles que el día anterior.</li> <li>- Realizar analítica de control (iones, hemograma, perfil nutricional...).</li> <li>- Higiene asistida en cama.</li> <li>- Realizar 1ª cura de la herida quirúrgica más puntos de inserción drenajes, con antiséptico.</li> <li>- Iniciar sedestación e inicio de deambulación con faja tubular en la habitación.</li> </ul>
Día 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A las 6:00h retirar las medidas citostáticas (72h post-IQ).</li> <li>- Seguir con los mismos cuidados que el día anterior.</li> <li>- Pinzar SNG intermitentemente, según orden médica.</li> <li>- Disminución perfusión catéter peridural, bajo orden del servicio de Anestesia.</li> <li>- Cortar drenajes Jackson a modo penrose (de aspirativo pasan a funcionar por capilaridad), si no hay resección intestinal se puede realizar un día antes, por indicación médica. Se mantiene redón igual</li> </ul>
Día 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con los mismos cuidados que el día anterior.</li> <li>- Higiene supervisada por enfermería.</li> <li>- Pinzar SNG permanentemente, según orden médica.</li> <li>- Retirada catéter peridural, según resultado de coagulación (siempre bajo orden anestesia) y teniendo en cuenta el margen de seguridad de administración de la última dosis de HBPM.</li> <li>- Movilizar drenajes, fijándose con punto de sutura colocando bolsa recolectora. Redón se mantiene igual.</li> <li>- Retirar sonda vesical según preinscripción médica.</li> <li>- Iniciar deambulación por fuera de la unidad tras retirada de catéter peridural</li> </ul>
Día 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con los mismos cuidados que el día anterior.</li> <li>- Higiene en ducha de manera autónoma.</li> <li>- Comprobación retención gástrica para valorar retirada SNG, según orden médica.</li> <li>- Se inicia ingesta oral, dieta CP1*, (en gastrectomizados, dieta gastrectomizada 1), bajo el consentimiento médico y equipo de nutrición.</li> </ul>
Día 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con los mismos cuidados que el día anterior.</li> <li>- Se progresa dieta según tolerancia a CP2* y disminuir velocidad de infusión de NPT a la mitad, según ordenes médicas/nutrición.</li> <li>- Suspensión de BH a las 24hs.</li> <li>- Se inicia educación sanitaria en la administración HBPM.</li> <li>- Analgesia vía oral.</li> </ul>
Día 9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con los mismos cuidados que el día anterior.</li> <li>- Se progresa dieta según tolerancia a CP3*, según ordenes médicas/nutrición.</li> <li>- Retirada de NPT, si ha tolerado dieta, según ordenes médicas/nutrición y CVC, excepto que el paciente tenga mal acceso venoso.</li> <li>- Suspensión de controles glicémicos, bajo indicación servicio endocrinología.</li> </ul>
Día 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguir con los mismos cuidados que el día anterior.</li> <li>- Se progresa dieta según tolerancia a blanda 2 protección hepática*, según ordenes médicas/nutrición.</li> <li>- Retirada de grapas alternas de herida quirúrgica y redón, según ordenes médicas.</li> <li>- Educación sanitaria sobre cura herida quirúrgica en domicilio.</li> <li>- Retirada de drenajes según cantidad de débito, aspecto,... siempre bajo orden médica.</li> </ul>
Día 11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analítica general.</li> <li>- Retirar resto de grapas.</li> <li>- Alta: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Reforzar educación sanitaria sobre administración de HBPM y de la cura de la herida.</li> <li>+ Recomendaciones higiénico-dietéticas.</li> <li>+ Informar de signos de alarma.</li> </ul> </li> </ul>

## ANEXO 4.


**VERIFICACIÓN POSTOPERATORIA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN  
PACIENTE INTERVENIDO DE CIRUGÍA ABDOMINAL**

etiqueta del paciente

Fecha						
Presencia familiar					SI	NO
Confirmación del paciente (correcta) PULSERA: nombre, apellido, # historia clínica, edad)					SI	NO
Confirmación del paciente- TIPO DE INTERVENCIÓN (con la HCl)					SI	NO
Fecha internación:						
Alargos						
Comunicación						
Nivel de consciencia	Consciente	Responde a estímulos verbales		Responde a estímulos dolorosos		
Orientación	Orientado			Desorientado		
Ansia	Tranquilo			Nervioso		
Análisis						
Tipo	General	Intestinal		Entero		
Carácter epitelial	Banda/álbumo		Perforación/álbumo			
	Egación		Correcta		Incorrecta	
	Limpio		SI		NO	
Identificación que contiene:						
Perforación analítica	SI	Cual		Ninguna		
Alteración GGT	Normal	No alterada		Alterada/Localización:		
	Demora	No alterada		Alterada/Localización:		
Exploración						
Rescatado/anastomosis estable	SI	No/NO				
Exploración	Normal	Intentos		No		
Abdomen	Abdomen	Distendido		Tendinoso		
Índice	SI	NO		No		
Agente herida quirúrgica	Limpio			Sucio/No		
Drenajes						
Acceso venoso	Perforación/Localización:			Dist. periférica/Localización:		
	YEP	SI	NO	MEP	SI	NO
SI	Aspiración	Óxido	Purpura	Infarto		
SI	Permeable	No permeable				
Drenajes	Permeable	No permeable		Débito		
	Permeable	No permeable		Débito		
	Permeable	No permeable		Débito		
	Permeable	No permeable		Débito		
	Permeable	No permeable		Débito		
	Permeable	No permeable		Débito		
Ostomías	Ostomía	Permeable		SI		NO
	Ostomía	Permeable		SI		NO
	Ostomía	Permeable		SI		NO
	Ostomía	Débito				
	Ostomía	Débito				
	Ostomía	Débito débil		Débito débil		
	Ostomía	Aspecto				

 \*Integro de Diflex 

\*Información responsable

 \*Aporta al paciente 

 \*No presento

ANEXO 5.



ANEXO 6.



ANEXO 7.

	Desayuno	Comida	Cena	Tentempié	
CP1					Energía total dieta CP1: 800 Kcal Restricción hídrica: Hasta 500 mL/24 h Nutrición parenteral total a dose plena
CP2					Energía total dieta CP2: 1734 Kcal Restricción hídrica: Sin restricción hídrica Nutrición parenteral total: A mitad de dose
CP3					Energía total dieta CP3: 1950 Kcal Restricción hídrica: Sin restricción hídrica Nutrición parenteral total: Sin nutrición parenteral
Blanca 2					Energía total dieta Blanca 2: 2050 Kcal Restricción hídrica: Sin restricción hídrica Nutrición parenteral total: Sin nutrición parenteral

# 8º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía

“La Convivencia de la Ciencia Enfermera”



25, 26 y 27 de Mayo de 2022  
Hotel Santemar- Santander



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



# “UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN LA DEHISCENCIA DE UNA ILEOSTOMÍA FLOTANTE”.

Avila Ranchal, Irene\*; Cañete Cavanillas, Cristobal\*\*; Blanco Álvarez, Ana María\*\*\*

\*Enfermera estomaterapeuta. Área de cirugía del Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

\*\*Enfermero referente de la unidad de colon y esofagogástrico.

\*\*\*Enfermera referente de la Unidad Funcional de Cáncer Colorrectal.

Contacto: iavila@outlook.com

## RESUMEN:

La ileostomía flotante se describe cuando un estoma no está rodeado ni fijo a la piel de la pared abdominal anterior. La aplicación de la Terapia de Presión Negativa en la dehiscencia completa de la inserción mucocutánea de un estoma es poco común ya que esta complicación no es muy frecuente. Saber cómo afrontarla es muy importante debido a que su aparición dificulta la adaptación de los dispositivos de la ostomía, ralentiza la cicatrización de la cavidad dehisciente y consume gran cantidad de recursos, tanto humanos como materiales. El objetivo de presentar este caso clínico es describir los cuidados necesarios a realizar por enfermería cuando se encuentra con esta complicación.

## ABSTRACT:

Floating ileostomy is described when a stoma is not surrounded neither fixed to the anterior abdominal skin. The application of negative pressure therapy in ostomy mucocutaneous insertion's complete dehiscence is scarce, as this complication is not frequent. It is appropriate knowing how to avoid it because this complication hinders the device's adaption to the skin, slows down the dehiscence wound and consume a wide range of humans and material resources. The aim of this clinical case is to standardize the necessary nursing care when this complication is founded.

## PALABRAS CLAVE:

Estomas peritoneales, Ileostomía, terapia de presión negativa, heridas y traumatismos, atención de enfermería.

## KEYWORDS:

Peritoneal stomata, ileostomy, negative-pressurewound therapy, wounds and injuries, nursing cares.

## OBJETIVO/S:

El objetivo principal de presentar este caso clínico es describir los cuidados con terapia de presión negativa en la dehiscencia total de la inserción mucocutánea del estoma que se llevan a cabo por el equipo de enfermería.

## INTRODUCCIÓN:

La ileostomía flotante es una rara complicación de la cirugía tras la realización de una ostomía en la pared abdominal.<sup>1</sup> Se presenta como la desinserción completa de la circunferencia del estoma, que dificulta el manejo del efluente del intestino delgado siendo complicado adherir cualquier tipo de dispositivo en la piel.<sup>2</sup>

La Terapia de Presión Negativa es una buena opción para la cura de heridas complejas en las que es preciso eliminar el exceso de exudado y estimular el crecimiento de tejido de granulación para conseguir cicatrizar la herida. Ayuda a reducir costes sanitarios y disminuye las molestias en los pacientes consiguiendo mayor eficiencia de los cuidados enfermeros.<sup>3,4</sup>

El sistema VAC promueve la curación de las heridas mediante la aplicación de presión negativa, de manera que el uso de niveles controlados de presión subatmosférica y succión controlada acelera la resolución de las mismas favoreciendo la vascularización y el desbridamiento<sup>4</sup>. Este tipo de terapia está indicada en heridas, lesiones y dehiscencias quirúrgicas de grandes dimensiones, elevada complejidad o con un retraso considerable de la cicatrización<sup>4</sup>. Por esa razón, se creyó oportuno utilizar la terapia de presión negativa como mejor opción para la resolución de la complicación del caso que a continuación se expone.

## METODOLOGÍA:

La paciente a tratar tiene una edad de 80 años con comorbilidad asociada (diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia renal crónica y asma severa)

diagnosticada de Enfermedad de Crohn fistulizante y perianal, debut en 2007 con brote grave y pioderma gangrenoso. Portadora de ileostomía terminal y fistula mucosa. En 2014, debido a una eventración encarcerada con isquemia de colon, requirió diversas cirugías urgentes.

El 27/09/2019 acude a Urgencias de su centro de referencia por vómitos, dolor abdominal y ausencia de débito por ileostomía. Tras completar estudio, se diagnostica de una eventración encarcerada que provoca oclusión intestinal candidata a intervención quirúrgica urgente. Dada la necesidad de cama de críticos se traslada al Hospital Universitari de Bellvitge.

El equipo médico referente solicita la valoración por enfermera estomaterapeuta ya que la paciente presenta la ileostomía completamente desinsertada de la piel y con infección de la herida quirúrgica. En una primera valoración, realizada de forma conjunta por parte del equipo médico y la enfermera experta en estomas, se lleva a cabo el desbridamiento de esfacelos, retirada de grapas sobrantes y se coloca un drenaje para lavado.

Ante la dificultad y complejidad del manejo de la herida y del estoma, se solicita la valoración por parte del enfermero clínico de la unidad de colon experto en curas complejas y se discute el caso en sesión clínica de manera multidisciplinar. Finalmente, se decide conjuntamente colocar una VAC (Vacuum Assisted Clousure, KCI Clinic Spain, SL).

En la valoración se observa una gran dehiscencia de la unión mucocutánea del estoma (**Foto 1**) con presencia de un puente de piel y/o tejido desvitalizado entre el estoma y la herida quirúrgica (HQ) con bordes erosionados. Se puede apreciar que los bordes del estoma (de 11 a 3 horas) presentan puntos sueltos y quedan expuestos al exterior sin continuidad con la piel. En relación al lecho de la herida, es dificultoso de visualizar debido a la presencia del abundante esfacelo.

Se precisa realizar un desbridamiento quirúrgico de toda la zona desvitalizada, se extraen las grapas y los puntos sobrantes (**Foto 2**). Estas acciones permiten acceder al lecho de la herida facilitando la limpieza del tejido esfacelado con ayuda del bisturí y posteriormente realizar la cura.

Presenta un tamaño de 9 cm de longitud x 4 cm ancho x 3 cm de profundidad.

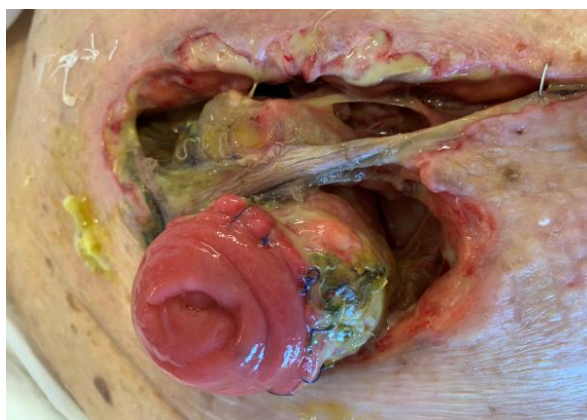


Foto 1



Foto 2

Tras el estudio del caso se decide la colocación de Terapia de presión negativa (TPN) a baja presión, protegiendo el estoma para evitar complicaciones como fistulas. Este tipo de terapia acelera la curación en heridas de grandes dimensiones ya que favorece la vascularización, el desbridamiento, recoge el exudado que genera la misma herida y disminuye la inflamación (3).

Se procede a realizar la cura siguiendo los siguientes pasos:

En el lecho de la herida se produce la descontaminación con la retirada del biofilm presente en todas las heridas realizando fomentos con solución de polhexamida durante 15 minutos (**Foto 3**). Se procede a la colocación de lámina de tul (**Foto 4**) y la protección de la pared del estoma con un colector urológico (**Foto 5**) ya que nos proporciona más seguridad y protección a la hora de evitar fistulas en este tipo de paciente. Se introduce la esponja de poliuretano rellenando la cavidad dehiscente (**Foto 6**) asegurándonos que el colector queda en contacto con ella, y cubriendo



toda la zona con el film de poliuretano adhesivo (**Foto 7**) tras realizar un orificio para pasar la boca de la ostomía. Después es necesario aplicar pasta hidrocoloide para sellar y evitar fugas tras colocar el dispositivo de la ostomía (dos piezas: placa plana y bolsa colectora abierta transparente) (**Foto 8**). Por último, se conecta la esponja de poliuretano al puerto de succión de la TPN a baja presión de 90 mmHg (**Foto 9**).



Foto 3



Foto 4



Foto 5



Foto 6



Foto 7



Foto 8



Foto 9



Foto 10



Foto 11

\*Informar de que las imágenes obtenidas para la realización del caso clínico fueron obtenidas previo consentimiento de la paciente (cumpliendo los criterios definidos en la LOPD 15/1999). Además, los autores declaran no tener ningún conflicto de interés y no se ha recibido ninguna fuente de financiación para la realización del presente artículo.

### CONSIDERACIONES FINALES:

Durante los últimos años, la terapia de vacío se ha convertido en una excelente alternativa terapéutica para el tratamiento de heridas. Gracias a este método no invasivo mediante presiones negativas controladas consigue favorecer la cicatrización en un entorno húmedo y aislado. Las ventajas de este método de curación son que estimula el crecimiento de tejido de granulación, elimina el exceso de líquidos, fluidos y exudados, mejora la calidad de vida de los pacientes y en muchas ocasiones evita una nueva

entrada a quirófano favoreciendo la regeneración tisular y el manejo y el control del efluente del estoma.

La participación de un equipo multidisciplinar permitió abordar una situación postquirúrgica compleja con una mayor garantía de éxito utilizando estrategias que no se habitúan a necesitar en la cura para la dehiscencia de la piel periestomal.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Mahmoud NN, Bleier JIS, Aaron CB, Paulson EC, Shanmugan S, Fry RD. Colon and rectum. Sabiston .Textbook of Surgery. 20th ed. Elsevier; 2017:chap 51
2. Araghizadeh F. Ileostomy, colostomy, and pouches. In: Fieldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016;117
3. Hidalgo Róniga, O et al. Aplicación de la terapia de vacío en el tratamiento de la dehiscencia completa de inserción mucocutánea del estoma. Barcelona. Gerokomos sep 2018; 29 (3) : 1134-928
4. Zanella S, Di Leo A. Use of Vacuum-Assisted Closure in the Management of Colostomy. Surg Infect Case Reports [Internet]. 2016;1(1):165-8. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/crsi.2016.0043>

# NORMAS DE PRESENTACIÓN

## NORMAS DE LA REVISTA DIGITAL SEECIR

### **Conformidad con los requisitos médicos y legales:**

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

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

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

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

### **Proceso editorial:**

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

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

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

# NORMAS DE PRESENTACIÓN

## Presentación de los trabajos

Todos los trabajos presentados deben cumplir con los siguientes requisitos:

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

## Recomendaciones generales:

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

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

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

## Recomendaciones generales de estilo:

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

## Estructura:

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

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

- **Resumen:** Se debe presentar preferiblemente un resumen estructurado que constará de una breve reseña de la introducción, el/los objetivos, la metodología y los resultados. Preferiblemente no debe superar las 300 palabras. Es recomendable (no imprescindible para publicación) la presentación del resumen en inglés (abstract).
- **Palabras clave:** Deben incluir entre 3 y 10 palabras clave. Si es posible las palabras clave deben estar normalizadas según el tesoro Medical Subject Heading (MeSH) o en su versión española (Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS).

## NORMAS DE PRESENTACIÓN

- **Objetivo/s:** Descripción del objetivo u objetivos que pretende conseguir el estudio.
- **Introducción:** Debe incluir el estado actual de conocimiento del tema del trabajo y su contextualización. Esta parte debe ir correctamente referenciada e incluir la justificación y pertinencia del mismo.
- **Metodología:** Debe definir el diseño del estudio, la población y muestra con sus criterios de inclusión y exclusión, las variables estudiadas y el modo en el que han sido medidas, instrumentos de medida y procedimiento detallado de recogida de datos y captación de sujetos. En este apartado se deben incluir los aspectos éticos relativos a cada estudio.
- **Resultados:** La exposición de resultados debe comenzar por la descripción de la muestra y posteriormente, describir los resultados del análisis de las variables.
- **Discusión y conclusiones:** Se deben comparar los resultados expuestos (sin repetirlos) con otros estudios similares y otras líneas de investigación comentando las coincidencias o las discrepancias en los resultados. En las conclusiones de debe incluir si procede las limitaciones del estudio y otras posibles líneas de investigación si las hubiere.
- **Bibliografía:** Incluir todas las referencias bibliográficas consultadas conforme a las normas APA o Vancouver.

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

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

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

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

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

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



se



seecir

sociedad española  
de enfermería en cirugía

## **HAZTE SOCIO**

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

Descuentos en Congresos y Actividades SEECir

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

Acceso a Artículos Completos en [www.seecir.es](http://www.seecir.es)

Acceso a Videotecas Completas en [www.seecir.es](http://www.seecir.es)

Acceso a Recursos de Salusplay y Becas en Masters

Descuento de un 50% en los Cursos de FORMALVIZ

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

