



**CRISIS ASMÁTICA**

**TOSFERINA**

**EL ABORTO. ENTRE LA LEGALIDAD Y LA BIOÉTICA**

**DONACIÓN EN ASISTOLIA**

**TRIAJE EN ENFERMERÍA**

**TUMOR DE WILMS**

**VITAMINA D EN LA SEPSIS**

**Formación Alcalá** no tendrá responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Formación Alcalá tampoco asumirá responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico no mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Formación Alcalá a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de **NPunto** con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, sitio web: [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Protección de datos: Formación Alcalá declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Pedidos y atención al cliente:

Formación Alcalá S.L. C/ Leganitos 15-17. Edificio El Coloso.  
28013 Madrid. ☎ 953 585 330. [info@npunto.es](mailto:info@npunto.es)

## NPunto

**Editada en Alcalá la Real (Jaén) por Formación Alcalá.**

ISSN: 2603-9680

EDITOR: Rafael Ceballos Atienza

EMAIL: [info@npunto.es](mailto:info@npunto.es)

NPunto es una revista científica con revisión que constituye un instrumento útil y necesario para los profesionales de la salud en todos los ámbitos (asistencia, gestión, docencia e investigación) implicados en el cuidado de las personas, las familias y la comunidad. Es la única revista española de enfermería que publica prioritariamente investigación original. Sus objetivos son promover la difusión del conocimiento, potenciar el desarrollo de la evidencia en cuidados y contribuir a la integración de la investigación en la práctica clínica. Estos objetivos se corresponden con las diferentes secciones que integra la revista NPunto: Artículos Originales y Originales breves, Revisiones, Cuidados y Cartas al director. Así mismo, cuenta con la sección Libros recomendados, comentarios de artículos originales de especial interés realizados por expertos, artículos de síntesis de evidencia basadas en revisiones bibliográficas y noticias de interés para los profesionales de la salud.

Contactar

[info@npunto.es](mailto:info@npunto.es)



Formación Alcalá S.L.  
C/ Leganitos 15-17 · Edificio El Coloso · 28013 Madrid  
CIF B23432933  
☎ 953 585 330

Publicación mensual.  
NPunto se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la salud.

## CONSEJO EDITORIAL

### DIRECTOR GENERAL

D. Rafael Ceballos Atienza

### DIRECCIÓN EDITORIAL

D<sup>a</sup>. Esther López Palomino

### EDITORES

D<sup>a</sup>. María del Carmen Lineros Palomo

D. Juan Manuel Espínola Espigares

D. Juan Ramón Ledesma Sola

D<sup>a</sup>. Nuria García Enríquez

D. Carlos Arámburu Iturbide (México)

D<sup>a</sup>. Marta Zamora Pasadas

D. Francisco Javier Muñoz Vela

### SECRETARIA DE REDACCIÓN

D<sup>a</sup> Eva Belén García Morales

## CONSEJO DE REDACCIÓN

### DISEÑO Y MAQUETACIÓN

D<sup>a</sup> Silvia Collado Ceballos

D. Adrián Álvarez Cañete

D<sup>a</sup>. Mercè Aicart Martínez

### CALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

D<sup>a</sup> Ana Belén Lorca Caba

### COMUNICACIÓN SOCIAL

D. Francisco Javier Muñoz Moreno

D. Juan Manuel Ortega Mesa

### REVISIÓN

D<sup>a</sup>. Inmaculada González Funes

D<sup>a</sup>. Andrea Melanie Milena Lucena

### PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

D. Francisco Montes

D. José Jesús Cáliz Pulido



## EDITORIAL

Estamos a las puertas de un periodo estival y de descanso, necesario y a buen seguro que bien ganado a lo largo de todo el año, para volver con renovada energía. Para quienes las inicien en julio, felices vacaciones; para el resto, el reloj va cuenta atrás y ya queda poco.

Pero la actividad docente y de investigación no descansa y la mejor muestra es este nuevo número, el tercero ya dedicado a temas de enorme actualidad e interés.

El manejo de la crisis asmática es un tema principal, donde es imprescindible no solo la instauración adecuada de las familias y de los pacientes en el conocimiento de la enfermedad y del modo óptimo de proceder en cada situación, sino también que todo el personal conozca las pautas de actuación consensuadas y que se ajuste a ellas en su práctica diaria. También aparece un buen trabajo sobre la tosferina, una enfermedad emergente que requiere un diagnóstico clínico preciso. Igualmente un tema bien diferente pero siempre de actualidad, el aborto y las cuestiones legales y éticas, sus métodos y complicaciones, que siempre lleva aparejadas. La donación en asistolia, que profundiza sobre las recomendaciones relativas a la selección de los donantes y a la logística extrahospitalaria. Continúa con un trabajo sobre el triaje por enfermería tanto en España como en Europa. Sigue una revisión acerca del tumor de Wilms, cuyos cuidados postoperatorios son, junto con los preoperatorios y el propio acto quirúrgico, condicionan el éxito del proceso quirúrgico. Y finalizamos con el papel de la vitamina D, la VDBP y los péptidos antimicrobianos en la sepsis.

Para concluir aparece el caso clínico que resultó ganador del **IV Concurso de Casos Clínicos de Enfermería** convocado por Formación Alcalá, entre las más de 300 aportaciones que a buen seguro os resultará de interés y que desde aquí felicitamos a sus autores.

*Rafael Ceballos Atienza,*  
Director **NPunto**

# 1. Crisis asmática

**María Martínez Sela**

Facultativo Especialista en Medicina Interna  
Hospital Universitario Central de Asturias  
minsela@gmail.com

Es imprescindible no solo la instauración adecuada de las familias y de los pacientes en el conocimiento de la enfermedad y del modo óptimo de proceder en cada situación, sino también que todo el personal conozca las pautas de actuación consensuadas y que se ajuste a ellas en su práctica diaria.

Lo primero a definir es qué se considera una agudización asmática. Se entiende ésta como aquella situación aguda de empeoramiento progresivo de síntomas respiratorios incluyendo disnea, tos, sibilancias y opresión torácica, aislados o combinados entre sí, asociados generalmente a signos de dificultad respiratoria (taquipnea, tiraje).

En los servicios de urgencias, las crisis asmáticas constituyen una causa frecuente de consulta y su manejo forma parte del quehacer diario de sus profesionales.

Diversos estudios muestran como, aunque muchas de las actuaciones profesionales detectadas en los servicios de urgencias son acordes con una buena práctica clínica, hay ciertos aspectos en los que el abordaje es discordante entre los diferentes profesionales. Estas diferencias hacen referencia a la heterogeneidad, tanto en el uso rutinario de escalas de gravedad en la valoración de la crisis asmática como en el tipo de escala de valoración utilizada.

A pesar de la elevada presión asistencial de la época en que concurren las reagudizaciones asmáticas, muchos estudios ponen de manifiesto que la visita al servicio de urgencias es una ocasión que solo algunos profesionales aprovechan para revisar el control de la enfermedad y su tratamiento de base.

La educación en asma es fundamental, todos los profesionales encargados de la asistencia a niños con asma deben participar en el proceso educativo. El pediatra y la enfermera de atención primaria son, por su accesibilidad y confianza, los profesionales mejor situados en la educación del niño asmático y su familia.

Los médicos de Atención Primaria tienen el deber de estar formados y actualizados en la primera atención ante la patología grave en pediatría. Eso es, si cabe, todavía más importante si trabajan en centros de salud alejados de los centros hospitalarios o en centros pequeños, sin presencia de pediatra.

Ante las situaciones graves es prioritario reconocer la gravedad y saber qué hacer, más que llegar a un diagnóstico preciso o casual, y ello solo se consigue con formación y entrenamiento.

El triángulo de evaluación pediátrica (TEP) es un instrumento sencillo, rápido y muy útil que sirve para evaluar, priorizar y orientar por dónde hay que empezar ante las situaciones urgentes en la atención pediátrica. Es muy útil y aplicable

frente a cualquier motivo de consulta pediátrica urgente, también en el ámbito de la Atención Primaria.

Para su aplicación solo se precisa de una observación atenta y sistemática. No se requiere ningún instrumento (ni fonendoscopio, ni pulsioxímetro, ni termómetro, etc.). Y, por lo tanto, es fácil de utilizar, tanto por personal médico como por personal de enfermería. Es válido para todas las edades pediátricas y para cualquier motivo de consulta. El tiempo que se necesita para la evaluación completa y rigurosa es inferior a medio minuto.

Su uso se basa en la valoración de tres aspectos: apariencia, respiración y circulación.



**Figura 1.** Triángulo de evaluación pediátrica.

El TEP se debe complementar con la toma de constantes y la exploración sistemática frente a situaciones graves (AB-CDE) que permitirán modificar o añadir prioridades.

Las constantes que se deben tomar (todas o algunas según el caso) son: temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno capilar y glucemia capilar.

## **Criterios de derivación**

### *Criterios de derivación a Urgencias*

- Dificultad para el siguiente de una crisis.
- FEV1 menor del 50% del teórico.
- Inicio o empeoramiento rápido de una crisis.
- Antecedentes de ingresos en UCI por asma.
- Signos y síntomas de gravedad.
- Pacientes con asma inestable.

### *Criterios de derivación a atención especializada*

- Diagnóstico no claro o dudoso.
- Sospecha de asma ocupacional.
- Dificultad respiratoria persistente no episódica, o sin asociarse a sibilancias.
- No respuesta al tratamiento pese al buen cumplimiento, con técnicas inhalatorias adecuadas.

- Antecedentes de asma de riesgo vital o inestable (antecedentes de ingresos en UCI, visitas a urgencias, dependencia de corticosteroides, comorbilidad importante).

#### Criterios de hospitalización

La decisión de ingresar al niño con agudización del asma debe hacerse de forma individualizada, valorando la duración y gravedad de los síntomas, las pruebas funcionales si se dispone de ellas, las características de las crisis previas, la facilidad de acceso al hospital y las condiciones familiares y ambientales.

El ingreso hospitalario debe de considerarse cuando la exacerbación de asma posea alguna de las *características* siguientes:

- Hipoxemia (saturación de oxígeno < 94% de forma mantenida) tras recibir tratamiento de rescate.
- Crisis grave, incluso con respuesta completa al tratamiento inicial administrado en el Servicio de Urgencias del Hospital, valorar ingreso en HCE de acuerdo a las condiciones personales y familiares.
- Crisis moderada o grave con respuesta incompleta o pobre al tratamiento inicial administrado en el Servicio de Urgencias del Hospital.
- Crisis moderada o grave de curso prolongado, que haya motivado la asistencia médica en las 24 horas previas, especialmente en el Servicio de Urgencias.
- Crisis en niños con historia de asma grave o que presenten factores de riesgo para la muerte relacionada con asma, aún con buena respuesta, valorar ingreso en HCE para observación y monitorización.
- Crisis de cualquier intensidad en niños en los que existan dudas justificadas sobre la cumplimentación del tratamiento en régimen ambulatorio.
- Crisis de intensidad moderada en niños con dificultad de acceso a la asistencia médica desde su domicilio.
- Pacientes con patología asociada cardio-respiratoria fundamentalmente, pero no exclusiva, de suficiente entidad asociada que empeore su pronóstico.
- En caso de complicaciones sobreañadidas (fuga de aire, sepsis,...) que por sí mismas indiquen el ingreso hospitalario.

#### Criterios de ingreso en UCIP

- Crisis grave que no responde de forma adecuada al tratamiento broncodilatador y antiinflamatorio intensivo (broncodilatadores cada < 2 horas + corticoide intravenoso con persistencia de dificultad respiratoria).
- Hipoxemia mantenida a pesar de oxigenoterapia adecuada (Sat O<sub>2</sub> < 92% a pesar de FiO<sub>2</sub> 50%).
- Hipercapnia moderada: pCO<sub>2</sub> > 50 mmHg.
- Alteración del nivel de conciencia.

- Bradicardia o parada cardiorespiratoria inminente o taquicardia (> 200 lpm) persistente.
- Necesidad de ventilación mecánica asistida, invasiva o no invasiva de acuerdo a los criterios actualmente vigentes en esta Unidad.

#### Criterios de derivación hospitalaria desde Atención Primaria (3)

- Crisis graves.
- Crisis moderadas asociadas a respuesta incompleta (valoración individual).
- Crisis moderadas con mala respuesta al tratamiento.
- Crisis moderadas asociadas a factores de asma de riesgo vital.
- Ausencia de medios necesarios para el tratamiento adecuado de la crisis, bien en el centro de salud o posteriormente en el domicilio.

#### Criterios de alta domiciliaria desde el Hospital

- Score clínico leve-moderado con tratamiento.
- No requerimiento de oxígeno suplementario.
- Régimen de tratamiento que se adapte al domicilio (β<sub>2</sub> inhalados cada > 3 horas, corticoides orales,...).
- Si es capaz de colaborar para hacer una espirometría, que el FEV<sub>1</sub> sea > 70%.
- Educación del asma completada (medio socio-cultural favorable).
- Fácil accesibilidad al seguimiento médico posterior.

Existe una escala denominada Pediatric Dyspnea Scale que parece ser útil para predecir la evolución tras el alta domiciliaria y puede ser un mejor indicador que la función pulmonar. A cada paciente se le pregunta cuanta dificultad tiene para respirar, escogiendo una determinada imagen.

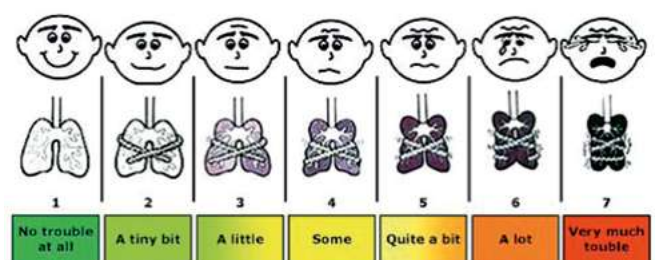


Figura 2. Pediatric Dyspnea Scale.

Una puntuación superior al 2 es considerado como un predictor de mal pronóstico.

#### Criterios de alta al domicilio desde el centro de salud

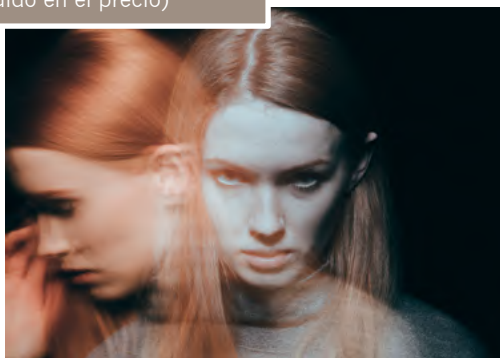
Los pacientes que responden favorablemente a la pauta de rescate en el Centro de Salud pueden continuar en su

domicilio el tratamiento (detallado por escrito) consistente en el uso frecuente de un broncodilatador agonista- $\beta$ 2 inhalado, asociado (si es preciso) a un ciclo corto de un corticoide oral.

- Antes de decidir el traslado del niño a su domicilio es necesario:
- Identificar y evitar (si es posible) el desencadenante que precipitó la crisis.
- Revisar la técnica de inhalación de la medicación y de la determinación del FEM (si lo utiliza en su domicilio).
- Repasar (o modificar) el plan de acción para la crisis.
- aconsejar la supervisión médica en las próximas 24 horas en caso de crisis moderada.
- Revisar el tratamiento de mantenimiento, ajustándolo al grado de control del asma y recomendar firmemente la necesidad de la adherencia al mismo y del seguimiento regular del asma.

#### + Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



610€  
PRECIO  
ESPECIAL

750  
HORAS  
30  
ECTS

### Experto universitario en psicopatología y trastornos mentales para enfermería

Edición: 1ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 429 Preguntas tipo test, 5 Supuestos y Tesina de investigación



Universidad Europea  
Miguel de Cervantes

Solicita información  
y consulta todas  
nuestras categorías  
profesionales

formacionalcala • es

## 2. Tosferina

### Laura Granda Berridi

Enfermera Especialista en enfermería obstétrico-ginecológica  
Matrona en Atención Primaria en Servicio de Salud del  
Principado de Asturias (SESPA)  
laura\_gb@live.com

El diagnóstico de la tos ferina se basa en la clínica y en las pruebas de laboratorio (cultivo, reacción en cadena de polimerasa (PCR) y serología).

### Diagnóstico clínico

El diagnóstico de la tos ferina en ocasiones es difícil, ya que sus manifestaciones clínicas no siempre son patognomónicas, hay una gran heterogeneidad de los síntomas (sobre todo en los adolescentes y los adultos), la inmunización previa modifica el curso de la enfermedad, son frecuentes las infecciones mixtas y el grado de sospecha entre los médicos sigue siendo bajo. No obstante, hay una serie de síntomas clásicos en los lactantes y niños en particular en los no vacunados, que suelen presentarse en 3 fases diferenciadas: catarral o prodrómica, paroxística o de estado, y convalecencia.

Algunos organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos, entre otros, han publicado definiciones de caso estandarizadas para facilitar el grado de sospecha, aunque no son lo suficientemente sensibles y específicas como para conseguir una aceptable detección de los casos (en especial entre los adultos), y su uso ha sido más epidemiológico, o con fines de investigación, que clínico. La definición de caso de tos ferina con fines de vigilancia epidemiológica es similar según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centers for Diseases Control and Prevention (CDC).

La OMS define caso clínico como el individuo que presenta tos de al menos 2 semanas de duración y al menos uno de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio, vómito tras la tos sin otra causa aparente; y como caso confirmado al individuo que cumpla con la definición de caso clínico en combinación con al menos uno de los siguientes resultados de laboratorio: aislamiento de *B. pertussis* en cultivo, detección de secuencia genómica por PCR o dos serologías positivas.

La definición de caso clínico para el CDC es similar; presencia de tos con una duración de dos semanas con un solo

**Tabla 1.** Clasificación de los casos Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

|                 |   |
|-----------------|---|
| Caso sospechoso | Persona que cumple los criterios clínicos   |
| Caso probable   | Persona que cumple los criterios clínicos y tiene vínculo epidemiológico con un caso confirmado |
| Caso confirmado | Persona que cumple los criterios clínicos y de laboratorio                                      |

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos de tos ferina (según los CDC de Atlanta).<sup>8</sup>

|  |   |
|--|---|
| <i>Diagnóstico clínico</i>   | Tos de duración mayor de 2 semanas, más uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tos paroxística</li> <li>• Gallo inspiratorio</li> <li>• Vómito tras los accesos de tos sin otra causa aparente</li> </ul>  |
| <i>Diagnóstico microbiológico</i><br>(en muestra de origen nasofaríngeo) | Posibilidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aislamiento de <i>Bordetella pertussis</i></li> <li>• Reacción en cadena de la polimerasa positiva</li> </ul>   |
| <i>Caso probable</i>   | Caso que cumple los criterios de diagnóstico clínico, pero no se ha podido demostrar microbiológicamente a un caso definitivo.  |
| <i>Caso confirmado</i>   | Posibilidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier cuadro respiratorio con cultivo positivo para <i>Bordetella pertussis</i></li> <li>• Cualquier cuadro que cumple los criterios de diagnóstico clínico, con PCR positiva por <i>Bordetella pertussis</i> o asociación epidemiológica a un caso con diagnóstico microbiológico</li> </ul> |

signo clásico de pertussis (tos paroxística, gallo inspiratorio emesis pos-tusiva), sin otra causa aparente. Pero en el caso de caso confirmado no incluye la serología como prueba diagnóstica y considera el contacto con un caso confirmado de tos ferina mediante cultivo. Aunque la definición de caso clínico de los CDC incluye al menos uno de los signos clásicos antes mencionados, un reciente metaanálisis encontró que la presencia o ausencia de signos clásicos aislados sólo puede predecir el diagnóstico de forma modesta comparando la probabilidad de diagnóstico confirmado a través de laboratorio. Por lo tanto, los médicos no pueden confiar únicamente en la definición de caso clínico para la confirmación de la infección. El CDC indica que para el diagnóstico de tos ferina, es decir, caso confirmado, requiere los síntomas para definir caso clínico más la exposición a un caso confirmado por laboratorio (tablas 6 y 7).

Los pacientes que cumplen con la definición clínica, pero que no pueden estar vinculados a un caso confirmado se considera que tienen un caso "probable" de tos ferina.

### **Diagnóstico de laboratorio**

El hallazgo más característico en los niños pequeños, aunque no siempre presente, es la leucocitosis debida a una linfocitosis absoluta que se produce en las fases catarrales tardías y paroxísticas. Su sensibilidad es del 88-89% y la especificidad del 55-75%. La cifra absoluta de leucocitos puede oscilar entre 15.000 y 100.000 células/mm<sup>3</sup>, en función de la gravedad del cuadro, siendo más frecuente en los niños no vacunados. Otras características que se pueden detectar son trombocitosis con recuentos superiores a un millón e hipoglucemias.

### **Diagnóstico microbiológico**

Las pruebas microbiológicas son la piedra angular del diagnóstico de confirmación de la tos ferina. La sensibilidad y la especificidad de los distintos métodos (tabla 8) depende de diversos factores: edad, exposición anterior a la bacteria, administración previa de antibióticos, inmunización recibida, fase y duración de la enfermedad, tipo de laboratorio, calidad de la muestra y su correcto y rápido transporte y procesamiento.

### **Cultivo**

El cultivo ha sido durante mucho tiempo la prueba de elección (gold standard) para el diagnóstico de pacientes con sospecha de tos ferina. La prueba es altamente específica (100%) y, si es positivo, permite determinar las pruebas de sensibilidad a los antibióticos. Sin embargo, en *B. pertussis* es difícil conseguir el crecimiento en cultivo, lo que implica una baja sensibilidad (50-70%) de la prueba (muy influenciada por la calidad de la toma), la tardanza de los resultados (7-10 días) y el uso de antibióticos o la inmunización previa puede limitar aún más el rendimiento de cultivo.

Para maximizar la sensibilidad es esencial una adecuada. Debe obtenerse de la parte alta del tacto respiratorio, de la nasofaringe, zona con epitelio ciliado (no de la garganta o zona anterior de la nariz) mediante frotis o mediante aspirado nasofaríngeo. Debe hacerse con un escobillón de Dacron, ya que los de algodón o rayón por su contenido en ácidos grasos, destruyen el microorganismo y los de alginato cálcico impiden la realización del análisis de la PCR. La técnica de obtención de muestra mediante aspirado nasofaríngeo es similar pero requiere de personal entrenado. La muestra tiene que ser procesada en 4-6 horas y para PCR hasta 48 horas desde su recogida.

### **Reacción en cadena de la polimerasa**

Es el test más utilizado para el diagnóstico de tos ferina. Tiene una alta sensibilidad (70-99%) y especificidad (88-94%) pero necesita ser optimizado y estandarizado, ya que su sensibilidad depende del proceso de recogida de la muestra y de su procesamiento.

La PCR se puede utilizar para detectar el ADN de la tosferina y otra infección por *Bordetella* especies, y tiene la ventaja de que los resultados pueden estar disponibles rápidamente en pacientes que presentan la infección de forma atípica, vacunados, en etapas más avanzadas de la enfermedad que el cultivo (hasta 4 semanas desde el inicio) y que hayan recibido antibiótico. El uso de PCR aumenta la detección de tos ferina en un 19% en comparación con el cultivo solo. Las muestras para la prueba de PCR se recogen de manera similar al cultivo.

**Inmunofluorescencia directa (ID) en muestra nasofaríngea**

Es una prueba más rápida y eficaz capaz de detectar cantidades muy pequeñas de ácido nucleico, lo que aumenta su sensibilidad, pero al igual que el método PCR tradicional necesita estandarizarse, por lo que no se acepta como método diagnóstico de tos pertusoides.

El momento de la recogida de la muestra es muy importante; si se recoge al inicio de la enfermedad (hasta 3 semanas del inicio de la tos) el cultivo y la PCR presentan mayor especificidad, pero el avance de la enfermedad disminuyen la utilidad del cultivo y la PCR.

Con frecuencia los pacientes adultos acuden a la consulta médica en etapa tardía de la infección, cuando estas pruebas resultan falsamente negativas. La serología es más útil en el diagnóstico en las etapas finales (después de 3 semanas de la tos) (Figura 10).

**Serología**

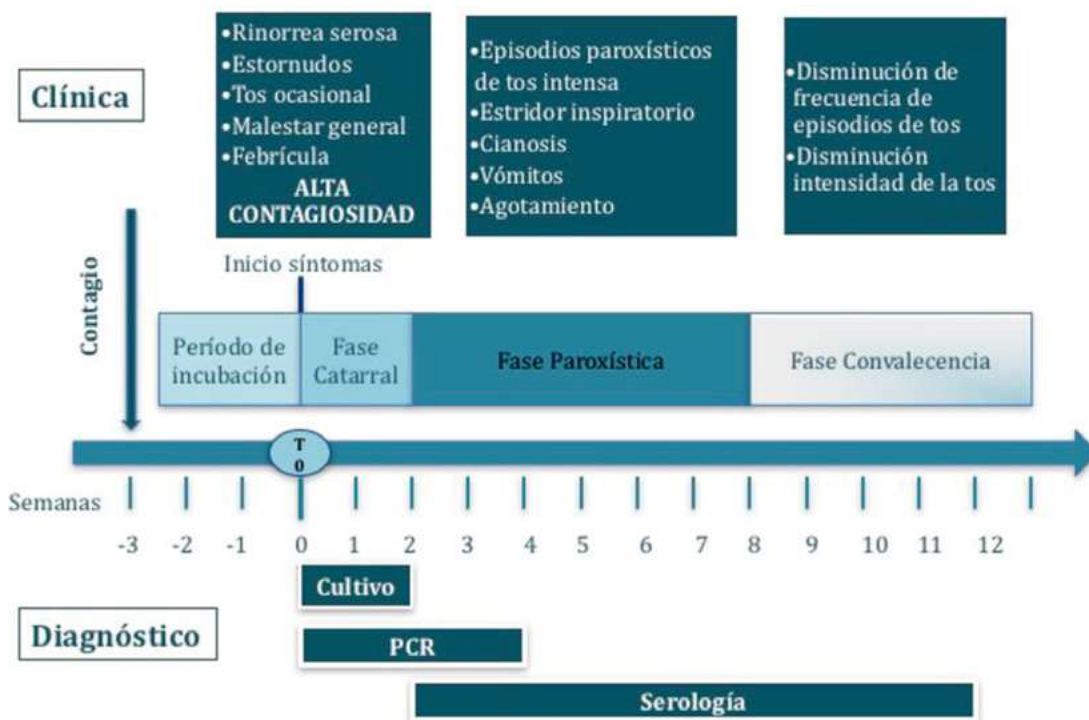
Los métodos de ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas) permiten detectar anticuerpos frente a diferentes antígenos de *Bordetella*. En general las clases de anticuerpos más utilizadas con fines diagnósticos son IgG e IgA. Los anticuerpos IgM parecen carecer de especificidad. Una ventaja teórica de la detección de IgA radica en que estos anticuerpos escasamente aparecen tras la vacunación. Sin embargo, su sensibilidad es menor que la de la detección de IgG.

Los métodos de ELISA son ideales para la realización de estudios epidemiológicos. Su principal desventaja es la ausencia de un marcador serológico que pueda distinguir absolu-

tamente entre la respuesta a la vacunación de la respuesta a la infección y el hecho de que se desconozca el nivel de anticuerpos definitivamente relacionado con la inmunidad por lo que los pacientes que hayan sido vacunados en los 12-18 meses anteriores deben quedar excluidos de la realización de esta determinación. El diagnóstico de casos esporádicos se basa en la titulación en una única muestra de suero (títulos elevados respecto a la población general), con sensibilidad y especificidad próximos al 90%. Esta estrategia es especialmente apta para el diagnóstico de niños mayores de un año, adolescentes y adultos. En recién nacidos pueden surgir problemas por la interferencia de los anticuerpos maternos. En esta situación se ha aplicado la comparación de los títulos entre los lactantes y sus madres. La serología puede resultar especialmente útil tras el tratamiento antibiótico y cuando el cultivo y PCR no se encuentren disponibles o aporten resultados negativos.

Se han evaluado la sensibilidad y la especificidad de diferentes kits y los resultados fueron muy variables. Los test que mejores resultados obtuvieron son los que utilizan IgG anti-PT. No existe acuerdo sobre el valor de corte para determinar un resultado positivo. El laboratorio de referencia de la Unión Europea sugiere un valor entre 65 y 125 UI/ml y que representa una sensibilidad del 70-80% y una especificidad del 95 a 99%.

La elección del método diagnóstico depende de la edad del paciente, su estado inmunológico y de la fase de la enfermedad en que se encuentre: la PCR y/o el cultivo debería realizarse en neonatos, niños, adolescentes y adultos con tos de menos de 2 semanas de duración (fase catarral); la PCR y el título de IgG anti-TP debería ser suficiente si la tos dura más de 2-3 semanas.



**Figura 1.** Progresión de las fases clínicas de la tos ferina y momento óptimo de realización de las pruebas diagnósticas. Modificado de CDC 2013 ([http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl\\_10803\\_399576/mifc1de1.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_399576/mifc1de1.pdf))



Tabla 3. Diagnóstico de la infección por Bordetella pertussis.

|                     | Sensibilidad | Especificidad | Ventajas   | Inconvenientes  |
|---------------------|--------------|---------------|--|---|
| Diagnóstico clínico | +            | ++            | Rápido   | Baja sensibilidad en la era vacunal por la mayor proporción de casos atípicos y leves.<br>Depende de la experiencia clínica (subjetividad)  |
| Cultivo             | ++           | ++++          | Estandarizado<br>Posibilidad de tipificación molecular de la cepa<br>Posibilidad de estudios de sensibilidad             | Sensibilidad y especificidad variables<br>Necesidad de transporte y procesamiento rápidos<br>Necesidad de medios de cultivo específicos<br>Largo tiempo de incubación (7-14 días) |
| PCR                 | +++          | +++           | Rapidez (mayor que el cultivo)<br>No requiere que la bacteria está viva (puede usarse en fases tardías de la enfermedad) | Posibilidad de falsos positivos (riesgo de contaminación)<br>No estandarizada comercialmente<br>No disponible en todos los laboratorios<br>Coste                                  |
| IFD                 | +            | +++           | Rápida y fácil<br>No requiere que la bacteria está viva (puede usarse en fases tardías de la enfermedad)                 | Sensibilidad y especificidad variables<br>Reacción cruzada con otras bacterias<br>Necesidad de personal entrenado y experimentado   |
| Serología (ELISA)   | +++          | ++++          | Fácil<br>Permite el diagnóstico en fases muy tardías de la enfermedad (convalecencia)                                    | Sólo útil en cuadros de más de 2-3 días de evolución<br>Interferencia con anticuerpos vacunales<br>Difícil interpretación de los resultados<br>No estandarizada comercialmente    |

## + Publicación Tesina

(Incluido en el precio)

850€  
PRECIO  
ESPECIAL1000  
HORAS  
40  
ECTS

## + Publicación Tesina

(Incluido en el precio)

850€  
PRECIO  
ESPECIAL1000  
HORAS  
40  
ECTS

## Máster en Accidentes de Tráfico

Edición: 57ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 696 Preguntas tipo test, 34 Supuestos y Tesina de investigación

## Máster en flebología y linfología

Edición: 1ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 225 Preguntas tipo test, 20 Supuestos y Tesina de investigación

### 3. El aborto. Entre la legalidad y la bioética

#### Laura Granda Berridi

Enfermera Especialista en enfermería obstétrico-ginecológica  
Matrona en Atención Primaria en Servicio de Salud del  
Principado de Asturias (SESPA)  
laura\_gb@live.com

#### Métodos y complicaciones del aborto

En ausencia de una enfermedad importante en la mujer, el aborto no requiere hospitalización.

Sin embargo, si se hace de forma ambulatoria se debe contar con un equipo para realizar una reanimación cardiovascular y traslado inmediato a un hospital en caso necesario.

Los métodos de aborto más adecuados difieren según la duración del embarazo:

- **Métodos que pueden aplicarse hasta las 12 o 14 semanas desde la fecha de la última menstruación:** Los métodos recomendados son la aspiración de vacío manual o eléctrica, o los métodos médicos que utilizan una combinación de mifepristona seguida de misoprostol.
- **Métodos que pueden aplicarse después de las 12 o 14 semanas desde la fecha de la última menstruación:** El método quirúrgico recomendado es la D y E, aplicando aspiración de vacío y pinzas. El método médico recomendado para el aborto después de las 12 semanas desde la FUM es la mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol.

#### 1. Métodos quirúrgicos de aborto

El tratamiento quirúrgico del aborto se basa en las técnicas de legrado o por aspiración:

- Aspiración de vacío:** La técnica quirúrgica recomendada para el aborto de un embarazo de menos de 15 semanas de gestación es la aspiración de vacío. La aspiración de vacío involucra la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal unida a una fuente de vacío. Según la duración del embarazo, el aborto mediante aspiración de vacío lleva entre 3 y 10 minutos y puede realizarse de manera ambulatoria, utilizando analgésicos o anestesia local. La aspiración de vacío es un procedimiento muy seguro.
- Dilatación y evacuación:** La D y E se aplica después de las 12 o 14 semanas de embarazo. En aquellos lugares donde se dispone de profesionales con experiencia y capacitados es la técnica quirúrgica más eficaz y segura para embarazos avanzados.
- Otros métodos quirúrgicos de aborto para embarazos avanzados:** No deben utilizarse las cirugías mayores como métodos principales para un aborto. La histerectomía no tiene indicación en la práctica abortiva contemporánea, dado que su morbilidad y costos son marcadamente más altos que los de la D y E u otros métodos médicos de aborto. De igual modo, la histerectomía solo debe

utilizarse en mujeres con afecciones que justifiquen la operación en forma independiente.

#### 2. Métodos médicos de aborto

Se ha demostrado que los métodos médicos de aborto son seguros y eficaces.

- Los más utilizados se basan en el antiprogéstágeno, *mifepristona*, que se une a los receptores de progesterona e inhibe la acción de la progesterona y, por ende, interfiere con la continuación del embarazo. Los métodos de tratamiento médico conllevan una dosis inicial de mifepristona seguida de la administración de un análogo sintético de la prostaglandina, en general el *misoprostol*, que aumenta las contracciones uterinas y ayuda a despedir el producto de la concepción. Los efectos de los métodos médicos de aborto son similares a aquellos asociados con un aborto espontáneo e incluyen espasmos y hemorragia similar a una menstruación prolongada.
- El *metotrexato*, un fármaco citotóxico utilizado para tratar ciertos tipos de cáncer, la artritis reumatoide, la psoriasis y otras afecciones, ha sido utilizado en combinación con el *misoprostol* como un método médico para abortos tempranos (con una edad gestacional de hasta 7 semanas) en algunos países donde no se dispone de mifepristona. Cuando se combina con misoprostol, es eficaz.

#### 3. Inducción de la muerte fetal antes del procedimiento

Cuando se utilizan métodos médicos de aborto después de las 20 semanas de gestación, debe considerarse la inducción de la muerte fetal antes del procedimiento. Los métodos médicos modernos, como la combinación de regímenes de mifepristona y misoprostol o misoprostol solo, no producen directamente la muerte del feto; la incidencia de sobrevida transitoria del feto después de la expulsión está relacionada con el aumento de la edad gestacional y la disminución del intervalo del aborto. Entre los regímenes utilizados frecuentemente previo al procedimiento para inducir la muerte del feto se incluyen:

- Inyección de KCl a través del cordón umbilical o en las cavidades cardíacas del feto.
- Inyección intraamniótica o intrafetal de digoxina.

#### Complicaciones

Cuando el aborto es realizado por personal debidamente capacitado en condiciones médicas modernas, es sumamente raro que se produzcan complicaciones y el riesgo de muerte es insignificante. Las instalaciones y las habilidades necesarias para el manejo de las complicaciones de un aborto son similares a aquellas necesarias para el tratamiento de una mujer que ha tenido un aborto espontáneo.

- **Continuación del embarazo:** Es posible que el aborto fracase y el embarazo continúe en las mujeres sometidas a un aborto quirúrgico o médico, si bien es más frecuente después de los procedimientos médicos.
  - » **Aborto incompleto:** los síntomas frecuentes incluyen hemorragia vaginal y dolor abdominal, y es posible que haya signos de infección.

- » **Hemorragia:** la hemorragia puede ser resultado de la retención del producto de la concepción, un traumatismo o daño del cuello uterino, una coagulopatía o, en forma aislada, la perforación del útero. La cuantía de la hemorragia es muy variable, pudiendo en casos extremos conducir a un cuadro de shock.
- » **Infección:** las infecciones raramente ocurren si el aborto se llevó a cabo apropiadamente. Sin embargo, el tracto genital es más sensible a las infecciones ascendentes cuando el cuello del útero está dilatado después de un aborto o parto. Los signos y síntomas frecuentes de infección incluyen fiebre o escalofríos, secreción vaginal o del cuello del útero con olor fétido, dolor abdominal o pélvico, oligometrorragia o hemorragia vaginal prolongada, sensibilidad uterina o un recuento alto de glóbulos blancos. No existe evidencia acerca de que un tratamiento antibiótico profiláctico durante un aborto médico elimine estos índices de casos mortales de infección seria; por lo tanto, no se recomienda la administración de antibióticos como profilaxis a las mujeres sometidas a un aborto médico.
- » **Coagulación intravascular diseminada (CID):** aunque es muy infrecuente ha de ser tenida en cuenta especialmente en los abortos sépticos con shock séptico y en casos de instilación intrauterina de soluciones hipertónicas.
- » **Perforación del útero:** por lo general, la perforación del útero no se detecta y se resuelve sin necesidad de intervenir. Es infrecuente y se ve favorecida por la inexperiencia del cirujano. Cuando se sospecha una perforación del útero, la observación y el uso de antibióticos pueden ser lo único que se necesita.
- » **Síndrome de Asherman (sinequias uterinas):** el 60% de esta patología es secundaria a un legrado, disminuye el riesgo a través de maniobras suaves en el procedimiento y eligiendo la técnica por aspirado en vez de curetaje quirúrgico.
- » **Complicaciones relacionadas con la anestesia:** la anestesia local es más segura que la anestesia general. En los lugares donde se utilicen narcóticos, es necesario disponer fácilmente de agentes que reviertan el efecto de estos.
- » **Ruptura del útero:** la ruptura del útero es una complicación aislada. Está asociada con una edad gestacional tardía y con la cicatrización uterina, pero también se ha informado en mujeres que no presentaban estos factores de riesgo.
- » **Mortalidad materna:** el aborto legal realizado por un ginecólogo preparado durante los dos primeros meses de embarazo tiene una mortalidad de 1 por 100 000 procedimientos. El riesgo relativo de mortalidad se duplica cada dos semanas después de las ocho semanas de gestación.
- **Salud en embarazos futuros:** la información sobre la salud reproductiva posterior es limitada parece no aumentar el riesgo de infertilidad o de embarazos ectópicos aunque existen datos que apuntan a la existencia de peores resultados obstétricos en mujeres con abortos provocados como 1,5 veces más partos prematuros, placenta previa tras abortos con legra cortante.

### Complicaciones psicológicas

- **En la mujer:**
  - » Baja autoestima personal al destruir a su propio hijo.
  - » Frigidez.
  - » Aversión hacia la pareja.
  - » Culpabilidad o frustración de su instinto maternal.
  - » Desórdenes nerviosos, insomnio, neurosis diversas.
  - » Aparición de enfermedades psicopáticas.
  - » Depresiones.
  - » Puede llegar al suicidio.
- **En el hombre:**
  - » En sentimientos de depresión.
  - » Frustración.
  - » Culpabilidad.
  - » Impotencia.
  - » Promiscuidad.
  - » Deterioro de las relaciones conyugales.
  - » Divorcio.
- **Sobre otros miembros de la familia:**
  - » Problemas con otros hijos por el ánimo de la madre que sufre.
  - » Agresividad, huida del hogar de los hijos, miedo de estos a la separación de los padres, sensación de que la madre solo se ocupa de su propia vida.

+ **Publicación Tesina**

(Incluido en el precio)



**850€**  
PRECIO  
ESPECIAL

**1000**  
HORAS

**40**  
ECTS

## Máster en Pediatría y Neonatología

Edición: 60ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 200 Preguntas tipo test, 45 Supuestos y Tesina de investigación

universidad  
**SANJORGE**  
GRUPO SANVALERO

formacionalcala • es

## 4. Donación en asistolia

### Idoia Lazcano Zubeldia

Enfermera del Servicio de urgencias Extrahospitalarias del Servicio Navarro de Salud  
ilazkano88@gmail.com

#### Criterios de selección del posible donante

- Edad entre 1 y 55 años (ampliable según estudios viabilidad y para donación de tejidos).
- Tiempo desde PCR hasta inicio de Soporte Vital Avanzado (SVA) (tiempo de parada) menor de 15 minutos.
- Constatación de cese irreversible de la función circulatoria y respiratoria tras mantenimiento de las maniobras de RCP avanzada al menos durante 30 minutos.
- Tiempo desde PCR hasta llegada al hospital menor de 120 minutos. El tiempo de isquemia caliente máximo en la actualidad es de 150 minutos, pero en el medio extrahospitalario debe ser 30 minutos menos, ya que esos minutos son los necesarios para la transferencia hospitalaria y la canulación.
- Causa de muerte conocida o sospechada.
- Ausencia de aspecto externo indicativo de adicción a drogas por vía parenteral.
- Ausencia de lesiones sangrantes en tórax y abdomen (si bien la existencia de lesiones en abdomen puede no contraindicar la extracción pulmonar).
- Ausencia de infecciones sistémicas o enfermedades neoplásicas que constituyan una contraindicación para la donación de órganos.

#### Protocolo operativo ante un posible donante

- Alerta desde el lugar donde se está realizando el proceso asistencial de intento de reanimación del potencial donante al centro hospitalario de referencia y al coordinador de trasplantes (CT) de guardia.
- Constatación de los criterios de inclusión in situ como potencial donante de órganos en asistolia y primera comprobación del tiempo de asistolia y RCP.
- Intubación con el tubo orotraqueal de mayor calibre posible. Ventilación con FiO<sub>2</sub> de 1 y frecuencia ventilatoria de 15 por minuto.
- Masaje cardiaco externo durante todo el traslado, con una frecuencia de 100 compresiones por minuto.
- Colocación de acceso venoso de elección antecubital y perfusión de fluidos (coloides, cristaloides y expansores de plasma). Evitar la sobrehidratación y no administrar fármacos.
- Hemostasia sobre las lesiones sangrantes.
- Otras medidas terapéuticas si procede (colocación de drenajes pleurales, canalización de vías venosas centrales, etc.).

- Activación del procedimiento por el coordinador de trasplantes hospitalario, aceptando el traslado del potencial donante al servicio de urgencias. Aviso a todos los miembros del equipo de trasplantes.
- Aviso a los servicios de urgencias y medicina intensiva del hospital receptor de la inminente llegada del potencial donante.
- Transporte hasta el hospital en ambulancia a velocidad constante (40-50 km/h), evitando aceleraciones y desaceleraciones.
- Transmisión de la siguiente información al personal hospitalario sobre el potencial donante:
  - » Nombre y apellidos, edad y sexo.
  - » Familiares más cercanos y contacto de los mismos.
  - » Tiempos:
    - \* Hora exacta de la PCR
    - \* Hora de inicio de las maniobras de RCP
    - \* Hora de transferencia al hospital
  - » Antecedentes personales (si se conocen).
  - » Causa de la PCR.
  - » Posibles lesiones hemorrágicas.
  - » Accesos venosos.
  - » Estado del tubo endotraqueal (presencia de sangre o restos).
  - » Analítica de gases.
  - » Test de drogas. Tira reactiva de VIH (si disponibles).
  - » ECO Fast (si disponible).
  - » Uso de cardiocompresores mecánicos.

#### Recursos básicos humanos, materiales y de logística necesarios para implantar el programa de donación en asistolia

- Nivel básico de aplicación del procedimiento:
  - » Ambulancias de SVA y/o helicópteros, con el equipamiento de electromedicina, medicación y material necesario para reanimación.
  - » Posibilidad de llegada al hospital receptor en menos de 120 minutos desde la PCR.
  - » Procedimiento de coordinación con un hospital que tenga un programa de trasplantes.
  - » Conexión con el CT del hospital vía telefónica directa.
  - » Protocolo interno del SEM de DA.
  - » Formación a los médicos y enfermeros del Servicio de Emergencias en el desarrollo del procedimiento.

- » Reuniones periódicas de seguimiento de cara a mejorar los aspectos problemáticos.
- *Fase de desarrollo del procedimiento:*
  - » Apoyo de unidades de Soporte Vital Básico en cada proceso.
  - » Utilización de tiras reactivas de VIH y kit de detección de drogas.
  - » Utilización de cardiocompresores.
  - » Coordinación con otras agencias como bomberos (ayudando a la movilización del posible donante en situaciones extremas) y cuerpos de seguridad de ámbito local, autonómico o nacional (escortando el recurso móvil).
  - » Instalación de una radio del SEM en el área de hospital adecuada, de cara a informar sobre la evolución de cada proceso.
- *Nivel óptimo de desarrollo:*
  - » Presencia de un segundo médico en escena con funciones de coordinación con otras agencias y con el hospital de destino y su servicio de coordinación.
  - » Utilización de ecografía de cara a determinar lesiones traumáticas abdominales.
  - » Presencia de un vehículo de apoyo logístico en la escena que facilita las labores de masaje cardíaco y aporta el material necesario.
  - » Presencia de un psicólogo en emergencias en la escena, para acompañar a los familiares y prepararles para la entrevista con el CT.
  - » Utilización de analítica en escena, de cara a evaluar y corregir los desequilibrios hidroelectrolíticos y considerar el tiempo de PCR.
  - » Extracción de tubos para serología, de manera que podamos mejorar los tiempos de isquemia caliente.

#### + Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1250€  
PRECIO  
ESPECIAL

1500  
HORAS

60  
ECTS

## Máster en Cocina Terapéutica

Edición: 18ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 627 Preguntas tipo test, 38 Supuestos y Tesina de investigación

## 5. Triage en enfermería

### Enertiz Olabarria López

Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos, Reanimación, Cirugía General-Aparato digestivo en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud  
eneritzo@hotmail.com

### Triage y enfermería

Dentro de las funciones de enfermería según el NANDA-I encontramos la intervención del triaje (NIC 6364). Se trata de obtener unos resultados (NOC) con el objetivo de preservar la seguridad del paciente (NOC 3010) con el fin de detectar el riesgo (NOC 1908) y optimizar así su calidad de vida (NOC 2000) mediante la vigilancia del riesgo (NANDA 0035). La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias asume y propone que la actividad de recepción, acogida y clasificación sea realizada por profesionales de enfermería, como así lo reconocen los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a) b) y c); artículo 7.1 y 2 a).<sup>15</sup>

Al realizar la descripción breve sobre los tipos de triaje estructurados existentes hemos visto como los profesionales de enfermería pueden realizarlo. Algunos estudios dicen que como en las escalas de triaje de cinco niveles no se establecen diagnósticos médicos y se basan en la sintomatología de los pacientes lo puede realizarlo personal de enfermería. Según estudios realizados este trabajo lo desempeñaba personal médico, pero con la aparición de sistemas estructurados se ha transferido a enfermería. Y con los progresos tecnológicos, ya no depende de una persona física exclusivamente, sino que también depende de programas informatizados que ayudan a disminuir la variabilidad clínica interobservador.

También encontramos un estudio que comenta que tradicionalmente el proceso de triaje ha sido intuitivo y que se constituye en un elemento de la práctica de enfermería, área desde la que es posible reorganizar las colas y determinar quién debe ser atendido primero.

Por otro lado, encontramos bibliografía que recomienda que el profesional encargado para este trabajo sea la enfermería. Aunque en otros estudios sugieren que con apoyo médico el triaje es más eficiente.<sup>20</sup> Los profesionales de la enfermería al ser encuestados consideran que el triaje se debería realizar de manera conjunta DUE y facultativo. Debemos tener en cuenta que la formación adecuada a los enfermeros de triaje mejora la ansiedad y el estrés de estos, mejorando la seguridad y calidad asistencial. Es por eso que una formación adecuada a los profesionales sanitarios mejora la atención sanitaria.

Existen múltiples estudios que valoran la eficacia de enfermería cuando se encarga de realizarlo. Se ha demostrado un nivel aceptable de fiabilidad global en el servicio de

urgencias y el sistema de triaje con cinco escalas realizado por enfermería. En otro estudio también se encontró buena concordancia con la recepción, acogida y clasificación de enfermería y la determinada por el médico. El Hospital General Virgen del Rocío realizó un estudio que demuestra el buen criterio enfermero a la hora de hacer la clasificación y valorar la urgencia y gravedad de los pacientes.

Por otro lado, la petición de pruebas desde triaje realizado por personal de enfermería ha demostrado mejorar la atención y la eficacia. En un estudio realizado en urgencias hospitalarias traumatológicas los resultados de la petición de radiografías desde triaje tienen una elevada eficacia.

Por lo tanto, multitud de estudios avalan el trabajo de enfermería en el triaje de los servicios de urgencias hospitalarios, siempre que exista una formación adecuada previa.

### Triage en España

En España la mayoría de los hospitales utilizan el modelo SET-MAT seguido por el Manchester. Existen un pequeño porcentaje de hospitales que no usan ningún tipo de triaje estructurado validado. Ejemplo de estos tipos de triaje no validados tenemos el Sistema Donostiarra de Triage o el Sistema de Triage en la Red Pública de Hospitales de Navarra que constan de cinco niveles también.

Por otro lado, encontramos un sistema de clasificación en base a escalas de cuatro niveles de priorización del Plan Andalúz de Urgencias y Emergencias de la Consejería de Salud. A raíz del "plan de mejora de las áreas de urgencias hospitalarias", en la comunidad autónoma de Andalucía se sustituyeron los sistemas de triaje utilizados en los servicios de urgencias hospitalarias por el sistema de triaje Manchester.

Según un estudio realizado en 123 hospitales españoles en más de tres cuartas partes de los hospitales el triaje lo realiza los profesionales de enfermería. Para poder realizarlo se realiza una formación específica y es necesario una experiencia mínima.

En la mayoría de los hospitales españoles no existe una comisión de trabajo en la que se valora la actividad del triaje, aunque los profesionales creen conveniente la creación de ellos.

Por otro lado, tras la realización de estudios sería necesario valorar la posibilidad de implantar el triaje las 24 horas del día en los servicios de urgencias. Realizando esto mejoraría la seguridad de los pacientes.

### Triage en Europa

La mayoría de países utilizan el sistema de triaje creado en su país. En Reino Unido, por ejemplo, utilizan su propio sistema de triaje el de Manchester.

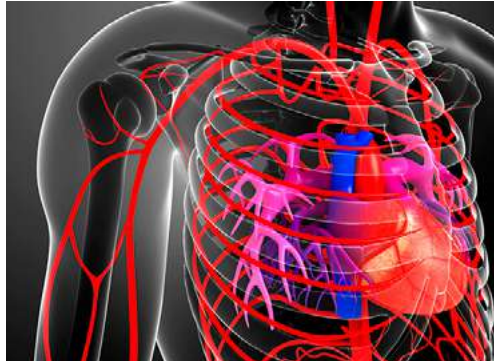
En Europa depende del país utiliza cada sistema. Por ejemplo, Alemania ha realizado modificaciones del sistema de triaje Manchester. Este utiliza diagramas de presentación respaldados por 50 algoritmos, modificando así los diagra-

mas de presentación y los indicadores. Se introducen también nuevos indicadores y complementos de tiempo para las categorías verde y azul. Mantiene los cinco niveles, pero en dos grupos: Grupo 1: Prioridad alta (color rojo y naranja) y Grupo 2: Prioridad baja (color amarillo, verde y azul).

Tabla 3. Niveles de priorización de la MTS versión alemana.

| Grupo | Color    | Tiempo de espera   |
|-------|----------|--------------------|
| 1     | Rojo     | Atención inmediata |
|       | Naranja  | 10 minutos         |
| 2     | Amarillo | 30 minutos         |
|       | Verde    | 90 minutos         |
|       | Azul     | 120 minutos        |

**+ Publicación Tesina**  
(Incluido en el precio)



1250€  
PRECIO  
ESPECIAL

1500  
HORAS

60  
ECTS

## Máster en enfermería en úlceras y enfermedad vascular periférica

Edición: 5ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 360 Preguntas tipo test, 29 Supuestos y Tesina de investigación



Solicita información  
y consulta todas  
nuestras categorías  
profesionales

formacionalcala • es

## 6. Tumor de Wilms.

### Actuación de enfermería

**Alejandra Barroso Ramírez**

Enfermera. Universidad de Sevilla  
alejandra\_barroso\_15@hotmail.com

#### **Cuidados y diagnósticos de enfermería en el tumor de Wilms**

Los cuidados postoperatorios son, junto con los preoperatorios y el propio acto quirúrgico, los que condicionan el éxito del proceso quirúrgico. Es poco frecuente que un paciente sometido a cirugía renourológica precise ingreso en la UCIP, excepto en los casos de trasplante renal (cuidados específicos de un paciente postrasplantado) o nefrectomía. Otras cirugías de menos complejidad pueden requerir el ingreso por algún proceso intercurrente o por la enfermedad de base del paciente.

#### *Cuidados generales*

- **Monitorización hemodinámica y respiratoria.** Será previsto vigilar los siguientes parámetros: FC, FR, ECG, SatO<sub>2</sub> y PVC (si existe acceso venoso central). Desde el punto de vista hemodinámico, el objetivo es detectar hipoperfusión y shock por pérdidas sanguíneas o hídricas excesivas. Hay que tener en cuenta que el dolor puede producir hipertensión y taquicardia y el frío vasoconstricción, enmascarando así una adecuada valoración. También es preciso vigilar las pérdidas sanguíneas por drenajes quirúrgicos y apósitos.

Se debe asegurar una ventilación y una oxigenación adecuadas. La sedoanalgesia puede deprimir la función respiratoria y el dolor en el abdomen puede impedir los movimientos torácicos normales.

- **Temperatura.** Es frecuente que los pacientes que ingresan procedentes de quirófano estén hipotérmicos y presenten vasoconstricción. Inicialmente será preciso recalentarlos cuidadosamente con una cuna térmica o mantas calientes, incluso, si es preciso, calentando los sueros o transfusiones, y posteriormente mantener un ambiente térmico estable, con temperatura ambiental en torno a 24 °C. Si es necesario, por las condiciones del paciente (bajo peso, coma, etc.) se usará una fuente adicional de calor.

- **Balance de líquidos.** Tan importante es el adecuado aporte de líquidos como la correcta valoración de pérdidas y su reposición. En cirugía urológica es habitual que se tenga que recurrir a la sobrecarga de volumen (una vez medida las necesidades basales) para favorecer la diuresis e impedir la obstrucción del flujo urinario por coágulos. También se suelen realizar lavados vesicales continuos, que obligan a una vigilancia muy estrecha para impedir el globo vesical. Si la cirugía se llevó a cabo para descomprimir una vía urinaria obstruida, en la mayoría de los casos se presenta una poliuria tras la desobstrucción, con pérdida de electrolitos aumentada, por lo que se han de realizar controles periódicos de iones en sangre y orina.

- **Sedación y analgesia.** En los niños es muy importante la adecuada sedación y evitar el dolor postoperatorio, no solo por razones humanitarias, sino también por sus efectos beneficiosos, dado que atenúa la respuesta al estrés, mejora el consumo de oxígeno, el gasto cardiaco, etc. Para el adecuado control del dolor es imprescindible la evaluación periódica y sistemática de la efectividad del tratamiento analgésico, utilizando para ello escalas del dolor apropiadas a la situación del paciente, así como a su edad y nivel del desarrollo.

En el paciente pediátrico que se despierta de una cirugía, generalmente molesto y dolorido, sin saber lo que sucede, es igualmente importante la sedación para favorecer su adaptación al respirador, si fuese preciso, o simplemente una mejor colaboración y optimización de sus cuidados. La sedoanalgesia no solamente incluye el uso de medicación, sino también medidas no farmacológicas como la presencia de sus padres, estimular el contacto visual y verbal, mostrar tranquilidad y serenidad, permitir algún objeto familiar (juguete), preservar el ciclo sueño- vigilia y procurar la máxima comodidad (temperatura, movilizaciones cuidadosas, sujeción lo menos molesta posible, etc.).

- **Profilaxis antibiótica.** La más efectiva es la que se administra por vía IV antes de la inducción anestésica o al comienzo de la intervención. En ocasiones se podrá prescribir su continuación durante las primeras horas o días tras el acto quirúrgico.

Las curas y la vigilancia de la herida se deben llevar a cabo según un acuerdo conjunto entre el equipo quirúrgico y el personal de enfermería.

- **Nutrición.** La nutrición enteral se ha de iniciar de la manera más precoz posible, si se objetiva una función intestinal conservada (como suele suceder en este tipo de cirugías), con alimentos blandos o líquidos del gusto del niño y apropiados a su edad. En las primeras horas pueden aparecer vómitos postquirúrgicos que precisen medicación para su control.

#### *Diagnósticos de enfermería*

En el curso del tratamiento pueden identificarse diferentes *diagnósticos* en el paciente:

- (00002) Desequilibrio nutricional por defecto relacionado con incapacidad para ingerir alimentos.
- (00007) Alteración potencial de la temperatura corporal relacionada con alteración de la tasa metabólica.
- (00006) Hipotermia (menor) relacionada con defensas primarias inadecuadas.
- (00013) Diarrea relacionada con defensas primarias inadecuadas.
- (00024) Alteración de la perfusión hística (renal) relacionada con fallo orgánico.
- (00026) Exceso de volumen de líquido relacionado con compromiso de mecanismos reguladores.

- (00032) Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disminución de la energía.
- (00030) Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión.
- (00032) Potencial de respiración relacionado con aumento de la presión intragástrica.
- (00075) Afrontamiento familiar inefectivo: incapacitante, relacionado con persona significativa, con sentimientos crónicos no expresados de ansiedad y desesperación.
- (00075) Afrontamiento familiar inefectivo (comprometido) relacionado con compresión incorrecta de la persona de referencia.
- (00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con disminución de la fuerza-resistencia.



Durante su hospitalización y tratamiento el paciente puede presentar los problemas que a continuación indicamos:

- Anorexia
- Hipertermia
- Hipotermia
- Pérdida de peso
- Insomnio
- Familia disfuncional
- Vías invasivas
- Inmunosupresión
- Cianosis
- Edemas
- Retención de secreciones
- Peligro de bronco-aspiración.



## 7. Vitamina D y sepsis

**Sonia Pérez San Martín**

Licenciada en ciencias químicas y bioquímica  
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander  
sonia.perezs@scsalud.es

La detección de deficiencia de vitamina D o hipovitaminosis D se ha incrementado en la población general en los últimos años y se ha asociado con diversas enfermedades, como el infarto de miocardio, diabetes, enfermedades autoinmunes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, tuberculosis y con un incremento en la mortalidad en la población general.

Diversos estudios, tanto observacionales como retrospectivos, muestran una alta prevalencia de deficiencia de vitamina D y una asociación entre la deficiencia pre-ingreso de vitamina D en pacientes críticos adultos y la mortalidad, el daño renal agudo, la incidencia de fallo agudo respiratorio y el desarrollo de sepsis. Estudios retrospectivos sugieren que niveles bajos de vitamina D estarían asociados con un incremento de mortalidad en pacientes sépticos.

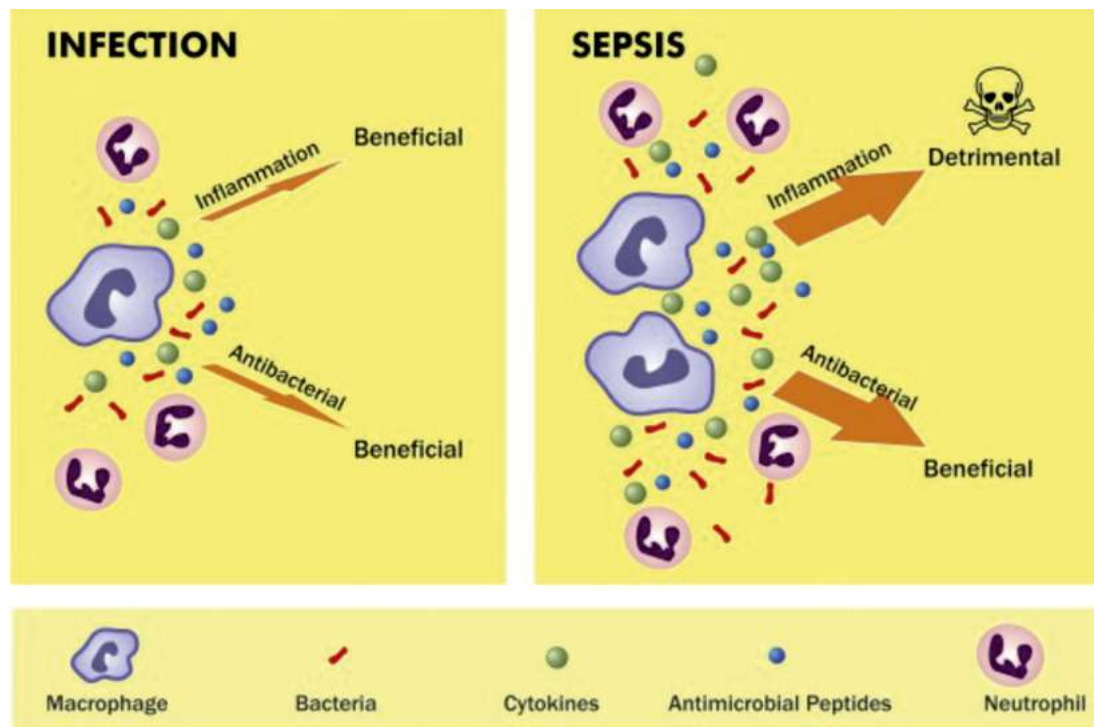
Recientes metaanálisis corroboran estos hallazgos, como el de Han et al., en 2014, que evalúa el riesgo de sepsis, la mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días en pacientes críticos, sugiriendo que la deficiencia de vitamina D incrementa la susceptibilidad de infecciones severas y mortalidad en pacientes críticos; o el realizado por Uppala et al., en 2015, que concluye que la deficiencia de vitamina D estaría asociada con un incremento de la susceptibilidad de sepsis.

Ambos metaanálisis no están exentos de limitaciones. Una de ellas, es que habiendo sólo un año de diferencia entre ambas, se incluyan diferentes estudios en los dos metaanálisis y que la mayoría de los estudios incluidos sean retrospectivos.

Por otra parte, existen estudios que contradicen estos hallazgos. Para Aygencel et al, estudio prospectivo con 201 pacientes, los niveles de vitamina D no son un factor de riesgo independiente para la mortalidad. En el trabajo de Barnett et al, estudio de casos-control con 478 pacientes, se muestra que la deficiencia de vitamina D en pacientes críticos con sepsis no estaría asociada con la mortalidad. Cecchi et al, estudio de cohortes con 170 pacientes críticos con sepsis, tampoco hallaron asociación con la mortalidad. Más recientemente, Ala-Kokko et al, en un estudio prospectivo observacional con 610 pacientes con sepsis severa o shock séptico, observaron que la deficiencia de vitamina D al ingreso en UCI no estaría asociada con la mortalidad a 90 días y, Ratzinger et al, en un estudio de cohortes de 461 pacientes sépticos, tampoco encontraron asociación entre ambas variables.

En resumen, el papel de la vitamina D en la sepsis es controvertido y no se ha podido demostrar la causalidad entre la deficiencia de vitamina D y la mortalidad.





**Figura 1.5.** Papel de los péptidos antimicrobianos en la infección localizada y en la sepsis. Tomado de: Pinheiro da Silva F. The dual role of cathelicidins in systemic inflammation. *Immunology Letter* 2017; 182: 57-60. ([http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl\\_10803\\_399576/mifc1de1.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_399576/mifc1de1.pdf))

Además, las diferencias metodológicas hasta la estandarización en la medición de la vitamina D, así como las definiciones de deficiencia o suficiencia de vitamina D y de sepsis, que son muy heterogéneas, dificulta la comparación entre estudios.

### **Péptidos antimicrobianos, VDBP y sepsis**

Según la bibliografía consultada, se han publicado cuatro estudios en los que se han cuantificado los niveles de catelicidina en pacientes críticos, y sólo en uno de ellos se relaciona con el desenlace.

En 2009, Jeng et al., estudio de casos y controles, hallaron niveles más bajos de catelicidina y VDBP en pacientes críticos ( $n = 49$ ) comparado con controles sanos ( $n = 21$ ) y hallaron una asociación positiva entre los niveles de catelicidina y el estatus de la vitamina D. En este estudio las muestras fueron extraídas durante los dos días posteriores al ingreso en UCI.

En 2013, Barbeiro et al, no encontraron diferencias significativas en los niveles de catelicidina entre pacientes críticos con y sin sepsis al ingreso en UCI ( $n = 130$ ) y no hallaron asociación entre los niveles de catelicidina y los niveles de vitamina D.<sup>105</sup>

En 2015, Leaf et al., estudio de cohortes prospectivo, evidenciaron que niveles bajos de 25(OH) D, al ingreso en UCI estaban asociados con valores bajos de catelicidina, los cuales estaban asociados a un mayor riesgo de mortalidad a 90 días. En este último estudio, también se determinaron los niveles de VDBP, no encontrándose diferencias significativas entre supervivientes y no supervivientes.

Por otra parte, Greulich et al., estudio de cohortes prospectivo, hallaron niveles elevados de catelicidina en pacientes críticos con sepsis comparado con pacientes críticos no sépticos, al ingreso en UCI y con controles sanos y hallaron asociación negativa entre los niveles de catelicidina y 25(OH) D ( $p = 0,27$ ).

No se ha encontrado en la bibliografía consultada relación entre niveles de  $\beta$ -2-defensina en pacientes críticos ni sépticos.

El papel de los péptidos antimicrobianos en la sepsis no está totalmente esclarecido, pero según Pinheiro existen evidencias de que las catelicidinas pueden tener un carácter dual, actuando como proinflamatorias o antiinflamatorias, dependiendo del modelo experimental y del agente patógeno (Figura 1.5).

Solicita información  
y consulta todas  
nuestras categorías  
profesionales

formacionalcala • es

## 8. Formación del personal de enfermería en el cuidado del estoma y sus complicaciones

Ganador del IV Concurso de Casos Clínicos de Enfermería

Autor/a: **Ana María Ramírez Luque**. Enfermería.

Coautores: **Inmaculada Cabrera Pruaño**  
y **M<sup>a</sup> José Requena Reyes**

### RESUMEN

La calidad de vida de los pacientes portadores de un estoma se ve notablemente alterada después de la cirugía, afectando a nivel biológico, psicológico y social, por lo que requieren una atención especializada y continuada. La formación de enfermeras en este ámbito incidiría positivamente en el cuidado integral de dichos pacientes, mejorando la calidad de los cuidados. Por ello, en el presente trabajo proponemos la planificación de unos talleres destinados a los profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias y Emergencias del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva capital. El objetivo es favorecer la adquisición de conocimientos y habilidades para que los profesionales sean capaces de realizar los cuidados convenientes e identificar y/o resolver las complicaciones del estoma. Con esta intervención educativa queremos que los profesionales de enfermería sean capaces de atender correctamente a este colectivo de pacientes, algo que ayudará a disminuir y/o prevenir complicaciones y reingresos hospitalarios, pero sobre todo, fomentará la calidad asistencial ofrecida.

**Palabras claves:** ostomía, complicaciones estoma, cuidados enfermería, enfermera estomaterapeuta y calidad de vida.

### ABSTRACT

*Quality of life in patients who have had a surgery having a stoma obviously changes by having an impact on biological, psychological and social aspect, that is why they will need specific attention and continuous care. The nurses' training in this area would positively affect the integral care of these patients, improving the quality of care. In this essay is proposed some workshops for the nursing professionals and Emergency Service in the Hospital Juan Ramón Jiménez. The aims of these workshops are the improvement in the knowledge and professionals skills. Thus professionals will be able to offer the appropriate care and identify and/or resolve stoma's complications. Moreover these programs, pretend the nursing professionals to be able to attend these patients correctly trying to reduce and/ or even prevent complications and hospital readmissions which it will might cause higher level in the quality of care offered.*

**Keywords:** ostomy, stoma complications, nursing care, stomatherapy consultation and quality of life.

### INTRODUCCIÓN

Solo en España hay unas 100.000 personas portadoras de estoma y cada año se producen unos 15.000 casos nuevos

(Romero, 2014). Esta población se ve sometida a numerosos cambios que pueden afectar a muchos aspectos de su vida: área psicosocial, sexualidad o imagen corporal entre otros. Además, pueden aparecer trastornos del sueño, ansiedad, pérdida de confianza y autoestima, etc. Por ello, es fundamental una atención integral y holística que permita, al paciente, una adaptación favorable (Cobos Pérez, Gómez Urquiza, Sánchez Crisol, Barrio Camarero & Sánchez Castro, 2013).

En España, es a partir de 1985, con la existencia de las primeras enfermeras expertas en estomaterapia, cuando se resalta la necesidad de crear y poner en marcha consultas de enfermería a través de las que se ofrezca una atención especializada y continuada. Los pacientes y las asociaciones de ostomizados, consideran fundamental la existencia de una atención individualizada y de calidad, clave para garantizar el cuidado integral del paciente, su evolución física, entrenamiento en autocuidados o el apoyo psicológico que permita su adecuada adaptación (Pérez García & Ramos Mateos, 2014).

Sin embargo, el 40% de los hospitales públicos no cuenta con consultas ni profesionales especializados en el cuidado de los pacientes portadores de estoma. Pilar Montiel, presidenta de la Asociación de Ostomizados de Madrid, refiere "esto implica que el 36% de los ostomizados que acuden a los hospitales públicos en España no tiene acceso a una atención especializada en ostomías y que el 53,50% que acuden a hospitales privados tampoco" (citado en Romero, 2014, p.1). De hecho, ni siquiera en los hospitales que cuentan con algún tipo de atención especializada, por ejemplo a través de consultas concretas, éstas no funcionan a tiempo completo. Además, hay provincias, como Jaén, Zamora, Soria, Guadalajara y La Rioja en las que no hay ningún servicio que responda a las necesidades de atención de este colectivo. Para Montiel, "esto genera un gran trastorno a los pacientes, empeora su calidad de vida y genera, en definitiva, una gran desigualdad en el acceso a la atención especializada que necesitan estos pacientes" (citado en Romero, 2014, p.1).

### Concepto de ostomía. Antecedentes históricos

Una ostomía es una apertura de una víscera al exterior, normalmente a la pared abdominal, para eliminar los residuos del organismo por un lugar distinto al natural. Se realiza a través de una intervención quirúrgica y recibe el nombre de estoma. Presenta un aspecto sonrosado y su tamaño y forma puede variar después de la intervención. La principal función del estoma es permitir la salida de heces y gases al exterior (recogidos en una bolsa recolectora situada alrededor del estoma (López Doblas, Cruz Piqueras & Martín Barato, 2010)).

La primera referencia histórica que podemos encontrar sobre una ostomía data del 350 a.C. y aparece en la Biblia. En la Edad Moderna, las primeras referencias se suceden a lo largo de 1700, cuando cirujanos europeos intentan solucionar problemas de anos perforados mediante las ostomías. A lo largo del siglo XIX aparecen nuevos avances y se establecen unos principios básicos para realizar dicha intervención. Como ejemplos, podemos destacar las primeras ostomías asociadas a las resecciones de colon en 1879 por Baum en Alemania. El siglo XX se considera la "era moderna de las ostomías" debido a importantes descubrimientos en técnicas quirúrgicas (suturas e implementación de dispositivos). Elise Sorensen, enfermera que sugirió la utilización de una bolsa autoadhesiva desechable, influiría notablemente en la evolución y desarrollo del uso de las bolsas recolectoras utilizadas en la actualidad (Bodega Urruticoechea et al., 2013).

### Clasificación de las ostomías

Las ostomías pueden ser clasificadas según el órgano donde se realicen, el tiempo de permanencia y la función. Según el órgano distinguimos: ostomías digestivas (colostomías, ileostomías, gastrostomías, yeyunostomías), urinarias y traqueales.

Según el tiempo de permanencia pueden ser temporales (solución transitoria hasta que el intestino puede ser unido de nuevo y se restablece su continuidad y función) o definitivas (la reconstrucción no es posible, bien porque se ha tenido que extirpar el ano o porque no se ha conseguido reconstruir el intestino).

Por último, según su función distinguimos estomas de ventilación (para mantener la permeabilidad de la vía aérea), de nutrición, de drenaje o de eliminación (Bodega Urruticoechea et al., 2013).

### Ostomías digestivas de eliminación intestinal

Nosotros nos vamos a centrar en las ostomías digestivas de eliminación donde, como ya hemos comentado anteriormente, el estoma ubicado en el abdomen comunica con el intestino y permite la salida de las heces y gases al exterior. Este tipo de ostomías recibirán distintos nombres según la porción de intestino abocada, de este modo, distinguimos entre ileostomía y colostomía.

Nos referimos a ileostomía cuando la porción intestinal que se exterioriza en el abdomen es la última del intestino delgado (íleon). Suelen quedar situadas en el lado derecho del abdomen y su contenido digestivo es líquido y ácido, por lo que tienen un alto poder irritante al contactar con la piel.



**Figura 1.** Ileostomía. Fuente: Coloplast. (Diciembre, 2010). Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares, p. 7.



**Figura 2.** Colostomía ascendente. Fuente: Coloplast. (Diciembre, 2010). Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares, p. 7.

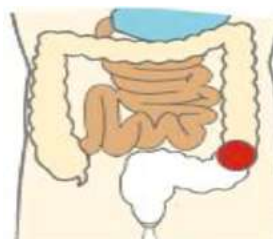
En el caso de una colostomía, es el intestino grueso (colon) el que se comunica con el exterior. Si se exterioriza la primera porción del intestino grueso (colon ascendente), el estoma quedará localizado en el lado derecho del abdomen, siendo las heces de consistencia líquida o semilíquida y la eliminación frecuente (este tipo de colostomía es poco usual).

Por otra parte, si la derivación se realiza a nivel del tramo intermedio del intestino grueso (colon transversal), el estoma quedará por encima del ombligo o un poco lateralizado, siendo las heces semisólidas y la eliminación semi-frecuente.



**Figura 3.** Colostomía transversa. Fuente: Coloplast. (Diciembre, 2010). Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares, p. 7.

Ahora bien, si lo que se deriva es la última porción del intestino grueso (colon descendente o sigmoideo), el estoma quedará situado en el lado izquierdo del abdomen y las heces serán sólidas, similares a las expulsadas por el ano antes de ser operados. Este tipo de ostomías son las más frecuentes y, además, cuentan con la ventaja de que se puede reeducar el tránsito intestinal (con los métodos de irrigación y obturador) para conseguir la contención de heces.



**Figura 4.** Colostomía descendente. Fuente: Coloplast. (Diciembre, 2010). Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares, p. 7.

En definitiva, en una ostomía, la única alteración que se produce en el proceso de digestión será la vía de eliminación de las heces, las cuales tras la intervención, saldrán

por el estoma. Esto implica el cuidado e higiene de dicho estoma y la utilización de bolsas específicas para recoger la deposición (Rivera García, Fernández Luque, García-Pozuelo Caviedes, Baena Antequera & Agua Calvo, 2011).

Los intestinos funcionarán tal y como lo hacían antes de la operación, con excepción de:

- La porción de colon y recto que haya sido desconectada o extirpada.
- El ano dejará de ser el punto de salida de las heces fecales, aunque es normal que siga siendo punto de salida de mucosidad.

Puesto que los nutrientes se absorben en el intestino delgado, una colostomía no afectará al procesamiento del alimento. La eliminación de una porción no impide que el resto de colon funcione y siga desempeñando su función de absorción de agua y transporte de la materia fecal hasta el estoma. La diferencia será que, al no tener válvula o músculo de cierre, no permitirá el control voluntario de la evacuación. Así mismo, cuanto más arriba se haga la colostomía, más corto quedará el colon, por lo que habrá menos tiempo para absorber el agua, y las heces tendrán más líquido y consistencia más suave. Sin embargo, cuanto más abajo en el colon (o más cerca del recto) se realice la colostomía, más tiempo estará la materia fecal en el intestino, siendo las heces de consistencia más formada.

De este modo algunas personas con colostomía descendente o sigmoidea son capaces de evacuar la materia fecal (similar a las heces expulsadas por el ano) en ciertos intervalos durante el día con o sin la ayuda de una irrigación o drenado. Aunque hemos dicho anteriormente que no hay control en la evacuación, sí podemos esperar a la regularización del tránsito intestinal tras la cirugía y prever la deposición (teniendo en cuenta que el ritmo intestinal es diferente en cada persona y se ve influido por la dieta y otras circunstancias (United Ostomy Association, 2015)).

**Complicaciones de los estomas**

Las complicaciones de los estomas se clasifican en dos grupos, por una parte distinguimos entre las precoces o tem-

pranas, las cuales se producen en el postoperatorio inmediato (menos de un mes), y por otra parte, las tardías, las cuales aparecerán después de un mayor tiempo. De ellas, hay que destacar que las complicaciones precoces representan entre el 39% y el 82% de todas las complicaciones que puede presentar el estoma.

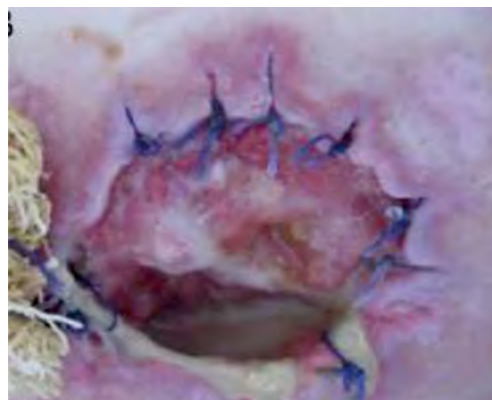
**Complicaciones precoces**

◆ **Infección/Absceso**

Se manifiestan por dolor alrededor del estoma, inflamación, supuración y fiebre. Pueden ser causadas por la infección de un hematoma o granuloma de la sutura o por contaminación.



**Figura 5.** Infección periestomal en una colostomía terminal. (Dehiscencia casi completa de la unión mucocutánea). Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 7.



**Figura 6.** Infección periestomal en una colostomía terminal. (Dehiscencia parcial de la unión mucocutánea). Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 7.

El tratamiento se basará en antibióticos, curas y, si hay un absceso, se realizará un drenaje quirúrgico.

◆ **Dehiscencia de la unión mucocutánea**

La dehiscencia de la unión mucocutánea puede ocurrir por un aumento de tensión, porque el orificio sea más grande a la porción de intestino exteriorizada o por una infección superficial. Dicha dehiscencia puede ser parcial o total, esto último predispondría a la estenosis del estoma.

**Tabla 1.** Clasificación de las complicaciones de los estomas.

| Complicaciones precoces          | Complicaciones tardías |
|----------------------------------|------------------------|
| Infección/Absceso                | Estenosis              |
| Dehiscencia mucocutánea          | Prolapso               |
| Sangrado                         | Hernia periestomal     |
| Necrosis                         | Mal posición           |
| Hundimiento/Retracción           | Cutáneas               |
| Cutáneas                         |                        |
| Alteraciones hidroelectrolíticas |                        |
| Obstrucción intestinal           |                        |

Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F. y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 14.



**Figura 7.** Dehiscencia mucocutánea secundaria a una necrosis distal de una colostomía terminal. Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 9.

El tratamiento consistirá en la limpieza del espacio subcutáneo entre el estoma y la piel, rellenando la zona con diferentes productos absorbentes hasta conseguir que la unión mucocutánea cierre por segunda intención.

#### ◆ Sangrado

El sangrado puede deberse a la lesión de un vaso submucoso o subcutáneo o a una ulceración en la mucosa del estoma.

La hemorragia se manifiesta por la salida de sangre roja al interior de la bolsa, o también puede producirse a nivel interno, en la pared abdominal periestomal, lo que observaremos por el abultamiento de la zona.

El tratamiento si se trata de una hemorragia enterocutánea consistirá en compresión con compresas empapadas en suero frío o con adrenalina. Si se trata de un vaso sangrante se hará hemostasia local con una sutura reabsorbible. En caso de hematoma, podría requerirse revisión quirúrgica para evacuarlo y hacer hemostasia.

#### ◆ Necrosis

La necrosis es la complicación más grave que puede presentar el estoma durante el postoperatorio. Las causas más frecuentes son la tensión del mesenterio y la desvascularización del asa cuando se realiza el estoma.

En las primeras 24 horas tras la intervención, el estoma tendrá un color granate oscuro o negro. Si sospechamos de una



**Figura 8.** Necrosis colostomía. Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 11.



**Figura 9.** Necrosis ileostomía. Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 11.

necrosis limitada a la mucosa, es posible demostrar la existencia del sangrado arterial de la pared muscular del intestino mediante una maniobra de punción con una aguja, en este caso, puede producirse la resolución espontánea y la reepitelización del estoma.

El tratamiento irá encaminado en función de la necrosis, si afecta de forma superficial al extremo del asa puede seguirse una actitud conservadora hasta la formación de una nueva unión mucocutánea. Sin embargo, cuando la necrosis afecta en más profundidad (planos miofasciales y peritoneo) sería necesario una operación inmediata para la resección y reconstrucción del estoma.

#### ◆ Hundimiento

El hundimiento o retracción del estoma se produce al situarse el extremo del estoma bajo la superficie de la piel, produciéndose esto normalmente por la tensión del intestino. La isquemia distal del estoma también puede conllevar hundimiento.

El hundimiento completo con desprendimiento mucocutáneo puede provocar una contaminación subcutánea o subfascial con peritonitis y una sepsis.

El tratamiento irá en función de la gravedad. Si la mucosa es viable y no hay demasiada tensión se revisará la zona

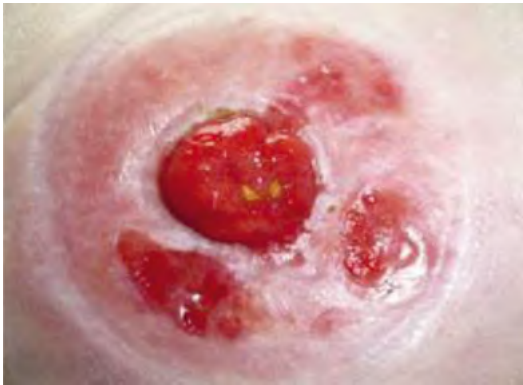


**Figura 10.** Retracción de una colostomía con dermatitis periestomal. Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 13.

para eliminar el tejido no viable, hacer que avance el asa intestinal y rehacer el estoma suturándolo a la piel. Si todo lo anterior no fuese posible, habría que realizar una laparotomía, con la intención de movilizar el asa y hacer un nuevo estoma.

◆ *Alteraciones cutáneas*

Son una de las alteraciones cutáneas más frecuentes. Se pueden producir por: una dermatitis irritativa de contacto, una lesión mecánica, infección por *Cándida* o una foliculitis y una dermatitis alérgica.



**Figura 11.** *Dermatitis alérgica de contacto.* Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 14.

**Tabla 2.** *Etiología de las alteraciones cutáneas periestomales.*

|   |   |
|---|---|
| <b>Lesión química</b>                         | Dermatitis irritativa por contacto del efluente           |
| <b>Lesión mecánica</b>                        | Presión, separación mucocutánea, denudación por adhesivos |
| <b>Infeciosa</b>                              | Foliculitis, candidiasis                                  |
| <b>Inmunológica</b>                           | Dermatitis alérgica de contacto                           |
| <b>Lesiones relacionadas con enfermedades</b> | Pioderma gangrenoso, varices periestomales                |

Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 14.

El tratamiento será individualizado, en función de la causa. Entre las medidas iniciales a tener en cuenta estaría la de adaptar el diámetro de la abertura de las placas al tamaño del estoma, utilizar dispositivos de ostomía múltiples y evitar los cambios de placa antes de las 48-72 horas.

En dermatitis infecciosas se administrará el tratamiento antibiótico o antifúngico adecuado, en las alérgicas se evitará el uso del dispositivo causante de la sensibilización y se tratarán las lesiones.

◆ *Alteraciones hidroelectrolíticas*

Estas alteraciones son muy comunes en pacientes portadores de ileostomía en el postoperatorio inmediato. A largo plazo, con frecuencia presentan hipomagnesemia y absor-

ción disminuida de vitamina D y ácido fólico, al igual que una mayor incidencia de cálculos renales y biliares que la población general.

◆ *Obstrucción intestinal*

La obstrucción intestinal es más frecuente en pacientes con ileostomía, puede deberse a adherencias, a una hernia interna, a la torsión del asa exteriorizada, a un trayecto subcutáneo, a la compresión de la varilla en los estomas en asa o a la impactación del bolo fecal.

Los síntomas son dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos y ausencia de contenido fecal en la bolsa. Hay que tener en cuenta que, tanto en las oclusiones parciales como en las totales, los pacientes presentan deshidratación y alteraciones electrolíticas, que si no se tratan pueden dar lugar a una insuficiencia renal.

El tratamiento es el habitual de cualquier obstrucción intestinal y con tacto a través del estoma (descompresión con sonda "tipo Foley" o irrigación con suero fisiológico). Si no se resolviese la obstrucción o si aparecieran signos de irritación peritoneal se deberá recurrir nuevamente a cirugía.

*Complicaciones tardías*

◆ *Estenosis*

La estenosis es más frecuente en las colostomías, a nivel de la unión mucocutánea. Suelen ser causadas por una infección local, retracción del estoma, enfermedad de Crohn, malignidad o fallos en la técnica quirúrgica.



**Figura 12.** *Estenosis de una colostomía terminal.* Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 18.

Para su tratamiento se emplearán medidas dietéticas y, en colostomías también puede recurrirse a la técnica de irrigación. Si estas opciones no resolvieran la estenosis, se recurrirá a la resección y reconfección del estoma mediante una laparotomía o laparoscopia.

◆ *Prolapso*

El prolapso es la protusión del estoma por encima de la superficie corporal. Es una complicación poco frecuente, siendo más usual en niños que en adultos.

Las causas podrían estar relacionadas con la discordancia entre el tamaño del intestino y la apertura. Los síntomas



**Figura 13.** Prolapso de colostomía. Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 18.



**Figura 15.** Hernia paraestomal. Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 22.



**Figura 14.** Prolapso ileostomía. Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 18.

suelen ser molestias por la sensación de masa, sangrado o traumatismo local.

Hay que destacar que aunque el prolapso se considera una complicación tardía, puede desarrollarse dentro del primer mes de la intervención.

El tratamiento quirúrgico se indica cuando hay molestias y se altera la calidad de vida del paciente o en caso de complicaciones urgentes (ej. Estrangulación o incarceration del estoma). Si fuese posible se cerraría el estoma y se restablecería el tránsito intestinal, sino se consideraría la reubicación del estoma, mediante laparotomía o laparoscopia.

#### ▶ *Hernia paraestomal*

La hernia paraestomal es una hernia incisional asociada al estoma (Figura 15). Puede desarrollarse en cualquier estoma, siendo más frecuente en las colostomías y en los estomas de tipo temporal.

La mayoría de las hernias son asintomáticas aunque pueden producir molestias locales, sensación de masa y dolor, o dificultad en el uso de los dispositivos colectores.

El tratamiento en pacientes con síntomas leves o moderados será conservador, pudiendo ser suficiente con dispositivos colectores alternativos (ej. Tipo "cinturón"). Sin embargo, en casos más graves (aumento del tamaño de la hernia, alteraciones en la piel, dolor, obstrucción intestinal, etc.) se requerirá cirugía para: reparación local, reubicación del estoma, empleo de mallas y abordaje laparoscópico.

#### ▶ *Malposición*

Consiste en la mala ubicación del estoma, que dificulta o impide el autocuidado. Es una de las complicaciones más frecuentes y, a la vez, una de las más fáciles de prevenir. Además, puede dar lugar a otras complicaciones como irritación cutánea o erosiones por la dificultad en la adhesión de los dispositivos colectores y las correspondientes fugas.

Como ya hemos comentado, el mejor tratamiento para esta complicación es la prevención, eligiendo correctamente la posición del estoma antes de la realización de la intervención quirúrgica.

#### ▶ *Complicaciones cutáneas*

Consisten principalmente en la aparición de dermatitis, escoriación y escaras. La dermatitis periestomal se manifiesta como un eritema, una descamación, aparición de surcos en la piel o una sepsis local.

El tratamiento consistirá en limpiar la piel con agua, secar y aplicar pastas, polvos o cremas protectoras, o antimicrobianas si fuesen necesarias.

Dichas complicaciones cutáneas requieren de una exhaustiva valoración que permita descartar otras causas como la enfermedad inflamatoria intestinal o la malignidad.

Entre las complicaciones cutáneas tardías específicas destacamos:

- **Fístula:** es una complicación poco frecuente que produce disfunción del estoma con salida del contenido intestinal y, como resultado, una sepsis local. Se da principalmente en ileostomías de pacientes con Crohn. También pueden ser causa de un cuerpo extraño o un traumatismo.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en liberar el estoma de la pared abdominal y hacer una resección intestinal, aunque a veces, también se requiere la reubicación del estoma.

- **Pioderma gangrenoso:** se asocia a ileostomías en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Se caracteriza por la aparición de úlceras profundas, estériles y dolorosas.



**Figura 16.** Pioderma gangrenoso peri-ileostomía en paciente con Crohn. Fuente: Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., y Parajó Calvo, A. (s.f.). *Complicaciones de los estomas. Actualización de las Bases en Coloproctología*, p. 26.

El tratamiento puede ser sistémico, intra-lesional o tópico con corticoides, también podría ser necesario la reubicación del estoma.

- **Sangrado periestomal:** puede ser causado por ulceración, por un traumatismo, pólipos, enfermedad de Crohn o por varices secundarias a hipertensión portal. En este tipo de varices el sangrado puede ser importante. El tratamiento puede ser con compresión local, esclerosis o desinsertando la unión mucocutánea y realizando una sutura que favorezca la hemostasia. Si estas medidas no son suficientes podría requerirse una descompresión sistémica de la hipertensión portal (Miguel Velasco, Jiménez Escovar & Parajó Calvo, s.f.).

### **Importancia de la enfermera estomaterapeuta**

La población portadora de un estoma requiere una serie de cuidados individualizados y una atención integral que favorezca la recuperación de su autonomía e independencia (Corrella Calatayud & Mas Villa, s.f.). Las enfermeras estomaterapeutas buscan mejorar la calidad de vida de dichos pacientes mediante la continuidad de los cuidados en el proceso asistencial. Su labor consiste en dotar de habilidades y conocimientos sobre educación sanitaria, con el objetivo de prevenir complicaciones y tratar de restablecer el equilibrio biológico, psicológico y social de la persona portadora de ostomía (Recuero Cuadrado, 2015).

El Consejo General de Enfermería, la Asociación de Pacientes Ostomizados y la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia reclaman la implantación de dicha figura en todo el sistema sanitario. Basan esta reclamación en la evidencia científica, pues un estudio realizado por 160 enfermeros de toda España y coordinado por el Instituto de Investigación ANTAE ha demostrado científicamente que la calidad de vida de los pacientes ostomizados mejora un 15% y el coste sanitario se reduce un 48% cuando tienen acceso a una enfermera experta en estomaterapia. El I estudio coste-efectividad de la atención especializada en ostomía presentado en Madrid, demostró la beneficiosa influencia en la calidad de vida de los pacientes y la eficiencia en el ahorro (Romero, 2014).

La creación de una consulta de estomaterapia sería idónea para atender a los pacientes (de forma individualizada y es-

pecializada), tanto antes de la intervención como después, para solucionar problemas y prevenir complicaciones, ayudándoles a recuperar su autonomía e independencia, promoviendo su vida socio-laboral y familiar anterior (Recuero Cuadrado, 2015).

Sin embargo, la ausencia de estas consultas está privando a los pacientes portadores de ostomía de ciertos cuidados especializados a los que tienen derecho, según la *Carta de Derechos del Paciente Ostomizado*. La experta Dolores Recuero nos comenta que en Huelva la información que se da tras la operación es proporcionada por la enfermera de la planta, la cual, limitada por la sobrecarga de trabajo, resulta breve y escasa. Por lo tanto, y según nos comenta, una consulta específica para la educación pre y postoperatoria sería bastante beneficiosa. Lo ideal sería que estuviera implantada la figura de la enfermera estomaterapeuta o que, al menos el personal de enfermería, por ejemplo de los servicios de urgencias y emergencias, estuviera más formado en los cuidados que requieren estos pacientes, ya que son los que más posibilidades tienen de verse en la situación de tener que atender las complicaciones de urgencia que pueda presentar el estoma tras el alta. (M. D. Recuero, entrevista realizada el 3 de abril de 2017).

En definitiva, la existencia de una consulta de ostomías, o en su defecto, la presencia de enfermeras formadas en los cuidados que este colectivo requiere, incidiría positivamente en el cuidado integral de los pacientes, mejorando la calidad de los cuidados prestados en todas las fases del proceso (pre y postoperatorio), contribuyendo a la disminución de complicaciones y reingresos hospitalarios, pero fundamentalmente, contribuyendo a aumentar la calidad de vida, su reinserción familiar, laboral y social (Recuero Cuadrado, 2015).

### **Realidad de los pacientes ostomizados de Huelva**

Para conocer la realidad asistencial de los pacientes portadores de ostomía digestiva de eliminación intestinal de Huelva, nos hemos reunido con M<sup>a</sup> Dolores Recuero Cuadrado, una Enfermera Experta en Estomaterapia que ejerce su labor como enfermera en el Hospital General de Huelva Juan Ramón Jiménez, y que, de forma voluntaria, nos ha brindado su ayuda y nos ha informado de la situación asistencial del colectivo de pacientes con ostomía de Huelva (Anexo I).

Según nos comenta la experta Recuero, actualmente no existe una consulta de estomaterapia que cubra las necesidades de educación de los pacientes tras el alta en Huelva. Sin embargo, la supervisora de la planta de cirugía cita a los pacientes unos tres días en semana (tres horas semanales) y los atiende según la demanda de ellos mismos. Esta consulta se dedicaría exclusivamente a las curas, no se realizaría educación sanitaria en ella. Tras la operación, se reparten unas breves guías informativas que complementan la información ofrecida por la enfermera de la planta, la cual, al estar limitada por la sobrecarga de trabajo, no puede ser más que breve y escasa.

Por lo tanto, una consulta específica para la educación pre y postoperatoria sería bastante beneficiosa. Siendo lo



ideal que estuviera implantada la figura de la enfermera estomaterapeuta o que, al menos el personal de enfermería, por ejemplo de los servicios de urgencias y emergencias, estuviera más formado en los cuidados que requieren estos pacientes, ya que son los que más posibilidades tienen de verse en la situación de tener que atender las complicaciones de urgencia que pueda presentar el estoma tras el alta.

Dichas complicaciones se podrían prevenir o detectar de forma más precoz si el personal de enfermería tuviera un mayor conocimiento sobre las mismas. Además, la educación resolvería las principales preocupaciones tanto de los profesionales para prestar la atención y los cuidados necesarios, como para los pacientes. Ya que los orientaría, antes y después de la intervención quirúrgica, sobre cuándo es realmente necesario acudir a los servicios de urgencias para demandar asistencia sanitaria y cómo afrontar el proceso que atraviesan.

## JUSTIFICACIÓN

La experiencia adquirida a lo largo de mis practicums en los servicios de urgencias y emergencias respecto a la atención prestada a pacientes portadores de ostomías digestivas de eliminación intestinal y la puesta en común con diversos profesionales del mismo servicio al respecto, nos hace valorar las limitaciones que tiene el personal de enfermería para atender correcta y adecuadamente a este colectivo de pacientes.

Además, tras conocer la realidad asistencial que presentan, actualmente, los pacientes portadores de ostomía digestiva de eliminación intestinal de Huelva, al ponernos en contacto con la Enfermera Experta en Estomaterapia M<sup>a</sup> Dolores Recuero Cuadrado, hacen que nos planteemos como muy beneficiosa e interesante la posibilidad de ofrecer una mayor formación y conocimientos al personal de enfermería de los servicios de urgencias y emergencias. Todo ello, estamos seguros de que supondrá una gran ayuda a los profesionales, aumentando tanto los conocimientos como las habilidades y destrezas para la resolución de las demandas y necesidades de cuidados que presentan los pacientes portadores de estoma.

Como ya hemos comentado anteriormente, en Huelva, no existe una consulta de estomaterapia, propiamente dicha, la cual garantice una continuidad asistencial de los pacientes ostomizados tras el alta, al igual que no hay personal especializado y formado exhaustivamente en este ámbito. Por todo ello, en numerosas ocasiones, resulta complicado cubrir satisfactoriamente las demandas asistenciales planteadas por los pacientes con ostomía.

Los servicios de urgencias y emergencias se caracterizan por una actividad asistencial muy variada y dinámica, es por ello por lo que consideramos que sería muy fructífera la formación del personal de enfermería de este servicio sobre el cuidado del estoma y sus complicaciones. Ya que es un área en el que, debido a la urgencia o necesidad de una rápida atención y resolución de la complicación de los estomas, recibe a numerosos pacientes en esta situación, teniendo algunos que ser derivados incluso a quirófano para una reinterven-

ción y rápida resolución del problema debido a la gravedad en que la misma puede derivar.

Cuando el paciente sufre cambios o cualquier alteración importante en el estoma acude a rápidamente a los Servicios de Urgencias, ya que son considerados como el lugar más adecuado para resolver su problema. Sin embargo, y como ya hemos comentado con anterioridad, tras la experiencia de mis practicums en este servicio y, según nos han comentado diversos profesionales de enfermería del mismo, podemos decir que el paciente portador de ostomía suele tener tanto mayores conocimientos sobre el cuidado del estoma y los dispositivos y materiales empleados para su cuidado, como mayores habilidades y destrezas para llevarlos a cabo, viéndose enfermería bastante limitada para afrontar esta situación.

Por todo ello, pretendemos organizar unos talleres de formación a través de los que se eduque en los cuidados del estoma y consigamos que las enfermeras de los servicios de urgencias y emergencias sean capaces de atender y resolver las complicaciones que presenten los pacientes de la mejor forma posible, siguiendo el tratamiento más adecuado y conveniente. De este modo, contribuiremos, por una parte, a que los profesionales adquieran mayor autonomía en la toma de decisiones y seguridad en sus actuaciones y, por otra parte, también contribuiremos, gradualmente, a mejorar la percepción sobre la calidad asistencial recibida por este colectivo de pacientes.

Y es que como ya venimos explicando, y en base a la bibliografía consultada, consideramos que el papel de la enfermera estomaterapeuta será clave para la enseñanza de los cuidados del estoma y sus complicaciones al resto de profesionales sanitarios que no son expertos en este tema. Según Romero (2014), el acceso a una enfermera experta en estomaterapia influirá muy positivamente tanto en la prevención como en la disminución de las complicaciones, reduciendo costes (consultas, reingresos, etc.) y mejorando la calidad de vida de los pacientes ostomizados.

## OBJETIVOS

### *Objetivo general*

Favorecer la adquisición de conocimientos y habilidades del personal de enfermería del servicio de Urgencias y Emergencias del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, para que sean capaces de realizar los cuidados convenientes e identificar y/o resolver las complicaciones del estoma.

### *Objetivo específicos*

- Ofrecer los conocimientos necesarios sobre los cuidados del estoma y su higiene.
- Ofrecer los conocimientos necesarios para que el personal de enfermería sea capaz de identificar las complicaciones del estoma y llevar a cabo el tratamiento adecuado.
- Describir la sintomatología asociada a las complicaciones y desarrollar las habilidades y destrezas suficientes para su correcta identificación y tratamiento.

- Motivar al personal de enfermería para la implicación en el tratamiento de las complicaciones del estoma como instrumento favorecedor para la disminución de futuras complicaciones o gravedad de las mismas, disminución de costes y mejora en la calidad de vida de los pacientes.

## POBLACIÓN DESTINATARIA DE LA INTERVENCIÓN

En esta propuesta de intervención, planteamos unos talleres con diferentes sesiones, las cuales irán dirigidas al personal de enfermería del servicio de Urgencias y Emergencias del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Las enfermeras deberán estar interesadas y motivadas para el aprendizaje de los cuidados relacionados con la ostomía y sus complicaciones.

## METODOLOGÍA Y ACTIVIDADES PREVISTAS

Nuestro trabajo consiste en la planificación de unos talleres destinados al personal de enfermería del Servicio de Urgencias y Emergencias del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, a través del que ofreceremos conocimientos relacionados con los cuidados del estoma y su higiene e información sobre las complicaciones que éste puede presentar. De este modo, pretendemos que los profesionales desarrollen las habilidades y destrezas necesarias para ofrecer una atención de calidad al paciente portador de una ostomía digestiva de eliminación que acude al servicio de Urgencias, siendo capaces de reconocer la sintomatología asociada y de aplicar el tratamiento conveniente en cada situación.

La adecuada atención ofrecida al paciente portador de ostomía desde el Servicio de Urgencias favorecerá la disminución de complicaciones o la gravedad de las mismas, algo que también se verá reflejado en una disminución de los costes y en la mejora de la calidad de vida y percepción de la atención recibida por parte de los pacientes.

Según Romero (2014), una atención integral y especializada influirá muy positivamente tanto en la prevención como en la disminución de las complicaciones, reduciendo costes (consultas, reingresos, etc.) y mejorando la calidad de vida de los pacientes ostomizados.

El desarrollo de los talleres partirá de las necesidades educativas que presenten los profesionales, y que valoraremos, de forma general, mediante el diálogo participativo-grupal y un cuestionario (Anexo II). De este modo, queremos partir de los conocimientos necesarios para que sean capaces de desarrollar actitudes, habilidades y destrezas para realizar los cuidados del estoma, identificar las complicaciones y tratarlas de la forma más adecuada y conveniente.

La evaluación de esta propuesta de intervención educativa la realizaríamos fundamentalmente mediante cuestionarios para valorar los conocimientos previos (Anexo II), mediante la puesta en común grupal y a través de la observación directa de los avances que se experimenten en el desarrollo de habilidades y destrezas mediante la resolución de diferentes supuestos prácticos que planteemos, simulando diferentes situaciones que se nos pueden presentar en el servicio de Urgencias.

Hemos planteado ocho sesiones, de las cuales las tres primeras serán fundamentalmente teóricas y las cinco restantes incorporarán la parte más práctica.

En la primera sesión presentaremos el taller y los objetivos que queremos conseguir con la ejecución del mismo. Ofreceremos conocimientos sobre los cuidados del estoma y su higiene y se describirán los materiales necesarios para ello.

En segundo lugar, ofreceremos conocimientos sobre las complicaciones precoces del estoma y se describirán los tratamientos convenientes a seguir en cada situación.

A continuación, ofreceremos conocimientos sobre las complicaciones tardías del estoma y se describirán los tratamientos convenientes a seguir en cada caso.

Más adelante, pretendemos que los profesionales sean capaces de poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores, de modo que puedan identificar la sintomatología asociada a las complicaciones (precoces y tardías) del estoma y sepan cuál sería el tratamiento más adecuado a seguir en los supuestos teórico-prácticos que se planteen.

Posteriormente, en las sesiones quinta y sexta, pretendemos fomentar el desarrollo de habilidades y destrezas para el correcto manejo y tratamiento de las complicaciones precoces. Para ello, se practicará con materiales y dispositivos necesarios para el cuidado de la ostomía y sus complicaciones.

Y por último, en las últimas sesiones, buscaremos fomentar el desarrollo de habilidades y destrezas para el correcto manejo y tratamiento de las complicaciones tardías. Para ello, se practicará con materiales y dispositivos necesarios para el cuidado de la ostomía y sus complicaciones.

Para la búsqueda de información hemos utilizado como palabras clave: *ostomía, complicaciones estoma, cuidados enfermería, enfermera estomaterapeuta y calidad de vida*. Hemos recabado información de las siguientes bases de datos: Dialnet, Cuiden, Scielo y Pubmed. Nos hemos entrevistado con M<sup>a</sup> Dolores Recuero Cuadrado, Enfermera Experta en Estomaterapia, que nos ha proporcionado información sobre la situación actual de la atención de los pacientes portadores de ostomía de Huelva y hemos hablado con diversos profesionales de enfermería de los servicios de urgencias y emergencias. Además, también hemos consultado Google Académico, el portal de la Junta de Andalucía y la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (S.E.D.E.). De dicha búsqueda, hemos seleccionado artículos con una antigüedad de ocho años, comprendidos desde el año 2010 hasta 2017, ambos incluidos.

## TEMPORALIZACIÓN, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La captación de los profesionales de enfermería se realizará desde el mismo Servicio de Urgencias y Emergencias, donde se informará de la posibilidad de participación en unos *Talleres de formación al personal de Enfermería del Servicio de Urgencias en el cuidado del estoma y sus complicaciones*. De forma complementaria, y para fomentar la divulgación

Tabla 3. Propuesta de actividades.

| Sesiones   | Contenidos y actividades   | Metodología  | Objetivos   | Evaluación  |
|--|--|--|---|---|
| 1.<br><i>Presentación taller</i>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados estoma e higiene</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Charla participativa-grupal</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecer conocimientos sobre cuidados estoma e higiene</li> <li>Describir los materiales necesarios</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación y cuestionarios (Anexo II)</li> </ul>                    |
| 2.<br><i>Charla-coloquio (I)</i>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Complicaciones precoces de los estomas</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Charla participativa-grupal</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecer conocimientos sobre las complicaciones precoces del estoma</li> <li>Describir tratamientos a seguir</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación</li> </ul>   |
| 3.<br><i>Charla-coloquio (II)</i>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Complicaciones tardías de los estomas</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Charla participativa-grupal</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ofrecer conocimientos sobre las complicaciones tardías del estoma</li> <li>Describir tratamientos a seguir</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación</li> </ul>   |
| 4.<br><i>Identificación de las complicaciones del estoma</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomatología y tratamiento de las complicaciones</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento teórico-práctico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las complicaciones del estoma y tratamiento a seguir</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación</li> </ul>   |
| 5.<br><i>Manejo de complicaciones del estoma (I)</i>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de las complicaciones precoces</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento teórico-práctico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar habilidades y destrezas para el correcto manejo y tratamiento de las complicaciones</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación y observación</li> </ul>                                 |
| 6.<br><i>Manejo de complicaciones del estoma (II)</i>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de las complicaciones precoces</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento teórico-práctico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar habilidades y destrezas para el correcto manejo y tratamiento de las complicaciones</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación y observación</li> </ul>                                 |
| 7.<br><i>Manejo de complicaciones del estoma (III)</i>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de las complicaciones precoces</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento teórico-práctico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar habilidades y destrezas para el correcto manejo y tratamiento de las complicaciones</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación y observación</li> </ul>                                 |
| 8.<br><i>Manejo de complicaciones del estoma (IV)</i>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento de las complicaciones precoces</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento teórico-práctico</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar habilidades y destrezas para el correcto manejo y tratamiento de las complicaciones</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación, observación y cuestionarios (Anexo II y III)</li> </ul> |

Fuente: Elaboración propia.

de esta actividad difundiremos un díptico informativo (Anexo IV).

La metodología del taller consistirá, por una parte, en charlas participativas grupales (5 ó 6 personas), en las que utilizaremos un método bidireccional y de diálogo para una primera toma de contacto. Ofreceremos conocimientos sobre los cuidados del estoma y su higiene e información sobre las complicaciones que éste puede presentar, para que el personal de enfermería sea capaz de identificar las complicaciones, elegir los tratamientos adecuados y los materiales necesarios para ello.

Por otra parte, con el fin de desarrollar y entrenar las habilidades y destrezas que favorezcan el correcto manejo de las complicaciones, seguiremos una metodología teórico-

práctica, promoviendo el pensamiento crítico de los profesionales para la resolución de los diferentes casos que planteemos.

Inicialmente, hemos planificado ocho sesiones a desarrollar en un periodo de cuatro semanas, aunque tanto el número de sesiones como la duración de las mismas dependerán de la evolución en la adquisición de los conocimientos, las destrezas y las habilidades. Además, acordaremos con el personal las fechas y los horarios disponibles que mejor se adapten a sus necesidades para facilitar lo máximo posible la asistencia a todas las sesiones programadas. En dichas sesiones contaremos con una Enfermera Experta en Estomatología. Cada sesión, se caracterizará por ser una fuente de retroalimentación y evaluación continuada de todo lo aprendido (Anexo II y III).

Tabla 4. Cronograma de actividades y recursos necesarios.

| Sesiones  | Fecha           | Hora          | Lugar    | Recursos  |
|---|-----------------|---------------|----------|---|
| 1.<br>Presentación taller                             | Martes 05/09/17 | 10:00-11:30 h | Aula     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras expertas</li> <li>Ordenador, proyector, sillas</li> <li>Dispositivos y accesorios de cuidado ostomía</li> </ul> |
| 2.<br>Charla-coloquio (I)                             | Jueves 07/09/17 | 10:00-11:30 h | Aula     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras expertas</li> <li>Ordenador, proyector, sillas</li> <li>Dispositivos y accesorios de cuidado ostomía</li> </ul> |
| 3.<br>Charla-coloquio (II)                            | Martes 12/09/17 | 10:00-11:30 h | Aula     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras expertas</li> <li>Ordenador, proyector, sillas</li> <li>Dispositivos y accesorios de cuidado ostomía</li> </ul> |
| 4.<br>Identificación de las complicaciones del estoma | Jueves 14/09/17 | 10:00-11:30 h | Aula     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras expertas</li> <li>Ordenador, proyector, sillas</li> <li>Dispositivos y accesorios de cuidado ostomía</li> </ul> |
| 5.<br>Manejo de complicaciones del estoma (I)         | Martes 19/09/17 | 10:00-11:30 h | Consulta | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras expertas</li> <li>Dispositivos y accesorios de cuidado ostomía</li> </ul>                                       |
| 6.<br>Manejo de complicaciones del estoma (II)        | Jueves 21/09/17 | 10:00-11:30 h | Consulta | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras expertas</li> <li>Dispositivos y accesorios de cuidado ostomía</li> </ul>                                       |
| 7.<br>Manejo de complicaciones del estoma (III)       | Martes 26/09/17 | 10:00-11:30 h | Consulta | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras expertas</li> <li>Dispositivos y accesorios de cuidado ostomía</li> </ul>                                       |
| 8.<br>Manejo de complicaciones del estoma (IV)        | Jueves 28/09/17 | 10:00-11:30 h | Consulta | <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras expertas</li> <li>Dispositivos y accesorios de cuidado ostomía</li> </ul>                                       |

Fuente: Elaboración propia.

En la primera sesión, daremos a los participantes un cuestionario para valorar los conocimientos previos generales que poseen sobre los cuidados del estoma y sus complicaciones (Anexo II). Por último, al finalizar los talleres, pasaremos nuevamente el primer cuestionario de evaluación de conocimientos previos a la intervención (Anexo II), para valorar el progreso en el aprendizaje. Además, también deberán cumplimentar un cuestionario de evaluación de la intervención (Anexo III), para valorar el grado de eficacia y efectividad de la misma y/o recibir sugerencias o propuestas de mejora a tener en cuenta para el desarrollo de próximas intervenciones.

A continuación, adjuntamos una propuesta del cronograma a seguir (aunque como hemos referido anteriormente, se trataría solamente de una propuesta, siendo flexibles en realizar las modificaciones convenientes que mejor se adapten a las necesidades de los profesionales participantes) y los recursos necesarios para llevar a cabo la propuesta de intervención que planteamos.

## RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Para la ejecución de este proyecto de intervención necesitaremos los siguientes recursos, entre los que distinguiremos:

### Recursos humanos

- Enfermeras expertas en cuidados de personas con ostomía.

### Recursos materiales

- Aula para llevar a cabo las sesiones teóricas, la cual deberá estar equipada de ordenador y proyector, además del resto de mobiliario como sillas, mesas, etc.
- Consulta para llevar a cabo las sesiones prácticas.
- Gama de dispositivos y accesorios adecuados existentes en el mercado para el cuidado de la ostomía y sus complicaciones.

- Fichas con el desarrollo de los diferentes casos prácticos que se planten y sus imágenes características correspondientes.

## EVALUACIÓN

Para la evaluación de la intervención fundamentalmente vamos a utilizar, por una parte, unos cuestionarios que nos ayuden a valorar los conocimientos y, por otra, la observación directa para valorar el progreso en el desarrollo de habilidades y destrezas experimentadas por los profesionales de enfermería participantes respecto al manejo de los cuidados del estoma, su higiene y sus complicaciones.

Al principio, dialogaremos con los participantes y ofrecemos unos cuestionarios para determinar, de forma general, cuáles son los conocimientos previos que consideran poseer sobre los cuidados del estoma, su higiene y el manejo de las complicaciones (Anexo II). Además, durante todo el proceso procuraremos mantener una retroalimentación constante que favorezca la resolución de las dudas y la interiorización de toda la información recibida. Por último, al finalizar los talleres, ofreceremos nuevamente el cuestionario de conocimientos previos (Anexo II) que nos ayudará a valorar y comparar con los resultados obtenidos la primera vez. De este modo, y junto a la valoración continua realizada mediante la observación directa, iremos valorando la evolución experimentada tras el desarrollo de la intervención y los avances conseguidos.

Por último, se repartirán unos cuestionarios de evaluación de la intervención (Anexo III) para que los participantes valoren aspectos como la organización y el funcionamiento de los diferentes talleres desarrollados y, de igual modo, puedan aportarnos sugerencias o propuestas de mejora que deban ser consideradas para el desarrollo de próximos talleres de formación.

Dos meses después de la finalización de los talleres, programaremos una reunión con los profesionales participantes en la que se realizará una puesta en común sobre las experiencias acontecidas durante este tiempo, en el cual, hayan tenido que atender a pacientes portadores de ostomía digestiva de eliminación intestinal y atender todo lo relacionado con el cuidado del estoma y sus complicaciones. Esto nos permitirá valorar el impacto que ha tenido la intervención en su práctica profesional.

Además, nos servirá de referencia para verificar la adhesión y, por tanto, la puesta en práctica de todo lo aprendido.

Un año después, podemos citarlos cada tres meses para ofrecerles la posibilidad de participar en talleres que, a modo recuerdo, permitan la continuidad en la actualización de conocimientos o técnicas y aseguren una formación continuada.

### **Implicación del proyecto en enfermería**

La población portadora de un estoma requiere una serie de cuidados individualizados y una atención integral que favorezca la recuperación de su autonomía e independencia (Corrella Calatayud & mas Villa, s.f.). Aquí es donde las enfermeras tienen un papel clave. Las enfermeras estomaterapeutas están formadas para atender y contribuir a la mejora de la

calidad de vida de dichos pacientes, siendo fundamental para garantizar una continuidad en los cuidados a lo largo de todo el proceso asistencial (Recuero Cuadrado, 2015).

La formación en este ámbito del personal de enfermería de los servicios de urgencias y emergencias sería de gran utilidad, ya que la adquisición de habilidades y conocimientos sobre educación sanitaria, permitiría una mayor colaboración e implicación en la prevención de complicaciones y, en conjunto, en el restablecimiento del equilibrio biológico, psicológico y social de los pacientes.

Según un estudio realizado por 160 enfermeros de toda España y coordinado por el Instituto de Investigación ANTAE, se ha demostrado científicamente que la calidad de vida de los pacientes ostomizados mejora un 15%, al igual que el coste sanitario, reduciéndose en un 48% cuando tienen acceso a una atención más especializada (Romero, 2014).

Por todo ello, consideramos que la mayor formación del personal de enfermería, y concretamente, de los servicios de urgencias y emergencias, al ser unos servicios muy dinámicos y con una alta probabilidad de asistencia de los pacientes ante cualquier problema que pueda presentar el estoma, sería bastante beneficiosa tanto para profesionales como para pacientes.

Estamos seguros de que la adquisición de conocimientos, y mayores destrezas y habilidades contribuirán notablemente a la consecución de un cuidado integral en todas las fases del proceso, es decir, antes y después de la intervención quirúrgica, además, ayudará a disminuir complicaciones y reingresos hospitalarios, y como no, otorgará a los profesionales mayor autonomía y seguridad al realizar sus cuidados y asistencia.

### **Limitaciones del estudio**

En el presente trabajo se ha tratado la importancia de la formación del personal de enfermería de los servicios de urgencias y emergencias en los cuidados a los pacientes portadores de estomas digestivos de eliminación intestinal, concretamente sobre los cuidados necesarios y la atención de las complicaciones que pueden presentarse. Además, se ha resaltado la importancia de la continuidad en los cuidados y el enfoque integral de los mismos, como elementos clave para aumentar la calidad asistencial ofrecida.

Tal y como hemos justificado con anterioridad, la mayor formación y/o actualización continuada de los conocimientos del personal de enfermería de los servicios de urgencias y emergencias, resultaría muy beneficioso tanto para los profesionales como para los pacientes. Por todo ello, consideramos de gran utilidad los talleres que proponemos, ya que, actualmente, los pacientes de Huelva no cuentan con una consulta de estomaterapia específica que cubra las necesidades de los pacientes, pese a los importantes beneficios que conllevaría para la atención del mismo y el incremento en su calidad de vida.

Para finalizar, queremos establecer algunas propuestas como futuras líneas de estudio:

- Efectividad y eficacia de la intervención realizada a corto y largo plazo, tanto para los pacientes (a los que supondría una mejora en la calidad de vida y atención recibida) como para el personal sanitario, contribuyendo a la disminución del gasto en Huelva.
- Adherencia a los tratamientos y procedimientos adecuados para la realización de los cuidados del estoma y la resolución de las complicaciones del mismo, y su correspondiente impacto en la calidad de vida de los pacientes (disminución de complicaciones o gravedad de las mismas, etc.).
- Importancia de la formación del personal de enfermería respecto a los cuidados del estoma y sus complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bodega Urruticoechea, C., Marrero González, C. M., Muñiz Toyos, N., Pérez Pérez, A. J., Rojas González, A. A. y Vongsavath Rosales, S. (2013). Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. *Revista de Enfermería*, 7(3), 2-3. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4422641> Consultado 11 de Abril de 2017.
- Bonill de las Nieves, C., Celdrán Mañas, M., Hueso Montoro, C., Cuevas Fernández- Gallego, M., Rivas Marín, C., Sánchez Crisol, I. et al. (2012). Vivencias y experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos. *Biblioteca Lascasas*, 8(2). Recuperado de <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/lascasas/documentos/lc0657.pdf> Consultado el 23 de Abril de 2017.
- Bonill de las Nieves, C., Celdrán Mañas, M., Hueso Montoro, C., Morales Asencio, J. M., Rivas Marín, C. y Cuevas Fernández Gallego, M. (2014). Conviviendo con estomas digestivos: estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(3), 394-400. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00394.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00394.pdf) Consultado el 23 de Abril de 2017.
- Cobos Pérez, M., Gómez Urquiza, J. L., Sánchez Crisol, I., Barrio Camarero, T. y Sánchez Castro, M. (2013). Influencia de la continuidad de cuidados en la percepción de la calidad de vida en pacientes con irrigación por colostomía. *Rev Paraninfo Digital*, (19). Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n19/380p.php> Consultado el 23 de Marzo de 2017.
- Coca Pereira, M. C., Fernández de Larrinoa Arcal, I. y Serrano Gómez, R. (2014). Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. *Metas de Enfermería*, 17(1), 23-31. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4609752> Consultado el 11 de Abril de 2017.
- Coloplast. (2010). *Manual práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares*. Recuperado de [https://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents\\_PDF/OC/Coloplast\\_Stomaratgeber\\_Spanisch\\_Una%20ayuda%20para%20las%20personas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf](https://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents_PDF/OC/Coloplast_Stomaratgeber_Spanisch_Una%20ayuda%20para%20las%20personas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf) Consultado el 1 de Abril de 2017.
- Coloplast. (Febrero, 2017). Coloplast inicia un proyecto para conocer la situación del paciente ostomizado en España. Recuperado de <http://www.immedico-hospitalario.es/noticia/10635/coloplast-inicia-un-proyecto-para-conocer-la-situacion-del-paciente-ostomizado-en-espana#.WK6SxTcu7wo.facebook> Consultado el 10 de Mayo de 2017.
- Corrella Calatayud, J. M. y Mas Villa, T. (s.f.). Importancia y justificación de la consulta de estomaterapia. Recuperado de <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/articulos12.htm> Consultado el 4 de Abril de 2017.
- Europa press. (Febrero, 2016). Hospital Manzanares cuenta con consulta de Estomaterapia. Ciudad Real, España: autor. Recuperado de <http://www.europapress.es/castilla-lamancha/noticia-hospital-manzanares-pone-marcha-consulta-enfermera-estomatoterapia-20160220124340.html> Consultado el 18 de Abril de 2017.
- Fernández Camiñas, J. A., Méndez López, E., Lorenzo Díaz, C., Sobrado Otero, M. J., Barral Rodríguez, M. J. y Pérez Taboada, M. J. (2011). Guía de ayuda al paciente con ostomía de eliminación intestinal. *Rev Paraninfo Digital*, (13). Recuperado de <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/para/n13/pdf/p058.pdf> Consultado el 18 de Abril de 2017.
- Ferreira Umpiérrez, A. H. (2013). Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. *Texto contexto-enferm*, 22(3), 687-693. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=es&ORIGINALLANG=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=es&ORIGINALLANG=es) Consultado el 12 de Abril de 2017.
- Gómez Vázquez, A., Pérez Fernández, A. J., Pérez Jiménez, C., Borja López Casanova, F., Sánchez Crisol, I. y Pérez Ruiz, R. (2017). Manual para la Acreditación de Competencias Profesionales del/ de la Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados a Personas con Ostomías. *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/agencia-decalidadsanitaria/blog/manuales/enfermero-a-de-practica-avanzada-en-cuidados-a-personas-con-ostomias/> Consultado el 4 de Mayo de 2017.
- Guerrero García, M. (2015). Plan de cuidados en un paciente colostomizado. *Evidentia*, 12(51-52). Recuperado de <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/evidentia/n51-52/ev10161.php> Consultado el 12 de Abril de 2017.
- Juárez Ruiz, J. L., Molina Navarrete, E. y Martínez Samblas, C. (2010). Autocuidado e interacciones sociales. Un reto para el paciente colostomizado. *Biblioteca Lascasas*, 6(3). Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0560.php> Consultado el 2 de Mayo de 2017.

- López Doblas, M., Cruz Piqueras, M. y Martín Barato, A. (2010). *Vivir con una ostomía*. España: Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Recuperado de [http://www.escueladepacientes.es/ui/aula\\_guia.aspx?stk=Aulas/Cancer\\_colorrectal/Guias\\_Informativas/Vivir\\_con\\_ una\\_ostomia](http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/Cancer_colorrectal/Guias_Informativas/Vivir_con_ una_ostomia) Consultado el 31 de Marzo de 2017.
- Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F. y Parajó Calvo, A. (2014). Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cirugía Española*, 92(3), 149-159. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estado-actual-prevencion-tratamiento-las-S0009739X13003667> Consultado el 2 de Mayo de 2017.
- Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F. y Parajó Calvo, A. (s.f.). Complicaciones de los estomas. *Actualización de las Bases en Coloproctología*, 4-26. Disponible en: <http://campusabaco.org/pdf/Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf> Consultado el 10 de Abril de 2017.
- Olavarría Bevide, E., Santamaría Corona, G. y Gómez Muñoz, I. (2011). Plan de cuidados de un paciente ostomizado. *Nuberos Científica*, 2(1), 36-43. Recuperado de <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/103/99> Consultado el 15 de Abril de 2017.
- Pérez García, M. y Ramos Mateos, M. A. (2014). Demanda asistencial e implantación de la consulta de ostomías de la Planta 111/C del Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Investigación en Enfermería*, 35, 6-14. Recuperado de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Didea35\\_+julio14.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=135285\\_4827563&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Didea35_+julio14.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=135285_4827563&ssbinary=true) Consultado el 20 de Marzo de 2017.
- Recuero Cuadrado, M. D. (Junio, 2015). Proyecto para la creación de una consulta de ostomías. *Documentos de enfermería*, (58), 7-10.
- Rivera García, S., Fernández Luque, I., García-Pozuelo Caviedes, R., Baena Antequera, F. y Agua Calvo, C. (2011). *Guía de actuación compartida: pacientes portadores de una ostomía*. Sevilla, España: Hospital universitario Virgen del Rocío/ Atención primaria. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/farmaciadesevilla/portalsevilla/images/docu/gestion-sanitaria/enfermeria/continuidad%20de%20cuidados/GUIA%20OSTOMIAS%20REVISADA%20DEFINITIVA.pdf> Consultado el 1 de Abril de 2017.
- Rodríguez Gállego, A. I., Galdamez Núñez, C. y Pérez Serrano, M. I. (2011). La consulta de ostomías como parte del circuito interniveles en pacientes ostomizados. *Rev Paraninfo Digital*, 13. Recuperado de <http://0-www.index-f.com.avalos.ujen.es/para/n13/p079.php> Consultado el 11 de Abril de 2017.
- Romero, G. (2014). El Consejo General de Enfermería reclama la implantación de la enfermera estomaterapeuta en todo el SNS. Organización Colegial de Enfermería. Recuperado de <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/8087-el-consejo-general-de-enfermeria-reclama-la-implantacion-de-la-enfermera-estomaterapeuta-en-todo-el-sns#.VvAbMeLhDIV> Consultado el 20 de Marzo de 2017.
- Salguero Evangelista, F., Rúa Beldades, M. C., Torres Cabello, A., Morales Rodríguez, M. I. y Fernández Agustiño, C. (2011). Guía clínica de enfermería del paciente portador de una ostomía. *Rev Paraninfo Digital*, 13. Recuperado de <http://0-www.index-f.com.avalos.ujen.es/para/n13/p076.php> Consultado el 11 de Abril de 2017.
- Salido Moreno, M. P. y Rodríguez Úbeda, R. (2014). Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación. *Inquietudes*, (48), 12-19. Recuperado de <http://0-www.index-f.com.avalos.ujen.es/inquietudes/48pdf/4812.pdf> Consultado el 15 de Abril de 2017.
- United Ostomy Association. (2015). *Colostomía: una guía*. Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002822-pdf.pdf> Consultado el 1 de Abril de 2017.

## ANEXOS

### Anexo I. Consentimiento informado

M<sup>a</sup> Dolores Recuero Cuadrado da el consentimiento informado oral que permite la aparición de la información obtenida de su entrevista en nuestro trabajo. En dicha entrevista nos habla de la realidad asistencial de los pacientes portadores de ostomía digestiva de eliminación intestinal de Huelva.

Esta información nos resultará muy útil para el desarrollo de la propuesta de intervención que queremos llevar a sobre la formación en los cuidados del estoma y la atención de sus complicaciones, cuyos destinatarios serán profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias y Emergencias.

En Huelva, a 3 de Abril de 2017

### Anexo II. Cuestionario de evaluación: conocimientos previos a la intervención

Por favor, marque con una cruz la casilla correspondiente a sus conocimientos sobre cuidados del estoma y sus complicaciones que, posteriormente, se impartirán en los *Talleres de formación al personal de Enfermería del Servicio de Urgencias en el cuidado del estoma y sus complicaciones*.

|   |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Tengo los conocimientos necesarios para llevar a cabo los cuidados del estoma  |   |   |   |   |   |
| 2 | Tengo los conocimientos necesarios para el manejo de las complicaciones del estoma                                   |   |   |   |   |   |
| 3 | Identifico la sintomatología de las complicaciones relacionadas con el estoma  |   |   |   |   |   |
| 4 | Conozco los materiales y dispositivos necesarios para los cuidados y el tratamiento de las complicaciones del estoma |   |   |   |   |   |
| 5 | Tengo habilidades y destrezas para la identificación y tratamiento de las complicaciones del estoma                  |   |   |   |   |   |

(1: Ningún conocimiento; 2: Conocimiento escaso; 3: Conocimiento moderado; 4: Conocimiento sustancial y 5: Conocimiento extenso).

**Sugerencias/propuestas de mejora:**

Gracias por su colaboración

**Anexo III. Cuestionario de evaluación de la intervención**

Por favor, marque con una cruz la casilla correspondiente a su grado de satisfacción del desarrollo de los *Talleres de formación al personal de Enfermería del Servicio de Urgencias en el cuidado del estoma y sus complicaciones*.

|   |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 1 | Consideraciones del conocimiento de las personas antes de la enseñanza |   |   |   |   |   |
| 2 | El profesional explica con seguridad y expresa confianza               |   |   |   |   |   |
| 3 | Explicaciones proporcionadas en términos comprensibles                 |   |   |   |   |   |
| 4 | Tiempo adecuado para el aprendizaje                                    |   |   |   |   |   |
| 5 | Se destacan los objetivos de las actividades                           |   |   |   |   |   |
| 6 | Descripción de las técnicas y los cuidados apropiados                  |   |   |   |   |   |
| 7 | Realización adecuada de la actividad prescrita                         |   |   |   |   |   |
| 8 | Flexibilidad horaria y buena disposición para la enseñanza             |   |   |   |   |   |

(1: No del todo satisfecho; 2: Algo satisfecho; 3: Moderadamente satisfecho; 4: Muy satisfecho y 5: Completamente satisfecho).

**Sugerencias/propuestas de mejora:**

Gracias por su colaboración



**Anexo IV. Propuesta de díptico informativo**

**TALLERES DE FORMACIÓN EN EL  
CUIDADO DEL ESTOMA Y SUS  
COMPLICACIONES**

**DIRIGIDO AL PERSONAL  
DE ENFERMERÍA DE LOS  
SERVICIOS DE URGENCIAS  
Y EMERGENCIAS DEL  
H.J.R.J. DE HUELVA**



**¡¡¡Incrementa tus  
conocimientos y  
destrezas sobre los  
cuidados del estoma  
y sus  
complicaciones!!!**

- **Programa:** interviene Enfermera Experta en Estomaterapia.
- **Sesiones teóricas:** adquisición de conocimientos.
- **Sesiones teórico-prácticas:** entrenamiento de habilidades y destrezas.
- **Fecha propuesta:** Martes y Jueves, del 5 al 28 de Septiembre de 2017.
- **Horario propuesto:** 10:00-11:30h.
- **Lugar:**
  - Sesiones teóricas: aula equipada.
  - Sesiones teórico-prácticas: consulta.

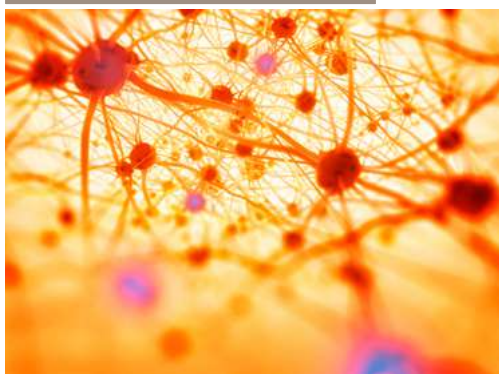
**GRUPOS DE  
5 ó 6  
PERSONAS**

**INSCRIPCIÓN: EN SERVICIO  
DE URGENCIAS Y  
EMERGENCIAS DEL H.J.R.J.  
DE HUELVA**

| Sesión   | Fecha           | Hora          | Lugar    | Contenidos   |
|--|-----------------|---------------|----------|--|
| 1.<br><i>Presentación taller</i>                             | Martes 05/09/17 | 10:00-11:30 h | Aula     | • Cuidados estoma e higiene                          |
| 2.<br><i>Charla-coloquio (I)</i>                             | Jueves 07/09/17 | 10:00-11:30 h | Aula     | • Complicaciones precoces de los estomas             |
| 3.<br><i>Charla-coloquio (II)</i>                            | Martes 12/09/17 | 10:00-11:30 h | Aula     | • Complicaciones tardías de los estomas              |
| 4.<br><i>Identificación de las complicaciones del estoma</i> | Jueves 14/09/17 | 10:00-11:30 h | Aula     | • Sintomatología y tratamiento de las complicaciones |
| 5.<br><i>Manejo de complicaciones del estoma (I)</i>         | Martes 19/09/17 | 10:00-11:30 h | Consulta | • Tratamiento de las complicaciones precoces         |
| 6.<br><i>Manejo de complicaciones del estoma (II)</i>        | Jueves 21/09/17 | 10:00-11:30 h | Consulta | • Tratamiento de las complicaciones precoces         |
| 7.<br><i>Manejo de complicaciones del estoma (III)</i>       | Martes 26/09/17 | 10:00-11:30 h | Consulta | • Tratamiento de las complicaciones tardías          |
| 8.<br><i>Manejo de complicaciones del estoma (IV)</i>        | Jueves 28/09/17 | 10:00-11:30 h | Consulta | • Tratamiento de las complicaciones tardías          |

**+ Publicación Tesina**

(Incluido en el precio)



475€  
PRECIO  
ESPECIAL

625  
HORAS  
25  
ECTS

## Experto Universitario en Endocrinología y Metabolismo

Edición: 52ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 200 Preguntas tipo test, 20 Supuestos y Tesina de investigación

universidad  
**SANJORGE**  
GRUPO SANVALERO

**+ Publicación Tesina**

(Incluido en el precio)



1250€  
PRECIO  
ESPECIAL

1500  
HORAS  
60  
ECTS

## Máster para enfermería en transfusión sanguínea y terapia celular y tisular

Edición: 4ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 306 Preguntas tipo test, 20 Supuestos y Tesina de investigación

**UEMC**  
Universidad Europea  
Miguel de Cervantes

## Índice

|  |    |
|--|----|
| 1. Crisis asmática .....   | 4  |
| 2. Tosferina .....   | 6  |
| 3. El aborto. Entre la legalidad y la bioética .....                                       | 10 |
| 4. Donación en asistolia.....  | 12 |
| 5. Triage en enfermería.....   | 13 |
| 6. Tumor de Wilms. Actuación de enfermería .....   | 15 |
| 7. Vitamina D y sepsis .....   | 16 |
| 8. Formación del personal de enfermería en el cuidado del estoma y sus complicaciones..... | 18 |

## Índice de Autores

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| Barroso Ramírez, Alejandra - | 15    |
| Cabrera Pruaño, Inmaculada - | 18    |
| Granda Berridi, Laura -      | 6, 10 |
| Lazcano Zubeldia, Idoia -    | 12    |
| Martínez Sela, María -       | 4     |
| Olabarria López, Enertiz -   | 13    |
| Pérez San Martín, Sonia -    | 16    |
| Ramírez Luque, Ana María -   | 18    |

