



Manual de
buenas prácticas de
**Humanización de las
Consultas de Ostomía**

Manual de Buenas Prácticas de Humanización de las Consultas de Ostomía 2022

Cómo citar este documento:

Grupo de trabajo HUCI.

Manual de buenas prácticas de humanización
en Consultas de Ostomía. Madrid: Proyecto
HU-CI;

2022 [acceso 2 de mayo de 2022].

Disponible en:

<https://proyctohuci.com/es/bpostomia>

Coordinación GESTO

María Eugenia Zapatero Rodríguez

Gemma Arrontes Caballero

Coordinación HUCI:

José Manuel Velasco Bueno.

Gabriel Heras La Calle.

Tayra Velasco Sanz.

1ª Edición. mayo 2022

ISBN: 978-84-09-41177-1



Reconocimiento – NoComercial – CompartirIgual (by-nc-sa):
No se permite un uso comercial de la obra original ni de las
posibles obras derivadas, la distribución de las cuales
se debe hacer con una licencia igual a la que regula la
obra original.

Con el aval de:



Manual de
buenas prácticas de
**Humanización de las
Consultas de Ostromía**

Índice

1	Buenas Prácticas.....	Pág. 8-9
1.1	Línea Estratégica 1 Bienestar del paciente	Pág. 10-17
1.2	Línea Estratégica 2 Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado	Pág. 18-25
1.3	Línea Estratégica 3 Comunicación.....	Pág. 26-31
1.4	Línea Estratégica 4 Afrontamiento post-ostomía	Pág. 32-37
1.5	Línea Estratégica 5 Arquitectura/infraestructura humana	Pág. 38-45
1.6	Línea Estratégica 6 Cuidados al profesional.....	Pág. 46-51
1.7	Línea Estratégica 7 Cuidados al final de la vida.....	Pág. 52-57

2	Autores y Colaboradores	Pág. 58-61
----------	-------------------------------	------------



BUENAS PRÁCTICAS

Las buenas prácticas se han categorizado en **Básicas (B)**, aquellas que son obligatorias para conseguir un nivel mínimo de humanización; **Avanzadas (A)**, aquellas que son obligatorias para avanzar a un mayor nivel de humanización; y **Deseables (D)**, aquellas que serían deseables para el máximo nivel humanización.

Línea Estratégica 1	Bienestar del paciente	Bienestar físico.
		Bienestar psicológico y espiritual.
		Promoción de la autonomía del paciente.

Línea Estratégica 2	Presencia y participación de los familiares/ cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado	Sensibilización y formación del equipo asistencial.
		Accesibilidad.
		Presencia y participación en procedimientos y cuidados.
		Soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia y/o cuidador principal.

Línea Estratégica 3	Comunicación	Comunicación en el equipo.
		Comunicación con el paciente, familia y/o cuidador principal.

Línea Estratégica 4	Afrontamiento post-ostomía	Prevención y manejo.
		Seguimiento.

Línea Estratégica 5	Arquitectura / infraestructura humana	Privacidad e intimidad del paciente.
		Confort ambiental del paciente.
		Confort en el área de espera.
		Confort en el área de personal.

Línea Estratégica 6	Cuidados al profesional	Sensibilidad sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados.
		Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar.
		Prevención y manejo integral de situaciones conflictivas.

Línea Estratégica 7	Cuidados al final de la vida	Protocolización de cuidados al final de la vida.
		Soporte a las necesidades según la escala de valores de los pacientes en situaciones al final de la vida.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Bienestar del paciente

Línea estratégica 1	Bienestar del paciente	Bienestar físico.
		Bienestar psicológico y espiritual.
		Promoción de la autonomía del paciente.

Una ostomía es una técnica quirúrgica que, si bien resulta altamente eficaz, afecta a la integridad corporal, modifica la propia imagen, la capacidad funcional y social, y repercute en el bienestar del paciente.

Las personas ostomizadas presentan cambios importantes como la pérdida del control del esfínter, ruidos intestinales, cambios en la forma de canalizar los gases, incomodidad a causa del olor y de estar pendiente del llenado de la bolsa, irritación de la piel periestomal, cambios psicológicos por la modificación de la imagen corporal, falta de seguridad en uno mismo, pérdida de la autoestima, temor, depresión, estrés y aislamiento social. Todos ellos son factores que influyen decisivamente en su bienestar.

La adaptación al estoma depende de diversos factores entre los que destacan la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes, las condiciones de la intervención quirúrgica, las posibles complicaciones del estoma, las secuelas postquirúrgicas, el pronóstico, las características del entorno social y psicológico, las creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor, entre otros.

Pretender el bienestar del paciente ostomizado debería ser actualmente un objetivo tan primordial como el pretender su recuperación. La propia enfermedad genera malestar y dolor en los pacientes y si a ello sumamos las intervenciones que realizamos -muchas dolorosas-, las técnicas y la implantación de dispositivos, es evidente que ese sufrimiento del paciente se incrementa.

Son muchos los factores que causan malestar y angustia a los pacientes. La valoración y el control adecuado de la ostomía, en función de la condición del paciente y la prevención y el manejo de las complicaciones, son imprescindibles para mejorar la calidad de vida de las personas ostomizadas.

Además de las causas físicas, el sufrimiento psicológico, emocional y espiritual puede ser muy elevado. Los pacientes experimentan sentimientos de soledad, aislamiento, miedo, pérdida de identidad, intimidad y dignidad, sensación de dependencia y/o incertidumbre por falta de información. La evaluación y soporte a estas necesidades deben contemplarse como un elemento clave de la calidad asistencial.

Asegurar una adecuada formación de los profesionales y promover medidas encaminadas a tratar o mitigar estos síntomas, asegurando el bienestar de los pacientes, constituye un objetivo principal en la atención del paciente ostomizado.



LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Línea estratégica 1	Bienestar del paciente	BIENESTAR FÍSICO
Promover medidas que eviten o disminuyan las molestias físicas.		
Buena práctica 1.1	Existe un protocolo sobre los cuidados específicos de la ostomía.	B
Buena práctica 1.2	Existe un protocolo actualizado de analgesia.	B
Buena práctica 1.3	Existe una monitorización de los niveles de analgesia a través de escalas validadas.	B
Buena práctica 1.4	Existe un protocolo adaptado de medidas específicas de fisioterapia.	D
Buena práctica 1.5	Existe un procedimiento para la formación de autocuidados de la persona ostomizada.	B
Buena práctica 1.6	En las cirugías programadas se ofrece formación/educación y asesoramiento preoperatorio sobre la ostomía, vida cotidiana y el autocuidado: descripción del procedimiento quirúrgico, marcaje del estoma, revisión del material de ostomías.	B

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)



LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Línea estratégica 1	Bienestar del paciente	BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESPIRITUAL
Promover actuaciones encaminadas a disminuir el sufrimiento psicológico del paciente y atender las necesidades espirituales.		
Buena práctica 1.7	Se aplican intervenciones para facilitar la aceptación de la nueva situación e imagen corporal del paciente.	B
Buena práctica 1.8	Se dispone de psicólogos integrados en el equipo asistencial del hospital.	D
Buena práctica 1.9	Se aplican intervenciones para dar soporte a las necesidades espirituales del paciente.	D

Línea estratégica 1	Bienestar del paciente	PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	
Establecer medidas que promuevan la autonomía del paciente.			
Buena práctica 1.10	Se tutoriza en la utilización del aseo/baño para la realización del autocuidado de la ostomía.	B	
Buena práctica 1.11	Existe una guía donde se recogen indicaciones para el cuidado de la ostomía dirigida a pacientes, familia y/o cuidador principal.	B	

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)

Bibliografía

- 1.** Cancio-López, S; Coca, C; Fernández-de Larrinoa, I; Serrano-Gómez, R; García-Goñi, M; Davin-Durban I. Estudio Coste-Efectividad de la Atención Especializada en Ostomía [Internet]. 2014 [cited 2021 Dec 19]. Available from: https://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/EstudioOstomias.pdf
- 2.** Charúa-Guindic L, Benavides-León CJ, Villanueva-Herrero JA, Jiménez-Bobadilla B, Abdo-Francis JM, Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir* [Internet]. 2011 [cited 2021 Dec 19];79(2):149–55. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc112h.pdf>
- 3.** Domic E. Importancia de los registros de enfermería. *Medwave* [Internet]. 2004 May 1;4(4). Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/Mayo2004/2793>
- 4.** García-Alamino J, Vallejo-Espinosa M, Cano-Fernández E, Pedace V, Puigdomènech M, López-Cano M. Evidencia actual sobre los beneficios de la actividad física en la persona ostomizada. *Rev Rol Enfermería* [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 19];42(4):249–52. Available from: <https://medes.com/publication/142664>
- 5.** Río NG del, Castro NM, Delgado CC, Rodríguez AMF, Clemente MJH, Fernández YG. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *Rev Ene Enfermería* [Internet]. 2013 Sep 18 [cited 2021 Dec 19];7(3). Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279>
- 6.** Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guía de Buenas Prácticas Clínicas: Cuidado y Manejo de la ostomía [Internet]. Toronto; 2009 [cited 2021 Nov 1]. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicas_en_enfermeria.pdf
- 7.** (RNAO). RN of O. Apoyo a Adultos que Esperan o Viven con una Ostomía Segunda Edición. 2019 [cited 2021 Dec 19]; Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/Apoyo_Adulto_ostomia_2019_spanish.pdf
- 8.** España M de la P. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [Internet]. Madrid; 2002 p. 40126–32. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- 9.** Velasco Bueno, Manuel; Heras La Calle, Gabriel; Ortega Guerrero, Alvaro; Zaforteza Concha; Lallemand J. Manual de buenas prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. 2019th ed. Proyecto HU-CI, editor. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019. Available from: https://proyectohuci.com/wp-content/uploads/2022/01/Manual_BP_HUCL_rev2019_web.pdf
- 10.** National guidelines for enterostomal patient education. Prepared by the Standards Development Committee of the United Ostomy Association with the Assistance of Prospect Associates. *Dis Colon Rectum* [Internet]. 1994 Jun;37(6):559–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8200234>

- 11.** García Pérez, M; Ramos Mateos M. Prevención de la aparición de hernia paraestomal. *Metas Enferm.* 2016;19(4):55–9.
- 12.** Romero Gómez, M; Alonso Redondo, E; Borrego Dorado, I; Briones Pérez de la Blanca, E; Campos Rico, A; Carlos Gil A. Cáncer colorrectal Proceso Asistencial Integrado. *Cons Salud Andalucía* [Internet]. 2018 [cited 2021 Dec 19];73. Available from: www.juntadeandalucia.es/organismos/salud.html
- 13.** Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López-Miñarro PÁ. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp* [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 19];28(1):27–35. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 14.** Capilla-Díaz C, Martínez-Guerrero J-M, Hernández-Zambrano S-M, Montoya-Juárez R, Pérez-Marfil MN, Hueso-Montoro C. Meaning of loss in patients who have digestive stomas / Significado de la pérdida en personas portadoras de estomas digestivos. *Estud Psicol* [Internet]. 2017 Sep 2;38(3):788–93. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02109395.2017.1340233>
- 15.** Vural F, Harputlu D, Karayurt O, Suler G, Edeer AD, Ucer C, et al. The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas. *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2016 Jul;43(4):381–4. Available from: <https://journals.lww.com/00152192-201607000-00008>
- 16.** García-Rodríguez MT, Barreiro-Trillo A, Seijo-Bestilleiro R, González-Martin C. Sexual Dysfunction in Ostomized Patients: A Systematized Review. *Healthcare* [Internet]. 2021 Apr 29;9(5):520. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/9/5/520>
- 17.** Campos K de, Bot LHB, Petroianu A, Rebelo PA, Souza AAC de, Panhoca I. The impact of colostomy on the patient's life. *J Coloproctology* [Internet]. 2017 Sep 17;37(03):205–10. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1016/j.jcol.2017.03.004>
- 18.** García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. *RqR Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 19];5(4):35–48. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224482&info=resumen&idioma=SPA>
- 19.** Maydick D. A Descriptive Study Assessing Quality of Life for Adults With a Permanent Ostomy and the Influence of Preoperative Stoma Site Marking. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2016 May;62(5):14–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27192717>
- 20.** McKenna LS, Taggart E, Stoelting J, Kirkbride G, Forbes GB. The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life: A Comparison Cohort Study. *J wound, ostomy, Cont Nurs Off Publ Wound, Ostomy Cont Nurses Soc* [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 19];43(1):57–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26727684/>

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado

Línea estratégica 2	Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado	Sensibilización y formación del equipo asistencial.
		Accesibilidad.
		Presencia y participación en procedimientos y cuidados.
		Soporte de las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia y/o cuidador principal.

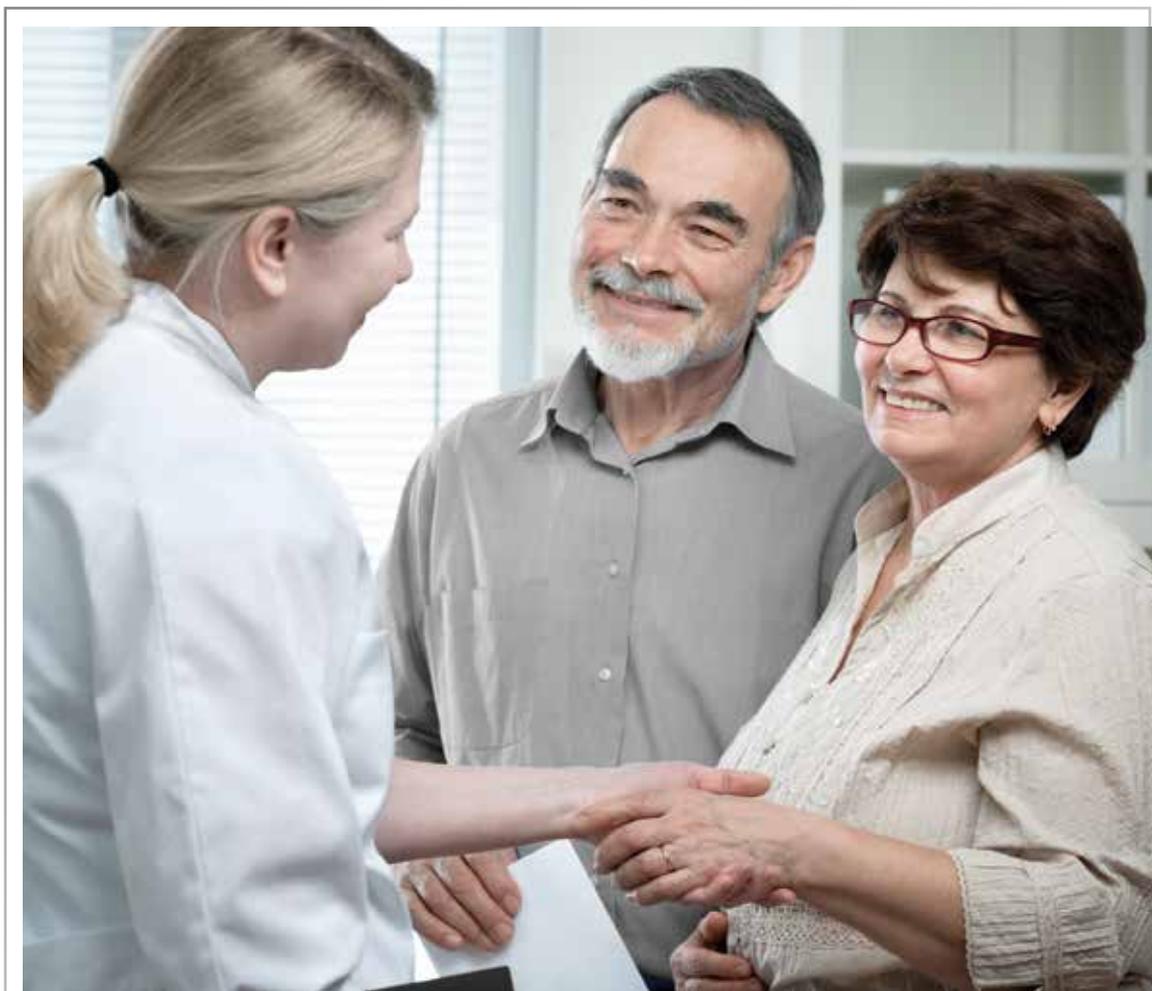
Toda persona vive inmersa en un contexto sociofamiliar, con sus propios valores, creencias, principios, experiencias y patrones de comportamiento y de relación, que van a determinar su respuesta ante las situaciones nuevas, difíciles o amenazantes como es la cirugía que conlleva la realización de un estoma.

En la atención integral de la persona ostomizada debe tenerse en cuenta ese contexto familiar para disminuir la angustia y ansiedad de todos sus componentes. Las personas ostomizadas presentan particularidades físicas y psicológicas que pueden generarles ansiedad y cambios en el estilo de vida, por lo que es necesario que reciban unos cuidados y una formación adecuada.

La implicación de la familia/cuidador es fundamental y debe comenzar antes de la cirugía, en el momento del diagnóstico, continuar durante la hospitalización y mantenerse tras el alta. Su apoyo es indispensable porque le van a acompañar en el proceso de adaptación y aceptación de su nueva situación. A su vez, conocer los hábitos, profesión, sentimientos, emociones, percepciones y actitudes del paciente y de la familia ayuda al profesional a planificar los cuidados.

No podemos seguir por inercia el modelo de cuidados que excluye a los familiares, que históricamente se ha seguido en la asistencia sanitaria como el “salga fuera, por favor”, cuando se va a realizar una cura o alguna otra intervención con el paciente. Nuestra meta ha de ser favorecer que la familia/cuidador permanezca con el paciente- si éste lo desea. En consecuencia, debemos concienciar de ello a todo el equipo asistencial.

Es necesario que la familia/cuidador sea partícipe de sus cuidados, concederles espacio, permitirles recibir la misma educación sanitaria y formación que recibe el paciente, darles tiempo para que hagan preguntas y discutan sus inquietudes, para convertirse en su refuerzo y ayuda y que, en definitiva, les tiendan la mano en este proceso de duelo que van a sufrir.



Como enfermeras estomaterapeutas, debemos desarrollar la intervención enfermera **“Fomentar la implicación familiar/cuidador”**, que tiene como objetivo la participación de las personas del entorno de los pacientes que están comprometidos con el cuidado. En este sentido, es necesario:

- Identificar la capacidad y disposición de los miembros de la familia/cuidador para implicarse en el cuidado del paciente.
- Identificar las expectativas de los miembros de la familia/cuidador respecto del paciente.
- Animar a los miembros de la familia/cuidador y al paciente a colaborar en el desarrollo de un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantar el plan.
- Facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia/cuidador.
- Identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia/cuidador.
- Informar a los miembros de la familia/cuidador de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

La presencia de la familia va a facilitar el aprendizaje y la adaptación del paciente, favorecer la comunicación y el establecimiento de una relación terapéutica paciente–cuidador–profesional, lo que nos conducirá a un modelo de atención más humanizado.





1.2. Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Línea estratégica 2	Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado	SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN DEL EQUIPO ASISTENCIAL
Puesta en marcha de actividades de sensibilización y formación al equipo asistencial sobre los beneficios de incluir a la familia y/o cuidador principal en la participación de los cuidados.		

Buena práctica 2.1	Se realizan sesiones informativas/trabajo con los miembros del equipo asistencial en los que se valora la necesidad de apoyo a la familia/cuidador principal en los cuidados.	D
---------------------------	---	----------

Línea estratégica 2	Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado	ACCESIBILIDAD
Puesta en marcha de actividades que faciliten la accesibilidad de la familia y/o cuidador principal de los pacientes ostomizados.		

Buena práctica 2.2	Se facilita el acompañamiento de la persona ostomizada por su familia y/o cuidador principal siempre que lo desee el paciente.	B
---------------------------	--	----------

Buena práctica 2.3	Se facilita al paciente, familia y/o cuidador principal la información necesaria para acceder a la consulta y contactar con la estomaterapeuta (horario de atención, correo electrónico, teléfono...).	B
---------------------------	--	----------

1.2. Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado

Línea estratégica 2	Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado	PRESENCIA Y PARTICIPACIÓN EN PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS
Ofertar a la familia y/o cuidador principal la participación en los cuidados del paciente.		

Buena práctica 2.4	Se dispone de un procedimiento de atención al paciente ostomizado: visita preoperatoria, seguimiento en hospitalización y en consultas, que permite la participación de la familia y/o cuidador principal en todo el proceso.	B
Buena práctica 2.5	Se valora la estructura y función de la familia identificando a los familiares que potencialmente deseen asumir el rol de cuidador principal.	B
Buena práctica 2.6	Se llevan a cabo actividades programadas de formación a los pacientes, familia y/o cuidador principal relacionadas con el cuidado de la ostomía.	B
Buena práctica 2.7	A los pacientes ingresados se ofrece formación/educación y asesoramiento sobre la ostomía.	B

Línea estratégica 2	Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados del paciente ostomizado	SOPORTE A LAS NECESIDADES EMOCIONALES, PSICOLÓGICAS Y ESPIRITUALES DE LA FAMILIA Y/O CUIDADOR PRINCIPAL
Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales de la familia y/o cuidador principal.		

Buena práctica 2.8	Se realiza una valoración integral de la familia y/o cuidador principal para detectar las posibles necesidades emocionales, psicológicas, religiosas y/o espirituales.	B
---------------------------	--	----------

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)

Bibliografía

- 1.** Canga Armayor AMD, Canga Armayor N, García Vivar C. Enfoque sistémico familiar: necesidad de formación para los profesionales de la salud. *Fam y Soc en el siglo XXI* [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 19];95–102. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5744137>
- 2.** Canga A. Hacia una «familia cuidadora sostenible». *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 19];36(3):383–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 3.** Canga A. Sobre los cuidadores de personas dependientes. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2021 Dec 19];37(1):147–50. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 4.** Casanova, EG; Lopes G. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. *Rev Bras Enfermagem de Enferm*. 2009;62(6):831–6.
- 5.** Davis S, Kristjanson LJ, Blight J. Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer: problems and strategies identified by nurses. *Cancer Nurs* [Internet]. 2003 [cited 2021 Dec 19];26(5):337–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14710794/>
- 6.** De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2011 [cited 2021 Dec 19];14(2):24–31. Available from: <https://medes.com/publication/65145>
- 7.** Pellegrino E y T. Virtudes en la práctica médica [Internet]. Vitoria UF de, editor. Vitoria: Universidad Francisco de Vitoria; 2019 [cited 2021 Dec 19]. Available from: <https://www.editorialufv.es/catalogo/las-virtudes-en-la-practica-medica/>
- 8.** Swan E. Helping families and carers to support a person with a stoma and dementia. *Br J Nurs* [Internet]. 2018 Dec 13;27(22):S16–7. Available from: <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/bjon.2018.27.22.S16>
- 9.** Leahey M, Wright LM. Application of the Calgary Family Assessment and Intervention Models: Reflections on the Reciprocity Between the Personal and the Professional. *J Fam Nurs* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2021 Dec 19];22(4):450–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27619397/>
- 10.** Vidal M, Encarnación L, González C, Lourdes M. Informe de cuidados en enfermería: revisión de su situación actual. *Enfermería Glob* [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 19];12(32):336–45. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 11.** Pascual Fernández MC, Ignacio Cerro MC, Cervantes Estévez L, Jiménez Carrascosa MA, Medina Torres M, García Pozo AM. Cuestionario para evaluar la importancia de la familia en los cuidados de enfermería: validación de la versión española (FINC-NA). *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 19];38(1):31–9. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 12.** Francisco Morejón N. Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019. Consejería de Sanidad - Comunidad de Madrid. Comunidades sostenibles dilemas y retos desde el Trab Soc [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 19];1168–76. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7324034&info=resumen&idioma=SPA>
- 13.** Sanchez Ancha Y, Gonzalez Mesa FJ, Molina Merida O, Guil Garcia M. Guía para la elaboración de protocolos. *Bibl LasCasas* [Internet]. 2011;7(1). Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
- 14.** Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal Stomas-Postoperative Stoma Care and Peristomal Skin Complications. *Clin Colon Rectal Surg* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Dec 19];30(3):184–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28684936/>
- 15.** Ward-Griffin C, McKeever P. Relationships between nurses and family caregivers: partners in care? *ANS Adv Nurs Sci* [Internet]. 2000 [cited 2021 Dec 19];22(3):89–103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10711807/>
- 16.** Ferreira Umpiérrez A, Fort Fort Z. Vivencias de familiares de pacientes colostomizados y expectativas sobre la intervención profesional. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2021 Dec 19];22(2):241–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200241&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- 17.** Villa G, Manara DF, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, et al. Life with a urostomy: A phenomenological study. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 Dec 19];39:46–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29422176/>
- 18.** Baykara ZG, Demir S, Karadag A. Family Functioning, Perceived Social Support, and Adaptation to a Stoma: A Descriptive, Cross-sectional Survey. *Wound Manag Prev* [Internet]. 2020;66(1):30–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32459659>

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Comunicación

Línea estratégica 3	Comunicación	Comunicación en el equipo.
		Comunicación con el paciente, familia y/o cuidador principal.

La comunicación constituye una necesidad humana básica y se considera una herramienta terapéutica fundamental para los profesionales que integran el equipo durante el proceso de atención al paciente ostomizado.

La comunicación debe ser abierta, honesta y debe hacer partícipes al paciente y a su familia en la toma de decisiones. Se trata de una habilidad que todo profesional sanitario debe adquirir para intentar dar una respuesta adecuada a la pluralidad de necesidades del enfermo ostomizado.

La comunicación constituye uno de los elementos más importantes que definen la calidad de los cuidados. Debe establecerse confianza mutua, dar seguridad y ofrecer la información que el paciente necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. A través de ella, se pretende alcanzar la disminución del sufrimiento físico, social, emocional y la adaptación del paciente y su entorno a la situación real. El objetivo es entablar empatía emocional durante todo el proceso. Para ello, utilizaremos técnicas como la escucha activa, realizaremos entrevistas claras, cortas y concretas, y recabaremos las opiniones y los deseos de los protagonistas de las historias para cada uno de los procesos que van atravesando los pacientes, y el seguimiento posterior en la consulta de ostomía.

Una herramienta fundamental en la comunicación con el paciente ostomizado y su familia es la **escucha activa**:

- Los pacientes necesitan tiempo, sentirse escuchados, intimidad, un entorno cuidado y no ser interrumpidos. Por ello es importante observar su lenguaje corporal y mostrar empatía. Ofrezcamos un trato personalizado, dirigiéndonos al paciente por su nombre, presentándonos y utilizando un lenguaje comprensible.
- Los cuidadores necesitan protagonismo, información e implicación en los cuidados.
- Las estomaterapeutas necesitan formar parte de un equipo interdisciplinar, con conocimientos científico-técnicos y habilidades en la comunicación.



No hay humanización posible sin un paciente informado, autónomo, responsable y activo.



LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Línea estratégica 3	Comunicación	COMUNICACIÓN EN EL EQUIPO
Se asegura el traspaso correcto de la información relevante del paciente, su familia y/o cuidador principal entre todos los miembros del equipo asistencial y se usan herramientas que fomentan el trabajo en equipo.		

Buena práctica 3.1	Existe un procedimiento estructurado de traspaso de información claro y efectivo en la atención al paciente durante todo el proceso y al alta.	
Buena práctica 3.2	Se realizan actividades formativas para los profesionales sobre trabajo en equipo y comunicación efectiva.	
Buena práctica 3.3	Se realizan sesiones conjuntas con el equipo asistencial.	

Línea estratégica 3	Comunicación	COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE, FAMILIA Y/O CUIDADOR PRINCIPAL
Facilitar elementos que ayuden a entablar una comunicación adecuada y empática con los pacientes, familia y/o cuidador principal por parte de todos los miembros del equipo, para llegar a una satisfactoria relación de ayuda, así como la accesibilidad a la información.		
Buena práctica 3.4	Existen espacios físicos adecuados para la información a pacientes, familia y/o cuidador principal.	B
Buena práctica 3.5	Existe un protocolo de información conjunta médico-enfermera a pacientes, familia y/o cuidador principal y se lleva a cabo de forma habitual.	D
Buena práctica 3.6	Además de la información programada existen otras estrategias que facilitan la información y comunicación con los pacientes, familia y/o cuidador principal tales como la información telefónica y a través de herramientas telemáticas en casos seleccionados.	B
Buena práctica 3.7	En pacientes competentes se explora con el propio paciente la voluntad de que sea informada la familia y/o cuidador principal.	B

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)

Bibliografía

- 1.** Chirino-Rodríguez, AR; Hernández-Cedeño E. Comunicación afectiva y manejo de las emociones en la formación de profesionales de la salud. *Educ Médica Super* [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 19];29(4):872–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000400020
- 2.** Leal-Costa C, Tirado-González S, van-der Hofstadt Román CJ, Rodríguez-Marín J. Creación de la Escala sobre Habilidades de comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *An Psicol* [Internet]. 2016 Jan 1 [cited 2021 Dec 19];32(1):49–59. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 3.** Gimeno FR. Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario. *Rev española lingüística Apl.* 2006;217–29.
- 4.** Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015 Jul;12(3):134–43. Available from: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/132>
- 5.** Rogers C. *El proceso de convertirse en persona*. Paidós. Paidós, editor. Barcelona: Paidós; 1993.
- 6.** Torralba F. Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas. *Inst Borja Bioética* [Internet]. 2002 [cited 2021 Dec 19]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=84177>
- 7.** Bermejo J. *Introducción al Counselling (relación de ayuda)*. Sal Terrae. Sal Terrae, editor. Sal Terrae; 2010.
- 8.** Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2006 [cited 2021 Dec 19];29(Supl. 3):19–27. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 9.** Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2006 [cited 2021 Dec 19];29(Supl. 3):49–59. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 10.** Moyano LG. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta Bioeth* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2021 Dec 19];21(2):311–7. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2015000200017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 11.** Newell S, Jordan Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. *JBI Database Syst Rev Implement Reports* [Internet]. 2015 Jan;13(1):76–87. Available from: <http://journals.lww.com/01938924-201513010-00008>

- 12.** Heras La Calle G. Human Tools: formación en habilidades no técnicas para profesionales sanitarios. In: Heras La Calle G, editor. *Humanizando los Cuidados Intensivos Presente y futuro centrado en las personas*. Distribuna Editorial; 2017.
- 13.** Ramírez-Ibáñez MT, Ramírez-de la Roche OF. Cómo comunicar malas noticias en la práctica médica. *Atención Fam [Internet]*. 2015 Oct;22(4):95–6. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1405887116300608>
- 14.** Espinoza-Suárez NR, Zapata del Mar CM, Mejía Pérez LA. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr*. 2017 Jun 30;80(2):125.
- 15.** Fontes CMB, Menezes DV de, Borgato MH, Luiz MR. Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2017 Oct;70(5):1089–95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501089&lng=en&tlng=en
- 16.** Tao H, Songwathana P, Isaramalai S, Wang Q. Supportive Communication to Facilitate Chinese Patients Adaptation to a Permanent Colostomy. *Gastroenterol Nurs [Internet]*. 2016;39(5):366–75. Available from: <http://journals.lww.com/00001610-201609000-00005>
- 17.** Augestad KM, Sneve AM, Lindsetmo R-O. Telemedicine in postoperative follow-up of STOMa Patients: a randomized clinical trial (the STOMPA trial). *Br J Surg [Internet]*. 2020 Mar 18;107(5):509–18. Available from: <https://academic.oup.com/bjs/article/107/5/509-518/6093615>
- 18.** Dinuzzi, VP; Palomba, G; Minischetti, M; Amendola, A; Aprea, P; Luglio G. Telemedicine in Patients With an Ostomy During the COVID-19 Pandemic: A Retrospective Observational Study. *Wound Manag Prev*. 2021;67(1):12–7.
- 19.** España M de la P. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. BOE; 2010. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199>
- 20.** Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educ Médica [Internet]*. 2015 Jan;16(1):3–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575181315000029>

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Afrontamiento post-ostomía

Línea estratégica 4	Afrontamiento post-ostomía	Prevención y manejo.
		Seguimiento.

Tras la realización de una ostomía, el paciente se enfrenta a importantes cambios físicos, psicológicos y sociales, además de a potenciales complicaciones. La alteración de la imagen corporal y la pérdida del control voluntario de la salida de heces u orina pueden convertirse en retos diarios que modifican, en mayor o menor grado, el estado de bienestar personal.

La intervención enfermera en esta etapa post-ostomía requiere de actividades en dos entornos:

- **La hospitalización**, momento en el que se valoran las necesidades de cuidado de la ostomía recién creada y se aportan destrezas y habilidades al paciente –fomentando su autonomía desde el ingreso–, familia y cuidador para el manejo de la misma.
- **El seguimiento al alta**, periodo en el que se busca la autonomía plena en el cuidado, la detección precoz de posibles complicaciones y/o una adaptación individual saludable a la nueva forma de eliminar. En ambos medios, el apoyo emocional, el asesoramiento y el acompañamiento de los profesionales está siempre presente.

Sin embargo, es necesario mejorar el desarrollo de estas actividades poniendo en marcha nuevas consultas en los hospitales en los que todavía no existen y optimizando la dinámica de trabajo de las ya existentes, unificando criterios y estableciendo estrategias comunes que garanticen la equidad en la atención y humanicen aún más los cuidados dispensados.

Entre los aspectos más relevantes que hay que tener en cuenta en esta etapa de afrontamiento destacamos:

- La continuidad de cuidados entre ámbitos asistenciales (hospitalización y Atención Primaria) necesaria y fundamental para garantizar la consecución de los objetivos de salud que hayamos pactado con cada paciente. Es recomendable aportar información escrita de la formación realizada, los problemas resueltos o pendientes tras la hospitalización y el impacto emocional que ha generado la presencia del estoma en el paciente y la familia. El informe de continuidad de cuidados al alta se convierte en el mejor recurso para ello.
- Las numerosas visitas al hospital para consultas o tratamientos hacen que la vida personal y familiar del portador de ostomía se resienta, por lo que la flexibilización de las visitas de revisión debe ser contemplada en las organizaciones sanitarias, permitiendo la ampliación y modificación de horarios o el abordaje telefónico o telemático de las consultas.

La integración social y la reincorporación a actividades laborales y de ocio, el miedo al aislamiento social, a la diferencia y al rechazo también planean sobre la persona ostomizada. Poner en marcha estrategias que mejoren la interacción social, como las visitas de voluntarios ostomizados durante la hospitalización, o informar sobre la existencia de asociaciones de pacientes o grupos de apoyo al paciente ostomizado donde poder acudir para compartir experiencias, ayudarán a favorecer y mejorar el afrontamiento post-ostomía.



LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Línea estratégica 4	Afrontamiento post-ostomía	PREVENCIÓN Y MANEJO
Prevenir, detectar y atender complicaciones de la ostomía, por parte del paciente, familia y/o cuidador principal.		

Buena práctica 4.1	Se ofrecen al paciente, familia y/o cuidador principal intervenciones educativas que aporten los conocimientos y habilidades necesarios que garanticen unos cuidados de calidad de la ostomía para prevenir las complicaciones.	B
Buena práctica 4.2	Existe un folleto/guía o manual adaptado al paciente, familia, y/o cuidador principal con la información adecuada para garantizar unos cuidados de calidad de la ostomía (higiene, estilo de vida, material, prescripción electrónica, accesorios...) que servirá de refuerzo y apoyo a la información verbal en todo el proceso.	B

Línea estratégica 4	Afrontamiento post-ostomía	SEGUIMIENTO
<p>Mejorar la calidad de vida del paciente, familia y/o cuidador principal durante el alta a domicilio. Valorar e implantar las posibles medidas organizativas en función de la realidad de cada paciente.</p>		
<p>Buena práctica 4.3</p>	<p>Se programan visitas regladas para la atención al paciente, familia y/o cuidador principal post-ostomía y se ofrece flexibilización de horarios, consulta telefónica y atención telemática en casos seleccionados.</p>	<p>B</p>
<p>Buena práctica 4.4</p>	<p>Se facilita la interacción social con otros pacientes, ofreciendo que puedan ser visitados durante la hospitalización y/o informando sobre asociaciones de pacientes para mejorar el afrontamiento.</p>	<p>D</p>
<p>Buena práctica 4.5</p>	<p>Se coordina con la Unidad de Trabajo Social o gestora de casos para garantizar la continuidad de los cuidados.</p>	<p>B</p>
<p>Buena práctica 4.6</p>	<p>Existe un procedimiento que refleja la atención multidisciplinar al paciente, familia y/o cuidador principal durante el proceso.</p>	<p>D</p>
<p>Buena práctica 4.7</p>	<p>Se realiza un informe de alta para la continuidad de los cuidados necesarios.</p>	<p>B</p>

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)

Bibliografía

- 1.** Martín Muñoz, Begoña; Montesinos Gálvez AC. Ayuda emocional entre pacientes ostomizados. *Bibl LasCasas*. 2011;7(2).
- 2.** Martín Muñoz, Begoña; Panduro Jiménez, Rosa María; Crespillo Díaz, Yolanda; Rojas Suarez, Lucía; González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*. 2010;19(2-3):115-9.
- 3.** Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Aroca I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. *Metas de Enfermería [Internet]*. 2014 [cited 2020 Jun 18];17(1):23-31. Available from: <https://medes.com/publication/87197>
- 4.** Palomero-Rubio R, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos AM. Aproximación a la vivencia de las personas en el proceso de una colostomía. *Enfermería Clínica [Internet]*. 2018 Mar;28(2):81-8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862118300032>
- 5.** Bonill de las Nieves C, Hueso Montoro C, Celdrán Mañas M, Rivas Marín C, Sánchez Crisol I, Morales Asencio JM. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index de Enfermería [Internet]*. 2013 Dec;22(4):209-13. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 6.** Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden MEM, Eddes EH, Schuurmans MJ. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res [Internet]*. 2016 Jan 1 [cited 2021 Dec 20];25(1):125. Available from: </pmc/articles/PMC4706578/>
- 7.** Kim H, Son H. Moderating Effect of Posttraumatic Growth on the Relationship Between Social Support and Quality of Life in Colorectal Cancer Patients With Ostomies. *Cancer Nurs [Internet]*. 2021 May 1 [cited 2021 Dec 20];44(3):251. Available from: </pmc/articles/PMC8081094/>
- 8.** Khalilzadeh Ganjalikhani M, Tirgari B, Roudi Rashtabadi O, Shahesmaeili A. Studying the effect of structured ostomy care training on quality of life and anxiety of patients with permanent ostomy. *Int Wound J [Internet]*. 2019 Dec 16;16(6):1383-90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.13201>
- 9.** Ayik C, Özden D, Cenan D. Ostomy Complications, Risk Factors, and Applied Nursing Care: A Retrospective, Descriptive Study. *Wound Manag Prev [Internet]*. 2020;66(9):20-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32903201>

- 10.** Stokes AL, Tice S, Follett S, Paskey D, Abraham L, Bealer C, et al. Institution of a Preoperative Stoma Education Group Class Decreases Rate of Peristomal Complications in New Stoma Patients. *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2017 Jul;44(4):363–7. Available from: <https://journals.lww.com/00152192-201707000-00010>
- 11.** Millard R, Cooper D, Boyle MJ. Improving Self-Care Outcomes in Ostomy Patients via Education and Standardized Discharge Criteria. *Home Healthc Now* [Internet]. 2020;38(1):16–23. Available from: <http://journals.lww.com/01845097-202001000-00003>
- 12.** Folguera-Arnau M, Gutiérrez-Vilaplana JM, González-María E, Moreno-Casbas MT, Obarrio-Fernández S, Lorente-Granados G, et al. Implementation of best practice guidelines for ostomy care and management: Care outcomes. *Enfermería Clínica* (English Ed. 2020 Jun).
- 13.** Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti L de C, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN da. Educational video as a healthcare education resource for people with colostomy and their families. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016;37(spe). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500408&lng=pt&tlng=pt
- 14.** Karabulut HK, Dinç L, Karadag A. Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 Oct;23(19–20):2800–13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12541>
- 15.** Byfield D. The Lived Experiences of Persons With Ostomies Attending a Support Group. *J Wound, Ostomy Cont Nurs* [Internet]. 2020 Sep;47(5):489–95. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/WON.0000000000000696>
- 16.** Forsmo HM, Pfeffer F, Rasdal A, Sintonen H, Körner H, Erichsen C. Pre- and postoperative stoma education and guidance within an enhanced recovery after surgery (ERAS) programme reduces length of hospital stay in colorectal surgery. *Int J Surg* [Internet]. 2016 Dec;36:121–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743919116309888>

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Arquitectura/ infraestructura humana

Línea estratégica 5	Arquitectura / infraestructura humana	Privacidad e intimidad del paciente.
		Confort ambiental del paciente.
		Confort en el área de espera.
		Confort en el área de personal.

El entorno influye en cómo nos sentimos y cada vez se habla más del impacto del ambiente en las personas. Existe evidencia que demuestra que la arquitectura tiene efectos sobre la salud y el estado emocional. El ambiente puede afectar positiva o negativamente en el estado de ánimo, por lo que humanizar la arquitectura sanitaria es un reto y debe basarse en las necesidades de los usuarios y los profesionales. Un mayor grado de humanización en las infraestructuras sanitarias podría aumentar la calidad percibida por los usuarios/pacientes.

El espacio físico de estas consultas debe estar centrado en las personas ostomizadas -atendiendo a necesidades como privacidad, confort y facilidad de orientación- que permita un acceso rápido a la consulta, a la sala de espera y al baño. Los profesionales necesitan disponer de infraestructuras adecuadas, individuales y espaciales, donde puedan prestar una atención de calidad.

Esta línea de arquitectura/infraestructura humana promueve la creación de espacios donde se combinen la calidad de la atención y la comodidad de los usuarios, teniendo en cuenta las características específicas del paciente ostomizado. Cuando no es posible una renovación estructural, se puede hacer cambios para influir positivamente en los sentimientos y emociones, favoreciendo espacios humanos adaptados a la funcionalidad de las consultas de ostomías y aplicando también este concepto a la sala de espera.

Existen guías que hablan de reducir el estrés y promover el confort centrándose en mejoras arquitectónicas y estructurales. Basándonos en ellas, podemos sugerir propuestas adaptadas a las necesidades de las personas ostomizadas como eliminar barreras físicas entre el profesional y el paciente/familiar/cuidador; elegir la mejor ubicación posible de la consulta de ostomía; así como diseñar flujos de trabajo y establecer condiciones ambientales ergonómicas en cuanto a ventilación, iluminación, temperatura, acústica, materiales, mobiliario, acabados y decoración.



LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Línea estratégica 5	Arquitectura / infraestructura humana	PRIVACIDAD E INTIMIDAD DEL PACIENTE
Asegurar la privacidad e intimidad del paciente.		
Buena práctica 5.1	Existen habitaciones individuales para el ingreso del paciente durante su hospitalización.	
Buena práctica 5.2	Existencia de un baño en cada habitación, con un espejo que permita al paciente verse el abdomen y poder continuar el proceso de educación sanitaria.	
Buena práctica 5.3	Existen elementos separadores que garanticen la privacidad del paciente durante las exploraciones o cuando estemos revisando su ostomía.	
Buena práctica 5.4	Existe un cuarto de baño anexo y comunicado con la consulta de ostomía para la realización de determinadas técnicas.	

Línea estratégica 5	Arquitectura / infraestructura humana	CONFORT AMBIENTAL DEL PACIENTE
Asegurar la privacidad e intimidad del paciente.		
Buena práctica 5.5	Se dispone de luz que llega con suficiente cantidad y calidad.	B
Buena práctica 5.6	Existe mobiliario adecuado y correctamente distribuido donde tener el material necesario para los cuidados, para crear un espacio funcional circulación óptima de las personas.	B
Buena práctica 5.7	Existe una buena ventilación en la consulta de ostomía.	B
Buena práctica 5.8	Existe control individualizado de temperatura de la consulta.	D
Buena práctica 5.9	Existe la posibilidad de personalizar la consulta.	D

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

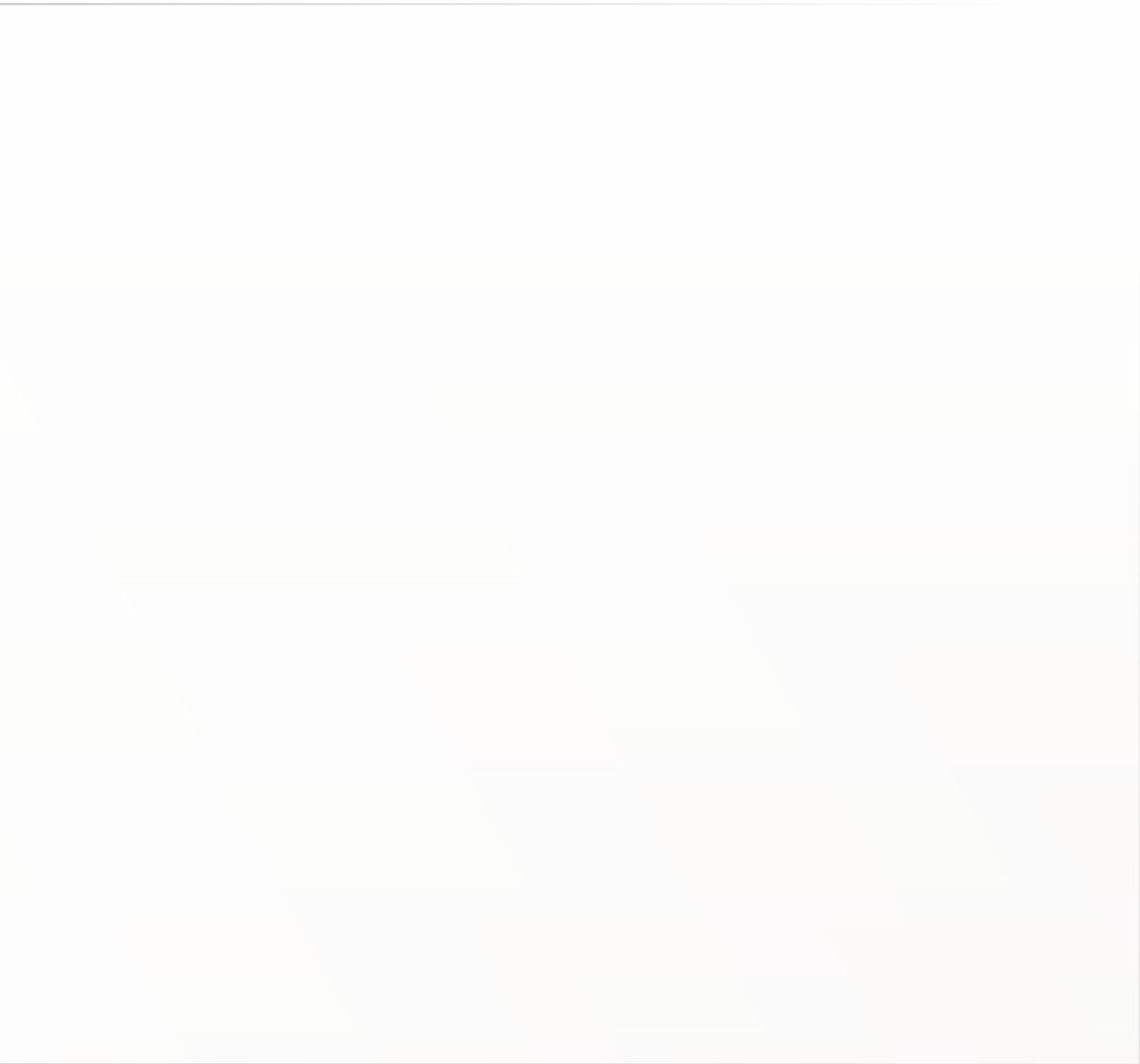
Línea estratégica 5	Arquitectura / infraestructura humana	CONFORT EN EL ÁREA DE ESPERA
Asegurar el confort en el área de espera.		
Buena práctica 5.10	Existe una sala de espera próxima a la consulta de ostomía, espaciosa y con buena iluminación.	B
Buena práctica 5.11	Existe una señalización adecuada y visible del área de espera.	B
Buena práctica 5.12	Existen aseos contiguos a la sala de espera.	B
Buena práctica 5.13	El mobiliario de la sala de espera es cómodo.	A
Buena práctica 5.14	Existe un monitor para avisar al paciente según la ley de protección de datos.	D
Buena práctica 5.15	Existen máquinas de bebidas y alimentación próximas a la sala de espera.	D

Línea estratégica 5	Arquitectura / infraestructura humana	CONFORT EN EL ÁREA DE PERSONAL
Asegurar el confort en el área de profesionales.		
Buena práctica 5.16	Se dispone de una sala de estar y reunión para profesionales.	B
Buena práctica 5.17	Existencia de aseo para los profesionales.	B

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)

Bibliografía

- 1.** Campillo Martínez J. Estudio "Stoma Life". Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año despues de la cirugía. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jun 18];18(8):25–31. Available from: <https://medes.com/publication/104673>
- 2.** Celis, F; Echeverría, E; Casa, F; Chías, P; Domínguez P. Eficiencia energética y arquitectura hospitalaria en España. Retos y posibilidades. In: EURO elecS 2019, III Encuentro Latinoamericano y Europeo sobre Edificaciones y Comunidades Sostenibles: libro de actas [Internet]. 2019. p. 1193–202. Available from: <http://hdl.handle.net/10017/38635>
- 3.** García Manzanares ME, Montesinos Gálvez AC, Quintana Jiménez P de la, Vaquer Casas G. Afectación psicológica y calidad de vida del paciente ostomizado temporal y definitivo. *Estudio Stoma Feeling*. *Metas de enfermería* [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 20];18(10):4. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5284890&info=resumen&idioma=ENG>
- 4.** Velasco Bueno, Manuel; Heras La Calle, Gabriel; Ortega Guerrero, Álvaro; Zaforteza Concha; Lallemand J. Manual de buenas prácticas de Humanización en Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. 2019th ed. Proyecto HU-CI, editor. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019. Available from: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/Coordinación>:
- 5.** García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. *RqR Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 19];5(4):35–48. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6224482&info=resumen&idioma=SPA>
- 6.** Schweitzer M, Gilpin L, Frampton S. Healing spaces: elements of environmental design that make an impact on health. *J Altern Complement Med* [Internet]. 2004 Oct 18 [cited 2021 Dec 19];10 Suppl 1(1):71–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15630824/>
- 7.** Dijkstra K, Pieterse M, Pruyn A. Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2006 Oct;56(2):166–81. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x>
- 8.** Laursen J, Danielsen A, Rosenberg J. Effects of Environmental Design on Patient Outcome: A Systematic Review. *HERD Heal Environ Res Des J* [Internet]. 2014 Jul 1;7(4):108–19. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193758671400700410>
- 9.** Hesselink G, Smits M, Doedens M, Nijenhuis SMT, van Bavel D, van Goor H, et al. Environmental Needs, Barriers, and Facilitators for Optimal Healing in the Postoperative Process: A Qualitative Study of Patients' Lived Experiences and Perceptions. *HERD Heal Environ Res Des J* [Internet]. 2020 Jul 5;13(3):125–39. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1937586719900885>



LÍNEA ESTRATÉGICA 6

Cuidados al profesional

Línea estratégica 6	Cuidados al profesional	Sensibilidad sobre el síndrome de desgaste profesional y factores asociados.
		Prevención del síndrome de desgaste profesional y promoción del bienestar.
		Prevención y manejo integral de situaciones conflictivas.

Los profesionales sanitarios son, generalmente, los grandes olvidados del sistema sanitario. Siempre se relaciona un profesional sanitario con profesión vocacional. Sin embargo, las situaciones a las que se tiene que enfrentar en su labor diaria conllevan mucha carga emocional y laboral que, al final, repercute en la salud física y psíquica. Es el llamado síndrome de Burnout.

En muchas ocasiones, la relación directa que se establece entre el profesional y las personas a las que atienden genera una serie de conflictos y situaciones de estrés que provocan no solo un cansancio emocional, sino que aboca a una despersonalización y una falta de motivación en su realización personal, con la disminución de la calidad de los cuidados que se proporcionan a los pacientes.

La columna vertebral del sistema sanitario son sus trabajadores. Cuidar de ellos va a repercutir positivamente en un funcionamiento eficaz del mismo. Es necesario dotar al personal sanitario de las herramientas necesarias para prevenir y ayudar a superar estos factores estresantes y de esa manera, favorecer la organización en el trabajo y validar su capacitación.

Es primordial que las instituciones sanitarias valoren y reconozcan el trabajo de los profesionales sanitarios, invirtiendo e incentivando el desarrollo de los mismos tanto en el entorno personal como profesional.

La importancia del apoyo social hacia los trabajadores del sistema sanitario es fundamental, así como la necesidad de establecer un *feedback* (retroalimentación) sistematizado con la sociedad que ayude a reforzar las competencias en el entorno laboral y social. Esto supondrá un apoyo emocional tanto a los usuarios como a los profesionales sanitarios.



LÍNEA ESTRATÉGICA 6

Línea estratégica 6	Cuidados al profesional	SENSIBILIDAD SOBRE EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y FACTORES ASOCIADOS
Mejorar el conocimiento sobre el síndrome de desgaste profesional favoreciendo su visibilidad.		

Buena práctica 6.1	Se ofrecen actividades formativas relacionadas con el conocimiento y gestión del desgaste profesional, factores asociados y el fomento del engagement (o vinculación con el trabajo).	
---------------------------	---	---

Línea estratégica 6	Cuidados al profesional	PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL Y PROMOCIÓN DEL BIENESTAR
Prevenir el síndrome de desgaste profesional y promover el engagement.		

Buena práctica 6.2	La dotación de plantilla y turno de trabajo son adecuados, cumpliendo con las recomendaciones vigentes.	
Buena práctica 6.3	Existe un protocolo de acogida para el personal de nueva incorporación sobre la organización y dinámica de la actividad asistencial.	
Buena práctica 6.4	Se promueve la participación y opinión de la enfermera estomaterapeuta durante el proceso asistencial.	
Buena práctica 6.5	Se facilita la actividad docente, formativa e investigadora y se contemplan éstas como parte de la jornada laboral.	

Línea estratégica 6	Cuidados al profesional	PREVENCIÓN Y MANEJO INTEGRAL DE SITUACIONES CONFLICTIVAS
Existen medidas para la prevención y gestión de situaciones conflictivas derivadas de la asistencia.		
Buena práctica 6.6	Ante incidentes críticos, situaciones difíciles o traumáticas para el equipo asistencial se llevan a cabo acciones facilitadoras del procesamiento emocional de la situación, promotoras del bienestar del equipo y detección temprana de alteraciones emocionales en los profesionales.	D
Buena práctica 6.7	Ante conflictos éticos, existe un sistema de interconsulta con el Comité de Ética Asistencial.	B
Buena práctica 6.8	Existe un buzón de sugerencias para profesionales, pacientes y familiares.	B

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)

Bibliografía

- 1.** Aldrete Rodríguez MG, Navarro Meza C, González Baltazar R, Contreras Estrada MI, Pérez Aldrete J. Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Cienc Trab* [Internet]. 2015 Apr;17(52):32–6. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 2.** Casas J, Ramón Repullo J, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2002 Jan;17(4):237–46. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X02775118>
- 3.** Cebrià-Andreu J. Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 [cited 2021 Dec 20];19(6):470–470. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 4.** Carrillo García C, Ríos Rísquez MI, Escudero Fernández L, Martínez Roche ME. Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enfermería Glob* [Internet]. 2018 Mar 27;17(2):304–24. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/277251>
- 5.** Fernández Berrocal P, Extremera Pacheco N. La investigación de la Inteligencia Emocional en España. *Ansiedad y estrés* [Internet]. 2006 [cited 2021 Dec 20];12(2):139–53. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2244239>
- 6.** Goleman D. *La práctica de la inteligencia emocional*. Kairós. Kairós, editor. Barcelona: Kairós; 1996.
- 7.** Eneal E, Elena H-M, Sandra C-R, Ma Guadalupe L-S, en Salud Pública Profesora Asociada M, en Psicología L, et al. Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Rev Enfermería del Inst Mex del Seguro Soc*. 2007;15(3):161–6.
- 8.** Sanclemente Vinué, Isabel; Elboj Saso, Carmen; Iñiguez Berrozpe T. La prevención del síndrome de burnout en la enfermería española. Revisión bibliográfica. *Nure Investig* [Internet]. 2016 [cited 2021 Dec 20];13(81):1–6. Available from: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/701>
- 9.** Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout: evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Acad* [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 19];(112):4. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3307970&info=resumen&idioma=SPA>

- 10.** Medeiros-Costa ME, Maciel RH, Rêgo DP do, Lima LL de, Silva MEP da, Freitas JG. Occupational Burnout Syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2017;51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100801&lng=en&tlng=en
- 11.** Isabel Ríos-Risquez M, Godoy-Fernández C. Relación entre satisfacción laboral y salud general percibida en profesionales de enfermería de urgencias. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2008 May;18(3):134–41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862108707150>
- 12.** Rodríguez Carvajal R, Rivas Hermosilla S de. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2011;57:72–88. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- 13.** Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S, Broge B, Reuschenbach B, Wensing M. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2011 Jun 1;20(6):508–14. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs.2009.038166>
- 14.** Vargas-Cruz LD, Niño-Cardozo CL, Acosta-Maldonado JY. Estrategias que modulan el síndrome de Burnout en enfermeros (as): una revisión bibliográfica. *Rev Cienc y Cuid* [Internet]. 2017 Jan 4 [cited 2021 Dec 20];14(1):111–31. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/810/953>
- 15.** Kuhnke JL, Keast D, Rosenthal S, Evans RJ. Health professionals' perspectives on delivering patient-focused wound management: a qualitative study. *J Wound Care* [Internet]. 2019 Jul;28(Sup7):S4–13. Available from: <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/jowc.2019.28.Sup7.S4>
- 16.** Eddy K, Jordan Z, Stephenson M. Health professionals' experience of teamwork education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBI database Syst Rev Implement reports* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2021 Dec 18];14(4):96–137. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27532314/>

LÍNEA ESTRATÉGICA 7

Cuidados al final de la vida

Línea estratégica 7	Cuidados al final de la vida	Protocolización de cuidados al final de la vida.
		Soporte a las necesidades según la escala de valores de los pacientes en situaciones al final de la vida.

Entender el proceso de morir y los cuidados al final de la vida requiere profundizar en algunos criterios que están ineludiblemente relacionados con el mismo. Es el caso del concepto de “situación de enfermedad terminal” que, como plantea la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), es “la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable en ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con la aparición de numerosos problemas físicos, multifactoriales y cambiantes que generan gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico como consecuencia de la presencia explícita o no de la muerte y con un pronóstico de vida limitado”.

Por otra parte, los cuidados paliativos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyen un modelo asistencial que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades potencialmente letales y las de sus familias. Se basa en la prevención y el control del sufrimiento con identificación precoz, evaluación y tratamientos adecuados del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

La enfermera estomaterapeuta desempeña dentro del equipo de salud un lugar privilegiado, pues entre otras razones permanece mayor tiempo junto al paciente y su familia. Su campo de acción abarca desde el diagnóstico, tratamiento, continuidad de cuidados y acompañamiento en su proceso de morir.

La estomaterapeuta procura una mayor calidad de vida para las personas que están viviendo un proceso de cronicidad. Junto con el resto del equipo, se esfuerza en aliviar los síntomas, facilita los procesos de adaptación que deberán vivir los pacientes y familia, contribuye a la comunicación paciente-familia-equipo y colabora con los diferentes recursos implicados. Además, su participación permite planificar los cuidados desde la individualidad, la continuidad y el contenido multidisciplinar.

La esencia de los cuidados paliativos consiste en la preservación de la calidad de vida y el confort en los enfermos y familiares, mediante el control adecuado de los síntomas, la satisfacción de sus necesidades y el apoyo emocional y/o espiritual necesario. Deberíamos procurar una muerte tranquila, sin estorbos terapéuticos innecesarios en un clima de confianza, comunicación e intimidad, donde la familia ocupe un lugar relevante cerca del paciente, procurándole apoyo mutuo.



LÍNEA ESTRATÉGICA 7

Línea estratégica 7	Cuidados al final de la vida	PROTOCOLIZACIÓN DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA
Realizar intervenciones sanitarias, para mejorar la calidad de cuidados al final de la vida.		
Buena práctica 7.1	Existe un procedimiento de identificación de necesidades paliativas en pacientes ostomizados.	
Buena práctica 7.2	Se realiza un proceso de planificación compartida de la atención.	
Buena práctica 7.3	Existe acceso a un servicio especializado de cuidados paliativos.	

Línea estratégica 7	Cuidados al final de la vida	SOPORTE A LAS NECESIDADES SEGÚN LA ESCALA DE VALORES DE LOS PACIENTES EN SITUACIONES AL FINAL DE LA VIDA
Detectar y dar soporte a las necesidades emocionales y espirituales a los pacientes y familiares en situaciones al final de la vida.		
Buena práctica 7.4	En la historia de salud del paciente se registran sus creencias religiosas o espirituales/existenciales para facilitar la aplicación de estrategias de apoyo emocional.	
Buena práctica 7.5	Se aplican estrategias de apoyo emocional para los pacientes y familiares/cuidador en situaciones al final de la vida.	
Buena práctica 7.6	Se facilita formación específica a los profesionales en aspectos bioéticos, legales y cuidados paliativos relacionados con la toma de decisiones y los cuidados al final de la vida.	

Básicas (B), Avanzadas (A), Deseables (D)

Bibliografía

- 1.** Flores SL. Grupo de Trabajo de la SECPAL de Comunidades Compasivas al final de la vida. *Med Paliativa* [Internet]. 2017 Jul;24(3):115–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134248X17300290>
- 2.** WHO. National cancer control programmers: Policies and managerial guidelines. WHO [Internet]. 2002 [cited 2021 Dec 20]; Available from: <http://www.hdnet.org>
- 3.** Basilia Estela Díaz A, Cecilia Pérez Gómez A, Quintero Reyes Y, de los Reyes González Ramos M, González Gil A, Espinosa Roca A. ABC para los cuidados de enfermería a pacientes con enfermedad terminal en Atención Primaria de Salud. *MediSur* [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 20];11(2):101–14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 4.** Bermejo, JC; Magaña M. Modelo humanizar de intervención en el duelo. SalTerra. SalTerra, editor. SalTerra; 2014.
- 5.** Gomes R, Margarida A. El cuidador y el enfermo en el final de la vida - familia y/o persona significativa. *Enfermería Glob* [Internet]. 2010 [cited 2021 Dec 20];9(1):0–0. Available from: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/93841>
- 6.** Kübler Ross, E. Keslsler D. Sobre el duelo y el dolor. Luciernaga. Luciernaga, editor. Luciernaga; 2010.
- 7.** Benito E, Dones M, Babero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología* [Internet]. 1970 Jan 1;13(2–3):367–84. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54442>
- 8.** Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López MS, Blanco Piñero N, Estella García Á, Fernández López A, et al. Planificación anticipada de las decisiones : guía de apoyo para los profesionales. Junta de Andalucía [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 20]; Available from: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/1280>
- 9.** Bee PE, Barnes P, Luker KA. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 May;18(10):1379–93. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02405.x>
- 10.** Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2013 Sep;3(3):300–8. Available from: <https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2012-000211>

- 11.** Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: A systematic review. *Palliat Med* [Internet]. 2014 Sep 20;28(8):1000–25. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216314526272>
- 12.** Tuca A, Gómez-Martínez M, Prat A. Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study). *Support Care Cancer* [Internet]. 2018 Jan 6;26(1):241–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-017-3840-3>
- 13.** Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. In: *Monografías SECPAL Cronicidad avanzada*. 2018. p. 87–9.
- 14.** Michael N, O’Callaghan C, Georgousopoulou E, Melia A, Sulistio M, Kissane D. Video decision support tool promoting values conversations in advanced care planning in cancer: protocol of a randomised controlled trial. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2021 Dec 24;20(1):95. Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00794-3>
- 15.** Turrillas P, Peñafiel J, Tebé C, Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X. NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2021 Feb 16;bmjspcare-2020-002567. Available from: <https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2020-002567>
- 16.** Sinuff T, Dodek P, You JJ, Barwich D, Tayler C, Downar J, et al. Improving End-of-Life Communication and Decision Making: The Development of a Conceptual Framework and Quality Indicators. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 Jun;49(6):1070–80. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392415000445>
- 17.** Lasmarías C, Calle Rodríguez C, Esteve Gómez A, Trelis Navarro J. La Planificación Compartida de la Atención en personas con enfermedad oncológica en un instituto monográfico de cáncer: estudio descriptivo retrospectivo. *Med Paliativa* [Internet]. 2021; Available from: <http://gestormedpal.inspiranetwork.com/fichaArticulo.aspx?iarf=685768745236-410275196162>
- 18.** Walczak A, Butow PN, Tattersall MHN, Davidson PM, Young J, Epstein RM, et al. Encouraging early discussion of life expectancy and end-of-life care: A randomised controlled trial of a nurse-led communication support program for patients and caregivers. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017 Feb;67:31–40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748916301985>
- 19.** Gabbard J, Pajewski NM, Callahan KE, Dharod A, Foley KL, Ferris K, et al. Effectiveness of a Nurse-Led Multidisciplinary Intervention vs Usual Care on Advance Care Planning for Vulnerable Older Adults in an Accountable Care Organization. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2021 Mar 1;181(3):361. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2775166>

Coordinadores

COORDINADORES	
Enfermeras	Centro Hospitalario
Arrontes Caballero, Gemma	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid
Heras La Calle, Gabriel	Hospital Comarcal Santa Ana Motril
Velasco Bueno, José Manuel	Hospital Universitario Virgen de la Victoria Málaga
Velasco Sanz, Tamara Raquel	Hospital Clínico San Carlos Madrid
Zapatero Rodríguez, María Eugenia	Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona

Autores

AUTORES	
Enfermeras	Centro Hospitalario
Arrontes Caballero, Gemma	Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid
Cabrera Martín, Clara Isabel	Hospital Universitario de Salamanca
Clemente Esteban, Irene	Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
Costa Quintas, María Rosa	Hospital Clínic de Barcelona
Diarte Abenia, María del Carmen	Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza
García Manzanares, María Elena	Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid
Hernández Ferrándiz, María del Carmen	Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia
Jurado Berja, Pilar	Complejo Hospitalario de Jaén
Louzao Méndez, Silvia	Complejo Hospitalario Universitario A Coruña
Martín Fernández, Milagros	Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
Medina Méndez, María del Mar	C.H.U. Insular-Materno Infantil. Gran Canaria
Montesinos Gálvez, Ana Carmen	Hospital Carlos Haya. Málaga
del Pino Zurita, Carmen	Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí. Barcelona
Romero Moreno, Julia	Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia
Rubio Vázquez, Mercè	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
Vázquez Burrero, Luisa	Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva
Zapatero Rodríguez, María Eugenia	Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona

Colaboradores



COLABORADORES EXTERNOS

Nombre	Centro Hospitalario
Agudo Arcos, María del Carmen	Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí. Barcelona
Alcántara Moreno, María del Carmen	Hospital Virgen de la Victoria. Málaga
Benítez García, María Rosario	Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz
Bernarte Sorribas, María Jesús	Hospital Universitario del Henares. Madrid
Conejos Rivera, Anabel	Hospital San Pedro. Logroño
Esteban Holanda, Elena	Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid
Izquierdo Gallego, Ana Isabel	Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid
Lara Sánchez, Herminia	Complejo Asistencial Universitario de León
López Fernández, Remedios	Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz
Martínez Ortuño, Francisco Javier	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
Méndez Morillejo, Dulce Nombre de María	Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid
Naranjo Peña, Inés	Hospital Infanta Cristina. Madrid
Olavarría Beivide, Encarnación	Hospital Sierrallana de Cantabria. Torrelavega
Peláez Álvarez, Nuria	Hospital Universitari Son Espases. Islas Baleares
Pérez Fernández, Juan Antonio	Hospital Santa Ana. Granada
Pérez Lorenzo, María Naybet	Hospital Universitario de Canarias
Pérez Salazar, Inmaculada	Hospital Universitario de La Princesa. Madrid
Prieto Calle, María del Carmen	Hospital Universitario de Cáceres
Sáiz Alegre, Lourdes	Hospital Universitario de Burgos
Serra Sastre, Gemma	Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona
Soto García, Guillermina	Hospital Universitario Rafael Méndez. Murcia
Vidal Morral, Cristina	Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Barcelona
Ribas Esteva, Gloria	Hospital Universitari Son Espases. Islas Baleares
Ruano Ramos, Luis Miguel	Hospital Txagorritxu. Álava
March Cerdà, Joan Carles	Escuela Andaluza de Salud Pública

Con la colaboración de:

