

Guía clínica enfermera para el manejo de la **Disfunción Intestinal** en el **Síndrome de Resección** **Anterior Baja (LARS)**

Publicación con el aval científico de:



**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España**



CECOVA

Consejo de Enfermería de
la Comunidad Valenciana



ENFURO

Asociación Española de Enfermería en Urología

© 2026 Coloplast Productos Médicos, S.A.U.

Prohibida la reproducción total o parcial, por cualquier
medio y/o soporte sin el debido consentimiento previo.

ISBN: 978-84-09-87284-8

Depósito Legal: M-18290-2026

Índice

Glosario	04
1. La enfermera en el cuidado de la persona con LARS.....	05
1.1. Introducción y justificación	06
1.1.1. Cuidado de la persona con LARS.....	06
1.2. Objetivos del documento.....	07
1.2.1. Objetivo General	07
1.2.2. Objetivos Específicos.....	07
1.3. Bibliografía	07
2. Herramientas de valoración y diagnóstico: cuestionarios y escalas	08
2.1. LARS Score	09
2.2. Diario intestinal.....	09
2.3. Escala de incontinencia de Wexner	10
2.4. Escala FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life Scale).....	11
2.5. Escala de Bristol	12
2.6. FSM-2. Cuestionario de Función Sexual de la Mujer.....	13
2.7. FSH. Cuestionario de Función Sexual del Hombre	13
2.8. Índice de Barthel.....	13
2.9. Escala RAFIS.....	15
2.10. Escala EVA	15
2.11. Bibliografía.....	15
3. Valoración enfermera y planificación de cuidados	17
3.1. Valoración y cuidados de la persona con LARS	18
3.2. Patrones funcionales de Marjory Gordon	18
3.3. Taxonomías NNN.....	21
3.4. Planificación de Cuidados en la persona con LARS	22
3.5. Bibliografía	24
4. Tratamientos e intervenciones.....	25
4.1. Introducción y Justificación.....	26
4.2. Medidas higiénico-dietéticas	27
4.3. Tratamiento farmacológico.....	28
4.4. Rehabilitación multimodal del suelo pélvico.....	28
4.5. Irrigación transanal.....	29
4.6. Neuromodulación del nervio tibial posterior (ETP)	30
4.7. Algoritmo de decisión terapéutica.....	30
4.8. Bibliografía	31
4.9. Anexos.....	31
5. Programa de seguimiento enfermero.....	33
5.1. Introducción y Justificación.....	34
5.2. Protocolo enfermero de seguimiento de personas con LARS.....	34
5.2.1. Seguimiento del paciente con medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico	35
5.2.2. Seguimiento de la persona en tratamiento con Irrigación Transanal	35
5.2.3. Seguimiento de la persona con tratamiento de Estimulación del Tibial Posterior	36
5.3. Bibliografía	36

Glosario

LARS: Síndrome de Resección Anterior Baja (*Low Anterior Resection Syndrome*)

DI: Disfunción Intestinal

IF: Incontinencia Fecal

FIQL: Escala de Calidad de Vida de Incontinencia Fecal (*Fecal Incontinence Quality of Life Scale*)

FSM-2: Cuestionario de Función Sexual de la Mujer

DS: Disfunciones Sexuales

DERS: Dominios Evaluadores de la Respuesta Sexual

DDAS: Dominios Descriptivos de Actividad Sexual

FSH: Cuestionario de Función Sexual del Hombre

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

RAFIS: Puntuación de Evaluación Rápida de la Incontinencia Fecal (*Rapid Assessment Faecal Incontinence Score*)

EVA: Escala Visual Analógica

GPC: Guías de Práctica Clínica

IMC: Índice de Masa Corporal

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NOC: Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería)

NIC: Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

ETP: Estimulación del Tibial Posterior

ITA: Irrigación Transanal

CI: Consentimiento Informado

UFV: Universidad Francisco de Vitoria

UCLM: Universidad de Castilla-La Mancha

UCM: Universidad Complutense de Madrid

UV: Universidad de Valencia

UAH: Universidad de Alcalá de Henares

EIR: Enfermero Interno Residente

CAPÍTULO 1:

Cuidado de la persona con LARS



1.1. Introducción y Justificación

La disfunción intestinal (DI) hace referencia a un conjunto de desórdenes de la defecación que surgen como consecuencia de una alteración de los mecanismos anatómicos o neurológicos implicados en el proceso de la defecación⁽¹⁾.

Hoy en día sabemos que la Incontinencia Fecal (IF) y el estreñimiento pueden resolverse o controlarse mediante programas basados en una evaluación individualizada. Los avances en la comprensión de la fisiopatología de la DI han impulsado la necesidad de definir intervenciones sistemáticas basadas en una sólida evidencia científica para abordar este problema⁽²⁾.

El cáncer de colon, la neoplasia más común en nuestro país y la segunda causa de mortalidad por cáncer⁽³⁾, se erige como una de las principales etiologías de la disfunción intestinal (DI). Los tratamientos oncológicos para estos tumores pueden inducir el Síndrome de Resección Anterior Baja (LARS), una forma específica de DI que se define como una “alteración de la función intestinal tras la resección de recto”⁽⁴⁾.

El LARS se manifiesta como consecuencia del tumor de recto medio a bajo y de las terapias adyuvantes, que incluyen cirugía de resección anterior de recto con preservación de esfínteres, quimioterapia y/o radioterapia. Su relevancia epidemiológica se evidencia en la alta prevalencia, afectando a un intervalo de entre el 50% y el 80% de las personas intervenidas por cáncer colorrectal⁽⁵⁾. Aunque la fisiopatología precisa del LARS aún no se ha dilucidado por completo, se postula que su sintomatología deriva de una compleja interacción de factores y mecanismos. Entre estos se incluyen el daño estructural del esfínter anal interno, la lesión nerviosa, la abolición del reflejo inhibitorio rectoanal, la reducción del volumen y la distensibilidad rectal, y/o la alteración de la motilidad colónica⁽⁶⁾.

El LARS puede manifestarse como incontinencia fecal, incontinencia a gases, heces fragmentadas, sensación de vaciado incompleto y deposiciones frecuentes, incompletas o difíciles⁽⁷⁾. Además, es posible clasificar a las personas que sufren LARS en dos grupos principales, aquellos con predominio de urgencia defecatoria e incontinencia fecal, y aquellos con disfunción evacuatoria⁽⁶⁾.

El LARS constituye una heterogeneidad de situaciones clínicas y fisiopatológicas que afectan significativamente la calidad de vida. En respuesta, en los últimos años, ha crecido el interés por estrategias de evaluación y tratamiento personalizado, especialmente en pacientes sometidos a cirugía con preservación del esfínter.

En la actualidad, el manejo del LARS combina estrategias de cambios en el estilo de vida, tratamientos farmacológicos y, en algunos casos, medidas intervencionistas. Debido a que los síntomas del LARS varían entre pacientes, el manejo requiere soluciones personalizadas y estrategias de autogestión que busquen aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Estas estrategias incluyen:

- Comprender los propios síntomas y cómo manejarlos.
- Adherirse a recomendaciones dietéticas.
- Conocer el uso y la dosificación de tratamientos farmacológicos.
- Realizar ejercicios del suelo pélvico.
- Manejar los diferentes dispositivos y terapias para el control de las defecaciones.
- Asegurar un adecuado cuidado de la piel perianal.
- Prepararse para eventos sociales.

Actualmente, hay un creciente interés en diseñar estrategias de manejo proactivo y de soporte específicos para pacientes que han sido sometidos a cirugía de cáncer rectal con preservación del esfínter⁽⁸⁾. La detección temprana y precisa del LARS es fundamental para identificar y abordar sus síntomas y prevenir sus consecuencias. La implementación oportuna de intervenciones preventivas y de apoyo puede favorecer la adaptación intestinal y optimizar los resultados clínicos.

Para lograr un control eficaz de los síntomas y resultados óptimos, los pacientes deben estar informados, motivados y comprometidos con su propio cuidado⁽⁹⁾. En este contexto, el papel de la enfermera dentro del equipo interdisciplinario es necesario especialmente como responsable de la enseñanza de los autocuidados y del desarrollo de programas centrados en el paciente⁽¹⁰⁾. Este enfoque integral requiere la aplicación de cuidados enfermeros avanzados para proporcionar un tratamiento efectivo y personalizado.

1.1.1. La enfermera en el cuidado de la persona con LARS

Las enfermeras de cuidados avanzados ejercen su práctica clínica con autonomía profesional, capacidad para tomar decisiones complejas y las competencias necesarias para responder a las demandas, integrando la mejor evidencia científica en el trabajo⁽¹¹⁾.

En este contexto, el Consejo General de Enfermería, a través de su Instituto Español de Investigación Enfermera, ha publicado el documento “Marco de actuación enfermera en los cuidados avanzados de la persona con disfunción intestinal”. Este marco establece las bases para una práctica clínica estandarizada y avanzada, lo que refuerza el papel de la enfermera en la gestión integral del LARS y asegura una atención consistente y de calidad⁽¹²⁾.

1.2. Objetivos del documento

1.2.1. Objetivo General

Establecer las pautas y recomendaciones de un cuidado enfermero integral y especializado para personas con LARS, garantizando una atención holística, de calidad y centrada en la persona.

1.2.2. Objetivos Específicos

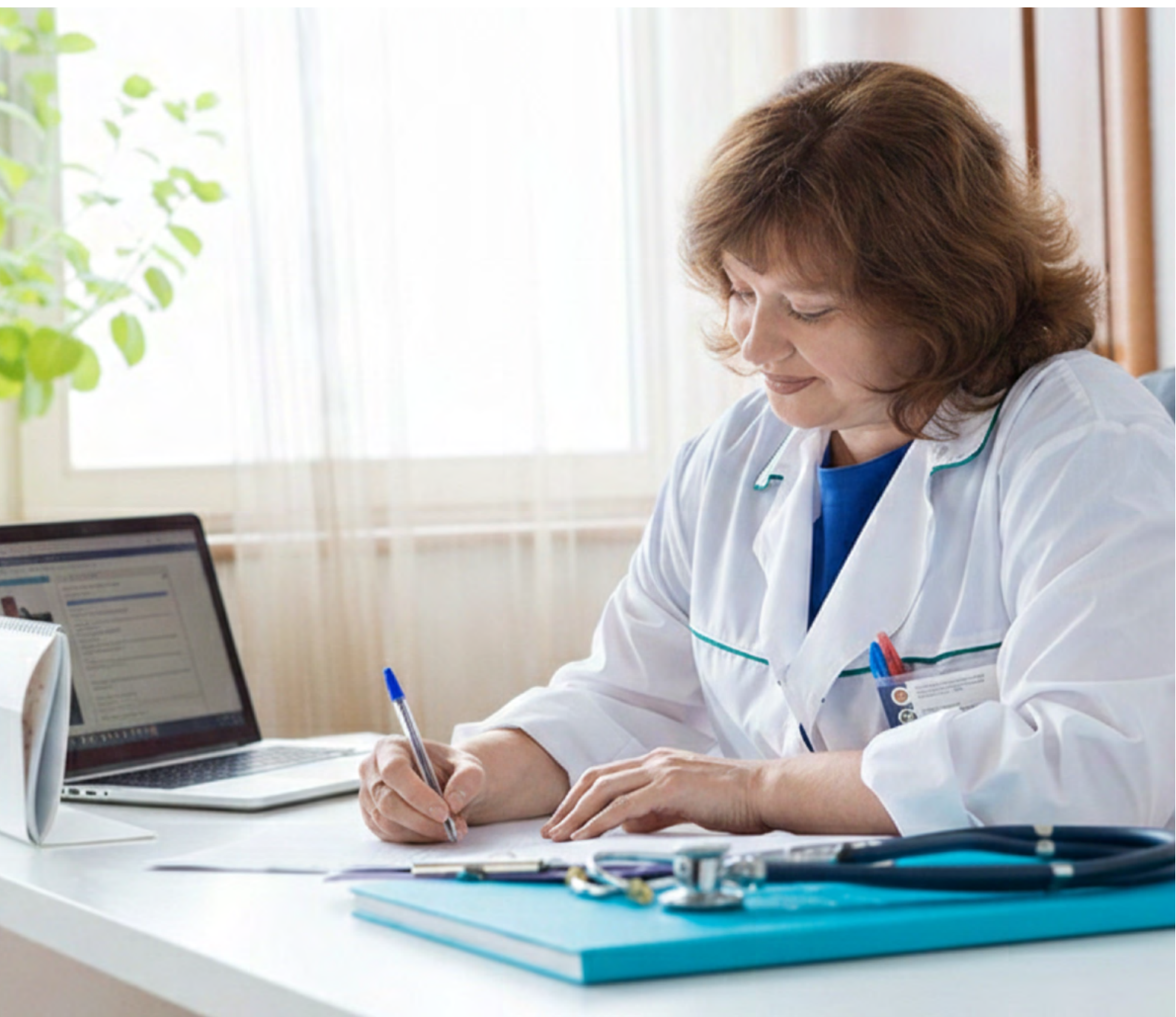
- Minimizar la variabilidad de la práctica enfermera
- Estructurar la valoración enfermera y cuidado de la persona con LARS.
- Describir las intervenciones y procedimientos para el abordaje enfermero.
- Establecer el seguimiento enfermero de la persona con LARS.

1. 3. Bibliografía

1. Coloplast. Guía de uso de la irrigación transanal en la disfunción intestinal. Coloplast, s.f. Disponible en: <https://www.coloplast.es/Global/Spain/Continencia/Otros/pdfs/Guia%20de%20uso%20de%20la%20ITA%20en%20la%20DI%20-%20Diseño.pdf>
2. Cerdan, C.; Arroyo, A. Consenso “Baiona” sobre incontinencia fecal. Cirugía Española 2024, 102, 158–173. DOI: 10.1016/j.ciresp.2023.07.009
3. Dilke SM, Hadjittofi C, Than M, Tozer PJ, Stearns AT; EQuLAR Study Group. Anterior Resection Syndrome and Quality of Life With Long-term Follow-up After Rectal Cancer Resection. Dis Colon Rectum. 2022 Oct 1;65(10):1251-1263. doi: 10.1097/DCR.0000000000002107. Epub 2022 Jul 15. PMID: 34840295.
4. Christensen P, Im Baeten C, Espín-Basany E, Martellucci J, Nugent KP, Zerbib F, Pellino G, Rosen H; MANUEL Project Working Group. Management guidelines for low anterior resection syndrome - the MANUEL project. Colorectal Dis. 2021 Feb;23(2):461-475. doi: 10.1111/codi.15517. Epub 2021 Jan 24. PMID: 33411977; PMCID: PMC7986060.
5. Christensen P, Fearnhead NS, Martellucci J. Transanal irrigation: another hope for patients with LARS. Tech Coloproctol. 2020 Dec;24(12):1231-1232. doi: 10.1007/s10151-020-02348-w. PMID: 33026563.
6. Yeo SM, Son GM. Síndrome de resección anterior baja: fisiopatología, factores de riesgo y tratamiento actual. Ewha Med J. 2022;45(4):e12. <https://doi.org/10.12771/emj.2022.e12>
7. Keane C, Fearnhead NS, Bordeianou LG, Christensen P, Basany EE, Laurberg S, Mellgren A, Messick C, Orangio GR, Verjee A, Wing K, Bissett I; LARS International Collaborative Group. International Consensus Definition of Low Anterior Resection Syndrome. Dis Colon Rectum. 2020 Mar;63(3):274-284. doi: 10.1097/DCR.0000000000001583. PMID: 32032141; PMCID: PMC7034376.
8. Carrillo A, Enríquez-Navascués JM, Rodríguez A, Placer C, Múgica JA, Saralegui Y, et al. Incidencia y caracterización del síndrome de resección anterior de recto mediante la utilización de la escala LARS (low anterior resection score). Cir Esp. 2016;94(3):137-43.
9. Garfinkle R, Loiselle CG, Park J, Fiore JF Jr, Bordeianou LG, Liberman AS, Morin N, Faria J, Ghitulescu G, Vasilevsky CA, Bhatnagar SR, Boutros M. Development and evaluation of a patient-centred program for low anterior resection syndrome: protocol for a randomized controlled trial. BMJ Open. 2020 May 30;10(5):e035587. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035587. PMID: 32474427; PMCID: PMC7264642.
10. Garfinkle R, Boutros M. Low Anterior Resection Syndrome: Predisposing Factors and Treatment. Surg Oncol. 2022 Aug;43:101691. doi: 10.1016/j.suronc.2021.101691. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34863592.
11. International Council of Nurses. Directrices de enfermería de práctica avanzada. Ginebra: CIE; 2020. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_ES_WEB.pdf
12. Consejo General de Enfermería de España. Marco de actuación enfermera en los cuidados avanzados de la persona con disfunción intestinal. Madrid, España: Instituto Español de Investigación Enfermera; 2025.

CAPÍTULO 2:

Herramientas de valoración: cuestionarios y escalas



Las guías de práctica clínica (GPC) actuales, recomiendan el uso de escalas y cuestionarios para la valoración de la persona con LARS, tanto en la evaluación inicial, como a lo largo de todo el seguimiento ⁽¹⁾. Las diferentes herramientas de valoración validadas permiten complementar la información recogida durante la anamnesis para llegar a un diagnóstico fiable, a la vez que permite un seguimiento estandarizado pudiendo monitorizar los efectos de las intervenciones propuestas ⁽²⁾.

El LARS se define como una disfunción en la defecación tras la cirugía de resección anterior de recto con preservación de esfínteres en pacientes con cáncer de recto o ano ⁽¹⁾. Constituye una heterogeneidad de situaciones que afectan a la calidad de vida de las personas que lo sufren y que son objetivo de cuidados enfermeros avanzados ⁽¹⁾.

Dentro de la consulta enfermera de DI para obtener los datos y obtener una visión lo más completa y precisa posible se utilizan varios métodos: la entrevista clínica, la exploración física, la interpretación de las pruebas complementarias, la utilización de escalas y cuestionarios. Lo que permitirá dimensionar el impacto de los síntomas derivados del LARS en todas las esferas del individuo.

2.1. LARS Score (Escalas de gravedad)

La escala LARS ⁽³⁾, representa un instrumento sencillo y rápido para cuantificar el síndrome de resección anterior baja de recto y evaluar la efectividad de las diferentes estrategias terapéuticas puestas en marcha.

Consta de 5 preguntas centradas en la sintomatología experimentada por los pacientes; la suma de todos los ítems varía entre 0 y 42 puntos, para categorizarlo en 3 grupos ⁽³⁾:

Figura 1: Cuestionario LARS Score en español

1. ¿Existen momentos en los que no puede controlar los gases por el ano?	Puntos
No, nunca	0
Sí, <1 vez por semana	4
Sí, >1 vez por semana	7
2. ¿Ha presentado alguna vez pérdida accidental de deposiciones líquidas?	
No, nunca	0
Sí, <1 vez por semana	3
Sí, >1 vez por semana	3
3. ¿Con qué frecuencia va al baño a defecar?	
>7 veces por día (24 horas)	4
4-7 veces por día (24 horas)	2
1-3 veces por día (24 horas)	0
<1 vez por día (24 horas)	5
4. ¿Ha tenido que volver al baño a defecar antes de transcurrida una hora de la última deposición?	
No, nunca	0
Sí, <1 vez por semana	9
Sí, >1 vez por semana	11
5. ¿Alguna vez ha sentido una necesidad tan urgente de defecar que debe apurarse para llegar al baño?	
No, nunca	0
Sí, <1 vez por semana	11
Sí, >1 vez por semana	16

SIN LARS: 0-20 PUNTOS; LARS MENOR: 21-29 PUNTOS, LARS MAYOR: 30-42 PUNTOS

Fuente: Abarca CP, Fernández M. Síndrome de resección anterior baja en pacientes con cáncer de recto medio e inferior ¿Qué más podemos hacer? Rev. cir. [Internet]. 2021 [consultado 11 Feb 2025]; 73(1): 80-90. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S245245492021000100080&lng=es.⁽⁴⁾

2.2. Diario intestinal semanal

Esta herramienta de registro está pensada para obtener una información detallada sobre el hábito intestinal de la persona con DI. ⁽⁴⁾. Se deberá cumplimentar el mayor tiempo posible para poder ayudar a la persona a comprender su forma de defecar y la efectividad de los tratamientos que este siguiendo.

Figura 2: Diario Intestinal

Semana X		Día 1		Día 2...	
P1.	¿Cuántas veces ha defecado hoy (tanto las veces que ha ido al lavabo como las que ha perdido)?				
P2.	¿Ha tenido que ir corriendo al lavabo para defecar?	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
P3.	¿Si ha contestado SI, cuántas veces lo ha tenido que hacer, incluso las que no haya llegado a tiempo?				
P4.	¿Cuántas veces se le han escapado hoy por no llegar a tiempo al lavabo?				
P5.	¿Cuántas veces se le escapan sin tener consciencia de ello?				
P6.	¿Ha manchado su ropa interior hoy?	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
P7.	¿Ha utilizado algún tipo de protección de su ropa interior hoy?	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
P8.	¿Ha utilizado laxantes y/o enemas?	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
P9.	¿Ha tomado algún tratamiento para retener las heces?	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
P10.	¿Su fuga fecal le ha impedido realizar su actividad habitual?	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
P11.	¿Cómo ha sido su defecación hoy?	Sólida ☐ Blanda ☐ Líquida ☐ NP ☐	☐	Sólida ☐ Blanda ☐ Líquida ☐ NP ☐	☐
P12.	¿Ha tenido que ayudarse con sus dedos para la defecación, o ha tenido la sensación de haber retenido heces sin poderlas evacuar?	Dedos ☐ Retención ☐ NP ☐	☐	Dedos ☐ Retención ☐ NP ☐	☐
P13.	¿Cuando tiene la sensación de defecar, cuánto tiempo puede retenerla de forma voluntaria?	min ☐ NP ☐	☐	min ☐ NP ☐	☐
P14.	¿Ha tenido pérdidas de orina?	Sí ☐	No ☐	Sí ☐	No ☐
P15.	¿En qué porcentaje promedio siente que ha evacuado por completo su intestino?	Siempre ☐ 75-100% ☐ 50-75% ☐ 25-50% ☐ 0-25% ☐ Nunca ☐	☐	Siempre ☐ 75-100% ☐ 50-75% ☐ 25-50% ☐ 0-25% ☐ Nunca ☐	☐
P16.	¿Cuántas veces promedio al día tiene que volver al lavabo en menos de una hora acabada una deposición?	Ninguno ☐ Entre 1-2 ☐ Entre 2-4 ☐ Entre 4-7 ☐ Entre 7-10 ☐ Más de 10 ☐	☐	Ninguno ☐ Entre 1-2 ☐ Entre 2-4 ☐ Entre 4-7 ☐ Entre 7-10 ☐ Más de 10 ☐	☐
P17.	¿Ha podido diferenciar entre heces y gases?	Sí ☐ No ☐ A veces ☐	☐	Sí ☐ No ☐ A veces ☐	☐

Fuente: <https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/v2/spain/diario-intestinal-peristeen-plus.pdf> ⁽⁵⁾

2.3. Escala de incontinencia de Wexner

La escala de incontinencia de Wexner ⁽⁶⁾, es una de las más utilizadas para evaluar la gravedad de la incontinencia fecal. En 1993, Jorge y Wexner desarrollaron la primera escala de incontinencia fecal. Se encuentra validada en diversas poblaciones y en ella, definieron la IF (incontinencia fecal) como “la pérdida involuntaria de heces o el ensuciamiento, al menos dos veces al mes”. Actualmente se puede considerar IF como “la incapacidad de postergar la defecación de forma voluntaria, produciéndose una pérdida recurrente e involuntaria de las heces (líquidas y/o sólidas) y/o gases a través del conducto anal” ⁽⁷⁾

Esta escala valora la incontinencia para heces sólidas, heces líquidas, gas, el uso de medidas de contención y el impacto en la calidad de vida, en una escala de 0 (nunca) a 4 (siempre), obteniéndose una puntuación entre 0 y 20. La puntuación de Wexner es la suma de los 5 ítems, todos ellos con el mismo peso. Se pueden establecer diferentes grados de incontinencia; continencia perfecta (0), IF leve (0-8), IF moderada (9-16), IF Grave (17-19), IF completa (20).

Por otra parte, se ha señalado que, una puntuación de Wexner de 9 o superior permite estimar la pérdida de la calidad de vida.

Figura 3: Escala de Incontinencia de Wexner⁶

Tipo de fuga	Nunca	Rara (<1 vez/mes)	Algunas veces (>1 vez/mes y < 1 vez/semana)	Generalmente (>1 vez/semana y < 1 vez/día)	Siempre (>1 vez/día)
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

Fuente: Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*. 1993; 36(1): 77-97.⁽⁶⁾

2.4. Escala FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life Scale)

La escala FIQL (Fecal Incontinence Quality of Life)^(7,8), es un instrumento específico, diseñado para evaluar el impacto en la calidad de vida en las personas que presentan disfunción intestinal. Evalúa cómo los diferentes síntomas afectan a la vida diaria y se centra en el impacto emocional y social de la persona. Está compuesto por 29 ítems distribuidos en cuatro dominios de salud:

- Estilo de vida (10 ítems)
- Afrontamiento/Conducta (9 ítems)
- Depresión/Autopercepción (7 ítems)
- Vergüenza/Estigma (3 ítems)

Cada ítem se valora mediante una escala tipo Likert en un rango de 1-4. Excepto las preguntas Q1 y Q4 que oscilan en un rango de 1-5 y de 1-6 respectivamente. La puntuación para cada dominio se obtiene sumando las puntuaciones individuales de cada pregunta y dividiendo esta puntuación por el número de preguntas en cada dominio, para obtener una puntuación promedio, teniendo en cuenta que algunas preguntas se puntúan en sentido inverso. Las puntuaciones más altas en un dominio implican una mejor calidad de vida en relación con la incontinencia fecal.

Figura 4: Escala de FIQL

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud, y las limitaciones que le produce su forma de contener las heces o gases en sus actividades habituales en el último mes. Conteste cada pregunta tal como se le indica. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor no dude en preguntar.

No deje ninguna pregunta sin responder. Marque una sola respuesta. Tache con una cruz la respuesta que considera adecuada a su situación.

Q1	Excelente	Muy buena	Bien	Regular	Mala
En general, usted diría que su salud es:	☐	☐	☐	☐	☐

A continuación encontrará un listado de situaciones y de comportamientos que se pueden relacionar con un episodio de incontinencia anal. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren en relación a la posibilidad de que usted tenga un episodio de incontinencia anal. En el supuesto de que esta situación se produzca por motivos diferentes a la incontinencia, marque como respuesta válida “no procede”.

DEBIDO A LOS EPISODIOS DE INCONTINECIA ANAL:

Q2	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
a) Tengo miedo (temor) a salir fuera de casa	☐	☐	☐	☐	☐
b) Evito hacer visitas a mis amigos	☐	☐	☐	☐	☐
c) Evito pasar la noche fuera de casa	☐	☐	☐	☐	☐
d) Me resulta difícil salir de casa para ir a algunos sitios, como el cine o la iglesia	☐	☐	☐	☐	☐
e) Si tengo que salir de casa reduzco la cantidad de comida	☐	☐	☐	☐	☐

Q2	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
f) Cuando estoy fuera de casa intento estar siempre lo más cerca posible de un retrete público	☐	☐	☐	☐	☐
g) Para mí es fundamental organizar las actividades diarias en función de cuándo y cuántas veces necesite ir al retrete	☐	☐	☐	☐	☐
h) Evito viajar	☐	☐	☐	☐	☐
i) Me preocupa no ser capaz de llegar al retrete a tiempo	☐	☐	☐	☐	☐
j) Me parece que no soy capaz de controlar mi defecación	☐	☐	☐	☐	☐
k) Soy incapaz de aguantar las heces hasta llegar al retrete	☐	☐	☐	☐	☐
l) Se me escapan las heces sin darme cuenta	☐	☐	☐	☐	☐
m) Intento prevenir los episodios de incontinencia situándome cerca de un cuarto de baño	☐	☐	☐	☐	☐

Q3	Muchas veces	Bastantes veces	Alguna vez	Nunca	No procede
a) Me siento avergonzada/o	☐	☐	☐	☐	☐
b) No hago muchas de las cosas que me gustaría hacer	☐	☐	☐	☐	☐
c) Estoy preocupado porque se me escapan las heces	☐	☐	☐	☐	☐
d) Me siento deprimido	☐	☐	☐	☐	☐
e) Me preocupa que otras personas puedan oler mis heces	☐	☐	☐	☐	☐
f) Siento que no soy una persona sana	☐	☐	☐	☐	☐
g) Disfruto menos de la vida	☐	☐	☐	☐	☐
h) Tengo menos relaciones sexuales de las que desearía	☐	☐	☐	☐	☐
i) Me siento diferente al resto de la gente	☐	☐	☐	☐	☐
j) En mi cabeza está siempre presente la posibilidad de tener un episodio de incontinencia	☐	☐	☐	☐	☐
k) Tengo miedo al acto sexual	☐	☐	☐	☐	☐
l) Evito hacer viajes en transportes públicos (tren, avión, autobús, metro, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
m) Evito comer fuera de casa	☐	☐	☐	☐	☐
n) Cuando voy a un lugar nuevo intento siempre saber dónde está el retrete	☐	☐	☐	☐	☐

Q4	Siempre, hasta el punto de abandonarlo todo	Muchas veces	Pocas veces	Alguna vez, pero suficiente para sentirme molesto	Muy poco	Nunca
Durante el mes pasado, se ha sentido usted tan triste, desanimado, desesperado que le parecía que la vida no tenía sentido?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Aclaraciones: INCONTINENCIA ANAL es la pérdida de la capacidad de controlar voluntariamente la expulsión de gases o heces por el ano. Es decir, que a una persona cuando se le escapan (sin poder evitarlo) los gases o las heces por el ano se considera que tiene una incontinencia anal.

Fuente: T.H. Rockwood, J.M. Church, J.W. Fleshman, R.L. Kane, C. Mavrantonis, A.G. Thorson, et al. Fecal incontinence quality of life scale: quality of life instrument for patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum, 43 (2000), pp. 9-16. ⁽⁸⁾

2.5. Escala de Bristol

La Escala de Bristol ⁽⁹⁾, es una herramienta gráfica y descriptiva diseñada para clasificar la forma y consistencia de las heces humanas.

Consta de siete tipos diferentes, numerados del 1 al 7. La clasificación va del Tipo 1, representando las heces más duras y separadas, hasta el Tipo 7, que corresponde a heces completamente líquidas.

Esta escala ofrece una forma visual y estandarizada de comunicar la consistencia fecal. Esto permite a cualquier persona identificar de manera sencilla el tipo de sus propias heces, seleccionando la imagen y descripción que más se parezca a lo observado tras la deposición.

Figura 5: Escala de Bristol

Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5	Tipo 6	Tipo 7
						
Heces en bolas duras y separadas. Como frutos secos.	Heces en forma de salchicha pero con grumos.	Heces en forma de salchicha pero con grietas en la superficie.	Heces en forma alargada, lisa y blanca.	Heces blandas y a trozos separadas o con bordes definidos.	Heces blandas con bordes irregulares, pegados como puré.	Heces líquidas sin trozos sólidos.

Fuente: Adaptado de: Lewis SJ, Heaton KW. «Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time». *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1997; 32 (9): 920-4. PMID 9299672.⁽¹⁰⁾

2.6. FSM-2: Cuestionario de Función Sexual de la Mujer

El cuestionario FSM-2⁽¹¹⁾ es un instrumento diseñado para detectar los trastornos o disfunciones sexuales (DS) más habituales en la mujer, así como para reconocer aspectos clínicos de interés de la actividad sexual. Según la puntuación obtenida en cada uno de los 8 Dominios Evaluadores de la Respuesta Sexual (DERS) se logra detectar el tipo de DS, así como su gravedad.

Explora todas las fases de la respuesta sexual femenina (deseo, excitación, orgasmo, satisfacción). Consta de 12 ítems, con opciones que van del 0 al 4. La puntuación se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los 8 DERS después de multiplicarlas por el factor de corrección 1. Correspondencia de las preguntas del cuestionario a los 8 DERS:

Deseo sexual	Excitación	Lubricación	Dolor genital	Penetración vaginal	Orgasmo	Frecuencia de actividad sexual	Satisfacción sexual
1	2	3	4	5	6	10	11

El cuestionario también permite conocer aspectos clínicos de especial interés en la actividad sexual y su posible influencia en acontecimientos recientes, son los denominados Dominios Descriptivos de Actividad Sexual (DDAS), que corresponden a las preguntas: 7, 8, 9 y 12.

2.7. FSH Cuestionario de Función Sexual del Hombre

El cuestionario FSH⁽¹²⁾ es un instrumento diseñado para detectar los trastornos o disfunciones sexuales (DS) más habituales en el hombre, así como para reconocer aspectos clínicos de interés de la actividad sexual. Según la puntuación obtenida en cada uno de los 6 Dominios Evaluadores de la Respuesta Sexual (DERS) se logra detectar el tipo de DS, así como su gravedad. Consta de 12 ítems, con opciones que van del 0 al 4. La puntuación se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de los 6 DERS después de multiplicarlas por el factor de corrección. Para los DERS 1-2 será de 0.5 y para el resto de 1. Correspondencia de las preguntas del cuestionario a los 6 DERS:

Deseo sexual	Función eréctil	Eyacuación prematura	Eyacuación retardada	Frecuencia de actividad sexual	Satisfacción sexual
1,2	3,4	5	6	10	11

El cuestionario también permite conocer aspectos clínicos de especial interés en la actividad sexual y su posible influencia en acontecimientos recientes, son los denominados Dominios Descriptivos de Actividad Sexual (DDAS), que corresponden a las preguntas: 7, 8, 9 y 12.

2.8. Índice de Barthel

El índice de Barthel⁽¹³⁾, evalúa la capacidad funcional de una persona para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Es una escala ampliamente utilizada, fácil de aplicar e interpretar, y con un alto grado de fiabilidad y validez.

La puntuación oscila de 0-100 siendo 100 la máxima independencia y 0 la máxima dependencia. Pudiendo determinar cinco grupos de dependencia de 0-20 dependencia total, de 21-60 dependencia grave, de 61-90 dependencia moderada, de 91-99 dependencia leve, 100 independencia total.

Figura 6: Puntuaciones originales de las ABVD de la escala de Barthel

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Comer	
0	incapaz
5	necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc...
10	independiente (la comida está al alcance de la mano)
Trasladarse entre la silla y la cama	
0	incapaz, no se mantiene sentado
5	necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
10	necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
15	independiente
Aseo personal	
0	necesita ayuda con el aseo personal
5	independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
Uso del retrete	
0	dependiente
5	necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo
10	independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
Bañarse/Ducharse	
0	dependiente
5	independiente para bañarse o ducharse
Desplazarse	
0	inmóvil
5	independiente en silla de ruedas en 50 m
10	anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)
15	independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador
Subir y bajar escaleras	
0	incapaz
5	necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta
10	independiente para subir y bajar
Vestirse y desvestirse	
0	dependiente
5	necesita alguna ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda
10	independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc
Control de heces	
0	incontinente (o necesita que le suministren enema)
5	accidente excepcional (uno/semana)
10	contiene
Control de orina	
0	incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa
5	accidente excepcional (máximo uno/24 horas)
10	continente, durante al menos 7 días
Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)	

Fuente: Cid-Ruzafa, Javier, & Damián-Moreno, Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel.1997; Revista Española de Salud Pública, 71(2), 127-137. ⁽¹³⁾

2.9. Escala RAFIS

La escala RAFIS (Rapid Assessment Faecal Incontinence Score) fue diseñada por un grupo de trabajo de cirugía colorrectal español ^(14,15). Esta escala permite evaluar la gravedad clínica, su impacto físico y bienestar emocional. Incluye dos subescalas, una analógica visual que mide el estado general de la persona en una escala de 1 a 10, y la segunda, valora la frecuencia de los episodios de fuga mediante una escala de seis puntuaciones ordinales con una puntuación máxima de 10.

Figura 7: Escala Rafis

Anotar la frecuencia de fugas (solo se puede marcar una)					Puntaje
Varias fugas al día					10
Varias fugas a la semana, pero no todos los días					8
Varias fugas al mes, pero hay una semana sin fugas					6
Las fugas ocurren de vez en cuando, pero hay un mes completo sin fugas					4
Las fugas ocurren raramente					2
Sin fugas					0

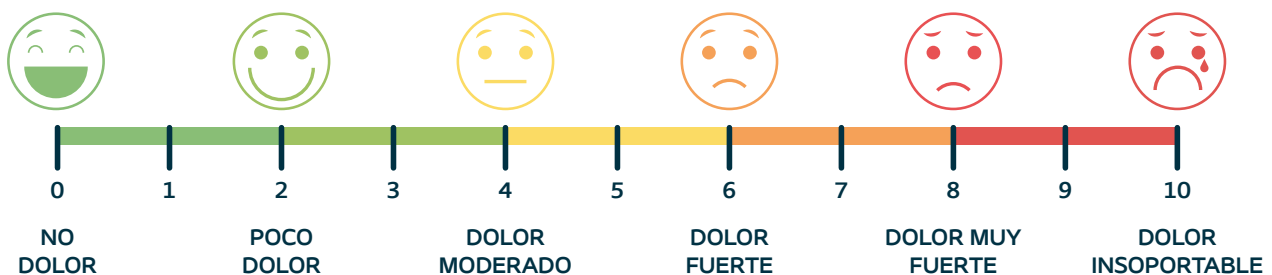
Me siento excelente	Me siento muy bien	Me siento bien	Me siento regular	Me siento mal	Me siento muy mal
0 puntos	2 puntos	4 puntos	6 puntos	8 puntos	10 puntos

Fuente: Jorge-Flandez R, Hugo-Monroy B. Escalas de evaluación en incontinencia fecal. Gastroenterol. latinoam 2016; Vol 27, Nº 4: 226-230. ⁽¹⁶⁾

2.10. Escala EVA

El dolor se define como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial ⁽¹⁷⁾. Se trata en todo caso de un concepto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele.

Figura 8: Escala EVA



Fuente: Adaptada de: Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Íñiguez-de-la-Torre MV, Capdevilla-García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor. 2018 Jul-Aug;25(4):216-23 ⁽¹⁷⁾

2.11. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto español de investigación enfermera y Consejo General de Enfermería de España. Marco de actuación enfermera en cuidados avanzados de la persona con disfunción intestinal. 2025. Disponible en: [//www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competenciasenfermeras/send/70-competencias-enfermeras/3010-marco-actuacion-enfermera-en-disfuncion-intestinal](http://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competenciasenfermeras/send/70-competencias-enfermeras/3010-marco-actuacion-enfermera-en-disfuncion-intestinal) ISBN: 978-84-09-67318-6.
2. Jorge-Flandez R, Hugo-Monrroy B. Escalas de evaluación en incontinencia fecal. *Gastroenterología latinoamericana*. 2016; 27 (4): 226-230
3. Carrillo A, Enríquez-Navascués JM, Rodríguez A, Placer C, Múgica JA, Saralegui Y, Timoteo A, Borda N. Incidencia y caracterización del síndrome de resección anterior de recto mediante la utilización de la escala LARS (LARS score). *Cirugía Española*. 2016; 94(3): 137-143.
4. Abarca CP, Fernández M. Síndrome de resección anterior baja en pacientes con cáncer de recto medio e inferior ¿Qué más podemos hacer? *Rev. cir.* [Internet]. 2021 [Consultado 11 Feb 2025]; Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/revistacirugia/v73n1/2452-4549-revistacirugia-73-01-0080.pdf>
5. Diario intestinal. Coloplast. Disponible en: <https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/v2/spain/diario-intestinal-peristeen-plus.pdf>
6. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*. 1993; 36(1): 77-97.
7. Ciriza de los Ríos C, Ruiz de León A, García Durán F, Tomás Moros E, Carneros Martín JA, Muñoz Yagüe T, Castellano Tortajada G. Calidad de vida en pacientes con incontinencia fecal y su relación con la gravedad de la misma. *Gastroenterología y Hepatología*. 2010; 33(9): 621-628.
8. Rockwood TH, Church JM, Fleshman JW, et al. Fecal Incontinence Quality of Life Scale. Quality of life instrument for patients with fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 9-17.
9. Mínguez Pérez M, Benages Martínez A. Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces? *Rev Esp Enferm Dig*. 2009; 101(5): 305-311.
10. Lewis SJ, Heaton KW (1997). «Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time». *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 32 (9): 920-4. PMID 9299672.
11. Sánchez Sánchez F, Ferrer Casanova C, Ponce Buj B, Sigan Sarrión Y, Jurado López, A.R, San Martín Blanco C, Tijeras Úbeda M. J, Ferrández Infante A. Diseño y validación de la segunda edición del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer, FSM-2. *Semergen* 2020; 46(5):324-330
12. Sánchez Sánchez F, Ferrer Casanova C, Ponce Buj B, Sipan SarriónY, Jurado López A. R, San Martín Blanco C, Tijeras Úbeda M.J, Pascual Regueiro N. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual del hombre, FSH. *Semergen* 2020;46(7):441-447
13. Cid-Ruzafa, Javier, & Damián-Moreno, Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel.1997; *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137.
14. de la Portilla F, Calero-Lillo A, Jiménez-Rodríguez RM, Reyes ML, Segovia-González M, Maestre MV, García-Cabrera AM. Validation of a new scoring system: Rapid assessment faecal incontinence score. *World J Gastrointest Surg*. 2015 Sep 27;7(9):203-7.
15. Cerdán Miguel J, Arroyo Sebastián A, Codina Cazador A, de la Portilla de Juan F, de Miguel Velasco M, de San Ildefonso Pereira A, Jiménez Escovar F, Marinello F, Millán Scheiding M, Muñoz Duyos A, Ortega López M, Roig Vila JV, Salgado Mijael G. Baiona's Consensus Statement for Fecal Incontinence. Spanish Association of Coloproctology. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2024 Mar;102(3):158-173. doi: 10.1016/j.cireng.2023.07.008. Epub 2024 Jan 17. PMID: 38242231.
16. Jorge-Flandez R, Hugo-Monrroy B. Escalas de evaluación en incontinencia fecal. *Gastroenterol. latinoam* 2016; Vol 27, Nº 4: 226-230
17. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Ramírez-Íñiguez-de la-Torre MV, Capdevilla-García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018 Jul-Aug;25(4):216-23.

CAPÍTULO 3:

Valoración enfermera y planificación de cuidados



3.1. Valoración y cuidados de la persona con LARS

Con gran frecuencia, las personas que han superado un cáncer colorrectal se enfrentan a un desafío añadido que impacta significativamente en su calidad de vida: el Síndrome de Resección Anterior Baja (LARS) ⁽¹⁾. En este contexto, la labor enfermera se erige como un pilar fundamental en la identificación temprana, la valoración exhaustiva y el manejo de quienes experimentan LARS ⁽²⁾. Este capítulo se adentra en el proceso esencial de la valoración enfermera, proporcionando las herramientas y conocimientos necesarios para comprender la importancia de una evaluación integral y sistemática, con el fin de elaborar planes de cuidados personalizados y efectivos.

Para llevar a cabo y estructurar la entrevista de enfermería de manera más eficaz, vamos a utilizar los patrones funcionales de Marjory Gordon ⁽³⁾. A través de este enfoque, se puede obtener información detallada sobre el estado físico, psicológico y social de la persona. Además, nos permite obtener datos objetivos y agilizar la recopilación de información subjetiva. Estos patrones son fundamentales para identificar diagnósticos de enfermería con mayor precisión y, a su vez, contribuir a la calidad y organización sistemática del registro de la información. ⁽⁴⁾

3.2. Patrones funcionales de Marjory Gordon

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Pretende conocer la percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Recomendaciones de datos a obtener:

- Diagnóstico médico.
- Tipo de intervenciones quirúrgicas y fechas de las mismas.
- Síntomas actuales
- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud?
- ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud?
- ¿Fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.
- Escalas de valoración (Ver capítulo 3).

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos y líquidos diaria?
- Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- Cómo es el apetito: ¿disminuido, aumentado?
- ¿Tiene intolerancias alimenticias? ¿Ha eliminado los alimentos que no tolera?
- ¿Qué alimentos ha objetivado que interfieren de forma negativa en su problema de disfunción intestinal? ¿Los come?

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.
- Indicadores de manejo simple: IMC, cribado nutricional, si procede.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
 - ¿Cuántas deposiciones tiene al día?
 - ¿Utiliza medidas auxiliares (laxantes, antidiarréicos...) para su producción o reducción?
 - ¿Hay problemas con el control de las deposiciones?
 - ¿Controla los gases?
 - ¿Presenta incontinencia urinaria?
- Recoger si presenta alguna característica de las siguientes entidades clínicas:

- Soiling
- IF de urgencia
- IF pasiva
- IF mixta

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.
- Diario intestinal (Ver capítulo 3).
- Escalas de valoración de la continencia (Ver capítulo 3).

PATRÓN 4 ACTIVIDAD- EJERCICIO

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento. Define el nivel funcional para observar el grado de dependencia o autonomía para realizar los autocuidados.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Qué actividades de la vida diaria realiza?
 - ¿Qué cantidad, nivel de intensidad y tipo de ejercicio y/o deporte realiza?
 - ¿Practica actividades recreativas o lúdicas?
 - ¿Qué factores interfieren en la realización de las actividades deseadas?
- Describir el nivel funcional para observar el grado de dependencia o autonomía para realizar los autocuidados.

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.
- Escala de Barthel (Ver Capítulo 3).

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Toma fármacos para dormir (medicamento y dosis)?
- ¿Concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Se despierta para ir al baño a defecar?

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.

PATRÓN 6: COGNITIVO–PERCEPTUAL

Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Tiene dificultades para oír o ver correctamente?
- ¿Tiene sensibilidad en manos y pies?
- ¿Tiene destreza manual?
- ¿Tiene dolor? ¿Dónde localiza el dolor?
- ¿Siente dolor con las defecaciones?

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.
- EVA para dolor (Ver capítulo 3).

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN–AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo (imagen corporal, identidad y su valía).

Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

Recomendación de datos a obtener:

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Cómo ha asumido los cambios en el ritmo intestinal?
- ¿Se enfada frecuentemente? ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o tristeza?
- ¿Tiene periodos de desesperanza?

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería y observación.
- Escalas de valoración: Calidad de vida (Ver capítulo 3).

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Recomendación de datos a obtener:

- ¿Vive solo o en familia?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Hay problemas de relación en el trabajo o en el lugar de estudios?
- ¿Pertenece a alguna asociación o grupo de amigos?
- ¿Cómo afecta su problema intestinal a sus relaciones sociales?

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.
- Escalas de valoración: Calidad de vida (Ver capítulo 3).

PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Cómo ha afectado la disfunción intestinal en las relaciones sexuales?

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.
- Utilizar escalas: Cuestionarios de función sexual masculina y femenina (Ver capítulo 3).

PATRÓN 10: TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Cómo ha vivido el cambio que ha producido la disfunción intestinal en su vida?

¿Tiene a alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Recomendaciones de datos a obtener:

¿Qué expectativas tiene relacionadas con la salud?

Conocer las percepciones culturales, valores y creencias de la persona con LARS y sus familiares/cuidadores.

Métodos

- Recogida de datos mediante la entrevista de enfermería.

3.3. Taxonomías NNN

Las taxonomías **NANDA**, **NOC**, **NIC** son fundamentales en el proceso de enfermería, ya que proporcionan un lenguaje estandarizado para la identificación de problemas de salud, la planificación de intervenciones y la evaluación de resultados. El uso conjunto de estas taxonomías en enfermería garantiza un enfoque más sistemático, preciso y efectivo en el cuidado de los pacientes. Además, favorece la comunicación entre profesionales, disminuye la variabilidad de la práctica clínica y contribuye a la mejora de la calidad asistencial.

A continuación, se presenta la planificación de cuidados recomendada derivada del LARS con los diagnósticos NANDA más representativos y priorizando los problemas más importantes, acompañados de sus correspondientes resultados esperados (**NOC**) e intervenciones necesarias para abordar cada situación (**NIC**) ^(5,6,7).

3.4. Planificación de Cuidados en la persona con LARS

En el plan de cuidados para este proceso, destacan cinco diagnósticos NANDA

DIAGNÓSTICO NANDA			
00014 INCONTINENCIA FECAL RELACIONADA CON DETERIORO SENSITIVO-MOTOR 00319 CONTINENCIA INTESTINAL ALTERADA RELACIONADA CON DIARREA Y/O ESTREÑIMIENTO			
Criterio de Resultado (NOC)	Indicador (NOC)	Intervención (NIC)	Actividades
0500 Continencia intestinal	050002 Mantiene el control de la eliminación de heces. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado. 050001 Mantiene un patrón de evacuación de heces predecible. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado. 050006 Tono esfinteriano adecuado para el control de la defecación. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.	0410: Cuidados de la incontinencia intestinal	- Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente / cuidador. - Examinar los procedimientos y resultados esperados con el paciente. - Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, si procede. - Instruir al paciente / cuidador a que lleve un registro de defecación, si es preciso.
0500 Continencia intestinal	050018 Monitoriza la cantidad y la consistencia de las heces. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado. 050015 Describe la relación entre la ingesta de alimentos y la consistencia de las heces. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.	0440 Entrenamiento intestinal 0560 Ejercicios de suelo pélvico 1540 Estimulación nerviosa eléctrica.	- Planificar un programa de irrigación con el paciente /cuidador. - Enseñar al paciente los principios de la educación intestinal. - Proporcionar alimentos ricos en fibra y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda. - Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. - Disponer de intimidad. - Modificar el programa intestinal si es necesario. - Dar instrucciones escritas donde se describa la intervención y el número de repeticiones recomendadas. - Proporcionar instrucciones verbales y escritas sobre el uso de la ETP y su funcionamiento. - Ajustar el sitio para lograr la respuesta deseada según la tolerancia individual. - Determinar los parámetros de pulsos terapéuticos.
0501 Eliminación intestinal	050101 Patrón de eliminación Escala 1: Va desde GRAVEMENTE comprometido a NO comprometido	5270 Apoyo emocional	- Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

DIAGNÓSTICO NANDA			
00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADO CON FALTA DE FAMILIARIDAD CON LOS RECURSOS			
Criterio de Resultado (NOC)	Indicador (NOC)	Intervención (NIC)	Actividades
1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181304 Efectos esperados del tratamiento. Escala 20: Va de NINGÚN conocimiento a conocimiento EXTENSO	5602 Enseñanza: proceso enfermedad.	- Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para comprender su proceso de enfermedad específico. - Proporcionar al paciente/cuidador la educación sanitaria que precisa para desarrollar, en lo posible, habilidades que le permitan identificar síntomas, prevenir complicaciones, factores contribuyentes, en definitiva, saber manejar la enfermedad y los cuidados necesarios.
1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181307 Actividad física prescrita. Escala 20: Va de NINGÚN conocimiento a conocimiento EXTENSO	5606 Enseñanza individual. 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos	- Planificar y poner en práctica un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente. - Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
1867 Conocimiento: Procesos diagnósticos y terapéuticos	186701 Tipo de procedimiento Escala 20: Va de NINGÚN conocimiento a conocimiento EXTENSO 186702 Finalidad del procedimiento Escala 20: Va de NINGÚN conocimiento a conocimiento EXTENSO 186706 Preguntas frecuentes sobre el procedimiento. Escala 20: Va de NINGÚN conocimiento a conocimiento EXTENSO 186717 Sensaciones esperadas durante el procedimiento. Escala 20: Va de NINGÚN conocimiento a conocimiento EXTENSO 186719 Complicaciones potenciales del procedimiento. Escala 20: Va de NINGÚN conocimiento a conocimiento EXTENSO	0420 Irrigación intestinal	- Determinar la razón del lavado intestinal. - Explicar el procedimiento al paciente. - Disponer de intimidad de ambiente. - Informar al paciente que pueden presentarse retortijones abdominales. - Preparar el equipo necesario. - Colocar al paciente en la posición deseada. - Determinar la temperatura adecuada de la sustancia de irrigación. - Determinar la cantidad de sustancia expulsada. - Observar si se producen efectos secundarios.
0146 ANSIEDAD RELACIONADO CON ESTRÉS Y CRISIS SITUACIONAL			
Criterio de Resultado (NOC)	Indicador (NOC)	Intervención (NIC)	Actividades
1211 Nivel de ansiedad	121117 Ansiedad verbalizada Escala 14. Va desde GRAVE hasta NINGUNA.	5820 Disminución de la ansiedad.	- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se pueden experimentar. - Permanecer con el paciente para promover su seguridad y reducir el miedo. - Escuchar con atención.
1402 Autocontrol de la ansiedad	140217 Controla la respuesta de ansiedad. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado a SIEMPRE demostrada	5230 Mejorar el afrontamiento.	- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.

DIAGNÓSTICO NANDA			
00293 DISPONIBILIDAD PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD			
Criterio de Resultado (NOC)	Indicador (NOC)	Intervención (NIC)	Actividades
1601 Conducta de cumplimiento	160103 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado a SIEMPRE demostrado.	5395 Mejora de la autoconfianza.	- Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. - Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad.
1402 Autocontrol de la ansiedad	140217 Controla la respuesta de ansiedad. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado a SIEMPRE demostrada.	5230 Mejorar el afrontamiento.	- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
1622 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita	162214 Sigue las recomendaciones para organizar la dieta. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado a SIEMPRE demostrado	1100 Manejo de la nutrición.	- Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales. - Explicar la importancia de la nutrición en el proceso de la enfermedad. - Dar al paciente y a la familia ejemplos escritos de la dieta prescrita.
00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL			
Criterio de Resultado (NOC)	Indicador (NOC)	Intervención (NIC)	Actividades
1604 Participación de actividades de ocio	160402 Expresión de satisfacción con las actividades de ocio. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado a SIEMPRE demostrado.	5270 Apoyo emocional 5400 Potenciación de la autoestima	- Comentar la experiencia emocional con el paciente. - Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. - Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.
1604 Participación de actividades de ocio	160413 Disfruta de las actividades de ocio. Escala 13. Va desde NUNCA demostrado a SIEMPRE demostrado	5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo	- Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único. - Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo.

3.5. Bibliografía

- Pieniowski EHA, Nordenvall C, Palmer G, Johar A, Tumlin Ekelund S, Lagergren P, Abraham-Nordling M. Prevalence of low anterior resection syndrome and impact on quality of life after rectal cancer surgery: population-based study. *BJS Open*. 2020 Oct;4(5):935-942. doi: 10.1002/bjs5.50312. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32530135; PMCID: PMC7528525.
- Colorectal nursing and low anterior resection syndrome. *British Journal of Nursing*. 2022; 31(4), 182-185. Consultado el 5 de julio 2025 Disponible en: <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.4.182>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas y Estudios - Normalización y Codificaciones [Internet]. Gob.es. [citado el 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.htm>
- Vargas-Bermúdez, Z. (s/f). Validación de entrevista de enfermería basada en patrones funcionales de la salud de Marjory Gordon. *Journal Health NPEPS*. 2024 jun; 9(1):e12751. ISSN 2526-1010 <http://dx.doi.org/10.30681/2526101012751>. Consultado el 5 de julio 2025. Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/12751>
- Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación. 2024-2026. 13a ed. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. Elsevier; 2024.
- Moorhead S, Swanson E, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (Noc): Medición de Resultados En Salud. 7a ed. Elsevier; 2024.
- Wagner CM, Butcher HK, Clarke M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nic). 8a ed. Elsevier; 2024.

CAPÍTULO 4:

Tratamientos e intervenciones en el LARS



4.1. Introducción y Justificación

Los tratamientos para el LARS son amplios y variados, formando un abanico terapéutico que abarca desde las recomendaciones higiénico-dietéticas sencillas hasta la confección de un estoma, en caso de no poder manejar la sintomatología y/o se vea comprometida la calidad de vida⁽¹⁾.

Es vital que la persona con LARS adquiera una comprensión profunda de sus síntomas, ya que este conocimiento es el primer paso para participar activamente en su propio tratamiento. La enfermera es la profesional clave para facilitar esta educación, explicando de manera clara la sintomatología del LARS y la justificación de las terapias para fomentar el autocuidado y el compromiso. Además, para que este proceso de enseñanza y cuidado sea efectivo, es fundamental que la enfermera garantice un entorno de trabajo tranquilo y confidencial, permitiendo a la persona expresar sus preocupaciones sin reservas y asegurando que se sienta seguro al convertirse en el protagonista de sus propios cuidados.

El objetivo de las intervenciones enfermeras es ayudar a las personas a manejar sus defecaciones, consiguiendo evacuaciones regulares, predecibles y efectivas, con los tratamientos necesarios para hacer frente a su disfunción intestinal.

El abordaje temprano del LARS es crucial para optimizar los resultados. Por ello, las enfermeras pueden iniciar las intervenciones de educación y manejo de los síntomas lo más temprano posible desde la intervención quirúrgica. Este inicio precoz permite establecer una base sólida para el autocuidado y la implementación gradual de las estrategias terapéuticas. No obstante, es fundamental tener en cuenta las limitaciones temporales de las terapias.

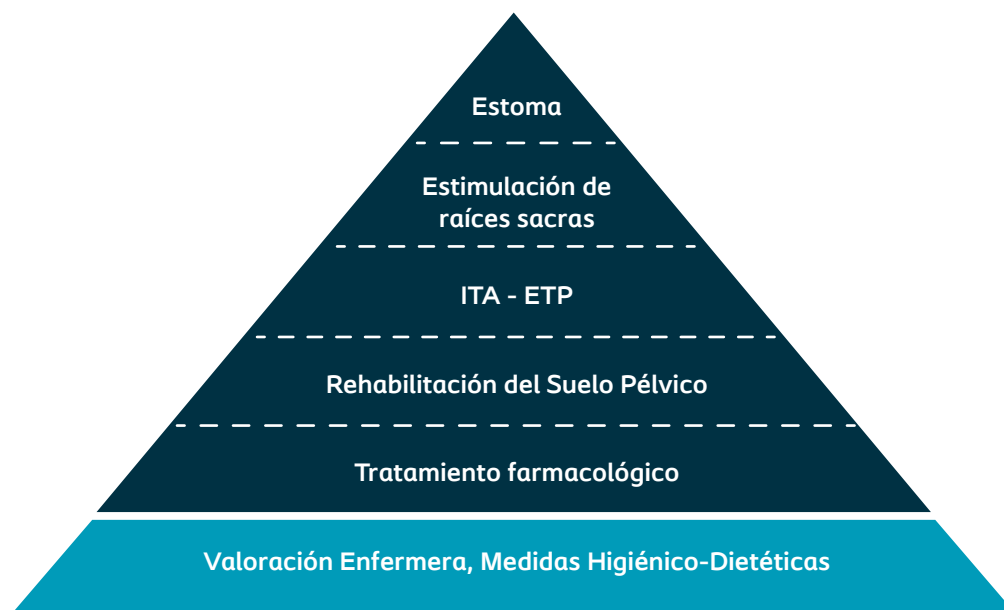
En el Proyecto MANUEL⁽²⁾, sus autores establecen una pirámide de tratamiento (ver imagen 1) para el LARS, aconsejando iniciar con las medidas menos invasivas que se encuentran en la base y progresar hacia escalones superiores según la necesidad del paciente.

Es crucial entender que, en la mayoría de los casos, para lograr un control efectivo de los síntomas, es necesario combinar tratamientos de diferentes escalones terapéuticos.

En colaboración con el equipo interdisciplinar, la enfermera es la responsable de las intervenciones correspondientes a los cuatro primeros escalones de esta pirámide. Su rol va más allá de la mera ejecución de tareas, ya que asume la autoridad y el liderazgo para planificar, dirigir y coordinar el plan de cuidados, asegurando que el tratamiento se administre de forma segura y adaptada a las necesidades del paciente.

Las opciones terapéuticas en la cúspide de la pirámide, como la implantación de un neuromodulador sacro o la creación de un estoma, son valoradas y establecidas por el equipo médico-quirúrgico.

Imagen 1: Pirámide de decisión terapéutica del LARS.



Elaboración propia. Adaptado de El Proyecto Manuel. Fuente: Adaptado de: Christensen P, IM Baeten C, Espín-Basany E, Martellucci J, Nugen KP, Zerbib F, Pellino G, Rosen H. Management guidelines for low anterior resection syndrome – the MANUEL project. *Colorectal Dis.* [Internet]. 2021 ;23(2):461-475 [consultado 14 Feb 2025]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.15517>.⁽²⁾

4.2. Medidas higiénico-dietéticas en personas con LARS.

Las medidas higiénico-dietéticas son clave para mejorar los síntomas y constituyen la primera opción de tratamiento, el primer escalón de la pirámide decisional. En las siguientes tablas, se describen las principales recomendaciones de este nivel terapéutico ⁽²⁻⁴⁾.

Imagen 2: Medidas higiénico-dietéticas en personas con LARS

ALIMENTACIÓN • Dieta astringente, baja en residuos (evitar frutas crudas, café, comidas picantes). • Evitar alimentos flatulentos e irritantes. • Mantener una ingesta adecuada de líquidos (1,5-2 Litros/día), pero evitar beber grandes cantidades de una sola vez. • Consumir comidas en poca cantidad y frecuentes para minimizar el estrés en el sistema digestivo.	HÁBITOS INTESTINALES Y EVACUATORIOS • Establecer un horario regular para evacuar: idealmente después de comer, aprovechando el reflejo gastrocólico. • Dedicar un tiempo adecuado a la defecación para evitar las heces fraccionadas. • Usar una posición fisiológica para evacuar: elevar las rodillas con un banquito para facilitar la defecación. • Evitar retener las heces: esto puede exacerbar los síntomas de urgencia.
ALIMENTOS FLATULENTOS E IRRITANTES ALIMENTOS FLATULENTOS: • Legumbres • Cebolla • Brócoli • Coliflor, etc. BEBIDAS IRRITANTES: • Bebidas carbonatadas • Café • Alcohol • Picantes	EJERCICIO FÍSICO • Realizar ejercicios de Kegel. • Ejercicio moderado regular como caminar, favorece el tránsito intestinal y ayuda a reducir el estrés. • Intentar evacuar antes de realizar ejercicio para evitar la urgencia intestinal. • Evitar el ejercicio después de las comidas.
DIARREA O URGENCIA Introducir alimentos astringentes: • Yogur natural sin lactosa. • Arroz blanco, pasta y pan blanco, evitando el uso de las salsas en los platos. • Plátano verde, pera y manzana peladas, membrillo. • Pavo, pollo, jamón cocido. • Pescado blanco. Usar suplementos de fibra soluble bajo supervisión médica.	MANEJO DEL ESTRÉS • El estrés puede exacerbar los síntomas, especialmente la urgencia y la incontinencia. Se recomienda practicar técnicas de relajación como yoga, meditación o terapia psicológica, si es necesario.
	CUIDADO DE LA PIEL • Higiene personal: - Lavar suavemente con agua tibia tras cada deposición. - Secar sin frotar. - Evitar el uso de toallitas. • Protección cutánea: - Aplicar barreras protectoras (pomadas con óxido de zinc) para prevenir dermatitis. - Vigilar signos de irritación, fisuras o infección. • Ropa: - Usar ropa interior de algodón. - Vigilar signos de irritación, fisuras o Infección. • Adaptar el uso de absorbentes a las características del paciente y facilitar el acceso a la dispensación.

Fuente: Elaboración propia

Si las medidas anteriores fueran insuficientes para el control de síntomas, se puede progresar al siguiente escalón de la pirámide de decisión.

4.3. Tratamiento farmacológico

El segundo escalón de la pirámide de decisión lo constituye el tratamiento farmacológico. Es fundamental que la dosificación se ajuste a las necesidades individuales de cada paciente. Para ello, el *diario intestinal* es una herramienta clave que facilita tanto a la enfermera como al paciente el ajuste preciso de las dosis.

En el siguiente cuadro se describen las principales recomendaciones farmacológicas⁽⁵⁾ para las personas con LARS:

Tabla 1: Tratamiento farmacológico en el LARS

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ESCALONADO
• Loperamida (su presentación es de 2 mg). - Se recomienda tomarla 30 minutos antes de las comidas más importantes, ante situaciones de riesgo o en caso de diarreas. - La dosis se debe ajustar: Puede ir de 2 mg al día hasta un máximo de 16mg, según tolerancia y respuesta. - Algunos pacientes pueden controlar sus deposiciones con dosis menores (la loperamida cuyas presentaciones son comprimidos se pueden fraccionar). • Fibras solubles o gelificantes: - El plantago ovata ayuda a regular la consistencia de las heces, consiguiendo heces más compactas. Se puede tomar un sobre al día o su equivalente en cápsulas. • Probióticos: - Algunos probióticos, como el <i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745, o prebióticos, pueden ayudar a controlar las diarreas. • Bajo prescripción médica: - La codeína puede ayudar a tratar las diarreas.

Fuente: Elaboración propia

4.4. Rehabilitación multimodal del suelo pélvico

Existen pocos estudios publicados sobre la rehabilitación del suelo pélvico en pacientes que sufren LARS, pero los que existen demuestran mejoría en las disfunciones defecatorias, urinarias y sexuales, además de mejorar el control del dolor y la calidad de vida. Esta modalidad terapéutica resulta económica, no invasiva, con pocos efectos adversos y puede combinarse con otros tratamientos^(6,7). La utilización de estas estrategias de forma combinada ayuda a rehabilitar y coordinar la función esfinteriana.

Los procedimientos más utilizados se resumen en la tabla 2 .

Tabla 2: Técnicas de rehabilitación del suelo pélvico

REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO
• Entrenamiento muscular del suelo pélvico: La realización de ejercicios de Kegel pueden ayudar a reducir la salida accidental de gases y heces líquidas. • Biofeedback muscular: Puede optimizar la respuesta motora a través de señales visuales, auditivas y/o sensoriales, mejorando la sincronización con la contracción del esfínter anal externo. • Biofeedback rectal: Utiliza un balón rectal para mejorar la sensibilidad con el fin de distinguir volúmenes cada vez más pequeños y tolerar la urgencia defecatoria.

Fuente: Elaboración propia

Cuando las medidas conservadoras en el manejo del LARS no alcanzan los objetivos planteados, podemos seguir progresando e incorporando otros tratamientos para control de síntomas.

4.5. Irrigación transanal

La irrigación transanal (ITA) es una técnica efectiva para el manejo del LARS. Consiste en la introducción de agua potable y templada a través del esfínter anal, con el objetivo de lograr evacuaciones regulares, predecibles y efectivas. Vaciar el intestino de forma programada ayuda a disminuir el riesgo de incontinencia fecal, la urgencia y las heces fraccionadas, mejorando la calidad de vida del paciente ^(2,4,8).

Es fundamental destacar que la ITA no se debe iniciar inmediatamente después de la cirugía. Según las indicaciones del fabricante y por seguridad, la técnica se puede comenzar a utilizar a partir del tercer mes desde la intervención quirúrgica, respetando la integridad de la anastomosis.

La actividad competencial de la enfermera con la persona que necesita ITA se centra en la valoración y educación sanitaria, el adiestramiento en el procedimiento y, el seguimiento y registro de datos para evaluar la efectividad del tratamiento y su impacto en los autocuidados. Su principal objetivo es capacitar al paciente en el uso seguro, efectivo y autónomo de la irrigación transanal minimizando las complicaciones y promoviendo el bienestar y la seguridad.

Unido a la técnica de la ITA nuevamente, el *Diario Intestinal* es una herramienta fundamental para el seguimiento de la evolución de la técnica, ya que permite registrar los parámetros utilizados y su efectividad facilitando la adaptación de la terapia al paciente. Previo a la realización de la técnica (Ver Anexo 1 QR), el paciente deberá firmar un consentimiento informado (CI) (Ver Anexo 2 QR).

A continuación, se detallan los parámetros necesarios para iniciar la ITA con una persona con LARS:

- Tipo de sonda: cono o sonda con balón (Small o Standard).
- Insuflaciones del balón: Con la sonda con balón, se realizarán las insuflaciones mínimas necesarias para sellar el ano. Es crucial recordar que las insuflaciones se deben realizar muy despacio y que este procedimiento debe ser indoloro. El cono no lleva balón.
- Cantidad de agua: volumen inicial de hasta 200-250cc. Dado que la persona con LARS normalmente tiene sensibilidad, en caso de cualquier molestia se debe detener la irrigación y registrar en el diario intestinal la cantidad de agua introducida y el efecto de la terapia.

El volumen de agua se puede ir incrementando poco a poco, en función del resultado de las diferentes irrigaciones. Se busca inicialmente que la persona no presente IF, soiling, ni heces fraccionadas entre irrigaciones.

- Frecuencia de uso: inicialmente, la frecuencia será diaria. Con el tiempo, las irrigaciones se irán espaciando según las necesidades de cada persona con el objetivo de lograr una continencia óptima.

En algunos casos, si se manifiestan molestias con irrigaciones de más volumen y no se toleran volúmenes mayores de agua ni se consigue la continencia, se pueden realizar varias irrigaciones seguidas de volúmenes menores. En cualquier caso, el proceso de la irrigación nunca debe ser molesto.

En las tablas que aparecen a continuación, se detallan los beneficios e indicaciones de la ITA en la persona con LARS.

Imagen 3: Indicaciones y beneficios de la ITA en el LARS.

INDICACIONES	BENEFICIOS DE LA ITA
• Incontinencia fecal: Episodios frecuentes de evacuación involuntaria de heces líquidas o sólidas. Sensación constante de urgencia rectal. • Evacuación incompleta o dificultad para vaciar el recto: Sensación de evacuación parcial tras defecar. Necesidad de realizar múltiples evacuaciones en intervalos cortos de tiempo (fragmentación defecatoria). • Calidad de vida deteriorada por síntomas de LARS Impacto emocional, social o físico debido a la imprevisibilidad de las evacuaciones o episodios de urgencia fecal. • Fracaso de terapias conservadoras: Cuando las modificaciones en la dieta, los medicamentos antidiarreicos, laxantes, probióticos, o ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico no son efectivos • Prevención de complicaciones posquirúrgicas: Ayuda a mantener un tránsito intestinal controlado y a reducir el riesgo de daño en la zona quirúrgica o neoanastomosis.	• Promueve evacuaciones predecibles y programadas. • Reduce los episodios de incontinencia y urgencia. • Disminuye la fragmentación defecatoria y la sensación de evacuación incompleta. • Mejora la calidad de vida al brindar mayor autonomía y confianza

Fuente: Elaboración propia

Existen una serie de circunstancias en las que la ITA estaría contraindicada y que se describen en la siguiente tabla:

Imagen 4: Contraindicaciones de la ITA en el LARS.

CONTRAINDICACIONES	
ABSOLUTAS • Estenosis rectal o anal severa. • Fístulas anales activas. • Proctitis activa o inflamación severa. • Perforación intestinal sospechada o confirmada. • Sangrado rectal activo. • Infecciones pélvicas o perirrectales.	RELATIVAS • Dolor rectal significativo. • Lesión reciente de la anastomosis quirúrgica. • Debilidad severa del esfínter anal. • Síndrome de reservorio inflamado. • Sangrado rectal activo. • Enfermedades cardiovasculares severas.

Fuente: Elaboración propia

Para lograr un control efectivo de los síntomas con la ITA, es fundamental individualizar el tratamiento según las necesidades de cada paciente.

Tras el adiestramiento, la frecuencia inicial de las irrigaciones será diaria, hasta conseguir el control sintomático. Posteriormente, se reevaluará al paciente para ajustar la frecuencia que mejor se adapte a sus necesidades y estilo de vida ^(4,8) (ver capítulo 5).

4.6. Neuromodulación del nervio tibial posterior

Según diversos estudios, la neuromodulación o estimulación del nervio tibial posterior (ETP) es una técnica segura y efectiva en el tratamiento de la incontinencia fecal y el LARS. Se ha comprobado que reduce los episodios de incontinencia fecal, aumenta el tiempo de aplazamiento de la deposición y mejora la calidad de vida ^(8,10).

El mecanismo fisiológico de este tratamiento se basa en el siguiente argumento: el nervio tibial posterior contiene fibras sensitivas, motoras y autonómicas que se originan a partir de las raíces del plexo sacro S2-S4. Su estimulación con corriente eléctrica de baja frecuencia, afecta de forma retrógrada a las raíces sacras relacionadas con el control visceral y muscular del suelo pélvico, por lo que es ampliamente utilizado en patologías que cursan con incontinencia (fecal y urinaria) aunque, su mecanismo de acción preciso, es a día de hoy, desconocido ⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Existen dos modalidades de tratamiento la según la vía de administración del impulso ⁽¹⁰⁾:

- La percutánea, en la que se utilizan agujas de pequeño calibre; similares a las utilizadas en acupuntura.
- La transcutánea, que hace uso de electrodos adhesivos transcutáneos.

Los generadores de corriente empleados deben estar programados o deben programarse con una anchura de pulso de 200 μ s y una frecuencia de 10-20 Hz ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

El tratamiento se suele dividir en dos fases:

- Fase 1 o fase de tratamiento: Consiste en 12 sesiones semanales, cada una con una duración de 30 minutos.
- Fase 2 o fase de mantenimiento: Depende de los protocolos de cada centro, ya que no existe un consenso claro ni evidencia científica en cuanto a su duración y planificación (ver capítulo 5).

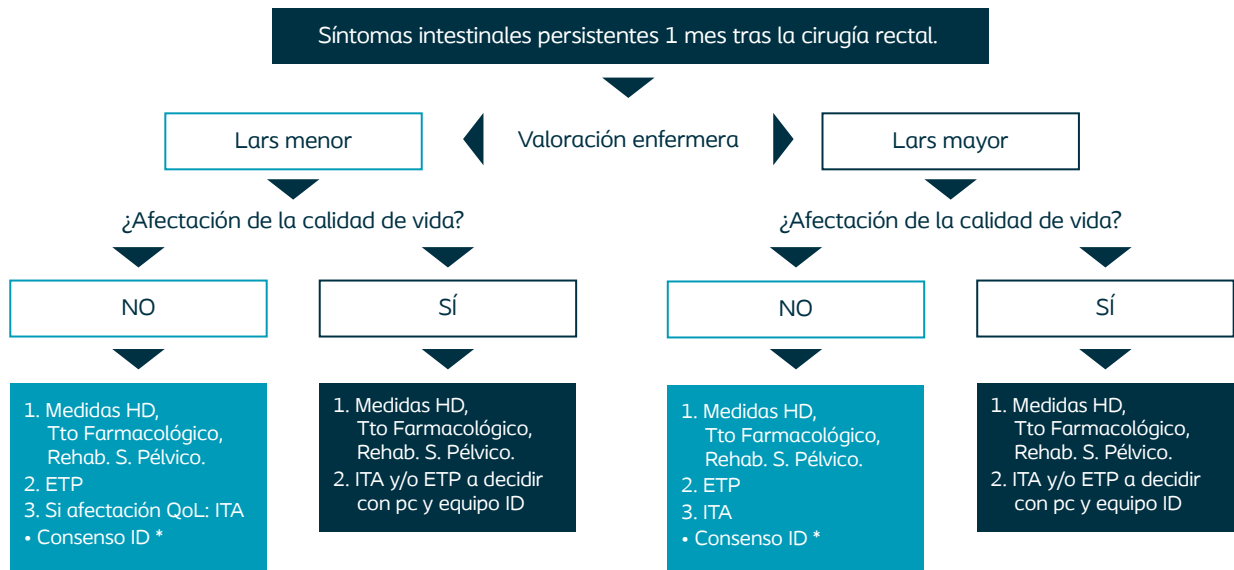
Debemos saber que la ETP está contraindicada en personas portadoras de marcapasos cardíaco, patología cardíaca, denervación completa del suelo pélvico, neuropatía periférica, coagulopatías y durante el embarazo ^(11,13).

Previo al inicio de este tratamiento, cuyo procedimiento se describe en el anexo 3 (QR), el paciente debe firmar el correspondiente CI (anexo 4 QR).

4.7. Algoritmo de decisión terapéutica

En ocasiones, cuando ya hemos abordado las primeras fases del tratamiento enfermero, surge el planteamiento terapéutico con respecto a la ITA y la ETP. En el siguiente algoritmo se detalla los pasos a seguir para la elección de los diferentes tratamientos, en base a la severidad de los síntomas:

Imagen 5: Algoritmo de decisión terapéutica.



*En consenso con el equipo Interdisciplinar

Fuente: Elaboración propia. Leyenda: Medidas HD: Medidas higiénico-dietéticas; Rehab. S. Pélvico: Rehabilitación del suelo pélvico; Tto Farmacológico: Tratamiento Farmacológico; ITA: Irrigación transanal; ETP: Estimulación del tibial posterior; LARS: Low anterior resection syndrome. Síndrome de resección anterior baja

4.8. Bibliografía

1. Nguyen TH, Chokshi RV. Low Anterior Resection Syndrome. Curr Gastroenterol Rep. 2020 Aug 4;22(10):48. doi: 10.1007/s11894-020-00785-z. PMID: 32749603; PMCID: PMC8370104.
2. Christensen P, IM Baeten C, Espín-Basany E, Martellucci J, Nugen KP, Zerbib F, Pellino G, Rosen H. Management guidelines for low anterior resection syndrome – the MANUEL project. Colorectal Dis. [Internet]. 2021 ;23(2):461-475. [consultado 14 Feb 2025]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/codi.15517>
3. Felipe Imigo G., José Tomás K. Síndrome de la resección anterior baja: un alto precio del tratamiento del cáncer de recto. Rev. cir. [Internet] 2019 [consultado 11 Feb 2025]; 71(2). Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/revistacirugia/v71n2/2452-4549-revistacirugia-71-02-0178.pdf>
4. Dalsgaard P, Emmertsen KJ, Mekhael M, Laurberg S, Christensen P. Nurse-led standardized intervention for low anterior resection syndrome. A population-based pilot study. Colorectal Dis. 2021 Feb;23(2):434-443.
5. De La Portilla F. Avances y futuro del tratamiento de la incontinencia fecal. Rev. Med.Clin. [Internet] 2013 [consultado 11 Feb 2025]; 24 (2): 262-269. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864013701573>
6. Ventero Borges A. ¿Conocemos, diagnosticamos y tratamos el síndrome de resección anterior baja? Rev ACAD. [Internet] 2021 [consultado 13 Feb 2025]; 36(1): 33-38. Disponible en: <https://www.acad.es/wp-content/uploads/marzo21-V36-N1-7Residentes.pdf>
7. Abarca CP, Fernández M. Síndrome de resección anterior baja en pacientes con cáncer de recto medio e inferior ¿Qué más podemos hacer?. Rev. cir. [Internet]. 2021 [consultado 11 Feb 2025]; 73(1): 80-90. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S245245492021000100080&lng=es.
8. Grupo de Expertos en Coloproctología (GEC). Guía de irrigación transanal Peristeen Plus en el tratamiento de la incontinencia y estreñimiento. [Internet]. [consultado 13 Feb 2025]; Disponible en: <https://www.coloplastprofessional.es/globalassets/hcp/pdf-file/v2/spain/local-pages/460n0g2692---protocolo-de-terapia-de-ita---diseno.pdf>
9. Cerdán Miguel J, Arroyo Sebastián A, Codina Cazador A, de la Portilla de Juan F, de Miguel Velasco M, de San Ildefonso Pereira A, Jiménez Escovar F, Marinello F, Millán Scheiding M, Muñoz Duyos A, Ortega López M, Roig Vila JV, Salgado Mijael G. Consenso Baiona sobre Incontinencia Fecal: Asociación Española de Coloproctología, [Internet]. 2022 [consultado 14 Feb 2025]; Disponible en: Cirugía Española, https://www.aecp-es.org/images/site/documentos/Documento_de_consenso_del_diagnostico_y_tratamiento_de_Incontinencia_fecal.pdf

10. Ramirez García I., Kauffmann Frau S., Blanco Ratto L. Neuromodulación periférica a través de la estimulación del nervio tibial posterior. Una alternativa no quirúrgica en el tratamiento de la urgencia miccional y defecatoria. Suelo pélvico. [Internet] 2013 [consultado 13 Feb 2025]; 9(2): 33-42. Disponible en: <https://revistasuelopelvico.com/wp-content/uploads/2021/03/Articulo-3-Suelo-Pelvico-92.pdf>
11. Arroyo Fernández R, Avendaño Coy J, Ando Lafuente S, Martín Correa M^ªT, Ferri Morales A. Posterior tibial nerve stimulation in the treatment of fecal incontinence: a systematic review. Rev Esp Enferm Dig. 2018 Sep;110(9):577-588. doi: 10.17235/reed.2018.5007/2017. PMID: 301683
12. Milla España F., Marchal Escalona C., Campano Molina J.F., Yáñez Gálvez A., Sánchez García, M., Reinaldo Pérez JM., Cantero Mellado, J., Soriano Guzman B.A., Galacho Bech, A., Machuca Santacruz, J. Eficacia y durabilidad de la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior en el tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática con procedimiento enfermero asociado. ENFURO. [Internet] 2012 [consultado 11 Feb 2025] (123): 19-24. Disponible en: [file://cs.san.gva.es/dfs_d20/HDOCS_D20/48346309x/Mis%20Documentos/Descargas/Dialnet-EficaciaYDurabilidadDeLaElectroestimulacionPercuta-4275243%20\(1\).pdf](file://cs.san.gva.es/dfs_d20/HDOCS_D20/48346309x/Mis%20Documentos/Descargas/Dialnet-EficaciaYDurabilidadDeLaElectroestimulacionPercuta-4275243%20(1).pdf)
13. Asociación Española de Coloproctología. Consentimiento informado para la neuromodulación del nervio tibial posterior. [Internet]. [consultado 13 Feb 2025]; Disponible en: https://www.aecp-es.org/images/site/documentos/Neuromodulacion_tibial.pdf

4.9. Anexos

Anexo 1: Procedimiento ITA.



Anexo 2: Consentimiento Informado ITA



Anexo 3: Procedimiento ETP



Anexo 4: Consentimiento Informado ETP



CAPÍTULO 5:

Programa de seguimiento enfermero en el LARS



5.1. Introducción y Justificación

La complejidad sintomática del LARS requiere un manejo interdisciplinar donde la enfermera juega un papel insustituible en la educación, el apoyo emocional y el ajuste de estrategias de autocuidado. El seguimiento enfermero emerge como un pilar fundamental para asegurar la correcta adherencia terapéutica y optimizar los resultados clínicos ⁽¹⁾.

La monitorización proactiva por parte del personal de enfermería permite identificar precozmente barreras para la adherencia, como efectos adversos no manejados, falta de comprensión del régimen terapéutico o dificultades en la adaptación a los cambios en el estilo de vida. A través de intervenciones individualizadas, que incluyen el refuerzo de la información sobre medicación, dieta y hábitos intestinales, así como el fomento de la autoeficacia, se promueve una mayor implicación del paciente en su propio cuidado.

La supervisión continuada no solo mejora la adherencia a los tratamientos, sino que también contribuye a una mejor calidad de vida y a la reducción de la carga asistencial a largo plazo.

Por todo lo anterior, durante toda la intervención enfermera se busca lograr que el paciente adquiera un conocimiento profundo y habilidades de autogestión de su condición, logrando que se convierta en pacientes expertos en su propio cuidado.

El programa de seguimiento a la persona con LARS contiene una serie de actividades sistematizadas, organizadas e integradas con objetivos concretos para mejorar la calidad de vida de los pacientes ^(2,3).

El programa consta de cuatro fases de actuación en las cuáles se realizará una primera entrevista semiestructurada para conocer la situación del paciente. Posteriormente, se planificarán las actividades para poder evaluarlas periódicamente y dirigir el tratamiento de forma individualizada ^(4,5).

En la tabla que aparece a continuación, se resumen las acciones a realizar en cada fase y se enlazan con los capítulos de esta guía.

Tabla 1: Fases de intervención enfermera en el seguimiento de pacientes con LARS.

Fases del proceso enfermero	Intervenciones enfermeras para realizar
Valoración y Diagnóstico	Corresponde a la primera visita del paciente. Incluye la valoración de enfermería y la administración de escalas de valoración, además de la explicación del diario intestinal (Capítulo 2 y 3).
Planificación	Incluye el cronograma de seguimiento, la asignación de recursos, la determinación de actividades, así como la frecuencia y metodología para alcanzar los objetivos planteados (Capítulos 3 y 4).
Ejecución	Consiste en la implementación práctica de las acciones previamente planificadas (Capítulos 3 y 4).
Evaluación	Se lleva a cabo de forma continuada durante todo el proceso asistencial (presencial, telefónica o telemática), con el fin de evaluar si se han alcanzado los objetivos y si han surgido nuevas necesidades. La frecuencia dependerá de las necesidades del paciente (mensual, trimestral, semestral o anual) (Capítulos 3 y 5).

Fuente: Elaboración propia

5.2. Protocolo enfermero de seguimiento de personas con LARS

A pesar de su importancia, el seguimiento de los pacientes en función de sus tratamientos es un aspecto que presenta escasa evidencia y carece de protocolos estandarizados ^(6,7). Para abordar esta controversia, el grupo de trabajo de autoras de esta guía ha establecido un consenso para llevar a cabo un protocolo de actuación que sirva de recomendación en el manejo y seguimiento de la persona con LARS.

Las recomendaciones de este trabajo se detallan a continuación:

5.2.1. Seguimiento del paciente con medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico

Durante la fase de diagnóstico y planificación, o al inicio del tratamiento, se explicará al paciente la fisiología intestinal relacionada con su intervención quirúrgica y su conexión con la disfunción intestinal que presenta.

Para tener un registro de la situación inicial y valorar el grado de disfunción, se administrarán cuestionarios de evaluación del Síndrome de Resección Anterior Baja (LARS). Además, se proporcionará un Diario Intestinal y se informará al paciente sobre los diferentes tratamientos disponibles, las medidas higiénico-dietéticas y el efecto deseado de los fármacos, así como las dosis y la forma de tomarlos.

Aproximadamente al mes y medio, se valorará el diario intestinal para estudiar la relación entre las medidas higiénico-dietéticas, los fármacos y la sintomatología. Si se observa una mejoría, se programará un seguimiento a los tres meses para reforzar la adherencia terapéutica. Si, por el contrario, no hay mejoría en esta valoración, se ajustará el tratamiento y se reforzará la comprensión de las medidas higiénico-dietéticas.

Si después de tres meses el paciente sigue las indicaciones y no presenta mejoría, se estudiará la posibilidad de ascender en la pirámide de tratamiento, valorando la estimulación del tibial posterior (ETP) o el inicio del tratamiento de la Irrigación Transanal (ITA).

Si el paciente refiere mejoría a los tres meses, se seguirá profundizando en los conocimientos y ajustando tratamientos. Durante el primer año, se recomienda un seguimiento cada 3-4 meses para reforzar el conocimiento del paciente y ayudarlo a convertirse en un paciente experto.

Cuando el usuario interioriza que el tratamiento y los autocuidados son un proceso flexible que se adapta a las circunstancias de su vida, las consultas podrán ser semestrales.

Finalmente, una vez que se consiga la adherencia al tratamiento y el control de los síntomas con el mínimo asesoramiento, el paciente podrá considerarse autónomo. En esta fase, las consultas podrán ser anuales para solicitar la renovación de la prescripción y proporcionar al paciente información sobre los nuevos tratamientos, avances, investigaciones o cualquier novedad relevante que haya surgido desde la última consulta.

5.2.2. Seguimiento de la persona en tratamiento con Irrigación Transanal

Tras la explicación del procedimiento, se realiza un seguimiento semanal telefónico revisando los parámetros hasta conseguir el manejo correcto. Citaremos al paciente de forma presencial al mes o mes y medio, aproximadamente. Si en el contacto telefónico se detectan dudas en el manejo se adelantará la cita presencial.

Como se indicó en el capítulo 4, el paciente comenzará la técnica en su domicilio cada 24h con un volumen inicial de 200-250cc e irá aumentando de 100cc en 100cc cada semana hasta conseguir manejar los síntomas, esto es, disminuir síntomas del LARS. Si el paciente sintiera molestias con estos volúmenes siempre se pueden disminuir, es decir, se puede comenzar con menos volumen e ir incrementando la cantidad de agua de 50cc en 50cc. Algunos pacientes, que no toleran volúmenes grandes de agua, pueden realizarse varias irrigaciones seguidas con menos cantidad de agua.

Se realizarán valoraciones semanales para vigilar el manejo del irrigador: cuántas veces se ha irrigado durante la semana, insuflaciones del globo y el volumen total irrigado. Para llevar a cabo este control, el diario intestinal puede ser de gran ayuda.

La adaptación de la irrigación al paciente puede requerir un periodo de tiempo de entre 1 y 3 meses. Sin embargo, el ajuste de los parámetros se puede ir modificando en función de las necesidades de cada persona y el espaciado de las irrigaciones requerir un mayor tiempo de monitoreo. Es por esto por lo que, durante el primer año, una vez se ha logrado un dominio de la técnica, se recomienda una supervisión cada 3-4 meses con el fin de ayudar a la reducción de la frecuencia de las irrigaciones.

Una vez que se alcanza la continencia entre irrigaciones, el objetivo del seguimiento es determinar la *frecuencia óptima* que permita al paciente mantener el control de sus síntomas y su satisfacción. Para lograrlo, se sigue un proceso de reducción gradual: Inicialmente, se elimina una irrigación a la semana (por ejemplo, el lunes) y se mantiene esta nueva frecuencia hasta valorar que no aparecen síntomas de LARS. Si el paciente no presenta síntomas de LARS durante ese período, se retira otra irrigación más (por ejemplo, también el viernes). Este procedimiento se repite de forma progresiva, siempre valorando la respuesta del paciente, hasta lograr que se sienta satisfecho con sus deposiciones y la frecuencia de las irrigaciones⁽⁹⁾.

Cuando sabemos que el usuario ha interiorizado que el tratamiento de la irrigación transanal en un proceso dinámico que depende de las circunstancias de cada persona, las consultas podrán ser semestrales.

Finalmente, cuando se consiga la adherencia al tratamiento y el control de los síntomas, con el mínimo asesoramiento, podrá considerarse al paciente como autónomo, por lo que las consultas podrán ser anuales, sobre todo enfocadas reactivación de prescripciones electrónicas y actualización de información sobre el LARS.

5.2.3. Seguimiento de la persona con tratamiento de Estimulación del Tibial Posterior

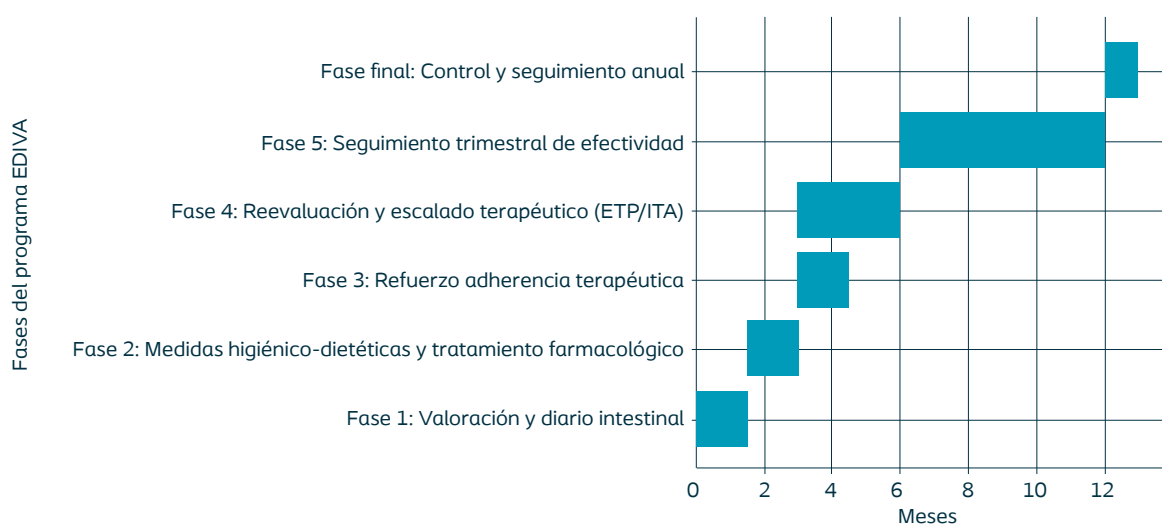
Como se indicó en el capítulo 4, el tratamiento de la estimulación del tibial posterior (ETP) se divide en dos fases:

- Primera fase o fase de tratamiento: Se realiza una sesión semanal de 30 minutos, con una duración total de 12 semanas.
- Segunda fase o fase de mantenimiento: Esta etapa es flexible y se adapta a los protocolos de cada centro. Tras la reevaluación del paciente, se puede continuar con sesiones quincenales, sesiones mensuales o un seguimiento trimestral. El objetivo de esta segunda fase es valorar y mantener la efectividad del tratamiento a largo plazo.

Durante el seguimiento, se valorará la posibilidad de entrenar al paciente en la colocación de los electrodos transcutáneos y en la programación del estimulador para que pueda continuar la terapia de forma autónoma en su domicilio con un dispositivo transcutáneo (TENS)⁽⁸⁾.

A continuación, se muestra el cronograma de consenso EDIVA de seguimiento la persona con LARS.

Imagen 1: Cronograma seguimiento enfermero del LARS



Fuente: Elaboración propia

5.3. Bibliografía

1. Consejo General de Enfermería de España. Marco de actuación enfermera en los cuidados avanzados de la persona con disfunción intestinal. Madrid, España: Instituto Español de Investigación Enfermera; 2025.
2. Carmen Paz Abarca, Macarena Fernández .Síndrome de resección anterior baja en pacientes con cáncer de recto medio e inferior ¿Qué más podemos hacer? Rev. Cir. 2021;73(1):80-90 DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021001823>
3. Felipe Imigo G.1 y José Tomás Larach K Síndrome de la resección anterior baja: un alto precio del tratamiento del cáncer de recto. Rev. cir. 2019;71(2):178-186
4. Varghese C, Wells CI, O'Grady G, Christensen P, Bissett IP, Keane C, et al. The longitudinal course of low-anterior resection syndrome: An individual patient meta-analysis: An individual patient meta-analysis. Ann Surg [Internet].2022;276(1):46-54. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000005423>
5. Zambra R. Mauricio A., Bocic A. Günther R., Sanguinetti M. Antonella, Abedrapo M. Mario A., Llanos B. José L., Azolas M. Rodrigo y colab. Síndrome de resección anterior baja y su relación con la calidad de vida: aplicación de cuestionario EuroQol-5. Rev. cir. [Internet]. 2021 jun [citado 2024 Oct 05]; 73(3): 272-279. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492021000300272&lng=es. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021003839>.

6. Dalsgaard P, Emmertsen KJ, Mekhael M, Laurberg S, Christensen P. Nurse-led standardized intervention for low anterior resection syndrome: a population-based pilot study. *Colorectal Dis*. 2021 Feb;23(2):434-443. doi:10.1111/codi.15497.
7. Zhang R, Luo W, Qiu Y, et al. Clinical Management of Low Anterior Resection Syndrome. *Cancers*. 2023;15(20):5011.
8. Terzoni S, Dellafiore F, Comi G, Lamiani G, D'Agostino F. Clarifying practical aspects of posterior tibial nerve stimulation. *Int J Urol Nurs*. 2024;18(1):15-21. doi:10.1111/ijun.12389.
9. *Perán Fernández, Cristóbal. Calero García, Purificación. Valero Soriano, María. Carrasco Prats, María Milagros. Lage Laredo, Ana. Maestre Maderuelo, María. Albarracín Marín-Blázquez, Antonio. Vázquez Rojas, Jose Luis. Análisis multicéntrico sobre el uso del sistema de irrigación transanal Peristeen®. CIR ESP. 2021;99(Espec Congr 2):426.*

Índice de autoras

Eva M^a García Peña

(Coordinadora)

Enfermera responsable de la Unidad Enfermera de Manejo Intestinal del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. Licenciada en Psicología. Máster en Enfermería Urológica. Experta Universitaria en Disfunción Intestinal. Máster en gestión y liderazgo en cuidados de enfermería. Directora científica y profesora del curso de experto para enfermería: Cuidado integral en la disfunción intestinal (UFV). Coautora del Marco de Actuación Enfermera en los Cuidados Avanzados de la Persona con Disfunción Intestinal (Consejo General de Enfermería).

Matilde Castillo Hermoso

(Miembro del equipo de coordinación)

Enfermera Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo. Licenciada en Antropología Social y Cultura por la UCLM. Doctora en Enfermería por la UCM. Máster Universitario en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios. Máster Universitario en Docencia Digital. Profesora asociada teórica de la UCLM. Profesora en el Máster de Enfermería urológica de la UFV. Asesora científico-técnica del Colegio Oficial de Enfermería de Toledo. Coautora y Coordinadora del grupo de trabajo de expertas del Marco de Actuación Enfermera en los Cuidados Avanzados de la Persona con Disfunción Intestinal (Consejo General de Enfermería).

M. Noelia García Rico

Enfermera Estomaterapeuta y Experta en Manejo Intestinal del Hospital General Universitario de Elche. Máster en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Alicante. Máster de Enfermería en Coloproctología y Estomaterapia (UFV). Curso de experto para enfermería: Cuidado integral en la disfunción intestinal (UFV)

Gema Juan Belinchón

Enfermera responsable de la Unidad de Estomaterapia del Hospital de Sagunto. Diplomada Universitaria en enfermería por la UV. Licenciada en psicología por la UV. Experta Universitaria en Cuidado Integral del Paciente Ostomizado por la UFV. Máster universitario de formación permanente en Estomaterapia por la UAH.

Leticia Julve Herraiz

Enfermera responsable de la Unidad de Estomaterapia y Suelo Pélvico del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Diplomada en Enfermería. Máster Universitario en Especialización y Cuidados de Enfermería. Experta Universitaria en Cuidado Integral en la Disfunción intestinal. Experta Universitaria en Cuidado Integral del Paciente Ostomizado.

Victoria Alejandra López Callejón

EPA referente del Hospital Clínico de Valencia. Máster especializado en ostomías y Curso experto en Ostomías. Autora de varios artículos de investigación. Profesora en academia IFSES Madrid.

Mónica Martínez Llodrá

Enfermera responsable de la Unidad de Estomaterapia y Suelo Pélvico del Hospital Universitario de San Juan de Alicante. Título de Experto en Estomaterapia. Máster Universitario en Coloproctología y Estomaterapia. Título de Experto en Enfermería en el Cuidado Integral en la Disfunción Intestinal. Título de experto en Enfermería Escolar. Integrante del grupo OstoAlicante (Grupo formador del Colegio de Enfermería de Alicante).

Encarna Morales Ventura

Enfermera responsable de la Unidad de Estomaterapia del Hospital General Universitario de Castellón. Curso de experto para enfermería: Cuidado integral del paciente ostomizado(UFV).

Raquel Palomero Rubio

Enfermera responsable de la Unidad de Estomaterapia del Hospital Universitario de la Plana de Vila-real. Máster en Ciencias de la Enfermería. Experta en Estomaterapia. Máster en Coloproctología y Estomaterapia. Experta en tratamiento de úlceras vasculares, neuropáticas y pie diabético. Doctora cum laude en Ciencias de la Salud por la Universidad Jaume I de Castellón. Profesora asociada de Gestión sociosanitaria de la Universidad Jaume I de Castellón. Colaboradora de la Unidad Docente de Castellón en la Especialidad de Enfermería Comunitaria y familiar (EIR).

Paz Rodríguez Castellano

Enfermera responsable de la Unidad de Estomaterapia del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia. Experta en Estomaterapia. Máster Universitario en Coloproctología y Estomaterapia. Experta en disfunción intestinal. Coordinadora y profesora de Los Itinerarios Formativos: Diploma de Experto y Máster en Estomaterapia de la Universidad de Alcalá de Henares. Profesora colaboradora de la Facultad de Enfermería de la UV y de la Unidad Docente de EIR en Valencia de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Olga Vela Morales

Enfermera responsable de la Unidad de Estomaterapia del Hospital General Doctor Balmis de Alicante. Grado en Enfermería. Título de Experto en Estomaterapia. Máster en Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias. Máster de Enfermería en Coloproctología y Estomaterapia (UFV). Curso de experto para enfermería: Cuidado integral en la disfunción intestinal (UFV). Integrante del grupo OstoAlicante (Grupo formador del Colegio de Enfermería de Alicante).

Coloplast desarrolla productos y servicios para facilitar la vida de las personas con necesidades especiales. Trabajando con los profesionales sanitarios y las personas que utilizan nuestros productos, desarrollamos soluciones que se adaptan a sus necesidades_

Esta guía, fruto de la colaboración con profesionales expertas en Disfunción Intestinal, es un ejemplo más del compromiso de Coloplast con la formación y concienciación de los profesionales sanitarios_

Nuestra compañía abarca el cuidado de la ostomía, de la continencia, de la voz y del sistema respiratorio, así como el cuidado de las heridas, la reparación de los tejidos y la urología intervencionista. Operamos a nivel mundial y contamos con más de 16.500 empleados dedicados a hacer la vida de las personas más fácil_

Making life easier_



Coloplast
Professional



Recursos para la Disfunción Intestinal

Accede a todo el contenido de valor, publicaciones y herramientas, para para la DI en Coloplast Professional. La plataforma para profesionales sanitarios, para resolver dudas, desarrollar su experiencia clínica y participar en actividades.

www.coloplastprofessional.es