

I CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

- Uso de la autotransfusión sanguínea postoperatoria y cuidados de enfermería.
- El camino hacia la recuperación: La enfermería posquirúrgica.
- Valoración del paciente y otros aspectos a tener en cuenta.
- Intervención enfermera para reducir la ansiedad en cirugía pediátrica.
- Importancia de la prevención y manejo de la hipotermia en el periodo perioperatorio.
- Cuidados de enfermería a pacientes intubados en el área de reanimación.

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

Reservados todos los derechos.

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

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

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

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

Pedidos y atención al cliente:

Formación Alcalá S.L. C/ Leganitos 15-17. Edificio El Coloso.
28013 Madrid. ☎ 953 585 330. npunto@formacionalcala.es

NPunto

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

ISSN: 2603-9680

DL: J-187-2018.

EDITOR: Rafael Ceballos Atienza

EMAIL: info@npunto.es

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

Contactar

info@npunto.es



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

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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR GENERAL

D. Rafael Ceballos Atienza

DIRECCIÓN EDITORIAL

D^a. Esther López Palomino

EDITORES

D^a. María del Carmen Lineros Palomo

D. Juan Manuel Espínola Espigares

D. Juan Ramón Ledesma Sola

SECRETARIA DE REDACCIÓN

D^a Eva Belén García Morales

CONSEJO DE REDACCIÓN

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

D^a Silvia Collado Ceballos

D. Adrián Álvarez Cañete

CALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

D^a Ana Belén Lorca Caba

COMUNICACIÓN SOCIAL

D. Francisco Javier Muñoz Moreno

D. Juan Manuel Ortega Mesa

REVISIÓN

D^a. Inmaculada González Funes

D^a. Andrea Melanie Milena Lucena

REVISIÓN Y TRADUCCIÓN DE TEXTOS EN INGLÉS

D^a Natalia Prío

PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

D. Francisco Montes

D. José Jesús Cáliz Pulido



EDITORIAL

NPunto nace para dar servicio a una demanda concreta generada por los profesionales de la salud, en publicar y dar a conocer sus trabajos, ya sean de investigación, de revisión u opinión, en poder hacerlo de un modo ágil y con carácter científico, que sea reconocido su valor a nivel general y a nivel oficial.

La producción científica de los profesionales de la salud es destacada, de calidad, excelente y objetiva, a nivel nacional e internacional, que no tiene espacio suficiente para darse a conocer pues hay cabeceras de medios que están cerrando obligados por la situación que vivimos y donde las opciones de publicar se ven reducidas.

Obvia decir que, al margen de las excelentes publicaciones que existen, por lo general específicas de cada categoría profesional o especialidad, los tiempos actuales y a corto plazo no son los mejores para aventurarse en un proyecto empresarial de estas características, donde además abrirse mercado no resultará sencillo. O sí. Así lo vemos y aquí tenemos el primer número de **NPunto**, revista para profesionales de la salud que, como indica el subtítulo está abierta y dirigida a todos quiénes desarrolláis vuestra labor en atención primaria, especializada o en la gestión y administración, pues entendemos la salud de forma global y multidisciplinar y como objetivo que esté indexada en las bases de datos más relevantes para lo cual contamos con un Comité Editorial de contrastado reconocimiento y experiencia clínica y docente.

NPunto tendrá una modalidad digital gratuita e impresa bajo demanda de pago y una periodicidad bimensual. Para su financiación contaremos con un patrocinio limitado a un porcentaje muy reducido del contenido de la revista y con la aportación económica suficiente para sufragar los costos que genera de maquetación, diseño, revisión, edición, etc.

Este primer número lo hemos dedicado a los Abstracts del I Congreso Virtual Internacional en Enfermería Quirúrgica celebrado del 7 al 9 de marzo de 2018 con un programa y ponentes de enorme interés que aglutinó a un total de 590 inscritos con 2350 trabajos tipo póster que contó con el Reconocimiento de interés científico sanitario de la Junta de Extremadura y de la Federación de Salud de Intersindical Canaria.

Tras esta presentación y justificación de este nacimiento, queremos invitaros a participar, a ser colaboradores de la misma, a difundir este proyecto abierto y que entre todos, sea un referente para los profesionales de la salud, durante mucho tiempo, que disfrutemos en el viaje y que este sea duradero.

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

I Congreso Virtual Internacional en Enfermería Quirúrgica



El I Congreso Virtual Internacional en Enfermería Quirúrgica tiene como objetivo acercar y unir a todos los profesionales de la salud relacionados con el área quirúrgica con la intención de dar a conocer la experiencia profesional, los conocimientos, procedimientos y criterios de actuación, planes de cuidados, talleres, habilidades de manejo de pacientes con complicaciones quirúrgicas y en definitiva tener conocimiento de todas las herramientas que existen actualmente para ayudarnos a mejorar la calidad de vida del paciente y proporcionar al mismo la mejor atención y cuidados, fomentar las novedades e intercambio de información profesional en la atención práctica de quirófano que permitan ofrecer los cuidados más eficientes posibles, poner al día los conocimientos enfermeros en cirugía para mejorar sus competencias profesionales, promocionar una participación activa y favorecer el máximo intercambio de información clínica y científica en el ámbito de la cirugía.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente:

D^a María Isabel Pulido Pareja
Diplomatura de Enfermería. Universidad de Jaén. Máster propio de enfermería de urgencias y cuidados críticos. Adquisición de competencias en enfermería para la atención a patologías urgentes y cuidados críticos. Enfermera de área de cuidados quirúrgicos. Complejo Hospitalario de Granada.

Vicepresidente:

D^a Noelia Morante Ramírez
Graduada en Enfermería. Enfermera en Cuidados Críticos. Complejo Hospitalario de Granada.

Coordinador general:

D^a Carolina Lorca Jiménez
Diplomatura de Enfermería. Universidad de Jaén. Máster de enfermería de urgencias y cuidados críticos. Adquisición de competencias en enfermería para la atención a patologías urgentes y cuidados críticos. Enfermera en Cuidados Críticos. Complejo Hospitalario de Granada.

Secretaría:

D^a Rosa María Lorite López
Diplomatura de Enfermería. Hospital de Cruces, Osakidetza.

Vocales:

D^a Carmen Gálvez Montes
Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. PTS Granada.
D^a Marta Zamora Pasadas
Doctora en enfermería. Servicio de Pediatría y Neonatología del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga).

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

D. Rafael Ceballos Atienza
Doctor en Medicina y Cirugía. Alcalá la Real (Jaén). Director Formación Alcalá y Grupo Editor RCA.

Secretaría:

D^a Esther López Palomino
Graduada en Enfermería. Universidad de Jaén.

Vocales:

D^a Andrea Melanie Milena Lucena
Graduada en Enfermería. Universidad de Jaén.
D^a Inmaculada González Funes
Graduada en Enfermería. Universidad de Jaén.
D^a María del Carmen Lineros Palomo
Graduada en Enfermería. Universidad de Sevilla.
D. Juan Ramón Ledesma Sola
Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Empresa Pública Alto Guadalquivir.



JUNTA DE EXTREMADURA

Reconocido de interés científico sanitario
por la Junta de Extremadura.



Acreditado por la Federación de Salud
Intersindical Canaria.

Programa

Resumen I Congreso Virtual Internacional en Enfermería Quirúrgica

El I Congreso Virtual Internacional de Enfermería Quirúrgica ha tenido los siguientes objetivos principales de capacitación en competencias genéricas y específicas de enfermería para tener tratamiento de las personas que se someten a un proceso médico-quirúrgico, actualizar los conocimientos necesarios en la atención al paciente en quirófano y en la etapa posterior de rehabilitación y un breve resumen de cada una de las seis ponencias principales del mismo. Los datos más relevantes han sido:

- Número de Congresistas inscritos: 590
- Trabajos tipo póster aceptados: 2350
- Trabajos de calidad media-alta: 285 (publicados en NPunto)
- Fecha de celebración: 7 al 9 de marzo de 2018

MIÉRCOLES. 7 de marzo de 2018.

09:00 - 11:30



Uso de la autotransfusión sanguínea posoperatoria y cuidados de enfermería. *María Isabel Pulido Pareja.*

Esta ponencia se fundamenta en la necesidad de estar al día en los procedimientos de vanguardia que facilita poder prestar unos cuidados de calidad durante todo el proceso WWquirúrgico, y la desactualización de los conocimientos puede poner en riesgo la seguridad del paciente. Se hace evidente el importante avance de la tecnología aplicada al ámbito de la transfusión sanguínea, y las actividades enfermeras cada vez más especializadas, lo cual prioriza la ampliación de los conocimientos que se precisan para mejorar la atención a los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.

11:45 - 13:30



Cuidados de enfermería a pacientes intubados en el área de reanimación. *Carolina Lorca Jiménez.*

La aplicación de una nueva técnica de invasividad mínima para tratar las dificultades respiratorias que suelen presentar los bebés prematuros está permitiendo reducir el número de intubaciones y las complicaciones que se derivan de ellas. Se trata de la técnica conocida como MIST por sus siglas en inglés (Minimal Invasive Surfactant Therapy), que consiste en aplicar el fármaco tensioactivo que se administra para el tratamiento de neonatos con síndrome de dificultad respiratoria sin necesidad de intubarlos mediante un catéter rígido vascular. Con esta técnica, además de poder utilizar un tipo de ventilación no invasiva, se produce una distribución rápida y efectiva del surfactante y se reducen los casos de displasia broncopulmonar y otras patologías asociadas a la intubación. La incorporación de esta técnica supone un nuevo hito en el programa de cuidados centrados en el desarrollo. Los resultados evidencian la necesidad de mejorar aún su cumplimentación y asunción como práctica diaria protocolizada, con el objetivo de proporcionar la evidencia necesaria para fortalecer cada uno de los eslabones de la cadena de implementación y preparar y concienciar al equipo quirúrgico multidisciplinar para que las prácticas seguras se integren en la atención quirúrgica.

14:01 - 23:59

Apertura del expositor de trabajos.

JUEVES. 8 de marzo de 2018.

00:00 - 23:59

Expositor de trabajos

08:55 - 11:30



Valoración del paciente y otros aspectos a tener en cuenta. *Noelia Morante Ramírez.*

El modelo de enfermería sirve como guía para remodelar el sistema de cuidados de salud, como marco para la educación y la investigación en este ámbito y como una importante perspectiva teórica para mejorar la práctica profesional y la atención centrada en la persona/familia. Se trata de un modelo muy actual ya que se centra en la interrelación de la enfermera con la persona/familia cuidada y promueve un entorno de práctica profesional saludable tanto para las personas o familias cuidadas como para los profesionales de

enfermería. Asimismo, supone una propuesta novedosa pues existen tan solo unos pocos trabajos en el ámbito internacional que enlacen la teoría, la investigación y la práctica enfermera.

11:50 - 13:30

Intervención enfermera para reducir la ansiedad en cirugía pediátrica. *Rosa María Lorite López.*

Las técnicas preparatorias para una intervención quirúrgica han demostrado eficacia en la reducción de ansiedad experimentada por el niño, disminución de comportamientos perturbadores, ingesta de analgésicos, solicitud de ayuda y acelera la recuperación. La ansiedad perquirúrgica repercute directamente en el posoperatorio, produciendo una peor recuperación, por ello, usar un programa de intervención perquirúrgica para evitar la ansiedad es necesario en aquellos hospitales donde se intervienen a pacientes en edad pediátrica. Esta ponencia de congreso está orientado a actualizar a los profesionales de enfermería que desarrollan o quieren desarrollar sus funciones en el área quirúrgica, con el fin de que aumenten su competencia profesional en la prestación de cuidados de enfermería quirúrgicos al paciente, antes, durante y después de la intervención quirúrgica para reducir el estrés en los pacientes.

VIERNES. 9 de marzo de 2018.

00:00 - 23:59

Clausura del congreso y cierre del expositor de trabajos.

08:45 - 11:30



El camino hacia la recuperación: La enfermería posquirúrgica. *Noelia Morante Ramírez.*

Aproximadamente un 40% de los eventos adversos suceden en quirófano, pero no es nada desdeñable la cifra de eventos posquirúrgicos. En 2015 un total de 903 personas se acogieron a la modalidad de hospitalización a domicilio (HAD) en un estudio realizado en Navarra como alternativa a la permanencia en el hospital, lo que supone un incremento del 44% con respecto a los tres años anteriores, en que la cifra se sitúa en torno a los 600-650 ingresos anuales, con una estancia media fue de 8,6 días. La HAD es un modelo asistencial capaz de dispensar cuidados de enfermería propios de un centro hospitalario a los pacientes en su domicilio, en el momento en el que ya no precisan de infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia médica activa y asistencia compleja.

11:45 - 13:30



Importancia de la prevención y manejo de la hipotermia en el periodo perioperatorio. *María Isabel Pulido Pareja.*

La hipotermia es el trastorno de la temperatura más frecuente en pacientes quirúrgicos. En general, debe ser evitada para reducir la morbilidad y los costes derivados. La temperatura debe ser considerada como una constante vital más y, todo el personal implicado en el cuidado del paciente quirúrgico debe estar concienciado con el sostenimiento de la misma dentro de la normalidad. Es obligado el calentamiento activo intraoperatorio del paciente. El sistema más eficaz, sencillo y barato para prevenir y tratar la hipotermia donde enfermería es el profesional clave, es el que emplea aire caliente.

1. A propósito de un caso clínico: Acalasia.

Rodríguez Martín C., Guerrero Cárdenas A.I. y Fernández Torres E.V.

Descripción del caso. Mujer de 21 años de edad derivada a consulta especialista por cuadro de reflujo, dificultad para deglutir alimentos, acidez gástrica, pérdida de peso y dolor torácico hace un año y medio. Solo tomo omeprazol 40 mg para aliviar los síntomas de acidez gástrica y reflujo pero estos no ceden.

Pruebas complementarias. Rx: simple de tórax dilatación esofágica con ausencia de cámara gástrica. Manometría: aumento del tono EEI, relajación incompleta con deglución. Abdomen: suave, depresible, sin dolor.

Diagnóstico. Acalasia.

Evolución. Se realiza un tratamiento de inyección con toxina botulínica para relajar los músculos del esfínter y este no es efectivo. Se realiza una cirugía esofagomiotomía, la paciente evoluciona favorablemente.

Conclusiones. La acalasia es un estrechamiento del esfínter esofágico inferior, en este caso de acalasia la paciente ha tenido que ser intervenida quirúrgicamente tras no ser efectivo el tratamiento por inyección.

3. A propósito de un caso: Apendicitis aguda de presentación atípica.

Berni Ruiz C., Berni Ruiz R. y López Guisado M.I.

Descripción del caso. Dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda que después se generaliza cursando con abdomen en tabla.

Pruebas complementarias. Signos de Murphy y Blumberg positivos, análisis sanguíneo que muestra infección bacteriana aguda.

Diagnóstico. Apendicitis complicada con peritonitis.

Evolución. Satisfactoria.

Conclusiones. El diagnóstico precoz de la apendicitis es fundamental para evitar complicaciones graves que aumentan la morbimortalidad.

2. A propósito de un caso clínico: Torsión omental.

Linares Castro A.B., Navarro Duro Y. y Cano Ortega J.

La causa de la torsión omental es idiopática, aunque se han asociado diferentes factores de riesgo como obesidad, malformaciones congénitas y tumores. Estos factores de riesgo han sido clasificados como predisponentes o desencadenantes, primarios o secundarios y externos o internos.

El diagnóstico preoperatorio es difícil y usualmente solo se llega a él mediante una laparotomía exploradora y puede ser confundido con patologías tales como apendicitis aguda, pancreatitis, colecistitis aguda, entre otras. Debido a escasa frecuencia de esta patología quirúrgica es importante reportar los casos cuando estos se presentan, por lo general son insospechadas hasta que se realiza la intervención quirúrgica.

4. A propósito de un caso: Fístula entero cutánea.

Rodríguez Martín C., Guerrero Cárdenas A.I. y Fernández Torres E.V.

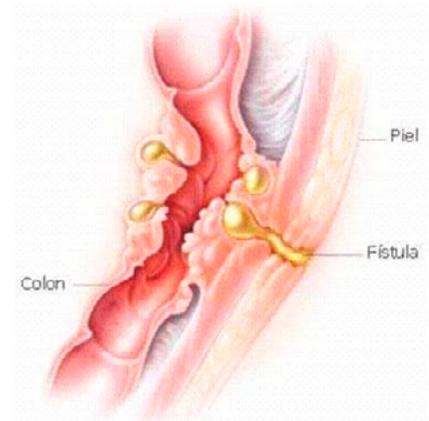
Descripción del caso. Mujer de 20 años de edad que acude a consulta por dolor abdominal de 12 días de evolución, salida de líquido por pared fecaloide y fiebre. No tiene antecedentes clínicos.

Pruebas complementarias. Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación, herida de aproximadamente 3 cm de diámetro a nivel de FID con producción de material fecaloide cubierto por funda de colostomía, piel irritada alrededor.

Diagnóstico. Dado los datos de anamnesis según sintomatología y pruebas realizadas la paciente sufre de una fístula entero cutánea.

Evolución. Se procede a realizar una fistulectomía en la que paciente mejora favorablemente. Se administra Levofloxacina 750 mg/12h, Paracetamol 1g/8h.

Conclusiones. El tratamiento de una fístula entero cutánea consiste en un tratamiento quirúrgico que en ocasiones dan complicaciones en el posoperatorio, sin embargo en este caso no hubo ningún tipo de complicación.



5. A propósito de un caso: Infección de un reservorio subcutáneo implantado.

Berni Ruiz R., López Guisado M.I. y Beni Ruiz C.

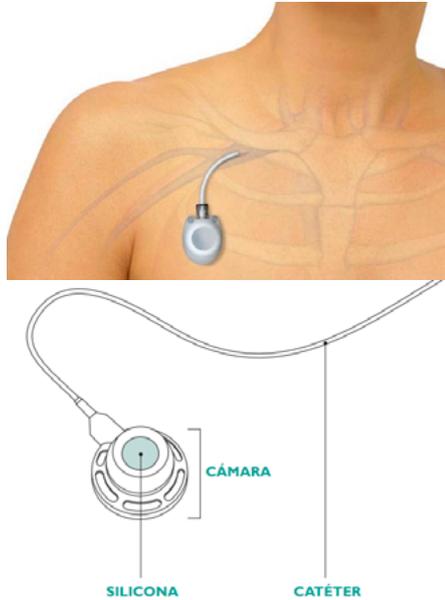
Descripción del caso. Se expone caso clínico en el que se implanta en quirófano, un reservorio subcutáneo que posteriormente presenta complicaciones.

Pruebas complementarias. Se realizan una serie de pruebas para conocer el origen de esa fiebre.

Diagnóstico. Se confirma la presencia de bacteriemia en el reservorio.

Evolución. Se aplica sellado con teicoplanina en infusión a través del reservorio.

Conclusiones. Tras unos resultados negativos de los últimos hemocultivos se suspende tratamiento con antibiótico.



7. Abordaje de un paciente con fractura de cadera.

Puerta Rica A., Arredondo García R. y Bohórquez Ocete M. J.

Descripción del caso. Mujer de 82 años que acude a urgencias tras caída accidental.

Pruebas complementarias. En radiografía de pelvis (AP y lateral), se observa fractura subcapital de fémur izquierdo.

Diagnóstico. Fractura de cadera izquierda.

Evolución. Colocación de prótesis parcial de cadera izquierda.

Conclusiones. Una fractura de cadera es una ruptura en el fémur de la articulación de la cadera. Las fracturas de la cadera ocurren, generalmente, en la región del cuello femoral. La incidencia de fractura de cadera se incrementa con la edad, ocurriendo el 90% de ellas en mayores de 50 años, siendo la caída, la causa más frecuente. El diagnóstico de fractura de cadera puede ser, en la mayoría de los casos, fácilmente establecido a través de una historia clínica, un minucioso examen físico y un estudio radiográfico. La meta principal del tratamiento es retornar al paciente a su nivel de funcionalidad previo a la fractura, siendo la opción quirúrgica el método más elegido para ello.

6. Abordaje de la apendicectomía en pacientes pediátricos.

López Rivas L.

Introducción. La apendicitis es una patología consistente en la inflamación infecciosa del apéndice cecal, causando dolor intenso de inicio brusco.

Objetivo. Analizar el rol enfermero y cuidados precisos en la apendicectomía en niños.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos, usando como DeCS apendicectomía, pediatría, enfermería combinándolos con los operadores booleanos or y and.

Resultado. Para este procedimiento los cuidados a seguir son: Informar al paciente de todos los procedimientos, adaptándose a la edad y su capacidad de comprensión, monitorizar las constantes, evaluar la saturación de oxígeno, proporcionar el tratamiento analgésico y evaluar con escalas del dolor, curar la herida y vigilar el posible sangrado y signos de infección, educar sanitariamente a la familia sobre los cuidados requeridos.

Conclusiones. Es esencial el rol enfermero en el ambiente quirúrgico, pues son los ojos que están continuamente controlando la situación del paciente y detectando de forma precoz las posibles complicaciones.

8. Acceso venoso central. Cuidados de enfermería.

Moya Granados R., Serrano Blanco M. D. y Granados Navas A.

Introducción. La canalización de una vía central es frecuente por incremento de afecciones con monitorización hemodinámica o terapéutica prolongada. Es conocida como Técnica de Seldinger. Destacan yugular interna, subclavia, femoral.

Objetivos. Describir tipos accesos, catéteres, interpretación presiones, cuidados enfermeros para su mantenimiento y complicaciones.

Metodología. Biblioteca Cochrane Plus.

Resultados. Los catéteres más utilizados: PICC y SWAN-GANZ. Enfermería debe interpretar las presiones (PAD: 2-6 mmHg; PVD: 15-25 mmHg sistólica; PAP: 15-30 mmHg sistólica y PCP: 6-12 mmHg). Los cuidados para su mantenimiento incluyen evitar obstrucciones y entrada/salida de aire. Las complicaciones son arritmias e infecciones.

Conclusiones. Enfermería debe utilizar correctamente los CVC para evitar complicaciones iatrogénicas.

9. Actividades de los enfermeros de quirófano durante la intervención quirúrgica.

Cervilla Suárez M.T., García Cuesta M.A. y Bermúdez Jiménez M.C.

Introducción. El rol de enfermería quirúrgica difiere según actúe de instrumentista, circulante o volante y de anestesia, cada una de ellas asume una función principal durante la cirugía.

Objetivo. Conocer los cuidados de enfermería en el área quirúrgica durante una intervención. Describir las funciones del enfermero: instrumentista, circulante y de anestesia.

Metodología. Revisión bibliográfica, seleccionando la literatura publicada entre 2008-2018. Utilizando los descriptores: Enfermería, quirófano, intervenciones, intraoperatorio.

Resultado. Los cuidados durante la intervención: enfermero de anestesia: Administrar medicación. Enfermero circulante: Atender a las necesidades del instrumentista y cirujano. Enfermero instrumentista: aportar el material que nos pidan. Anticiparse a las necesidades del cirujano y ayudantes y atender a sus demandas. Realizar una técnica aséptica estricta.

Conclusiones. La función de las enfermeras consiste en asegurar que el proceso quirúrgico se realice con la máxima seguridad, calidad, confort y en las mejores condiciones de cuidados, colaborando en todo lo necesario en el acto anestésico-quirúrgico.



11. Actuación de enfermería quirúrgica en anciano con úlcera en maléolo.

González Martín E., Valentín Santiago S. y Guadix Nieto M.S.

Descripción del caso. Paciente de 92 años de edad, que tras permanecer ingresado en el hospital, presenta úlcera por presión en maléolo, acompañado de una alteración cognitiva y física.

Pruebas complementarias. Si la úlcera no cicatriza, se realizará una biopsia, para descartar posibles neoplasias, o enfermedades subyacentes.

Diagnóstico. El diagnóstico es clínico, y es fundamental identificar la lesión y valorar el estado del paciente.

Conclusiones. Si las heridas se tratan en un ambiente húmedo, el proceso de cicatrización, se ve favorecido.

Tanto los apósitos hidrocelulares, como los de plata iónica, son muy recomendables para favorecer la curación de la herida.

10. Actuación de enfermería ante una paciente mastectomizada.

Muñoz Rodríguez L., Ballesteros Ortiz C. y Espigares López P.

Descripción del caso. Actuación de enfermería ante una paciente mastectomizada.

Pruebas complementarias. Biopsia del ganglio centinela. Ingreso para cirugía programada. Analítica de sangre. EKG. RX de Tórax. TAC. Resonancia magnética.

Diagnóstico. Carcinoma Intraductal con patrón micropapilar. Mastectomía.

Evolución. Diagnósticos de enfermería, problemas asociados.

Conclusiones. El Cáncer de Mama es el segundo cáncer más común a nivel mundial. El objetivo principal es elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería, dirigido a la mujer con cáncer de mama a la que se le ha realizado una mastectomía. La realización de las intervenciones y actividades se llevó a cabo en la habitación de la paciente durante los cinco días que estuvo ingresada. La actuación por parte de enfermería, ayuda a la recuperación de la mujer; capacitándola en habilidades para su autocuidado personal así como en habilidades sociales para afrontar el proceso de enfermedad.

12. Actuación de enfermería: Seguridad del paciente en quirófano.

Fernández Mingorance B., Gabarrón Ríos A. y Sánchez Bustos L.

Introducción. Durante el proceso quirúrgico se pueden llevar a cabo una serie de pasos que proporcionan seguridad y evitan daños innecesarios.

Objetivo. Conocer el rol de enfermería para resguardar la seguridad del paciente durante la cirugía.

Metodología. Revisión bibliográfica en Cochrane, Cuiden, Pubmed, Cinhal y Scopus, con los descriptores en ciencias de la salud "Cheklist AND surgical AND safety AND nurse", con una limitación del tiempo de 5 años. Se consultó la Organización Mundial de la Salud.

Resultado. En las cirugías es primordial el trabajo en equipo. El 50% de los errores podrían evitarse. Estos errores elevan la estancia hospitalaria y la morbimortalidad. Una medida propuesta es la lista de verificación. Debe llevarse a cabo por enfermería, cirujano y anestesista. Es una sencilla lista de pasos que han de realizarse antes, durante y después de la operación.

Conclusiones. Destacar la importancia de la adherencia a la lista de verificación, evitando errores innecesarios en el ámbito de las cirugías.

13. Actuación enfermera en la apendicectomía laparoscópica.

Minaya Farro M.C.

Descripción del caso. Mujer de 22 años, 50 kg y 170 cm de talla, sin antecedentes personales. Presenta dolor epigástrico vago, el cual progresa hacia el cuadrante inferior derecho, acompañado de fiebre ligera, náuseas y a veces vómito, la pérdida de apetito.

Pruebas complementarias. Examen físico: palpación local. Analítica: según los resultados del hemograma se ha comprobado el número de leucocitos. Placas radiológicas: para comprobar la densidad en el cuadrante inferior derecho o distensión del intestino. Monitorización con un ECG normal.

Diagnóstico. Apendicitis.

Evolución. Actividades/cuidados de la enfermera en el tiempo prequirúrgico, quirúrgico y posquirúrgico.

Conclusiones. Debemos proporcionar a nuestros pacientes una asistencia de calidad y en consecuencia, de seguridad a lo largo de todos el proceso quirúrgico, aportando cercanía con el paciente, reduciendo la ansiedad y el miedo que pueda sentir el paciente al momento de entrar al quirófano como al momento de despertar de la intervención.

14. Actuación enfermera para mejorar el bienestar emocional en el paciente prequirúrgico.

Fernández Mingorance B., Gabarrón Ríos A. y Sánchez Bustos L.

Introducción. Las operaciones quirúrgicas son una gran fuente de ansiedad, estrés y angustia para los pacientes.

Objetivo. Evidenciar el rol de enfermería en el manejo y gestión de las emociones del paciente antes de una operación.

Metodología. Revisión bibliográfica en Cochrane, Cuiden, Pubmed, Cinhal y Scopus, con los descriptores en ciencias de la salud "Anxiety AND surgical procedures AND nurse AND care". Limitación del tiempo de 5 años.

Resultado. Las operaciones quirúrgicas son percibidas por los pacientes como estresantes y amenazantes para su integridad y su vida. Debemos entender al paciente quirúrgico como una ser holístico para poder brindar unos cuidados de calidad y no centrarnos exclusivamente en la parte clínica. Entre las medidas que podemos adoptar se encuentran la visita prequirúrgica y musicoterapia.

Conclusiones. Resaltar la importancia de una adecuada intervención enfermera, disminuyendo las sentimientos negativos y evitando en la medida de lo posible una mala experiencia emocional en el ámbito quirúrgico.

15. Adherencias en parto por cesárea en recién nacidos a término.

Reyes Jiménez S., Giraldo Valls L. e Hidalgo Rivas D. M.

Introducción. El aumento en la tasa de partos por cesárea destaca las complicaciones relacionadas con la formación de adherencias.

Objetivo. Analizar la incidencia, gravedad y prevención de adherencias en cesáreas de repetición.

Metodología. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales fuentes de datos. Los descriptores utilizados son: embarazo, cesárea, adherencias, intervención quirúrgica.

Resultado. Las cesáreas de repetición se complican por adherencias, que aumentan el tiempo de operación, el tiempo hasta la entrega y el riesgo de lesión de la vejiga. El uso de barreras anti-adherentes absorbibles se asociaba con una reducción significativa en la formación de adherencias en comparación con el uso sin barrera.

Conclusiones. Los datos sugieren que puede ser efectivo el uso de barreras para reducir las adherencias después de cesárea, parece que el desarrollo de la adhesión está influenciado por factores individuales más que por el número de cesárea.

16. Ambiente seguro en quirófano para pacientes alérgicos al látex: Látex free en quirófano.

González Galián R.M., Chinchilla Gutiérrez B. y Mercado Gutiérrez M.E.

Introducción. La alergia al látex ha ido aumentando en los últimos años, la única alternativa es la prevención.

Objetivo. Realizar un plan de actuación para paciente alérgico al látex en quirófano. Disminuir el número de reacciones alérgicas. Reducir los casos nuevos de alergia. Aumentar el conocimiento de las medidas de prevención.

Metodología. Revisión bibliográfica.

Resultado. Es de importancia que el personal conozca: Preparación del quirófano en cirugía programada y urgente. Plan terapéutico en reacción anafiláctica. Listado de material que contiene látex y sus alternativas.

Conclusiones. El látex es un material muy utilizado en el ámbito sanitario. Debido a la amplia utilización ha surgido la alergia al látex, lo que nos obliga a cambiar la práctica sanitaria.

17. Amputación supracondílea secundaria a poliomielitis.

Berni Ruiz C., Beni Ruiz R. y López Guisado M.I.

Descripción del caso. Mujer de 28 años con antecedentes de poliomielitis que acude por dolor difuso en EID acentuándose en rodilla y dificultad para la deambulación.

Pruebas complementarias. Exploración física, radiografía y ecodoppler.

Diagnóstico. La obliteración infrapoplítea derecha, mala vascularización de EID e imposibilidad de conseguir un resultado funcional desencadenan una cirugía agresiva con amputación supracondílea derecha.

Evolución. Progresiva.

Conclusiones. La paciente se recuperó satisfactoriamente y al año de ser intervenida deambula de forma autónoma con prótesis adaptada.

18. Analgesia posoperatoria a través del catéter epidural.

Lancho Medina A., Alma García M. y Cortés Cabeza A.I.

Introducción. Actualmente el bloqueo epidural constituye una de las técnicas de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para el control del dolor durante intervenciones quirúrgicas, así como también para el tratamiento del dolor posoperatorio y crónico.

Objetivo. Evaluar la eficacia de la analgesia posoperatoria con el catéter epidural a la analgesia intravenosa con opiáceos y AINES. Mejorar el control del dolor durante el periodo intra y posoperatorio.

Metodología. Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo con pacientes intervenidos de febrero de 2017 a diciembre de 2017 de prótesis de cadera y rodilla con analgesia posquirúrgica epidural con bomba.

Resultado. Los pacientes con analgesia epidural presentan una movilización precoz y temprana, y por tanto disminuyen los efectos adversos de los analgésicos endovenosos (déficit neurológico, problemas gastrointestinales, efectos adversos respiratorios).

Conclusiones. El catéter epidural permite una analgesia selectiva y permite administrar dosis inferiores que las administradas por otras vías reduciendo los efectos secundarios.

19. Análisis de la implantación de un programa educativo en pacientes intervenidos de aparato locomotor.

Herrera Olivares A.B., Hiraldo Aguilar M. y Medina Sobrino A.

Introducción. El paciente debe intervenir en las decisiones que se tomen sobre sus problemas de salud.

Objetivo. Evaluar la influencia de un programa formativo, en pacientes que van a intervenir de prótesis total de rodilla y prótesis total de cadera.

Metodología. Tras la elaboración de un cuestionario consensuado, se realizó una actividad formativa y posteriormente se administró a 40 pacientes que habían asistido a dicha actividad y a 18 que habían declinado la invitación. El porcentaje de pacientes que conocían al médico que indicó su operación y los días aproximados de estancia hospitalaria se incrementó significativamente entre el grupo B (40 pacientes) y el C (18). Lo mismo ocurre con otras variables como: necesidad de cuidar las posturas en el posoperatorio, modificaciones en el domicilio o el tipo de prótesis que se le va a implantar.

Conclusiones. Existe un escaso conocimiento de los pacientes acerca de la cirugía que se les va a realizar y que la actividad formativa ha conseguido mejorar significativamente dicho conocimiento.

20. Anillos intracorneales como tratamiento para el queratocono. Revisión bibliográfica.

Fuentes Fuentes R., Palacios Salguero R. y Torres Sojo N.

Introducción. El queratocono es una patología que hace que la córnea adquiera forma de cono en vez de redondeada, los casos más severos pueden terminar con trasplante de córnea como única solución. Los anillos intracorneales son unos segmentos semicirculares que se emplean para reforzar la córnea y frenar la progresión del queratocono.

Objetivo. Determinar mediante revisión bibliográfica la efectividad de los anillos intracorneales como tratamiento del queratocono.

Metodología. Búsqueda bibliográfica a través de diversas bases de datos.

Resultado. Los anillos mejoran la regularidad de la córnea y de la visión, con resultados superiores a los obtenidos con el trasplante de córnea, existe un menor riesgo de rechazo. Los efectos secundarios más frecuentes fueron extrusión del anillo y queratitis.

Conclusiones. Es una alternativa efectiva para prevenir y evitar el trasplante de córnea. Es un procedimiento seguro, pudiendo presentar incidentes o complicaciones en un 12%, de los casos.

21. Ansiedad en el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

Gómez Tortosa J.M., García Roldán S. y Esturillo Jiménez M.

Introducción. La ansiedad del paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente es muy frecuente y suele ser poco evaluado.

Objetivo. Analizar la evidencia científica que existe sobre la ansiedad en el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

Metodología. Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre la ansiedad en el paciente quirúrgico.

Resultado. Se puede afirmar que a mayor ansiedad, mayor dolor posoperatorio, aumenta la necesidad de analgesia y se aumenta la estancia hospitalaria.

Conclusiones. El personal de enfermería debe de estar lo suficientemente entrenado para disminuir el grado de estrés y ansiedad que sufre el paciente momentos antes de ser intervenido quirúrgicamente.

22. Anticoagulantes en el posoperatorio.

Barrios Martínez J.M. y Jerez Berenguel S.

Introducción. El uso de anticoagulantes tras una operación es una medida necesaria para la prevención de la TVP, pero su elección va a depender de distintos factores.

Objetivo. Nuestro trabajo pretende identificar los distintos tipos de anticoagulantes disponibles y su aplicabilidad en el posoperatorio de pacientes tanto de cirugía mayor como menor, además de valorar las complicaciones de cada uno.

Metodología. Para ello hemos realizado una búsqueda en bases de datos de ciencias de la salud como Dialnet, Scielo y en la Revista Médica de Chile.

Resultado. El mercado ofrece anticoagulantes como las heparinas no fraccionadas, heparinas de bajo peso molecular y anticoagulantes orales basados en la inhibición de la vitamina K o inhibidores del factor Xa. Además, identificamos los puntos fuertes y débiles de estos anticoagulantes para ser adaptados a distintos tipos de pacientes.

Conclusiones. Concluimos diciendo que los anticoagulantes son claramente un arma preventiva para la TVP tras el posoperatorio y se debe elegir el más adecuado para cada paciente teniendo en cuenta sus características.

23. Apendicitis: Cirugía más común en pediatría.

García Bautista C.M., Sánchez Sánchez A.M. y Plaza Torres L.

Introducción. La apendicitis es la inflamación del apéndice, una pequeña porción unida a la primera parte del colon, situada en la parte inferior derecha del abdomen, siendo su extirpación una de las cirugías más comunes en la infancia, también se da en adultos adolescentes.

Objetivo. Identificar signos y síntomas en el menor para evitar una peritonitis.

Metodología. Apéndice, inflamación, colon, abdomen, peritonitis.

Resultado. La primera manifestación clínica es dolor abdominal, en el 100% de los casos, 81% vómitos, fiebre 62,3% diarrea 18,9%.

Conclusiones. El dolor abdominal en el paciente pediátrico es el dato más relevante cuando han pasado 24h de evolución y además se acompaña con vómitos, por lo tanto, no debe de tratarse con antibióticos sin diagnosticar la causa del dolor abdominal.

24. Aplicación del listado de verificación quirúrgica.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Este trabajo aborda la aplicación de la lista de verificación quirúrgica como estrategia de mejora de la seguridad del paciente en el proceso quirúrgico. El objetivo de esta comunicación es conocer el grado de utilización de la LVQ, las causas que limitan su aplicación, y la implicación de enfermería en su cumplimentación. Para ello, se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía en diferentes bases de datos científicas: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden, Elsevier, Scielo, Medline. Los descriptores fueron: Listado de verificación, Calidad en la asistencia sanitaria, Efectos Adversos, Enfermera de quirófano, Seguridad del Paciente, Intervención de Enfermería en Quirófano. Fueron seleccionados 28 artículos.

Resultado. Las LVQ constituyen una herramienta efectiva para mejorar el acto quirúrgico, provocando una disminución de la morbimortalidad del paciente e incrementando la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico.

Conclusiones. Se hace necesaria la implementación de la aplicación de las LVQ para una buena puesta en marcha y se conviertan en una herramienta efectiva para mejorar la seguridad del paciente.

25. Asociación entre mal-rotación y volvulación intestinal. A propósito de un caso.

Galiana Baca A.N., Urbano Domínguez R. y Rodríguez Arjona R.

Descripción del caso. Varón de 16 años que comienza con dolor abdominal brusco generalizado que evoluciona ha localizado en hipocondrio izquierdo. Náuseas y un vómito que ha aparecido después de comenzar el dolor. Refiere dolor en el hombro izquierdo. Decaimiento del estado general.

Pruebas complementarias. En TAC: gran dilatación de la cámara gástrica con contenido alimenticio en su interior. Llama la atención que el duodeno no cruza la línea media y que la vena mesentérica superior describe un giro sobre su propio eje.

Diagnóstico. Mal-rotación intestinal con posible volvulación asociada.

Conclusiones. La mal-rotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal. La mal-rotación se produce cuando el intestino no da las vueltas como debería. La volvulación hace que el intestino se tuerza y produzca una obstrucción intestinal. También puede comprometer la irrigación sanguínea a los intestinos.

26. Atención biopsicosocial al paciente con cáncer.

Berná Guisado M.C., Vides Batanero M.C. y Cortés Espejo R.

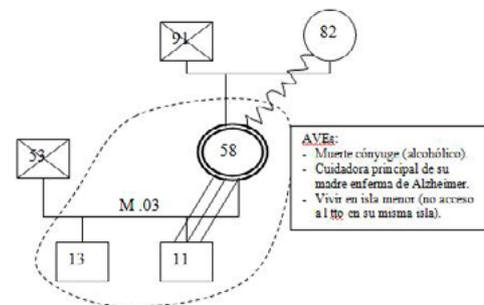
Descripción del caso. Paciente de 58 años, con hipotiroidismo y obesidad grado I, cuidadora principal de su madre. Motivo de consulta: baja laboral. Refiere que le detectaron un bulto en el pecho. La tienen que operar y dar quimioterapia.

Exploración. No tristeza, ansiedad, nerviosismo o inquietud por saber de su enfermedad.

Pruebas complementarias. Cuestionario HAD (Hospital, Ansiedad y Depresión) y Eadg (Escala de ansiedad y depresión de Goldberg) donde se aprecian puntuaciones bajas. Biopsia (hospital): carcinoma ductal infiltrante, estudio de extensión negativo.

Diagnóstico. Cáncer de mama ductal infiltrante con buen afrontamiento.

Conclusiones. La información y la comunicación son ingredientes imprescindibles en la atención integral deseada. El silencio forma también parte de esta comunicación si el paciente es objetivo, mantiene estado óptimo de salud mental y tiene comportamientos saludables. La incertidumbre que barajamos es considerable, pero a veces hablar de más puede ser contraproducente.



27. Atención de enfermería al paciente con fractura en miembros inferiores.

Serrano Blanco M.D., Moya Granados R. y Granados Navas A.

Introducción. Fractura, lesión ósea caracterizada por interrupción de continuidad del hueso. En miembros inferiores: fémur, rodilla, tibia, peroné, pelvis, tobillo y cadera.

Objetivos. Describir cuidados preoperatorios, posoperatorios y al alta.

Metodología. Biblioteca Cochrane Plus.

Resultados. Los cuidados preoperatorios indagan tipo fractura, inmovilización, coloración, temperatura y pulsos (miembro afectado), etc. Los posoperatorios incluyen control radiológico 24h, actividad progresiva (prótesis cadera y rodilla a 48h, etc.) y evitar aparición de síndrome compartimental. Al alta, informar signos alarmantes (fiebre, hormigueo, etc.).

Conclusiones. Enfermería brindará apoyo emocional para evitar miedo en la persona.

28. Atención de enfermería en pacientes intervenidos de cadera.

Samaniego Martínez M.J., Talero Gutiérrez E.M. y Pérez Velasco A.

Descripción del caso. Mujer de 78 años que acude al servicio de urgencias tras sufrir una caída en casa. Quejosa de dolor agudo e inmovilidad.

Pruebas complementarias. Presenta deformidad y acortamiento en la cadera izquierda. A su llegada se procede a la medición de constantes vitales y a la realización del preoperatorio.

Diagnóstico. Dolor agudo (00132) relacionado con agentes lesivos manifestado por informes verbales del dolor. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) relacionado con inmovilidad física.

Conclusiones. La enfermería juega un papel importantísimo en la recuperación de estos pacientes, evitando las úlceras por presión y mejorando su autonomía.

29. Atención de enfermería en pacientes intervenidos por hiperplasia benigna de próstata.

Samaniego Martínez M.J., Talero Gutiérrez E.M. y Pérez Velasco A.

Descripción del caso. Varón de 56 años que acude a urgencias. Refiere dolor y retraso en la micción, sensación de vaciado incompleto. Refiere infecciones frecuentes en los últimos meses.

Pruebas complementarias. A la llegada se procede a la medición de constantes vitales y extracción de analítica de sangre.

Diagnósticos. Riesgo de Infección (00004): relacionado con procesos invasivos. Temor (001480): relacionado con falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales manifestado por aumento del estado de alerta. Disfunción sexual (00059) relacionado con alteración de la función corporal y manifestado por percepción de limitación sexual.

Conclusiones. La enfermería juega un papel muy importante informando al paciente antes y después de la operación para reducir los posibles efectos secundarios de la intervención quirúrgica.

30. Atención sanitaria en el paciente oostomizado.

López Rodríguez A.I., Segura Molina A.B. y Galera Guzmán M.C.

Introducción. La realización de una ostomía va a tener una gran repercusión en el paciente y su familia.

Objetivo. Conocer la evidencia disponible sobre los cuidados del paciente oostomizado y el papel del profesional sanitario.

Metodología. Revisión de la literatura científica de los últimos cinco años en las bases de datos MedLine, Cuiden Plus y Cochrane Library, ampliado con el buscador "google académico", sobre los cuidados de enfermería en el paciente oostomizado.

Resultado. El paciente oostomizado requiere de un cuidado integral, donde la educación sanitaria tendrá un papel fundamental para garantizar el éxito del tratamiento.

Conclusiones. El personal sanitario proporcionará unos cuidados específicos al paciente oostomizado, incluyendo una educación sanitaria eficaz, para fomentar el autocuidado y calidad de vida de estos pacientes



31. Avances en los cuidados enfermeros de la herida quirúrgica.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

La aplicación de métodos para el cuidado de las heridas está cambiando constantemente debido a los grandes avances científicos. Años atrás el cuidado de estas se centraba especialmente en un tratamiento de protección de las mismas con diversos productos naturales o no. En cambio, existen en la actualidad nuevas técnicas de curación para cada tipo de lesiones que permiten ofrecer una mejora en la cicatrización y una mejor recuperación de los pacientes que las padecen. El objetivo de este trabajo ha sido revisar y analizar el estado actual en el que se encuentra los cuidados de las heridas centrándose en las heridas quirúrgicas y al mismo tiempo dar a conocer los nuevos elementos que constituyen la curación avanzada. Para ello, se hizo una búsqueda en las principales bases de datos. Se obtuvieron diferentes artículos cuyos resultados mostraban que la cura tradicional sigue primando entre los profesionales de enfermería a pesar de los avances existentes, dando lugar con su uso a un mayor dolor en el paciente y retraso en el proceso de cicatrización. Referente a la terapia de presión negativa como nuevo método de cura avanzada, favorece la cicatrización, disminuye dolor, y en algunos casos se puede realizar de forma ambulatoria. Concluyendo, los profesionales de enfermería deben actualizar sus conocimientos sobre el manejo de las heridas para proporcionar una cura avanzada y adecuada.

32. Biopsia renal: Cuidados de enfermería.

Rubio Beltrán J.M., Sáez Sáez L. y Liria Fernández A.B.

Introducción. Una biopsia renal es la técnica que se lleva a cabo para obtener una muestra de tejido del riñón.

Objetivo. Describir las principales intervenciones de enfermería ante la realización de una biopsia renal.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre la temática y artículos recientes, posteriores a 2015.

Resultado. Las intervenciones están dirigidas a varios objetivos simultáneos: Comprobación del consentimiento informado. Extracción de muestras. Canalizar una VVP. Mantenimiento del periodo de ayuno. Colocación del paciente. Valoración de las constantes vitales. Realizar presión directa. Cura con antiséptico y apósito estéril. Favorecer el reposo. Vigilancia de aparición de complicaciones. Dar apoyo emocional.

Conclusiones. La enfermera es un elemento clave, ya que su papel consiste en detectar necesidades, proporcionar cuidados y ser la coordinadora de todas las atenciones que deben de recibir el paciente y su familia.



33. Bradicardia fetal en el contexto de una anestesia epidural. A propósito de un caso.

Galiana Baca A.N., Urbano Domínguez E.R. y Rodríguez Arjona R.

Descripción del caso. Mujer 30 años que acude a urgencias hospitalaria por encontrarse de parto de 42 semanas de gestación. Va acompañada de dos matronas las cuales dicen estar de 7 cm pero que no progresa desde hace 3h en domicilio. A los 10 minutos de la llegada se rompe la bolsa de líquido amniótico con una cruz de meconio. FCF 136 con monitorización fetal continua.

Pruebas complementarias. Al poner anestesia epidural empieza a bajar FCF A 50 lpm en ese momento se decide cesárea de urgencias. Bebé con Apgar de 8 al minuto y de 10 a los cinco minutos se lleva a nidos junto a su padre para hacer piel con piel con el padre.

Diagnóstico. Bradicardia fetal tras anestesia epidural.

Conclusiones. La analgesia neuroaxial ha demostrado una superioridad concluyente en el manejo del dolor de parto con respecto a otras técnicas. El empleo de esta analgesia no exento de complicaciones. Estos efectos colaterales podemos clasificarlos en: maternos, fetales, sobre el trabajo del parto y neonatales. En este caso en concreto podemos observar como ha tenido una repercusión fetal.

34. Burnout en el personal de enfermería.

Román Alvarado E., Brivesca Gómez M. y Rubiales Hernández C.

Introducción. El síndrome burnout o desgaste profesional, se define como una etapa avanzada del estrés laboral, derivada de un estado crónico, afectando a la salud de los profesionales, limitando la capacidad del equipo a brindar cuidados.

Objetivo. El principal objetivo es determinar el grado de burnout en el personal de enfermería.

Metodología. Una búsqueda bibliográfica en revistas, libros, bases de datos y artículos de investigación, utilizando los descriptores: agotamiento profesional, enfermería, satisfacción.

Resultado. El personal de enfermería se ha identificado como un grupo de riesgo de sufrir este síndrome, siendo el más afectado.

Conclusiones. El síndrome de burnout tiene horribles consecuencias para el personal de enfermería si este se prolonga durante mucho tiempo.

35. Bursitis prerrotuliana.

López Morales C., Ballesteros Escamilla M. y Valenzuela Mateos M.E.

Descripción del caso. M40 años acude por dolor e inflamación de rodilla derecha. Alergia al Espidifen. Gran fumadora.

Pruebas complementarias. Consciente, orientada, ansiosa y muy demandante. Rodilla derecha: Celulitis en región ant rodilla, fluctuación en región ant de rótula, BA limitada por dolor, se observa escoriación en región anterior de rodilla. Rx. De rodilla derecha: sin alteraciones. Analítica de sangre 11000 leucos, 81% ntf, pcr 17,47.

Diagnóstico. Bursitis prerrotuliana infectada rodilla derecha.

Conclusiones. Se aprecia una clara fluctuación en la cara anterior de la rodilla. En la cara lateral del muslo hay también una cierta tumefacción pero no parece una celulitis clara. Se realiza un nuevo drenaje de la zona, esta vez con incisión y se deja un drenaje. Como continua drenando abundantemente se procede a realizar un desbridamiento con procedimiento de urgencia.

36. Caída de moto, caso clínico.

Fernández Fernández S.M., Cantón Rico V. y Abad Cárdenas M.

Descripción del caso. Paciente varón de 38 años que ha sufrido caída de motocicleta en el circuito de Almería y acude a urgencias en ambulancia con dolor en hombro derecho, deformidad del mismo y en área clavicular derecha, dolor en región costal derecha y en tobillo izquierdo. No presenta disnea, ni dificultad respiratoria.

Pruebas complementarias. Sangre, ECG, TAC torácico, RX de hombro y tobillo.

Diagnóstico. Traumatismo torácico con fracturas costales derechas múltiples y neumotórax derecho. Fractura de clavícula derecha. Luxación glenohumeral derecha. Traumatismo de tobillo izquierdo no complicado.

Conclusiones. Cuando la fractura de clavícula es desplazada es necesaria la intervención quirúrgica para que ésta suelde correctamente y acelera el tiempo de recuperación. Tras la intervención es importante llevar el brazo en cabestrillo al menos durante 15 días y habrá que esperar entre cuatro y seis semanas para cargar peso y llevar una vida totalmente normal.

37. Campo quirúrgico: Preparación y desinfección.

Sillero Sillero B., Núñez Fernández N. y Mata Moreno L.

Introducción. Las infecciones del campo quirúrgico están provocadas en su mayoría por los gérmenes patógenos que se encuentran en la piel.

Objetivo. El método antiséptico más adecuado (clorhexidina versus povidona yodada), valorando diferencias a tener en cuenta entre ellas.

Metodología. Búsqueda bibliográfica para obtener artículos y estudios ya realizados.

Resultado. Las indicaciones para una correcta preparación previa del campo quirúrgico, antisépticos más utilizados, características que los diferencian, elección según cirugías, normas básicas para la utilización y conservación de antisépticos.

Conclusiones. Rasurado - Antiséptico - La aplicación del antiséptico debe ser de círculos concéntricos del centro, que coincide con la zona de incisión, a la periferia, dejando para el final las zonas más contaminadas.

38. Campo quirúrgico: Preparación y desinfección.

Solís García A.M.

Objetivo. Exponer las recomendaciones para la preparación del campo quirúrgico en el quirófano

Metodología. Búsqueda bibliográfica para obtener artículos y estudios ya realizados.

Resultado. Elaboración de un póster donde visualizaremos: Las indicaciones para una correcta preparación previa del campo quirúrgico (lavado y rasurado si procede). Antisépticos más utilizados (clorhexidina versus povidona yodada): Características que los diferencian. Elección según cirugías. Normas básicas para la utilización y conservación de antisépticos.

Conclusiones. Para que un antiséptico sea eficaz, deberá utilizarse sobre superficies limpias, respetándose las condiciones óptimas de aplicabilidad.

39. Cáncer de mama en mujer premenopáusica.

Sánchez Quiros N., De La Sierra Rodríguez L. y Piñero Marchante M.O.

Descripción del caso. Mujer que acude a su MAP por nódulo en mama izquierda.

Pruebas complementarias. Mamografía nódulo de 2,5 cm espiculado en mama izquierda. BAG mama ca ductal infiltrante. Eco axilar con varias adenopatías patológicas.

Diagnóstico. CA ductal.

Conclusiones. A pesar de la enfermedad, el diagnóstico precoz dará mucha calidad de vida. La paciente actualmente se encuentra asintomática y clínicamente muy bien.

40. Carcinoma lobulillar infiltrante en el contexto de mastitis no puerperal recurrente.

Galiana Baca A.N., Urbano Domínguez E.R. y Rodríguez Arjona R.

Descripción del caso. Mujer de 48 años que acude en numerosas ocasiones a su centro de salud por dolor en mama izquierda, es tratada de mastitis no puerperal hasta en dos ocasiones.

Pruebas complementarias. Se pide ecografía de mama, en la que se aprecia imagen sospechosa, pero sin poder clasificar, así que se decide realizar una biopsia con aguja gruesa (BAG). Cuyos resultados son concluyentes con un carcinoma lobulillar infiltrante.

Diagnóstico. Carcinoma lobulillar infiltrante.

Conclusiones. Los carcinomas lobulillares invasivos son más difíciles de visualizar en las mamografías que otros tipos de cánceres mamarios debido a morfología que presentan. Ya que, en vez de formar nódulos, las células cancerosas se van formando en línea. En este caso en concreto en sus etapas iniciales pasó desapercibido en las ecografías rutinarias. Ante una paciente cuyos síntomas no mejoran debemos continuar el recorrido de pruebas diagnósticas para la detección precoz y el tratamiento adecuado.

41. Caso clínico. Absceso.

Galván Jurado F. J., Delgado Delgado E. y Gámez Campos A.M.

Descripción del caso. Paciente con formación a modo de quiste abscesificado de 4 meses de evolución en región inguinal derecha, que no ha mejorado con antibioterapia, está aumentando de tamaño y es doloroso. Valorado para cirugía menor.

Pruebas complementarias. Examen físico del absceso inguinal superficial, masa de tamaño variable, doloroso al tacto, con enrojecimiento y pequeño derrame de pus al exterior.

Diagnóstico. Absceso/quiste de Bartolino.

Conclusiones. Los quistes/absceso en la zona inguinal suelen estar provocados por la infección del ganglio por enfermedades de transmisión sexual o por el enconamiento del vello púbico, tras la realización de la depilación con cera. Se aconseja el uso del rasurado con cuchilla o la depilación láser.

42. Caso clínico: Apendicitis aguda.

Rodríguez Martín C., Guerrero Cárdenas A.I. y Fernández Torres E.V.

Descripción del caso. Niño de 12 años de edad que acude al servicio de urgencias acompañado por su madre por dolor abdominal tipo cólico, de leve intensidad, localizado en epigastrio. Refiere llevar aproximadamente 48 horas con dolor, náuseas, febril y taquipnea.

Pruebas complementarias. Se realiza una biometría hemática en la que algunos niveles aparecen alterados. ECDO de abdomen se observa imagen tubular alargada, no compresible con transductor en fosa ilíaca derecha.

Diagnóstico. Apendicitis aguda.

Evolución. Se procede a realizar una apendicectomía de urgencia en la cual se extirpa el apéndice subcecal. Se administra Metoclopramida 10 mg/8h, tramal 100 mg/8h.

Conclusiones. La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice cecal, en estos casos su tratamiento es una intervención quirúrgica.

43. Caso clínico. Hallux valgus.

Guerrero Cárdenas A.I., Fernández Torres E.V. y Rodríguez Martín C.

Descripción del caso. Varón de 40 que acude a consulta de traumatología por presentar protuberancia en el dedo gordo del pie derecho, provocándole dolor, dificultad para andar y malestar al llevar el calzado.

Pruebas complementarias. Exploración física, limitación de la movilidad de la articulación, desviación hacia fuera del dedo gordo, empezando a meterse por debajo del segundo dedo. Rx. Anteroposterior se aprecia hallux valgus, con la angulación metatarso-falángica, o la angulación entre el primero y el segundo metatarsianos. Analítica descartando ácido úrico, diabetes.

Diagnóstico. Hallux valgus. Juanetes.

Conclusiones. La cirugía se realiza no habiendo sido efectivo el tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios. Se recomienda también el uso de otro tipo de calzado. El objetivo principal de la cirugía, es la eliminación completa del juanete, mediante la corrección del hallux valgus.



© WAFD FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

44. Caso clínico. Luxación de hombro.

Guerrero Cárdenas A.I., Fernández Torres E.V. y Rodríguez Martín C.

Descripción del caso. Mujer que acude a urgencias por policontusión en la vía pública esta mañana. Se ha golpeado en varias articulaciones del hemicuerpo derecho.

Pruebas complementarias. RX hombro derecho transtorácica y analítica de coagulación. Se habla con traumatólogo de guardia para reducción de hombro, comentando este que no se puede reducir por lo que se deriva a quirófano para a dicha reducción.

Diagnóstico. Luxación anterior hombro derecho.

Evolución. En quirófano y bajo sedación se realiza reducción cerrada de luxación. Control escópico correcto. Colocamos charpa con cincha anti-rotatoria.

Conclusiones. Los traumatismos con luxaciones no se deben de tener muchas horas esperando para ser atendidos en las salas de espera, porque luego se llega a la situación de tener que entrar en quirófano para recolocar un hombro.



45. Caso clínico: Masa adrenal de carácter quístico.

Delgado Delgado E., Gámez Campos A.M. y Galván Jurado F. J.

Descripción del caso. Mujer de 42 años de edad que es derivada del servicio de endocrinología por un quiste detectado en una ECO abdominal de rutina hace dos años. La paciente es HTA.

Pruebas complementarias. Se realiza un hemograma y bioquímica que resultan ser normales. TAC muestra posible origen adrenal. Concentración de catecolaminas urinarias normal. Determinación de cortisoluria de 24h negativa. ECO: quiste adrenal derecha.

Diagnóstico. Masa adrenal derecha de carácter quístico no funcional.

Evolución. Se procede a una intervención quirúrgica en la que se realiza una adrenalectomía derecha, en la cual el quiste adrenal se extirpa con éxito y la paciente evoluciona sin ninguna complicación.

Conclusiones. En este caso la paciente presenta una masa adrenal de carácter quístico por lo que se procede a realizar una intervención quirúrgica en la que se extirpa el quiste adrenal.

46. Caso clínico: Operación de reducción de estómago.

Gámez Campos A.M., Delgado Delgado E. y Galván Jurado F.J.

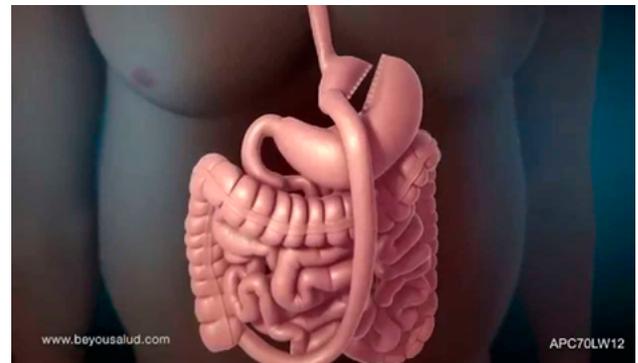
Descripción del caso. Mujer de 28 años de edad que presenta obesidad (peso 142,3 kg, talla 157 cm, IMC=57,7 kg/m²). Ha intentado varios tratamientos médicos para reducir peso, sin éxitos ningunos.

Pruebas complementarias. Hemograma de coagulación, glucosa, urea, creatinina, colesterol, proteínas, pruebas de función hepática y tiroidea, sodio, calcio, hierro y potasio. Radiografía de tórax, electrocardiograma, gastroscopia y ecografía abdominal.

Diagnóstico. Obesidad mórbida.

Evolución. Se realiza una cirugía de reducción de estómago, en la cual antes de esta se efectúa una dieta baja en calorías y se efectúa un procedimiento psicológico. Después se realizará un bypass gástrico de Fobi.

Conclusiones. La cirugía de reducción de estómago consiste en realizar una dieta baja en calorías y estar en tratamiento psicológico, después se realizará la intervención y posteriormente se llevará a cabo una dieta líquida en la que se irán introduciendo alimentos sólidos.



47. Caso clínico: Plan de cuidados dirigido a un paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica.

Pérez Aguilera M. J., Torres Rodríguez M. J. y García Arcos A.

Paciente de 77 años de edad, actualmente hospitalizado en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada tras haber sido intervenido recientemente de colecistectomía laparoscópica. Se realiza una valoración enfermera de sus necesidades según los patrones de Marjory Gordon. Según la taxonomía NANDA, NOC, NIC se han establecido tres diagnósticos principales (motilidad gastrointestinal disfuncional, riesgo de infección y deterioro de la movilidad física) y un problema de colaboración (dolor agudo). Posteriormente se expone un análisis de este caso clínico con otros planes de cuidados similares. Tras la realización de estas intervenciones sobre el paciente, deberían haberse cumplido los objetivos propuestos, para mejorar el estado de salud del paciente.

48. Caso clínico: Quiste sebáceo.

Rodríguez Martín C., Guerrero Cárdenas A.I. y Fernández Torres E. V.

Descripción del caso. Mujer de 40 años acude a consulta médica por la aparición de un bulto en la zona del cráneo, este apareció hace unos 8 meses pero cursa con dolor a la palpación desde hace 2 semanas. La paciente es hipertensa y alérgica a la amoxicilina.

Pruebas complementarias. La paciente se muestra afebril. En la palpación se observa una masa dura, con tamaño de 3 cm en la zona del cuero cabelludo. La piel se observa enrojecida y desprende calor a la palpación.

Diagnóstico. Dado los datos de anamnesis según sintomatología y exploración se demuestra que la paciente sufre de un quiste sebáceo infectado en la zona del cráneo.

Evolución. Se procede al tratamiento quirúrgico para la extracción total de la cápsula del quiste para evitar que la infección se vuelva a producir.

Conclusiones. Los quistes sebáceos son benignos, aunque estos no estén infectados se pueden extirpar quirúrgicamente por motivos estéticos. En este caso clínico la paciente sufría de una infección en la cual se procedió a extirpar la capsula del quiste para evitar mayor infección y que esta no vuelva a producirse.



49. Caso clínico: Rabdomioma cardíaco tratado quirúrgicamente.

López Guisado M.I., Bermi Ruiz C. y Bermi Ruiz R.

Descripción del caso. Neonato de 21 días que nace por cesárea. Se detecta al nacer soplo cardíaco.

Pruebas complementarias. Se detectan zonas hipopigmentadas en el cuerpo. En la Rx se detecta cardiomegalia. En el ecocardiograma múltiples tumoraciones intracardiacas. TAC craneal con múltiples calcificaciones subependimarias.

Diagnóstico. Rabdomioma cardíaco y esclerosis tuberosa.

Evolución. Se mantuvo conducta conservadora hasta los 5 meses donde se detectaron datos de insuficiencia cardíaca, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. Se resecaron 3 tumoraciones intracavitarias.

Conclusiones. El rabdomioma es un tumor de escasa frecuencia. Se suele detectar en el periodo prenatal y en la mayoría de los casos remite en el último trimestre del embarazo. Si no sucede se mantiene conducta conservadora ya que es posible remisión hasta los 4 años de edad. Cuando aparecen signos que comprometen la vida del paciente es cuando se realiza tratamiento quirúrgico.



Fig. 1. Fotografía del enfermo. Se aprecian manchas ipomelanóticas, hipopigmentadas en la parte posterior del tronco y en ambos glúteos.



Fig. 2. Fotografía transoperatoria tomada desde la perspectiva del anestesiólogo. El tumor se visualiza lobulado.

50. Caso clínico: Realización de una artroscopia.

Delgado Delgado E., Galván Jurado F. J. y Gámez Campos A.M.

Descripción del caso. Hombre de 25 años de edad acude a consulta de traumatología por una torsión a nivel de rodilla izquierda desde hace seis meses, a continuación de esto cursa con un fuerte dolor e inflamación a nivel de la interlínea articular del lado medial.

Pruebas complementarias. Exploración física se detecta un aumento de volumen en la zona interna de la rodilla. Palpación se constata un chasquido articular. RX: lesión a nivel de la interlínea articular medial de la rodilla. Se realiza una artroscopia en la que se observó una lesión periférica de menisco interno en la cual se procede a reparar con éxito.

Diagnóstico. Lesión de menisco.

Evolución. El paciente deberá fortalecer la zona del cuádriceps para así evitar que la rodilla cargue con todo el peso. No usar rodilleras y estar un tiempo de reposo tras la intervención.

Conclusiones. La reparación de menisco es un método quirúrgico que permite aliviar el dolor y conservar la estructura del menisco, para que pueda desempeñar sus funciones anatómicas.

51. Cementación quirúrgica. Importancia del papel de enfermería.

Algarra Guerrero M., Lomeña Olmo A. y Hernández Sánchez M.C.

Introducción. En el quirófano, es utilizada la técnica de cementación en traumatología, principalmente.

Objetivo. Conocer en la técnica de cementación quirúrgica la importancia que tiene el papel de enfermería.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de las distintas bases de datos: Scielo, Google académico, Cochrane, Pubmed.

Resultado. Los enfermero/as concretamente los instrumentistas, son los encargados de la preparación del cemento, deben conseguir que el producto este en buenas condiciones para su posterior uso. Estos últimos, deben conocer de manera exhaustiva los pasos que hay que seguir para la preparación correcta del cemento.

Conclusiones. La evidencia científica confirma y reafirma la importancia del papel de enfermería en la cementación quirúrgica. Ya que es un papel fundamental debido a los conocimientos y habilidades que poseen y realizan la preparación del cemento para que su efecto sea el deseado.

52. Checklist: Seguridad del paciente quirúrgico.

Baca Bocanegra M, Antón Plata A. y Gómez Barrio J.

Introducción. La lista de verificación de cirugía o checklist quirúrgico es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables

Objetivo. Evaluar los beneficios de un correcto uso del listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ).

Metodología. Revisión bibliográfica durante 4 meses, seleccionando 13 artículos entre 2008-2015. Bases de datos: Scielo, Cuiden y Medline. Descriptores utilizados: "seguridad", "list", "enfermería de quirófano". Criterios de inclusión: ámbito quirúrgico.

Resultado. En los sistemas sanitarios que han iniciado la implantación del checklist se ha conseguido disminuir un tercio el número de complicaciones, la mortalidad e infecciones a la mitad y ha aumentado el cumplimiento de las medidas de seguridad.

Conclusiones. La alta tasa de eventos adversos en quirófano avala la necesidad de usar el LVSQ antes de la anestesia e incisión quirúrgica y al final de la cirugía. Para ello, es necesario reforzar la formación e información del profesional de enfermería.

53. Cirugía cardíaca: Consideraciones de enfermería.

Granados Navas A., Serrano Blanco M.D. y Moya Granados R.

Introducción. La cirugía cardíaca soluciona la mayoría de las patologías cardíacas, adquiridas y congénitas. Las más frecuentes son enfermedad coronaria y valvulopatía.

Objetivos. Describir cuidados preoperatorios, posoperatorios, complicaciones y al alta.

Metodología. Biblioteca Cochrane Plus.

Resultados. Los cuidados preoperatorios indagan sobre antecedentes cardíacos y/o tratamiento anticoagulante. Los posoperatorios incluyen estricto control de constantes, sangrado y prevenir la aparición de complicaciones (derrame pleural, infarto, etc.) Al alta, vigilar el peso, seguir una dieta hiposódica y equilibrada y reintroducir el ejercicio físico de forma gradual y progresiva.

Conclusiones. Enfermería debemos prestar atención a signos y síntomas indicativos de complicaciones potenciales cuando atendemos a pacientes sometidos a cirugía cardíaca.

54. Cirugía cardíaca. Seguridad en el paciente.

Ruiz Yébenes M.P., Serrano Jurado S. y Cabrera Molinero M.A.

Introducción. Los procesos quirúrgicos del paciente cardíaco están considerados de riesgo elevado por eso es necesaria una máxima seguridad del paciente.

Objetivo. Identificar los riesgos en la seguridad del paciente en la cirugía cardíaca.

Metodología. Revisión bibliográfica en cinahl, medline, embase y scopus. Usando los términos: Procedimientos cirugía cardíaca, error, riesgos, seguridad del paciente, lista de comprobación, trabajo en equipo, estrategias, seguridad quirúrgica. Criterios de selección: artículos de los últimos 10 años y originales.

Resultado. Minimizar los riesgos para la seguridad de los pacientes son necesarios; las estrategias que se recomiendan en esta revisión para disminuirlos son: Creación de una cultura de seguridad. Aumentar el cumplimiento de prácticas basadas en la evidencia. Mejora en la comunicación. Trabajo en equipo. Uso de listas de verificación y sesiones de información.

Conclusiones. La seguridad del paciente intervenido de cirugía cardíaca podría mejorarse.

55. Cirugía colorrectal: Consideraciones de enfermería.

Serrano Blanco M.D., Moya Granados R. y Granados Navas A.

Introducción. La cirugía colorrectal es toda intervención quirúrgica entre yeyuno y recto. Según el tipo de resección: cirugía solo con anastomosis, con anastomosis y con estoma o solo con estoma.

Objetivos. Describir los cuidados preoperatorios, los posoperatorios y al alta.

Metodología. Biblioteca Cochrane Plus.

Resultados. Los cuidados preoperatorios: indagar el funcionamiento intestinal (estreñimiento, etc.), administración de enema, profilaxis antibiótica y antitrombótica. Los cuidados posoperatorios: enseñanza en autocuidado de la ostomía y prevenir aparición de complicaciones. Los cuidados al alta: cita en interconsultas (nutrición, ostomía, trabajadora social) y educación sanitaria sobre la nutrición.

Conclusiones. Enfermería debe ejercer apoyo moral para conseguir una adaptación positiva de la persona al cambio en su imagen corporal.

56. Cirugía con láser en dermatología.

Morilla García M.A.

Introducción. Los recientes avances en la tecnología láser han permitido el incremento de sus aplicaciones clínicas.

Objetivo. Analizar las aplicaciones clínicas de la tecnología láser.

Metodología. Estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica.

Resultado. Existe un gran número de afecciones agudas o crónicas que pueden ser tratadas fácilmente con esta terapia. Sin embargo, no existe un único láser actualmente capaz de tratar todas las enfermedades cutáneas y algunos solamente tienen una utilidad cutánea limitada.

Conclusiones. La tecnología láser ha ganado una posición destacada en el tratamiento de diversas afecciones cutáneas. Es una técnica mínimamente invasiva con una alta tasa de efectividad.

57. Cirugía de cadera y cuidados.

Del Pino Berengueras E., Domínguez Reina C. y Cazorla Garrido I.M.

Introducción. La cirugía de prótesis total de cadera tiene como finalidad la sustitución de dicha articulación.

Objetivo. Dar a conocer la importancia de una buena movilidad de la articulación. Comprender por medio de las causas y síntomas de la patología para llegar a la prevención de ésta.

Metodología. Búsqueda bibliográfica exploratoria utilizando bases de datos como Google Académico, Medline, Envase. Daremos indicaciones de la importancia de continuar con terapias físicas.

Resultado. La cirugía es la forma más eficaz de disminuir el dolor, acelerando la rehabilitación y reduciendo las complicaciones. La mayoría de los casos de hospitalización en los servicios de urgencia, alcanza el 4%.

Conclusiones. Entre el 20-30% de los pacientes con fractura de cadera mueren a los 6 meses del episodio de su fractura. No hay evidencias de que el tratamiento quirúrgico disminuya esta mortalidad.



58. Cirugía de hombro: Posición silla de playa. Complicaciones.

Moreno García T., Navarro García C. y Lozano Sánchez S.

La cirugía de hombro es un procedimiento quirúrgico frecuente, que permite resolver la mayoría de las lesiones de hombro. Se realiza con bajo riesgo de complicaciones. Dependiendo de la dolencia, se realiza en decúbito lateral o en posición silla de playa. Aunque en silla de playa es una posición segura, se han presentado eventos neurológicos graves. El objetivo de nuestra revisión fue evaluar la eficacia de la calidad de la cirugía de hombro en silla de playa y sus complicaciones. Se realizó una revisión bibliográfica con unos criterios de inclusión y exclusión y descriptores como: "eficacia", "cirugía", "hombro", "artroscopia", "silla de playa". Se obtuvo unos 20 resultados. Se observa que en la posición de silla de playa es muy importante conseguir un buen apoyo de la región lumbar y evitando que esté en continuo contacto con el respaldo. Los pacientes intervenidos con anestesia general sufren más complicaciones homodinámicas en posición silla de playa. Es necesario implementar las medidas preventivas y terapéuticas para disminuir, en lo posible, el riesgo de complicaciones neurológicas graves.

59. Cirugía de mama: Consideraciones de enfermería.

Moya Granados R., Serrano Blanco M.D. y Granados Navas A.

Introducción. Cáncer de mama, neoplasia maligna más frecuente en mujeres. Los principales son carcinoma ductal y lobulillar. Las intervenciones quirúrgicas más frecuentes: mastectomía, cuadrantectomía, tumorectomía, linfadenectomía axilar y reconstrucción.

Objetivos. Describir los cuidados preoperatorios, posoperatorios y al alta.

Metodología. Biblioteca Cochrane Plus.

Resultados. Los cuidados preoperatorios van encaminados a un apoyo emocional de la persona para que se adapte positivamente a la nueva situación. Los posoperatorios incluyen: colocación de un sujetador deportivo, prevención de las complicaciones más frecuentes (hemorragia, infección, etc.) y al alta, educación sanitaria para la correcta cicatrización de la herida sin incidencias.

Conclusiones. Enfermería juega un papel clave en la atención de las personas sometidas a cirugía de mama mediante el apoyo emocional.

60. Cirugía en la escoliosis: Objetivos del tratamiento fisioterápico posquirúrgico.

Mérida Imberlón M.E., Martín Castillo A.M. y Ruíz Camacho M.D.

Introducción. La escoliosis es una desviación lateral del raquis asociada a la rotación de los cuerpos vertebrales que provoca dolor de espalda, de cabeza y dificultades respiratorias. Si la curvatura avanza a más de 40 o 50 grados se recomienda la cirugía cuyo objetivo principal será prevenir la progresión de esta.

Objetivo. Analizar los objetivos del tratamiento fisioterápico tras la corrección quirúrgica de la escoliosis.

Metodología. Revisión bibliográfica en las bases de datos: Medline, PEDro, Cuiden, Scielo y The Cochrane Library, empleando los descriptores: Modalidades de Fisioterapia, Rehabilitación, Terapia por Ejercicio, Escoliosis, Cirugía, Ortopedia.

Resultado. El tratamiento fisioterápico posquirúrgico deben comenzar con un nivel muy bajo y progresivamente se deben realizar ejercicios para el fortalecimiento de la musculatura paravertebral y acondicionamiento cardiovascular hasta llegar a la realización de actividades deportivas.

Conclusiones. La recuperación depende de la colaboración del paciente y el inicio precoz de un programa de ejercicios respiratorios, potenciadores de la musculatura paravertebral y flexibilización.

61. Cirugía geriátrica en pacientes con demencia ¿qué hacer?

Mata Moreno L., Núñez Fernández N. y Sillero Sillero B.

Introducción. Se plantea el dilema de si es correcto intervenir a un paciente geriátrico teniendo en cuenta las dificultades que esto conlleva o no intervenir y proporcionar otros cuidados.

Objetivo. Evaluar el beneficio que facilita el equipo sanitario a los pacientes geriátricos con fractura en cuanto a la detección de problemas clínicos.

Metodología. Descriptivo-observacional, donde se expongan los procedimientos llevados a cabo por el personal sanitario de la unidad de cirugía.

Resultado. Aumento del éxito en cuanto a cirugía geriátrica gracias a unos profesionales del campo de la salud cuyo objetivo es proporcionar unos cuidados acordes a los principios de bioética y humanización de la calidad asistencial.

Conclusiones. El equipo médico, paciente y familiares deben decidir la posibilidad de tratamiento teniendo en cuenta que debe predominar la excelencia en el acto de cuidar y curar.

62. Cirugía menor ambulatoria en antebrazo: Carcinoma.

Rebollo Barragán E., Carretero Blanco R. y Durán Fernández E.

Descripción del caso. Mujer con antecedentes personales extensos y en concreto Pénfigo.

Pruebas complementarias. Biopsia tras crecimiento anormal de células tras flictena no resuelto en antebrazo.

Diagnóstico. En principio se sospechó de un flictena producido por el Pénfigo, posteriormente se pensó en un carcinoma basocelular y el diagnóstico final fue un carcinoma espinocelular.

Evolución. Durante varios meses se describe la evolución del flictena del antebrazo y la extirpación de las células de crecimiento anormal que tuvo durante la evolución del proceso hasta su sanación completa.

Conclusiones. Las enfermedades dérmicas pueden derivar en carcinomas con alto porcentaje de resolución.

63. Cirugía robótica: Historia y futuro.

Moreno García T., Navarro García C. y Lozano Sánchez S.

Introducción. La cirugía robótica es considerada por muchos como el futuro. Su desarrollo ha sido veloz, alcanzando numerosas ventajas que ayudan a mejorar las técnicas quirúrgicas.

Objetivo. Identificar la historia de la cirugía robótica, su evolución y las mejoras alcanzadas en la cirugía.

Metodología. Revisión bibliográfica, con unos criterios de inclusión y exclusión. Descriptores como: "cirugía", "robótica", "historia", "sistemas quirúrgicos", "enseñanza", "futuro". Un total de 15 artículos, de los que nos quedamos con tres.

Resultado y conclusión. La cirugía robótica no solo ha cambiado la forma de practicar la cirugía, sino también ha cambiado la forma de enseñar y de aprender a operar. Varios inconvenientes, tales como, el tamaño ya que limita el espacio en la sala quirúrgica.

Conclusiones. La cirugía robótica aún queda mucho por hacer, investigar y desarrollar, aunque los datos obtenidos son favorables.

64. Claves para enfermería en la hipertermia maligna.

Castillo Jiménez M., López Furión G. y Chávez Barroso C.

Introducción. La hipertermia maligna es un trastorno farmacogenético que afecta a individuos predispuestos y que puede resultar letal. Surge en respuesta a la exposición de anestésicos provocando un desorden muscular esquelético.

Objetivo. Detectar y actuar ante la aparición de síntomas de la hipertermia maligna en quirófano.

Metodología. Revisión bibliográfica y lectura crítica. Comprendida entre los años 2008-2018.

Resultado. La hipertermia maligna puede aparecer inmediatamente tras la administración de los agentes desencadenantes o incluso unas horas después de haber sido administrados. El tratamiento consiste en la suspensión inmediata del agente y la administración según pauta del anestésico de un fármaco específico: dantroleno.

Conclusiones. La mortalidad es elevada incluso a pesar de un correcto diagnóstico y tratamiento adecuado.

65. Colectomía laparoscópica versus abierta.

Fernández Fernández S.M., Cantón Rico V. y Abad Cárdenas M.M.

Introducción. La cirugía laparoscópica tiene hoy en día un uso estandarizado gracias a la baja morbilidad y rápida recuperación. Por su mínima agresión asociada a escaso dolor, corta hospitalización y pronta reinserción laboral.

Objetivos. Identificar los beneficios que aporta la cirugía laparoscópica frente a la cirugía abierta para la extirpación de la vesícula biliar.

Metodología. Revisión bibliográfica en bases de datos Scielo, Cuiden, Pub-Med...

Resultados. Realizando un análisis de los estudios actuales, llegamos a la conclusión que la cirugía laparoscópica es la cirugía de elección en nuestra sanidad. Esto conlleva muchos beneficios tanto para los pacientes como para la sanidad, ya que reduce el coste sanitario. Además de que la hospitalización del paciente es mucho menor, siendo normalmente de menos de 24 h; los gastos en material y coste quirúrgico.

Conclusiones. Llegamos a la conclusión que la cirugía laparoscópica es un procedimiento con menores complicaciones posoperatorias, menores gastos sanitarios, menor tiempo de recuperación del paciente tanto para el alta hospitalaria como para la incorporación a su vida laboral y habitual.

66. ¿Cómo influye la ascitis en la aparición de hernias inguinales?

Galiana Baca A.N., Urbano Domínguez E.R. y Rodríguez Arjona R.

Descripción del caso. Paciente de 60 años que acude a consulta de urgencias por dolor inguinal de semanas de evolución. Refiere que no puede soportar la clínica y que ha disminuido la ingesta con estreñimiento asociado. Afebril no náuseas ni vómitos. Antecedentes personales: NAMC, HTA, EPOC, Cirrosis hepática.

Pruebas complementarias. Paciente cociente y orientado, regular estado general, ictericia subconjuntival. Eupnéico en reposo. No signos de focalidad neurológica. Abdomen blando y depresible. Se palpa hepatomegalia e impresión de masa flanco derecho. Hernia inguinoescrotal izquierda no reductible dolorosa a la palpación.

Diagnóstico. Hernia inguinoescrotal izquierda.

Conclusiones. La ascitis es una complicación común en la cirrosis hepática, que provoca el aumento del líquido peritoneal. Los signos clínicos de la ascitis es un abdomen distendido que puede provocar hernias umbilicales e inguinales. En los adultos las causas principales de hernias inguinales son el aumento crónico de la presión intraabdominal.

67. Cómo valorar el dolor en un paciente con demencia y fractura de cadera.

Mata Moreno L., Núñez Fernández N. y Sillero Sillero B.

Introducción. La mayoría de las fracturas de cadera suceden en personas mayores aumentando el riesgo cuando a la persona la acompaña una demencia. La dificultad para relacionarse con el medio hace que sea más complicado detectar los síntomas. Es fundamental utilizar mecanismos basados en comportamientos ante el dolor para detectarlos.

Objetivo. Evaluar el dolor mediante la implantación de las escalas validadas PAINAD, Campbell y CNPI.

Metodología. Plan de cuidados estandarizado y cuestionarios de valoración (arriba mencionados).

Resultado. Implantar un plan de cuidados para estos pacientes con el objetivo de mejorar la calidad y seguridad de los mismos.

Conclusiones. Las fracturas de cadera son un problema grave que empeora cuando el paciente es mayor y tiene algún tipo de demencia, para detectar los síntomas en la mayoría de los casos debemos confiar en la información que nos da el propio paciente y en las apreciaciones del personal sanitario.

68. Complicación posoperatorio inmediato: Shock hipovolémico.

Granados Navas A., Serrano Blanco M.D. y Moya Granados R.

Introducción. Shock hipovolémico causado por reducción considerable de volumen circulatoria intravascular. Existen dos tipos: hemorrágico (pérdida sanguínea) o no hemorrágico (pérdida de plasma y/o electrolitos).

Objetivos. Describir causas, signos y síntomas, diagnóstico, valoración y cuidados enfermeros.

Metodología. Biblioteca Cochrane Plus.

Resultados. El politraumatismo y los vómitos, principales causas del shock hipovolémico hemorrágico y no hemorrágico, respectivamente. Hipoperfusión (analítica) manifestación clínica más relevante. Valoración y cuidados enfermeros destacan: monitorización presión venosa central, fluidoterapia y/o hemoderivados (reposición) y control temperatura corporal.

Conclusiones. Shock hipovolémico requiere atención emergente por los profesionales sanitarios.

69. Complicaciones asociadas a la cirugía por laparoscopia.

López Furión G., Chávez Barroso C. y Castillo Jiménez M.

Introducción. La cirugía por laparoscopia es una cirugía considerada de mínima invasión, con múltiples beneficios posoperatorios para el paciente, aunque a veces puede presentar complicaciones con diferentes grados de gravedad.

Objetivo. Describir las diferentes complicaciones posoperatorias que puede presentar la cirugía vía laparoscópica en el paciente.

Metodología. Revisión bibliográfica de diversos libros relacionados con las complicaciones posquirúrgicas de la cirugía laparoscópica y en base de datos de Google académico y Scielo.

Resultado. Se pueden presentar complicaciones asociadas al capnoperitoneo, complicaciones relacionadas con la aguja de veress y trócares y complicaciones cardiovasculares.

Conclusiones. La cirugía laparoscópica es una modalidad quirúrgica muy utilizada debido a las numerosas ventajas que ofrece en la mayoría de los casos, sin embargo, el procedimiento no está exento de riesgos quirúrgicos.

70. Complicaciones de la cirugía menor en atención primaria.

Sánchez Fernández S.M., Torregrosa Galera M.I. y Rodríguez López C.

Introducción. La cirugía menor se define como un conjunto de intervenciones quirúrgicas que se realizan sobre estructuras superficiales, y que pueden solucionarse de forma sencilla una serie de lesiones traumáticas.

Objetivo. Describir las complicaciones derivadas de las intervenciones quirúrgicas a nivel de cirugía menor.

Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane Library y Google Académico desde el 2010 hasta 2017.

Resultado. Complicaciones intraoperatorias: Locales. Dolor. Lesión neural. Dolor tisulares. Sistémicas. Toxicidad por sobredosis. Reacción alérgica o anafiláctica. Hemorragia. Complicaciones posoperatorias. Hemorragia. Infecciones. Hiperpigmentación. Alteraciones de la cicatrización.

Conclusiones. Es necesario contar con profesionales competentes en las prácticas de intervenciones quirúrgicas de cirugía menor, con la infraestructura, recursos y materiales necesarios para poder garantizar las condiciones de seguridad necesarias a fin de minimizar las complicaciones.

71. Complicaciones de un paciente tras la colocación de una prótesis de rodilla: Caso clínico.

Boyer Posadas R. y Pulgarín Vilches S.

Descripción del caso. Hombre de 73 años con obesidad, hipertensión y dislipemia, intervenido de una artroplastia total de rodilla izquierda en los 12 días anteriores. Acude a urgencias por persistencia del dolor, inflamación y visible hematoma en el gemelo izquierdo. En la exploración se puede observar edema endurecido desde la rodilla, hematoma en hueco poplíteo y gemelo izquierdo, a la palpación se detecta pulso poplíteo expansivo con pie en equino.

Pruebas complementarias. Ecografía-doppler y angioTAC con contraste.

Diagnóstico. Pseudoaneurisma poplíteo permeable.

Evolución. El paciente fue intervenido con carácter de urgencia mediante abordaje femoral y colocación de un stent. Continúa en seguimiento y en tratamiento con antiagregantes de forma indefinida, continúa en rehabilitación correspondiente a la cirugía de rodilla.

Conclusiones. La cirugía convencional consiste en realizar una ligadura del aneurisma y reconstrucción con by-pass, la terapia vascular con stent es una alternativa válida para tratar este tipo de lesiones.

72. Complicaciones metabólicas de la cirugía bariátrica como tratamiento de la obesidad mórbida.

Morales Gómez A.M., Martínez Rubio M. y Castilla Nieto R.

Introducción. El tratamiento de elección para la obesidad mórbida es la cirugía bariátrica.

Objetivo. Analizar las posibles complicaciones metabólicas después de la cirugía bariátrica.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos de salud (Cuiden, Scielo, Cinahl) de 2011 a 2018. Descriptores: cirugía bariátrica, complicaciones, efectos adversos y obesidad mórbida. Operador booleano AND.

Resultado. Las complicaciones de la cirugía bariátrica se relacionan con la malabsorción de los micronutrientes por las modificaciones anatómicas del tracto digestivo. La más frecuente es la anemia por el déficit de absorción del hierro, ácido fólico y vitamina B12. Cabe destacar el déficit de calcio, vitamina D y cobre por sus complicaciones como el hiperparatiroidismo.

Conclusiones. Para evitar las deficiencias nutricionales, el facultativo realizará controles nutricionales al paciente intervenido durante toda su vida, recomendándole complementos polivitamínicos específicos según sus necesidades.

73. Complicaciones posoperatorias en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o asma.

López Furión G., Castillo Jiménez M. y Chávez Barroso C.

Introducción. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad que afecta a los bronquios y a los pulmones, destruyendo los alvéolos que lo forman, provocando una obstrucción del paso del aire. Su etiología está íntimamente ligada al tabaco. El asma también afecta a los bronquios, desencadenando episodios de estrechamiento, pero no está relacionada con el tabaco y no presenta las lesiones del pulmón.

Objetivo. Determinar las complicaciones posoperatorias que pueden aparecer en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma.

Metodología. Revisión bibliográfica en libros de práctica clínica y lectura crítica en artículos seleccionados en las bases de datos (google académico y scielo) sobre las complicaciones posquirúrgicas.

Resultado. Pueden aparecer hipoxemia, broncoaspiración, atelectasia, obstrucción respiratoria alta, neumonía nosocomial, embolia pulmonar entre otras.

Conclusiones. La frecuencia de las complicaciones perioperatorias en el asma es mucho menor que en pacientes con EPOC.

74. Control de la ansiedad en el paciente quirúrgico.

Millán García G.M., Jiménez Conejo A.B. y Montero Gálvez L.

Introducción. De forma global todos los pacientes quirúrgicos presentan un comportamiento ansioso; necesidad que la enfermera puede cubrir fácilmente resolviendo dudas de manera individual.

Objetivo. Analizar y conocer la importancia del papel de enfermería para el manejo de la ansiedad en el paciente quirúrgico.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica a través de la BVS, descriptores: ansiedad, atención de enfermería, relaciones enfermero-paciente, enfermería de quirófano, enseñanza individual.

Resultado. Los trastornos de la ansiedad deben tratarse de manera individual, si bien los protocolos pueden ayudar al profesional, nunca deben ir separados de una entrevista personal. La enseñanza a los profesionales sanitarios en el modo de comunicarse de manera precisa, efectiva e inocua, evitaría el estrés de una mala comunicación.

Conclusiones. Al aumentar la información y formación de los pacientes, disminuye la ansiedad y aumenta el grado de satisfacción, confort y calidad, por lo que esta intervención de enfermería se considera una acción de mejora de calidad asistencial.

75. Control de la asepsia en el procedimiento de las vías centrales.

Durán Fernández E., Carretero Blanco R. y Rebollo Barragán E.

Introducción. Una vía central en un puerta de entrada a nuestro organismo.

Objetivo. Visualizar el control y la importancia de la asepsia.

Metodología. Mediante el portal medline plus.

Resultado. Control y procedimiento de asepsia el cuál se lleva a cabo en la inserción del catéter.

Conclusiones. Importancia de la labor de la enfermería a la hora de llevar a cabo dicha asepsia.



76. Coste y efectividad de las intervenciones quirúrgicas por cesárea.

López Esteve E., García Lobato M. y Puche Vázquez M.

Objetivo. Definir los costes y la efectividad de las cesáreas en mujeres adultas.

Metodología. Revisión bibliográfica de estudios con los criterios de inclusión (2015-2018) e idiomas español y exclusión. La búsqueda tuvo lugar con la base de datos Scielo.

Desarrollo. La cesárea reduce la mortalidad materna aunque incrementa las posibles complicaciones posparto. El recién nacido sufre posibles complicaciones respiratorias, así como circulatorias. La cesárea se relaciona con costos económicos, humanos, secuelas y afectaciones que determinan la vida del feto y de la madre. Otros estudios afirman que reducen la morbilidad en un 5%. En temas económicos, una cesárea es más costosa desde la preparación del quirófano hasta los cuidados posquirúrgicos, que requieren una atención más especializada.

Conclusión. El proceso quirúrgico de las cesáreas ocasiona un costo elevado. Es necesario investigar las circunstancias costo-efectivas más favorables para el desarrollo de una cesárea.

77. Cross linking vs anillos intracorneales en el tratamiento para el queratocono. Revisión bibliográfica.

Fuentes Fuentes R., Palacios Salguero R. y Torres Sojo N.

Introducción. El queratocono puede ser progresivo y provoca astigmatismo irregular. Los casos más severos pueden terminar con trasplante de córnea como única solución. El cross linking corneal logra aumentar la rigidez de la córnea y los anillos intracorneales frenan los defectos refractivos que provoca.

Objetivo. Determinar mediante revisión bibliográfica la efectividad del cross linking frente a los anillos intracorneales como tratamiento del queratocono.

Metodología. Búsqueda bibliográfica a través de diversas bases de datos.

Resultados. Ambos métodos mejoran la regularidad de la córnea y de la visión. Los resultados son superiores a los obtenidos con el trasplante de córnea. Efecto adverso reportado después de cross-linking: edema corneal. Efectos adversos de los anillos: extrusión del anillo y queratitis.

Conclusiones. Ambos tratamientos se confirman como una alternativa efectiva para prevenir y evitar el trasplante de córnea.

78. Cuidados al enfermo renal intervenido para la creación de una fistula arteriovenosa.

Segura Molina A.B., Galera Guzmán M.C. y López Rodríguez A.I.

Introducción. La fistula arteriovenosa consiste en establecer una unión entre una arteria y una vena, que dará lugar a un gran flujo de sangre (thrill).

Objetivo. Nuestro objetivo es proporcionar información sobre los cuidados de la fistula arteriovenosa, con el fin de promover una asistencia de calidad y una mayor seguridad asistencial.

Metodología. Se ha realizado una revisión de la literatura científica de los últimos 10 años en las bases de datos MedLine y Scopus, que se amplió con el buscador "google académico" sobre los cuidados de las fistulas arteriovenosas.

Resultados. En la literatura evidencia que los cuidados de la fistula arteriovenosa, que han de comenzar en el periodo posquirúrgico inmediato, incluyen todas las actuaciones realizadas por el equipo multidisciplinar y el propio paciente, que tienen como principal objetivo conseguir el desarrollo óptimo y el mantenimiento adecuado del acceso arteriovenoso.

Conclusiones. El conocimiento, por parte tanto del personal sanitario como del propio paciente, de los cuidados de la fistula arteriovenosa, es fundamental para garantizar mantenimiento del acceso vascular, aumentando la calidad y la seguridad asistencial.

79. Cuidados de enfermería a paciente traqueostomizado.

Román Espinosa D., Vega Sevilla M. y Trinidad Ferrer R.

Introducción. La traqueostomía es una intervención muy eficaz, supone una agresión física y psíquica que afecta a la integridad de la propia imagen de la persona.

Objetivo. Implantar un protocolo de actuación sobre los cuidados de enfermería necesarios para velar por el estado de salud de estos pacientes y evitar así posibles complicaciones.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre los cuidados de paciente con traqueotomía utilizando descriptores como: "protocolo", "traqueostomía", "cuidados", "enfermería".

Resultado. Un correcto uso del protocolo establecido por el equipo médico asegura la correcta actuación ante este tipo de pacientes evitando posibles complicaciones.

Conclusiones. La traqueostomía es una intervención quirúrgica que permite la comunicación directa de la tráquea y las vías respiratorias y dicha intervención solo se pueden realizar en un centro hospitalario.

80. Cuidados de enfermería al paciente intervenido de tiroidectomía.

Gómez Tortosa J.M., García Roldán S. y Esturillo Jiménez M.

Introducción. La tiroidectomía es la intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del tiroides, esta puede ser parcial o total.

Objetivo. Identificar cuales son los cuidados necesarios para los pacientes intervenidos por una tiroidectomía.

Metodología. Se realiza una revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre cuáles son los cuidados necesarios para los pacientes intervenidos por una tiroidectomía por parte del personal de enfermería.

Resultado. Dieta normal progresiva, controlar las constantes vitales por turnos, el paciente debe deambular lo antes posible ...

Conclusiones. El personal de enfermería debe de estar lo suficientemente preparado para identificar posibles complicaciones en este tipo de pacientes.

81. Cuidados de enfermería al paciente portador de drenaje torácico.

Boyer Posadas R. y Pulgarín Vilches S.

Introducción. Tras realizar una cirugía torácica es común el uso de drenajes torácicos para liberar la cavidad pleural o mediastino de la presencia, ya sea anómala o debida al procedimiento quirúrgico, de aire, sangre o líquido excesivo, y así permitir la expansión pulmonar.

Objetivo. Analizar el correcto manejo por parte del personal de enfermería del paciente portador de drenaje torácico.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos sobre cuidados de enfermería en pacientes portadores de drenaje torácico como: Pubmed, Cuiden, Scielo, Medline y Medes.

Resultado. El drenaje torácico merece un seguimiento exhaustivo dada su localización. El mantenimiento del drenaje torácico tiene como complicaciones: obstrucción del drenaje torácico, desconexión y salida accidental del drenaje, enfisema subcutáneo, dolor, etc.

Conclusiones. Es imprescindible una correcta formación del personal de enfermería en el manejo del drenaje torácico.

82. Cuidados de enfermería al paciente posquirúrgico: analgesia epidural.

Boyer Posadas R. y Pulgarín Vilches S.

Introducción. En la actualidad, el uso de analgesia administrada de forma continua a través de un catéter epidural es cada vez una técnica más utilizada para el control del dolor perioperatorio.

Objetivo. Valorar el correcto manejo del dolor perioperatorio.

Metodología. Búsqueda bibliográfica sobre analgesia epidural en diversas bases de datos como: Pubmed, Cuiden, Scielo y Medline.

Resultado. El personal de enfermería es el encargado de realizar las curas de la zona de punción de forma estéril. Las principales complicaciones que se pueden observar son hipotensión, depresión respiratoria, retención urinaria, lumbalgia, cefalea, etc.

Conclusiones. Es el personal de enfermería el que estará presente en todo el proceso (colocación, mantenimiento y retirada), por ello, el conocimiento de la técnica por parte del personal de enfermería contribuirá a un correcto manejo de este dispositivo.

83. Cuidados de enfermería al recién nacido con CIR (Crecimiento Uterino Retardado).

Vázquez Pérez A., Rodríguez Roela C.R. y Pavón Reyes J.M.

Introducción. El Crecimiento Uterino Retardado (CIR) se refiere a un retraso en el aumento de número y/o tamaño de células durante el embarazo.

Objetivo. Describir y analizar los cuidados enfermeros al recién nacido con CIR.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en la base de datos Scielo, Pubmed y Lilacs durante los últimos cinco años.

Resultado. Los diagnósticos de enfermería que más frecuente encontramos en neonatos con CIR son: Termorregulación ineficaz. Riesgo de función respiratoria ineficaz. Riesgo de infección. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. Riesgo de conflicto del rol parental.

Conclusiones. Los recién nacidos con crecimiento uterino retardado, además de los cuidados generales, tienen algunas necesidades específicas que deben ser tratadas. Desde enfermería, es importante realizar la valoración, diagnósticos y plan de cuidados para ofrecer unos cuidados completos y satisfactorios.

84. Cuidados de enfermería ante una prótesis de cadera: Caso clínico.

Roldán Martín P., Rodrigo López Doña F. y Torrebejano Anguita J.

Descripción del caso. Varón de 70 años y antecedentes personales: HTA y colesterolemia. Ingresó para intervención quirúrgica programada por coxartrosis de cadera izquierda.

Pruebas complementarias. Se realiza una valoración de enfermería según Virginia Henderson y se realiza un preoperatorio completo y valoración por anestesia.

Diagnóstico. Al ser una operación programada, el diagnóstico definitivo es coxartrosis de cadera izquierda ya diagnosticada. Diagnósticos de enfermería a destacar: Ansiedad debido a la percepción de amenaza y su estado de salud. Riesgo de infección debido a la operación. Riesgo de lesión perioperatoria. Dolor debido a su enfermedad.

Evolución. El diagnóstico que más se marcó fue el de dolor que con analgesia se calmó.

Conclusiones. Lo más importante en este tipo de pacientes es calmar en la medida de lo posible la ansiedad y que personal como enfermería puede actuar frente a ello.

85. Cuidados de enfermería en el paciente intervenido de hernia umbilical.

Cabrera Molinero M.A., Ruiz Yébenes M.P. y Serrano Jurado S.

Introducción. La cirugía es el único tratamiento con el que se puede reparar una hernia de manera permanente. En la operación, se asegura el tejido debilitado de la pared abdominal (fascia) y se cierra cualquier agujero.

Objetivo. Prevenir complicaciones posquirúrgicas. Educar al paciente en signos de alarma posoperatorias.

Metodología. Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos y buscadores de evidencia científica: guiasalud, PubMed y Mediline Plus.

Resultado. Toma de constantes vitales. Administración de medicación. Vigilar herida (hemorragia). Controlar micción. Iniciar tolerancia líquida. Proporcionar conocimientos al alta.

Conclusiones. Con la realización de este plan de cuidados se logra disminuir la ansiedad y el dolor del paciente y controlar las posibles complicaciones que puedan surgir tras la cirugía. Educar al paciente en cuidados necesarios para una buena recuperación, así como también a detectar la presencia de hernia umbilical.

86. Cuidados de enfermería en el síndrome de reabsorción pos-RTU.

Castillo Jiménez M., Chávez Barroso C. y López Furión G.

Introducción. La resección transuretral (RTU) es el tratamiento quirúrgico de elección en la hiperplasia benigna de próstata en pacientes cuando no responden de forma favorable a los medicamentos y también en la neoplasia vesical.

Objetivo. Conocer los signos y síntomas del síndrome de reabsorción pos-RTU. Detectar y prevenir las complicaciones del síndrome de reabsorción pos-RTU.

Metodología. Revisión bibliográfica y lectura crítica. Compreendida entre los años 2010-2018.

Resultado. El síndrome pos-RTU se desarrolla durante la intervención o en el posoperatorio inmediato. La vigilancia de enfermería es vital para la detección precoz. Para prevenir el síndrome pos-RTU podemos intervenir sobre Tiempo de la resección, Tamaño de la glándula, La presión hidrostática sobre el lecho prostático.

Conclusiones. Debemos prevenir la aparición del síndrome controlando: el tiempo de la resección, La presión hidrostática sobre el lecho prostático y control del balance hídrico.

87. Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos por apendicitis aguda.

Samaniego Martínez M.J., Pérez Velasco A. y Talero Gutiérrez E.M.

Descripción del caso. Mujer de 35 años que acude al servicio de urgencias por un fuerte dolor abdominal de varias horas de evolución. No refiere vómitos.

Pruebas complementarias. A la llegada se procede a la medición de constantes vitales y extracción de analítica de sangre. Abdomen blando y depreciable doloroso a la palpación.

Diagnóstico. Riesgo de infección (00004) relacionado con procedimientos invasivos. Dolor agudo (00132) relacionado con agentes lesivos (físicos) y manifestado por observación de evidencias, posición antiálgica para evitar el dolor y conducta expresiva.

Conclusiones. Es necesario conocer las molestias normales que un paciente puede experimentar en el posoperatorio y, por tanto, las medidas y cuidados que se deben adoptar para una adecuada atención de enfermería. El uso del Proceso de Atención de Enfermería nos permitirá crear un plan de cuidados centrado en las respuestas del paciente.

88. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Artroplastia total de rodilla.

Chávez Barroso C., Castillo Jiménez M. y López Furión G.

Descripción del caso. Paciente de 78 años que ingresa en la planta de Traumatología tras ser intervenida de artroplastia total de rodilla derecha.

Pruebas complementarias. Valoración de enfermería tras intervención quirúrgica y valoración del estado de la herida quirúrgica.

Diagnóstico. Artroplastia total de rodilla derecha.

Evolución. Realización de Plan de cuidados de enfermería individualizado.

Conclusiones. El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta fundamental para el personal de enfermería que permite una visión holística, permitiendo una atención integral y unos resultados positivos para el paciente, todo ello bajo una estricta metodología científica.

89. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Colectectomía laparoscópica.

Chávez Barroso C., López Furión G. y Castillo Jiménez M.

Descripción del caso. Paciente de 53 años que ingresa en la unidad de Cirugía General tras intervención programada de Colectectomía Laparoscópica.

Pruebas complementarias. Valoración de enfermería tras intervención quirúrgica. Valoración del estado de la herida quirúrgica.

Diagnóstico. Colectectomía laparoscópica.

Evolución. Plan de cuidados de enfermería individualizado.

Conclusiones. El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta fundamental para el personal de enfermería que permite una visión holística, permitiendo una atención integral y unos resultados positivos para el paciente, todo ello bajo una estricta metodología científica.

90. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Parto eutócico.

Chávez Barroso C., López Furión G. y Castillo Jiménez M.

Descripción del caso. Paciente de 26 años que ingresa en planta de Ginecología/obstetricia tras parto eutócico.

Pruebas complementarias. Valoración ginecológica y valoración de la episiotomía.

Diagnóstico. Parto eutócico.

Evolución. Plan de cuidados de enfermería individualizado.

Conclusiones. El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta fundamental para el personal de enfermería que permite una visión holística, permitiendo una atención integral y unos resultados positivos para el paciente, todo ello bajo una estricta metodología científica.

91. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Peritonitis fecaloidea.

Chávez Barroso C., Castillo Jiménez M. y López Furión G.

Descripción del caso. Paciente de 49 años que ingresa en Reanimación tras ser intervenida quirúrgicamente de peritonitis fecaloidea con necrosis intestinal a la que se le realiza una ostomía y una reconstrucción quirúrgicas.

Pruebas complementarias. Valoración de enfermería tras intervención quirúrgica.

Diagnóstico. Peritonitis fecaloidea con necrosis intestinal.

Evolución. Plan de cuidados de enfermería individualizado.

Conclusiones. El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta fundamental para el personal de enfermería que permite una visión holística, permitiendo una atención integral y unos resultados positivos para el paciente, todo ello bajo una estricta metodología científica.

92. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Plastia inguinal.

Chávez Barroso C., López Furión G. y Castillo Jiménez M.

Descripción del caso. Paciente de 61 años que ingresa en la planta de Cirugía tras ser intervenido quirúrgicamente de una hernia inguinal izquierda esta mañana.

Pruebas complementarias. Valoración de enfermería tras intervención quirúrgica y Valoración del estado de la herida quirúrgica.

Diagnóstico. Plastia inguinal izquierda.

Evolución. Plan de cuidados de enfermería individualizado.

Conclusiones. El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta fundamental para el personal de enfermería que permite una visión holística, permitiendo una atención integral y unos resultados positivos para el paciente, todo ello bajo una estricta metodología científica.

93. Cuidados de enfermería pre y posoperatorio en pediatría.

Montesinos Olaya C.B., Cabrera Gómez M.B. y Vega Moreno M.M.

Introducción. Las intervenciones quirúrgicas son una fuente de estrés para los niños, dando lugar a ansiedad. Se debe contar con el personal y las habilidades adecuadas para hacer llevadera la situación. Cobra importancia el papel que desempeña la enfermería.

Objetivo. Conocer los cuidados de enfermería pre y posquirúrgicos en pediatría.

Metodología. Revisión sistemática de estudios publicados entre los años 2015-2018. La búsqueda se realizó en: Cochrane, ScIELO y Elsevier, utilizando como descriptores MeSH: cuidados, pre operatorio, enfermería, posoperatorio. Encontramos 10 artículos y nos quedamos con 2 tras aplicar criterios de inclusión.

Resultado. Cuidados más importantes de enfermería en el proceso pre y posoperatorio: Detectar la ansiedad del niño y sus padres, intentar disminuirla mediante juegos y permitir que los padres permanezcan al lado del niño siempre que sea posible.

Conclusiones. La enfermera ofrece apoyo físico y psicológico al niño y sus padres por lo que es imprescindible una educación sanitaria adecuada.

94. Cuidados de enfermería prequirúrgicos: Parto.

Chávez Barroso C., Castillo Jiménez M. y López Furión G.

Descripción del caso. Paciente de 31 años que acude a urgencias ginecológicas por dolor intenso abdominal y contracciones regulares.

Pruebas complementarias. Registro cardiotocógrafo fetal y tacto vaginal.

Diagnóstico. Inicio fase activa de parto.

Evolución. Plan de cuidados de enfermería individualizado.

Conclusiones. El Proceso de Atención de Enfermería constituye una herramienta fundamental para el personal de enfermería que permite una visión holística, permitiendo una atención integral y unos resultados positivos para el paciente, todo ello bajo una estricta metodología científica.

95. Cuidados de enfermería tras IQ de fractura de cadera en una anciana.

López Doña F.R., Torrebejano Anguita J. y Roldán Martín P.

Descripción. Se trata de una señora de 78 años de edad con varias enfermedades, y que tiene una fractura cerrada de cadera.

Valoración. Percepción: refiere encontrarse regular, desconoce cuales son las pautas a seguir ahora. Tiene otros problemas de salud anteriores a la fractura. Actividad: tiene limitada la movilidad debido a la fractura de cadera. Cognitivo: Actualmente sufre dolor ligero, localizado en la cadera. Autocontrol: la paciente refiere sentir ansiedad, dice ser por no saber cómo será su progresión.

Diagnósticos. Gestión ineficaz de la propia salud (00078). Deterioro de la ambulación (00088). Temor (00148). Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062).

Conclusiones. Se trata de una patología bastante frecuente en el anciano, y que en muchas ocasiones no se trata de la manera adecuada y los pacientes no llegan a rehabilitarse por completo. Es importante destacar la importancia de AP en estos de casos para hacer un seguimiento más continuado de la paciente y asegurarnos que cumple con las pautas marcadas.

96. Cuidados de enfermería tras una cesárea.

Jiménez Ternero J.V.

Introducción. La cesárea es una intervención quirúrgica que se realiza para extraer al bebé y la placenta del útero materno por imposibilidad de un parto vaginal.

Objetivos. Identificación de los cuidados enfermeros en la cesárea.

Metodología. Revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos, así como el directorio de revistas con acceso abierto, seleccionando aquellos trabajos que cumplieran los criterios de inclusión. Los descriptores empleados han sido: Enfermería en Salud Comunitaria, Cesárea, Histerotomía.

Resultados. Vigilar constantes vitales. Cura de herida quirúrgica. Revisar retracción uterina. Manejo del dolor. Asesoramiento sobre lactancia materna. Cuidados del catéter urinario. Controlar sangrado vaginal e infecciones. Recomendaciones posquirúrgicas. Promoción del autocuidado.

Conclusiones. Para ofrecer unos cuidados de calidad, así como atención integral, en caso de cesárea, es necesario que el personal de Enfermería esté altamente cualificado y con una visión específica de los cuidados prestados.

97. Cuidados de enfermería: Una niña de 6 años afectada por mordedura de perro.

Gamero Sánchez J., Ortega Sánchez D. y Guisado Lozano A.

Objetivo. Conocer la idiosincrasia de la mordedura canina en el niño, su tratamiento y evolución.

Metodología. Se ha expuesto un caso de una niña tratada en un Hospital de Europa. Se consultó artículos originales de casos similares y manual de procedimientos quirúrgicos pediátricos actualizados, en lengua castellana e inglés.

Desarrollo. Exponemos el caso de una niña atacada por perro ocasionándole lesiones en cara, mandíbula, y cavidad oral. Tratada por el equipo multidisciplinar se realizó sutura de las lesiones: colchonero semio culto, laceraciones con técnica Blair Donati y sutura simple. Curas tópicas de las lesiones y abrasiones según protocolo, evolucionando favorablemente, y recuperando plena capacidad funcional de la cavidad oral, sin secuelas al alta.

Conclusiones. Las mordeduras de perro pueden llegar a causar problemas estructurales y dentales según tipo de mordedura y gravedad de la misma, siendo tratadas por el equipo multidisciplinar de forma temprana y eficaz evitarán secuelas.

98. Cuidados de UPP en paciente con ictus.

Naranjo González M.V., Naranjo González A.B. y Ortiz Torres M.J.

Descripción del caso. Paciente de 73 años que padece una hemiplejía producida por ictus. Debido a la inmovilidad padece una lesión en la piel.

Pruebas complementarias. Observación de la úlcera: Úlcera superficial que tiene aspecto de ampolla. Dimensión: 5 centímetros de diámetro. Estado de la piel: macerada. Borde: irregular. Sin exudado ni signos de infección.

Diagnóstico. UPP de grado II.

Conclusiones. Tras diagnosticar una UPP de grado II se hacen las siguientes recomendaciones: Aliviar la presión usando colchón y cojines anti-escaras. Una buena alimentación rica en proteínas y un buen aporte hídrico. La limpieza de la herida se hace con suero salino isotónico. Evitar la fricción en la limpieza y el secado. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (corpitol).

Clasificación de las úlceras por presión según el grado de afectación tisular

GRADOS	AFECTACIÓN	OTRAS CARACTERÍSTICAS
GRADO I	EPIDERMIS ÍNTEGRA	Color rojo/morado. En piel intacta, puede presentar tenderness, eritema circunscrito. Episodio máximo = 24 horas. Si se trata se mantiene así bajo la presión de la lesión.
GRADO II	PROFUNDAS Y DEBILITADAS	Heridas o erosiones circunscritas y profundas.
GRADO III	TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Heridas profundas. Puede haber exudado seroso/sanguinolento. Puede aparecer necrosis y coqueo.
GRADO IV	MÚSCULO. SE PUEDEN ALCANZAR ARTICULACIONES	Siglos necrosis o exudado abundante. Puede aparecer necrosis y coqueo.

Tabla 3. Clasificación de las úlceras por presión según el grado de afectación tisular.

En ocasiones, solo al retirar la placa de tejido necrótico, somos capaces de valorar el estado en que se encuentra la úlcera.

No existe una regimetría en el estadios de las úlceras en su evolución favorable.

99. Cuidados e intimidad en el área hospitalaria.

Mata Moreno L., Núñez Fernández N. y Sillero Sillero B.

Introducción. Se realizan encuestas tanto a pacientes como a trabajadores sanitarios de manera anónima y se recogen del mismo modo.

Objetivo. Tener claro los conocimientos sobre intimidad tanto el paciente como el profesional.

Metodología. Se realizan encuestas tanto a pacientes como a trabajadores sanitarios de manera anónima y se recogen del mismo modo.

Resultado. Tanto en las encuestas realizados a profesionales como a pacientes se observa una falta de conocimientos en el contenido del tema.

Conclusiones. En general los conocimientos sobre el tema son limitados y aunque los pacientes en general no sienten vulnerada su intimidad en ocasiones confunden el confort con situaciones que desafortunadamente acaban siendo cotidianas.

100. Cuidados en el posoperatorio inmediato del paciente con trasplante cardíaco.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Introducción. El trasplante cardíaco es uno de los tratamientos de elección en las cardiopatías graves, que no responde a tratamiento farmacológico ni quirúrgico y que tengan una esperanza inferior a un año.

Objetivo. Identificar los cuidados de enfermería en el posoperatorio inmediato del paciente con TC.

Metodología. Para realizar la revisión bibliográfica se consultaron las bases de datos de, Medline, Cuiden, Cinahl, Scopus, Dialnet, Scielo.

Resultados. Los cuidados de enfermería en el PI del paciente con TC se centran en cubrir las necesidades respiratorias y hemodinámicas del paciente siendo los cuidados respiratorios y hemodinámicos, para así poder detectar e intervenir precozmente ante cualquier complicación potencial que pueda presentarse.

Conclusiones. Los cuidados que brinda enfermería durante el PI del TC tienen una importancia indiscutible, permitiendo satisfacer no solo los aspectos fisiológicos, sino también los aspectos psicológicos y sociales del paciente.

101. Cuidados enfermeros a pacientes postmastectomía.

López Rivas L.

Introducción. Actualmente, el cáncer de mama es la primera causa de muerte en el sexo femenino por neoplasia en todo el mundo. Aún, no hay un tratamiento específico, pues se trata en ocasiones con radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia o cirugía.

Objetivo. Analizar los cuidados enfermero que requiere una mujer post mastectomía.

Metodología. Se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Scielo usando como DeCS cuidados, mastectomía, enfermería.

Resultado. El rol que debe desempeñar la enfermera consistirá en: la monitorización y aplicar oxigenoterapia. Se administrará el tratamiento pausado y se comprobará la recuperación sensitiva y motora. Además, vigilará la herida quirúrgica, sin olvidar escuchar a la paciente e intentar minimizar su ansiedad.

Conclusiones. El rol enfermero principal es conseguir que la enferma esté confortable, con la mínima ansiedad posible y controlando que la evolución es positiva y vuelve al estado basal, avisando al facultativo responsable de cualquier alteración posible.

102. Cuidados enfermeros ante pacientes en decúbito prono.

López Rivas L.

Introducción. La posición decúbito prono (DP) es empleada en las unidades de cuidados intensivos (UCI) cuando el enfermo presenta el Síndrome de Destrés Respiratorio Agudo (SDRA).

Objetivo. Exponer los cuidados enfermeros necesarios para evitar las complicaciones del decúbito prono.

Metodología. Se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane y Scielo usando como DeCS decúbito prono, cuidados, enfermería.

Resultado. La repercusión del DP respecto a la oxigenación es favorable, aumentando la PO_2 un 60-80% de los pacientes con SDRA. Para poder colocar al enfermo en esta posición, se necesitan 6 profesionales. Algunos riesgos asociados a este procedimiento son la ex intubación orotraqueal, la pérdida de catéteres... Además al paciente le pueden salir edemas o úlceras por presión. Para evitarlo, se deben colocar almohadas y apósitos hidrocolooides en las zonas más sensibles.

Conclusiones. La presencia de protocolos que guíen el trabajo del personal enfermero es garantía de seguridad para el paciente y calidad del trabajo.

103. Cuidados enfermeros en caso clínico de dermatitis periestomal tras colostomía.

Berni Ruiz C., Berni Ruiz R. y López Guisado M.I.

Descripción del caso. Tras intervención quirúrgica por neoplasia maligna rectal, se confecciona una colostomía que comienza a funcionar a las 48 horas colocándose dispositivo de 2 piezas (lamina y bolsa). A los 5 días, se detecta dermatitis periestomal a pesar de las curas con agua y jabón y cambios de bolsa.

Pruebas complementarias. Se detectan fugas a través del dispositivo de dos piezas y se procede a cambiar la cura con apósito hidrocoloide, dispositivo de una sola pieza al cual se adapta mejor junto con polvos de sellado y cinturón de sujeción.

Diagnóstico. Dermatitis periestomal.

Conclusiones. Buena evolución tras cambio de cura y dispositivo de sellado.

104. Cuidados enfermeros en el tratamiento de úlcera sacrocoxígea (Estadio III).

Berni Ruiz C., Berni Ruiz R. y López Guisado M.I.

Descripción del caso. Paciente geriatra de 81 años, encamado y con antecedentes de ACV con hemiplejía izquierda es ingresado en medicina interna por deterioro del nivel de conciencia y tiene una úlcera sacrocoxígea (estadio III) de un mes de evolución.

Pruebas complementarias. Exploración física, analítica y cultivo del lecho de la herida.

Diagnóstico. Úlcera sacrocoxígea estadio III y deterioro cognitivo secundario a coma hiperosmolar en paciente no diabético.

Evolución. Satisfactoria.

Conclusiones. El encamamiento prolongado y la incontinencia urinaria/fecal son dos factores predisponentes de las úlceras por presión. Los cambios posturales y una higiene adecuada previenen su aparición.

105. Cuidados enfermeros en pacientes con fijador óseo externo.

Jiménez Ternero J.V.

Introducción. El tratamiento con fijador externo óseo permite la vigilancia de la herida y del miembro afectado, así como la movilidad articular temprana, disminuyendo por tanto, la pérdida de musculatura y evitando la edematización del miembro afecto.

Objetivo. Identificar los cuidados enfermeros a los pacientes con fijación ósea externa.

Metodología. Revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos. En todos los casos, se aplicó un filtro de idioma y temporal. Los descriptores empleados han sido: Atención de Enfermería, Fijadores Externos, Fijación de Fractura.

Resultados. Control de constantes. Mantener acceso venoso permeable. Identificación y localización de drenajes. Comprobar petición de Rx posquirúrgico. Control del dolor. Curas y retirada de drenajes. Administración de la medicación prescrita. Educación sanitaria.

Conclusiones. Los cuidados de enfermería a ofrecer a estos pacientes requiere de una buena formación sobre este tipo de técnica, para evitar así las posibles complicaciones.

106. Cuidados enfermeros en pacientes mastectomizadas con colgajo tipo DIEP.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Introducción. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres de todo el mundo entre los 45 y los 65 años de edad, siendo incidencia cada vez es mayor.

Objetivo. Identificar las repercusiones de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida y en el ajuste psicológico de las mujeres mastectomizadas con cáncer de mama.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica consultando las bases de datos: Cuiden, Medline, Cochorane, Scielo, Dialnet, Cinahl, LILACS. Fueron seleccionados 22 artículos.

Resultados. Los avances en cirugía están consiguiendo que sea posible una reconstrucción mamaria inmediata, lo que disminuye el impacto psicológico en la mujer.

Conclusión. La técnica con colgajo tipo DIEP consigue unos resultados realmente buenos ya que, la piel abdominal es el tejido más parecido al de la mama. El papel de la enfermera es esencial debido a que, será ella quien acompañe al paciente y le proporcione apoyo, seguridad y tranquilidad en todo momento, además de revisar continuamente la zona intervenida.

107. Cuidados enfermeros en reanimación de anestesia general.

Fernández Torralbo C.M., Abad Ortega D. y Moral Colomo A.

Descripción del caso. Paciente de 70 años operado de artroplastia de cadera que llega a la unidad de reanimación.

Pruebas complementarias. La puntuación en la escala Glasgow aumenta hasta 10 desde el momento de la operación.

Diagnóstico. Riesgo de lesión relacionado con disminución del nivel de consciencia.

Objetivo. 1912 Caídas. 191204 Número de caídas de la cama. Se encuentra en 5, queremos mantener en 5.

Intervenciones. 6490 Prevención de caídas. 6654 Vigilancia: seguridad.

Evaluación. 191204 Número de caídas de la cama. Se mantiene en 5 en la escala Likert.

Conclusiones. Es importante controlar al paciente que se recupera de anestesia general ya que puede lesionarse.

108. Cuidados enfermeros tras implante de dispositivo de asistencia ventricular.

Bohórquez Ocete M.J., Puerta Rica A. y Arredondo García R.

Descripción del caso. Varón de 65 años que ingresa en UCI tras implante en quirófano de dispositivo de asistencia ventricular izquierda (DAVI), por insuficiencia cardíaca grave, no controlable con medicación y posible trasplante de corazón.

Pruebas complementarias. Hemodinámicamente inestable, con perfusión de Noradrenalina a 0,4 µg/kg/min y TA: 115/51(68); FC: 100. El DAVI está funcionando correctamente, con los siguientes parámetros: Gasto cardíaco (GC):2,7 lpm 2500 rpm 3,5W. Control hemodinámico continuo, (ECG) seriado. Continuar con adyuvante prescrito.

Diagnóstico. ICG Implante de Dispositivo de Asistencia Ventricular Izquierda (DAVI).

Conclusiones. El dispositivo de asistencia ventricular (DAV) ayuda al corazón a bombear sangre de una de las principales cámaras de bombeo al resto del cuerpo o al otro lado del corazón. Estas bombas son implantadas en el cuerpo. Quiero resalta a la labor de enfermera hacia los pacientes portadores de DAV durante sus cuidados en UCI ya que son pocos con estas características.

109. Cuidados posoperatorios al paciente intervenido quirúrgicamente del sistema Port-a-Cath.

Fernández Rodríguez A., Rodríguez Domínguez A.R. y Mohand Mohamed N.

Introducción. El Port-a-Cath es un dispositivo compuesto por un reservorio conectado a un catéter de silicona que se introduce en el torrente venoso para la administración de quimioterapia, sangre y derivados u otra medicación.

Objetivo. Identificar los mecanismos de actuación de la enfermera en el posoperatorio tras la colocación de un Port-a-Cath y sus posibles complicaciones.

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como son: Medline y Scielo, empleando los términos: catéter, reservorio, torrente venoso, sangre.

Resultado. Es necesario identificar las complicaciones tras su colocación, tales como; infección, tromboflebitis, embolización y neumotórax. La limpieza del Port-a-Cath se realizará cada 8 semanas. Una vez finalizados los tratamientos que hicieron necesario su implante, se retirará pasado un tiempo prudencial.

Conclusiones. El Port-a-Cath estará indicado en todo paciente que requiera un acceso vascular repetido o continuo para la administración de quimioterapia, sangre y derivados u otra medicación.

110. Cuidados posteriores a la colocación de un marcapasos.

Solis García A.M.

Objetivo. El objetivo de nuestro trabajo es conocer los cuidados de enfermería en la implantación de un marcapasos para prevenir complicaciones.

Metodología. Revisión bibliográfica en Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo y Google académico.

Resultado. La evaluación integral de la herida quirúrgica (HQ) debe realizarse diariamente. Se debe realizar una técnica aséptica durante todo el procedimiento. La retirada de las suturas o grapas se realiza entre 10 y 14 días después de la intervención. La información clara al paciente y familia del cuidado a fin de prevenir complicaciones contribuye a la mejora de los resultados.

Conclusiones. La implantación de un marcapasos es un procedimiento con bajo riesgo en el que la mayor parte de las complicaciones son secundarias a la IQ y no a los cuidados de enfermería.

111. Cuidados y problemas frecuentes en el paciente portador de sonda PEG.

Barrios Martínez J.M. y Jerez Berenguel S.

Introducción. La sonda por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) supone una solución para aquellos pacientes con problemas de deglución, pero requiere una serie de cuidados a conocer.

Objetivo. Nuestro trabajo pretende describir los cuidados de la sonda PEG y los problemas más frecuentes en su higiene.

Metodología. Para ello hemos realizado una búsqueda en bases de datos de ciencias de la salud como Dialnet, Scielo y Revistas de Enfermería como Metas.

Resultado. De los artículos encontrados coincidimos en que se debe realizar una higiene diaria de la sonda y piel, a la hora de la alimentación es importante la posición del paciente e introducir al final unos 50ml de agua para evitar obstrucciones. Los problemas más comunes son las obstrucciones debidas a mala higiene y la irritación/infección de la piel circundante del estoma.

Conclusiones. Podemos concluir que la sonda PEG requiere de una serie de cuidados que el equipo de enfermería debe de instruir en el paciente o su cuidador, pues son de gran importancia para la calidad de vida del paciente.

112. Diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda izquierda.

Puerta Rica A., Arredondo García R. y Bohórquez Ocete M.J.

Descripción del caso. Varón de 44 años, que acude a urgencias por presentar cuadro clínico de dolor abdominal.

Pruebas complementarias. El hemograma mostró leucocitosis, y en el examen de ecografía abdominal se observa un asa tubular ciega con un diámetro de 18 mm.

Diagnóstico. Apendicitis aguda izquierda.

Evolución. Apendicectomía por laparoscopia y evolución satisfactoria.

Conclusiones. La apendicitis es causada por un bloqueo en el interior del apéndice. El síntoma principal es dolor en el abdomen, generalmente del lado derecho que va empeorando con el tiempo. El diagnóstico comienza por la evaluación de los signos y síntomas del historial clínico y del examen físico. Además, se pueden realizar las siguientes pruebas: Exploración física para evaluar el dolor, Análisis de sangre y de orina, Pruebas de diagnóstico por imágenes. El tratamiento de la apendicitis es quirúrgico, pudiendo realizarse de modo tradicional o a través de laparoscopia.

113. Diagnóstico y tratamiento de un paciente con hernia inguinoescrotal.

Puerta Rica A., Arredondo García R. y Bohórquez Ocete M.J.

Descripción del caso. Varón de 65 años que acude a urgencias refiriendo cuadro de dolor intenso con gran aumento de volumen en región inguinoescrotal.

Pruebas complementarias. Aumento de volumen en región inguinal derecha. Valsalva positivo, Maniobra Landivar negativo, Clasificación de NYHUS: IIIB.

Diagnóstico. Hernia inguinoescrotal izquierda.

Evolución. Hernioplastia inguinal izquierda.

Conclusiones. Una hernia inguinal es una protrusión de parte del intestino a través de la pared abdominal en la región inguinal. Normalmente, los factores que llevan al desarrollo de las hernias inguinales son defectos de origen congénito o defectos adquiridos. La hernia inguinal se presenta habitualmente como un abultamiento o protuberancia de consistencia blanda en el área de la ingle o en la región escrotal. Y el único tratamiento definitivo para la hernia inguinal es la corrección quirúrgica, llamada herniorrafia o hernioplastia.

115. Diverticulitis sigmoidea perforada.

Vuidez Palenciano R., Fernández Alonso C. y Sánchez Parra M.F.

El objetivo principal de este caso es conocer las causas originadas por el cuadro de dolor en FIL de 4 días de evolución que ha aumentado de forma progresiva y aliviar dicho dolor.

Tras pruebas complementarias observamos el colon descendente y el sigma muestran múltiples divertículos parietales, mostrando signos de perforación por lo que el paciente es ingresado en el servicio de cirugía, derivado de urgencias, con un cuadro de diverticulitis aguda perforada. Se decide intervención quirúrgica urgente y ese mismo día se le practica un lavado peritoneal.

Tras 8 días de ingreso el paciente presenta buena evolución, tolerando dieta oral y afebril por lo que recibe el alta. Tras el alta el paciente es portador tipo pensosse recibe las recomendaciones oportunas para el manejo y cuidado del drenaje y tratamiento médico para aliviar síntomas debidos a la intervención.

Finalmente podemos concluir que se trata de un paciente sedentario y bebedor habitual que con el paso de los años ha podido desencadenar en su estado actualmente.

114. Diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer de ovario como factor de buen pronóstico.

Galiana Baca A.N., Urbano Domínguez E.R. y Rodríguez Arjona R.

Descripción del caso. Mujer de 31 años que acude a su centro de salud en numerosas ocasiones por dolor y distensión abdominal. En una ecografía transvaginal detectan un nódulo en ovario izquierdo de 7cm de diámetro. Debido a las características de malignidad ecográfica se decide intervención quirúrgica para escisión y biopsia.

Pruebas complementarias. Analítica con marcadores tumorales (Ca 125) ligeramente alterados, por lo demás dentro de la normalidad. Ecografía transvaginal con hallazgos de masa anexial de morfología irregular de unos 7cm de diámetro.

Diagnóstico. Cáncer ovárico.

Conclusiones. Es importante que los profesionales sanitarios conozcan los factores de riesgo asociados a cáncer de ovario. Las mujeres con síntomas persistentes de distensión abdominal, dolor pélvico, pérdida de peso inexplicable deben ser estudiadas con el objetivo de hacer un diagnóstico y tratamiento rápido para mejorar la supervivencia.

116. Dolor abdominal de aparición inminente en edad pediátrica.

Vaca Villar A., Córdoba Alarcón M.T. y Vieco Ramos A.

Descripción del caso. Niño de 10 años que acude a Urgencias por dolor abdominal desde esta mañana, tipo cólico. No vómitos ni diarrea. Afebril. No ha ingerido nada desde las 7:00 a.m. No alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes de interés.

Pruebas complementarias. Analítica de sangre: Hemoglobina 13,2 g/dL, plaquetas 250.000 mm³, leucocitos 14,2 mm³, glucosa 91 mg/dL, PCR 0,36 g/dL. Ecografía abdominal: Hallazgos ecográficos compatibles con apendicitis aguda.

Diagnóstico. Apendicitis aguda.

Conclusiones. La apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo donde el dolor es el síntoma principal. En el caso de una apendicitis aguda la cirugía urgente es importante para evitar mayores complicaciones como puede ser una perforación, peritonitis o una sepsis. La enfermería está presente en toda la evolución del paciente, desde el diagnóstico temprano en Urgencias, en Quirófano durante la cirugía y en Hospitalización durante su recuperación.



117. Educación enfermera pre, intra y posquirúrgica al paciente portador de marcapasos.

Arredondo García R., Bohórquez Ocete M. J. y Puerta Rica A.

Descripción del caso. Varón de 68 años de edad que ingresa en Urgencias tras sufrir un desmayo en un Centro Social de Mayores. Hacia unos meses, había tenido que restringir sus actividades, se encontraba débil y se mareaba.

Pruebas complementarias. TA 115-80 mmHg, FC regular de 38 lpm que se mantiene sin cambios con el tiempo. En la auscultación, su pecho es claro y su ritmo cardíaco es normal pero con bradicardia, con un impulso sin desplazamiento apical. El electrograma que se le realiza muestra bradicardia de tercer grado AV.

Diagnóstico. Síncope como consecuencia bloqueo AV de tercer grado.

Conclusiones. La utilización de marcapasos temporales en unidades de cuidados intensivos cardiológicos, ha aumentado en los últimos años por lo que las enfermeras de estas unidades, deben mantener un nivel elevado de conocimientos, para detectar y actuar ante cualquier complicación que se derive de este procedimiento.

118. Efectividad de la cirugía bariátrica en la diabetes mellitus.

García Cuesta M.A., Cervilla Suárez M. T. y Bermúdez Jiménez M.C.

Introducción. La diabetes es una enfermedad crónica en la cual el cuerpo no puede regular la cantidad de azúcar en la sangre. La insulina es una hormona producida por el páncreas para controlar el azúcar en la sangre.

Objetivo. El objetivo de este estudio es conocer la efectividad que pueda tener el uso de la cirugía bariátrica en pacientes con diabetes mellitus.

Metodología. Para la realización de este artículo se ha realizado una revisión bibliográfica. Los descriptores empleados fueron diabetes, mellitus, cirugía, y bariátrica.

Resultado. En uno de los estudios encontrados, se valora la cirugía bariátrica como plan de emergencia para pacientes adolescentes con diabetes mellitus tipo 2. Se observó que la cirugía bariátrica mejora drásticamente el control glucémico en pacientes con DM2. De hecho, la remisión de la DM2 se ha observado en hasta el 95-100% de los adolescentes con diabetes después de la cirugía bariátrica.

Conclusiones. Se puede concluir que la cirugía bariátrica es una medida efectiva para la reducción de la diabetes mellitus tipo II en pacientes que la sufren.

119. Efectividad de la preparación psicológica prequirúrgica en cirugía pediátrica.

Jerez Berenguel S. y Barrios Martínez J.M.

Introducción. En este trabajo se estudia los efectos positivos que presentan la preparación psicológica tanto a los padres como a los pacientes pediátricos que van a ser sometidos a cirugía programada.

Objetivo. Conocer los efectos que producen una buena preparación psicológica al paciente pediátrico y a los familiares.

Metodología. Se realiza una búsqueda avanzada en google académico, encontrándose 8 artículos relacionados con la preparación e intervenciones psicológicas al paciente pediátrico.

Resultado: De forma general, podemos confirmar que una adecuada intervención enfermera durante el proceso perioperatorio, ha obtenido resultados positivos.

Conclusiones. El seguimiento enfermero antes, durante y después de la operación, es fundamental. Para así obtener buenos resultados en el proceso posquirúrgico.

120. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar.

Solís García A.M.

Objetivo. Evaluar si la visita prequirúrgica es una herramienta eficaz para disminuir el nivel de ansiedad en el preoperatorio y el dolor posoperatorio.

Metodología. Ensayo controlado de dos grupos aleatorios de medidas repetidas antes-después. El estudio consiste en comparar las medias de los niveles de ansiedad, dolor y bienestar en diferentes momentos del proceso quirúrgico. Para el análisis bivalente se han utilizado el test no paramétrico de U de Mann Whitney y el test de Chi Cuadrado de Paerson. Para comprobar la asociación entre las variables cuantitativas se ha utilizado la correlación Rho de Spearman.

Resultado. El grupo intervención presenta un descenso estadísticamente significativo del nivel de ansiedad en el preoperatorio, del dolor posoperatorio y un aumento del bienestar.

Conclusiones. La visita prequirúrgica es una herramienta eficaz para disminuir la ansiedad situacional y el dolor posoperatorio.

Porcentajes para los diferentes niveles de ansiedad en pacientes experimentales y controles en el pre-operatorio.

Pacientes	Tipo de ansiedad (%)			
	No	Leve	Moderada	Severa
Experimentales	66,6	33,3	0,0	0,0
Controles	33,3	63,3	3,3	0,0

121. Efectividad del tratamiento fisioterápico tras la cirugía bariátrica.

Mérida Imbertón M.E., Ruiz Camacho M.D. y Martín Castillo A.M.

Introducción. La obesidad es una acumulación excesiva de grasa corporal, con repercusiones cardiovasculares, hipercolesterolemia, sedentarismo y diabetes, asociándose a una mayor mortalidad. Los pacientes que se someten a cirugía bariátrica tienen alto riesgo de sufrir complicaciones severas durante todo el periodo perioperatorio.

Objetivo. Analizar la efectividad de las intervenciones fisioterápicas tras una cirugía bariátrica.

Metodología. Revisión bibliográfica en las bases de datos: Medline, PEDro, Cuiden, Scielo y The Cochrane Library, empleando los descriptores: Modalidades de Fisioterapia, Rehabilitación, Terapia por Ejercicio, Obesidad Mórbida, Cirugía Bariátrica.

Resultado: La Terapia Física en el posoperatorio de cirugía bariátrica mediante cambios posturales y movilizaciones tempranas y fisioterapia respiratoria favorece la reducción de complicaciones musculoesqueléticas, metabólicas y complicaciones pulmonares y vasculares.

Conclusiones. La rehabilitación en el posoperatorio aporta efectos positivos para los pacientes, mejora el bienestar generalizado, lo que repercute en su salud física y psíquica.

122. Efectos adversos de la analgesia con fármacos opioides en pacientes quirúrgicos.

López Furión G., Chávez Barroso C. y Castillo Jiménez M.

Introducción. Los analgésicos opioides son medicamentos derivados naturales del opio que producen sus efectos farmacológicos tras el estímulo de los receptores opioides en el Sistema Nervioso Central.

Objetivo. Exponer los efectos adversos o secundarios de los fármacos opioides en el tratamiento analgésico posquirúrgico. Describir los opioides más utilizados.

Metodología. Revisión bibliográfica de guías clínicas y artículos consultados en las bases de datos de google académico y scielo sobre los efectos adversos de los fármacos opioides.

Resultado. Los efectos adversos más frecuentes son depresión respiratoria, hipotensión arterial y bradicardia, náuseas y vómitos, sedación y somnolencia y efectos neuroendocrinos con modificaciones en la secreción hipofisaria, estimulando o inhibiendo la secreción algunas hormonas.

Conclusiones. En el tratamiento del dolor posoperatorio, los analgésicos opioides son de gran utilidad, a pesar de los efectos adversos que puedan desencadenar en el paciente.

123. El papel de la enfermera en los cuidados paliativos del paciente con cáncer.

Jerez Berenguel S., y Barrios Martínez J.M.

Introducción. En los pacientes con cáncer terminal, se debe de desarrollar un adecuado cuidado multidisciplinar, donde es muy importante la calidad de vida del paciente y sus familiares.

Objetivo. Estudiar los sentimientos del paciente, sus necesidades básicas y satisfacerlas, a través de un adecuado cuidado enfermero.

Metodología. Se trata de una revisión bibliográfica donde se han incluido aquellos artículos de cuidados paliativos.

Resultado. Dentro del equipo de cuidados paliativos, la enfermera representa un rol imparcial, cuyo cuidado tiene una visión humanística hacia el paciente. Durante los cuidados, la relación enfermera-paciente se vuelve muy estrecha y el paciente puede formar parte de las decisiones y de sus cuidados.

Conclusiones. Se puede concluir que la enfermera tiene un papel fundamental en los cuidados al final de la vida del paciente.

124. El trabajo de enfermería en quirófano: Organización y coordinación.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Introducción. Esta comunicación aborda la organización y coordinación del trabajo de enfermería de quirófano y la humanización del cuidado al paciente quirúrgico.

Objetivos. Diferenciar los miembros que conforman el equipo quirúrgico, y las funciones que realizan; analizar la organización y coordinación del trabajo de enfermería de quirófano; estudiar la importancia de los cuidados humanizados en quirófano.

Metodología. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos: Cuiden, Elsevier, Scielo, NURE, Cinhal, Medline. Los descriptores fueron: Enfermería quirófano, cuidados intraoperatorios, enfermera instrumentista, enfermera circulante, enfermera de anestesia, cuidado humanizado. Fueron seleccionados 16 artículos.

Resultados. En el bloque quirúrgico es fundamental el trabajo en equipo, por lo que la organización y la coordinación, entre todos los profesionales, son básicas para la consecución de los objetivos propuestos.

Conclusión. Enfermería realiza actividades autónomas y de colaboración, además de poseer elevados conocimientos, actitudes y habilidades para prestar unos cuidados de calidad, teniendo presente el factor humano y el eje principal de nuestros cuidados, la persona.



125. El uso check-list en quirófano.

García Lobato M., López Esteve E. y Puche Vázquez M.

Objetivo. Conocer la importancia del uso del check-list para la seguridad del paciente en el quirófano.

Metodología. Es una revisión bibliográfica, cumple los criterios de inclusión y exclusión propuestos. Se utilizan las bases de datos ScienceDirect y Scielo.

Desarrollo. Los profesionales sanitarios utilizan en un 95,7 % de los casos de quirófano el check-list reduciendo el porcentaje de error en la seguridad del paciente, mejorando la comunicación entre los profesionales. Aunque solo el 22,5% tienen en su historia clínica el check-list terminado. Se ve beneficiado en hospitales pequeños y en anestias generales.

Conclusión. Se ha llegado a la conclusión del check-list, además de fomentar una actitud proactiva frente a la cultura de la seguridad.



127. Enfermería tras la implantación de un marcapasos.

Algarra Guerrero M., Hernández Sánchez M.C. y Lomeña Olmo A.

Introducción. Ya que las infecciones son muy frecuentes, el papel de enfermería, tras conocer los factores de riesgo del paciente, es prevenir las infecciones mediante la observación precoz de síntomas. Con lo cual, el éxito en esto ayuda a la realización de protocolos para la prevención de infecciones.

Objetivo. Conocer la importancia del papel de enfermería tras la implantación de un marcapasos.

Metodología. Se llevó a cabo una búsqueda en las bases de datos PubMed, Cinahl, Cuiden Plus y Scielo.

Resultado. Enfermería participa en todas las etapas de implantación del marcapasos, con lo cual su papel es de gran importancia en la prevención de infecciones tanto en el momento de la implantación como en la recuperación.

Conclusiones. Al participar el personal enfermero en las diferentes etapas de la implantación de un marcapasos, este forma parte esencial de un equipo multidisciplinar. Por todas las funciones que enfermería realiza en esta intervención, se hace evidente la necesidad de obtener una alta calidad de habilidades y conocimientos para una buena praxis.

126. Enfermería en la colecistectomía por colangiografía mediante laparoscopia.

Jiménez Ternerero J.V.

Introducción. La colecistectomía con colangiografía por laparoscopia es un proceso quirúrgico para diagnosticar y tratar posibles alteraciones relacionadas con la vía biliar.

Objetivo. Identificar los cuidados enfermeros en la Colecistectomía Laparoscópica.

Metodología. Revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos. Se aplicó un filtro de idioma y temporal. Los descriptores han sido: Atención de Enfermería, Colangiografía, Colecistectomía Laparoscópica, Vesícula biliar.

Resultados. Monitorizar constantes vitales. Desinfección de la zona quirúrgica. Supervisión de la colocación de trócares. Insuflación de gas dióxido de carbono. Supervisión del material quirúrgico utilizado. Recogida, identificación y envío de muestras para anatomía patológica. Sutura de incisiones.

Conclusiones. Un plan de cuidados estandarizados hace que el riesgo de complicaciones sea menor, acortándose así el tiempo de hospitalización y disminuyendo el riesgo de infecciones nosocomiales.

128. Entrevista prequirúrgica telefónica como estrategia de seguridad.

Solís García A.M.

Objetivo. Implantar y evaluar los resultados de una entrevista de tipo telefónica prequirúrgica, llevada a cabo por enfermeras, con los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía ambulatoria.

Metodología. La intervención es realizada por una enfermera de consultas externas que tras llevar a cabo la preparación y revisión de la historia clínica hace una llamada telefónica 4-5 días antes de la operación para confirmar el correcto seguimiento de la preparación prequirúrgica.

Resultado. La intervención es realizada por una enfermera de consultas externas que tras llevar a cabo la preparación y revisión de la historia clínica hace una llamada telefónica 4-5 días antes de la operación para confirmar el correcto seguimiento de la preparación prequirúrgica y así garantizar que la intervención se realiza con las máximas garantías posibles de éxito.

Conclusiones. La literatura científica proporciona evidencia suficiente sobre como las intervenciones prequirúrgicas de valoración-información realizadas por enfermeras.

129. Errores de medicación de enfermería en ámbito hospitalario.

Román Alvarado E., Rubiales Hernández C. y Briviesca Gómez M.

Introducción. Los errores de medicación suponen un grave problema de salud pública hoy en día, pudiendo ocasionar graves problemas. El equipo de enfermería es el responsable de la administración de los medicamentos.

Objetivo. Identificar los factores que influyen en la producción de errores en la fase de preparación y administración.

Metodología. Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica en revistas, libros, artículos de investigación, utilizando los descriptores: administración, errores de medicación, enfermería y factores.

Resultado. Los errores más comunes son los identificados como los 5 correctos.

Conclusiones. Una buena formación del equipo de enfermería en administración de medicación es fundamental para evitar los errores en esta.

130. ¿Es eficaz el propofol para la inducción del sueño en adultos en la unidad de cuidados intensivos?

Jurado Alcaide F.M., Aguilera Fernández D. y Torres Buitrago E. Z.

Introducción. Conocer si el propofol utilizado para la inducción del sueño mejora los resultados físicos y psicológicos del paciente así como la cantidad y calidad del sueño.

Metodología. Revisión bibliográfica, en bases de datos como Cuiden, Medline, Pubmed y scielo desde 2004 hasta 2016.

Resultados. En un estudio, fueron elegidos pacientes con alteraciones de sueño y que estaban recibiendo propofol o flunitrazepam, se observó que la calidad del sueño y la frecuencia de despertares fueron mejores en los pacientes que recibían propofol en comparación con los que recibían flunitrazepam, además la calidad del sueño mejoro en el grupo de flunitrazepam con un aumento de la duración del sueño. En otro estudio, pacientes de UCI fueron seleccionados para recibir sedación con luz constante o una sedación nocturna adicional con propofol, se observó que los pacientes que recibieron sedación nocturna adicional con propofol presentaron una ritmicidad mejor de los niveles de sedación y nueve de quince pacientes que recibieron sedación nocturna adicional consiguieron sedación diurna.

Conclusión. No se encontraron pruebas suficientes acerca de si la administración de propofol mejora la calidad y cantidad de sueño.

131. ¿Es grave una diverticulitis complicada? A propósito de un caso.

Galiana Baca A.N., Urbano Domínguez E.R. y Rodríguez Arjona R.

Descripción del caso. Paciente de 68 años que acude al servicio de urgencias por fuerte dolor cólico sin llegar en ningún momento a desaparecer en fosa iliaca izquierda (FII) que identifica como similar a episodios de diverticulitis previas.

Pruebas complementarias. Analítica de sangre: creatinina ligeramente elevada, Leucocitosis, PCR 54.5 mg/L. Ecografía de abdomen: En FII vemos una zona de engrosamiento segmentario del colon coincidente con punto de mayor dolor e inflamación de la grasa pericólica alrededor de un divertículo, con ausencia de gas en la luz colónica y escasos cambios inflamatorios alrededor.

Diagnóstico. Diverticulitis complicada.

Conclusiones. Una diverticulitis inflamatoria puede solucionarse con reposo y antibioterapia, sin embargo, la diverticulitis complicada puede llegar a necesitarse incluso una anastomosis intestinal en los casos masa graves. Es muy importante el tratamiento adecuado y precoz de la diverticulitis ya que una diverticulitis complicada es una condición potencialmente mortal.

132. Espondilolistesis en paciente con mastectomía tratada con radioterapia y quimioterapia.

Naranjo González M.V., Naranjo González A.B. y Ortiz Torres M. J.

Descripción del caso. Paciente de 71 años con mastectomía de mama y tratada con radioterapia y quimio.

Pruebas complementarias. Exploración lumbar con RX: Listesis de L5 del 23%. Exploración lumbar con RM: Listesis L5 sin compromiso radicular.

Diagnóstico. Espondilolistesis L5 grado I de Meyerding.

Conclusiones. En revisiones posteriores refiere sintomatología ósea que no responde a pesar de tratamiento analgésico. Se prescribe tapentamol 50 mg. 1 comprimido por la mañana y ½ por la noche.

133. Estados hipertensivos del embarazo. Urgencias obstetrológicas.

Rodríguez Roela C.R., Pavón Reyes J.M. y Vázquez Pérez A.

Introducción. Las patologías urgentes obstetrológicas se presentan en cualquier etapa del embarazo, parto y posparto. Requieren una asistencia sanitaria inmediata.

Objetivo. Desarrollar los diferentes estados hipertensivos durante el embarazo.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en las bases de datos scielo, pubmed con las palabras claves: urgencias ginecológicas, preclamsia. Eclamsia. HTA gestacional, síndrome.

Resultado. Los estados de hipertensión durante el embarazo son: Hipertensión Gestacional: Tensión Arterial superior a 140/90 mm/Hg tomada a intervalos de seis horas en reposo, después de la semana 20 de gestación. Preclamsia: Síndrome causado hipertensión arterial y proteinuria. Eclamsia: Convulsiones de la gestante diagnosticada de precamsia. Síndrome de Hellp: Caracterizado por hemodilisis, aumento del número de enzimas hepáticas, transaminasas y LDH.

Conclusiones. El profesional tiene que realizar un correcto anamnesis y exploración para tratar de forma rápida la patología estando atentos a cualquier signo de mal pronóstico.

134. Esterilización, control y registro en quirófano.

Rubiales Hernández C., Román Alvarado E. y Briviesca Gómez M.

Introducción. Proceso físico-químico por el cual se destruye o elimina cualquier forma de vida cotidiana.

Objetivo. Determinar la importancia de la esterilización en quirófano.

Metodología. Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica.

Resultado. La esterilización depende de diversos factores: Número y la resistencia en la biocarga. Calidad del proceso de esterilización. Grado de facilidad con que penetra en el artículo. Efectividad del envasado.

Conclusiones. La validación de un proceso puede hacerse por indicadores físicos, químicos y biológicos. La eliminación previa de restos adheridos a las superficies de material es primordial para una correcta penetración en el artículo a esterilizar.

135. Estrés en el personal eventual de quirófano en ortopedia y traumatología.

Mota Fernández J., Rodríguez Morales M.L. y Moreno Entrena I.

Introducción. El área quirúrgica de ortopedia y traumatología es para enfermería un puesto de trabajo con un alto nivel de exigencia, que estresa al trabajador eventual.

Objetivo. Minimizar la movilidad y rotación del personal correturnos específicos para el servicio durante un período de evaluación y asegurar una adecuada formación y preparación del personal de enfermería.

Metodología. Recoger diferentes puntos de vista relacionados con el análisis de la problemática asistencial enfermera del área quirúrgica.

Resultado. Debido a que los períodos de sustitución son pocos durante el año y añadiendo que en cada período se hace rotación del personal suplente; la impresión percibida por el mismo ha sido moderadamente positiva.

Conclusiones. La media de rotación de 30 días anuales resulta escasa para que el personal suplente, aunque formado adecuadamente, alcance suficiente destreza como para desenvolverse de forma eficiente con las dificultades propias del quirófano.

136. Estudio de un caso de acalasia en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Paciente que acude por disfagia a sólidos y líquidos desde ayer por la tarde asociado a vómitos tras llenado esofágico precedido de náuseas. Sensación de ocupación todo el trayecto esofágico, no otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias. Varón de 35 años. Alergia a ácaros. No hábitos tóxicos. Tensión arterial de 123/65, frecuencia cardíaca de 72 lpm. Afebril. El paciente se encuentra desnutrido. Eupneico. A la auscultación esta rítmico y sin soplos. Murmullo vesículas conservado. Abdomen blando y depresible, no doloroso, anodino. En Rx de tórax no se objetivan signos de neumoperitoneo.

Diagnóstico diferencial. Esófago de retención posiblemente secundario a acalasia.

Conclusión. El paciente pasa a observación para inicio de sueroterapia y control de vómitos. Durante su estancia es valorado por digestivo para realizar endoscopia para descartar estenosis de luz por contenido retenido. Durante la endoscopia se visualiza abundante contenido semilíquido que se aspira parcialmente, no es posible en su totalidad, no es posible progresar hasta cardias. Esófago dilatado en contexto de esófago de retención. Se avisa a cirugía que tras valorar al paciente y las pruebas decide que se le realice preoperatorio completo con vistas a priorizar la intervención quirúrgica.

137. Estudio de un caso de aneurisma abdominal en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Paciente que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de inicio esta tarde, acompañado de vómitos. No disuria. Refiere dolor de similares características, pero de menor intensidad desde hace meses que empeora tras la ingesta.

Exploración y pruebas complementarias. Aneurisma de aorta abdominal intervenido hace 3 años. En abdomen masa dura en nasogástrico en relación a endoprótesis aorta abdominal, dolor a la palpación de fosa ilíaca derecha con defensa voluntaria. Se realiza Tac de abdomen con contraste en el que se evidencia crecimiento de más de 1 cm del eje máximo axial en comparación con el último control hace 6 meses. Tensión arterial de 178/83. En analítica de sangre INR de 3,94.

Diagnóstico diferencial. Rotura aneurisma abdominal.

Conclusiones. El paciente es valorado por cirugía cardiovascular, ya que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable y con la coagulación alterada, pasa a observación. Durante su estancia, es necesario recurrir a morfina intravenosa para controlar el dolor, antihipertensivos intravenosos para controlar la tensión, también administramos vitamina K intravenosa para mejorar la coagulación.

138. Estudio de un caso de ascitis en paciente oncológico en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Mujer de 61 años que acude por presentar, dolor abdominal continuo, que mejora al tumbarse, junto con inflamación intestinal. Ni diarrea ni estreñimiento. No náuseas ni vómitos. Afebril. Además, desde hace un par de meses también nota hinchazón de piernas, con retención de líquido. Refiere que desde hace un mes orina menos.

Exploración y pruebas complementarias. Hernia de hiato. Litiasis renal. Amigdalectomía. Abdomen duro, doloroso a la palpación profunda, con defensa y signos de irritación peritoneal. Mal estado general. Estable. Marcada ascitis que ha aumentado de tamaño respecto a estudio previo. Ecografía de abdomen se observa íleo paralítico. Bultomas retroauriculares y cervicales. Abdomen distendido, blando y depresible, timpánico. Impresiona de ascitis.

Diagnóstico diferencial. Ascitis y edemas en contexto de progresión de la enfermedad. Ileoparalítico (por sobredosificación de opiáceos y buscapina).

Conclusiones. Tras un tiempo ingresada en observación se encuentra normotensa y afebril. Dolor no controlado. Niega tránsito a gases, última deposición hace 48 h. Afebril. Es valorada por oncología que decide su ingreso. Se decide no realizar paracentesis evacuadora.

139. Estudio de un caso de bradicardia sinusal en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Paciente traída por 061 por síncope en la vía pública, con bradicardia de 40 lpm que remonta a 60 lpm tras atropina iv. Según testigos no ha tenido crisis comicial. No es posible completar anamnesis por situación de la paciente.

Exploración y pruebas complementarias. Tensión arterial de 106/48, frecuencia cardíaca de 52 lpm. A la auscultación tonos rítmicos sin soplos. En Ekg se observa ritmo nodal a 40 lpm sin alteraciones de la repolarización. En analítica de sangre se observa hipocalcemia e hiperpotasemia.

Diagnóstico diferencial. Síncope secundario a ritmo nodal a 40 lpm. Hipocalcemia e hiperpotasemia. Bradicardia sinusal.

Conclusiones. Se inicia perfusión de aleudrina para remontar frecuencia cardíaca. Se inicia tratamiento para corrección de los trastornos hidroeléctricos. Se realiza analítica de control en la que se objetiva corrección de los trastornos, por lo que se suspende perfusión de aleudrina pero continua a 39 lpm sin ondas P, por lo que se reinstaura. La paciente es valorada por cardiología que indica implante de marcapasos bicameral. La paciente es valorada por cirugía cardiovascular que indica la colocación de marcapasos al día siguiente por la mañana.

140. Estudio de un caso de colecistitis en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Paciente con ingreso reciente en digestivo por pancreatitis aguda biliar severa con fallo orgánico. Acude hoy porque ayer esta con epigastralgia, refiere desde hace unos días notar una tumoración en hipocondrio derecho.

Exploración y pruebas complementarias. No alergias conocidas. Aneurisma de aorta ascendente. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativos. Presenta en hipocondrio derecho región enrojecida con tumoración palpable compatible con posible absceso intraabdominal en relación con drenaje de colecistomía previa que se retiró durante el ingreso. En analítica de sangre se observa leucocitosis con neutrofilia. PCR de 100. En ecografía se observa vesícula distendida con engrosamiento de la pared, persisten importantes cambios inflamatorios a nivel de la grasa peripancreática, así como líquido libre subhepático.

Diagnóstico diferencial. Colecistitis aguda.

Conclusión. El paciente evoluciona sin dolor y afebril. Es valorado por cirugía que decide su ingreso para en un principio tratamiento conservador, aunque no descartan tener que recurrir a la cirugía por lo que se completa preoperatorio.

141. Estudio de un caso de cuadro suboclusivo en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Paciente que refiere dolor abdominal generalizado y de tipo opresivo. No náuseas ni vómitos. No refiere cambios en el hábito intestinal ni síndrome miccional. No fiebre. Acudió hace un mes por sintomatología similar, que se le diagnosticó de hernia interna y fue intervenido.

Exploración y pruebas complementarias. Antecedentes quirúrgicos de hernia hace un mes, basalioma, cadera izquierda y próstata. Buen estado general, normocoloreado y eupnéico. Tensión arterial de 168/86, frecuencia cardíaca de 90 lpm y afebril. Abdomen blando y depresible. No se palpan masas ni megalias. Cicatriz en buen estado sin signos de inflamación local. Blumberg negativo. Murphy negativo. Dolor, a la palpación, generalizado. Consciente, orientado y colaborador.

Diagnóstico diferencial. Cuadro suboclusivo.

Conclusiones. Durante su ingreso en nuestro servicio el paciente permanece asintomático, con el dolor controlado con la analgesia pautaada, se le coloca además sonda nasogástrica para evacuar que lo alivia bastante, aunque refiere estar molesto con ella. Permanece termodinámicamente estable, afebril y con buenas saturaciones. Descanso nocturno. El paciente es valorado por cirugía general que decide el ingreso en su servicio.

142. Estudio de un caso de fractura de cadera en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Paciente que acude a urgencias por traumatismo en cadera izquierda tras caída fortuita en su domicilio.

Exploración y pruebas complementarias. Mujer de 87 años. No alergias conocidas. Parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria. Vive con su hija, deambula con muletas. Buen estado mental. Diabética. Hipertensa. Melanoma. Fractura previa de tibia y peroné. Cateterismo con colocación de dos STENT. Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Clínica y hemodinámicamente estable. Eupneica en reposo. Dolor e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo, dolor a la palpación en región trocantérea. Pulsos distales presentes, sin alteraciones sensitivas ni motoras. En Rx se observa fractura de fémur.

Juicio clínico. Traumatismo de cadera.

Diagnóstico diferencial. Fractura pertrocantérea de fémur proximal izquierdo.

Conclusiones. La paciente pasa por protocolo del servicio a observación, donde se cursa preoperatorio completo y se controla dolor con analgesia intravenosa. Es valorada por traumatología que decide que la intervención se realizara de forma programada no urgente, por lo que se coloca tracción blanda en el miembro afectado.

143. Estudio de un caso de neumoperitoneo en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Paciente que acude a urgencias por dolor abdominal desde el domingo que acudió a urgencias y se fue de alta con tratamiento antibiótico por infección del tracto urinario. Hoy acude por aumento del dolor abdominal, con fiebre de 38° C, hematuria y empeoramiento.

Exploración y pruebas complementarias. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativos, signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes, dolor de forma generalizado más acentuado con irritación en nasogástrico e hipogástrico. Refiere estreñimiento de dos días de evolución. PuñoperCUSión bilateral dudosa, más acentuada derecha. Normotensa, frecuencia cardíaca de 115, fiebre de 38° C. Se realiza TAC de abdomen con contraste donde se observa neumoperitoneo en cavidad abdominal de localización supra e inframesacólica.

Diagnóstico diferencial. Neumoperitoneo.

Conclusiones. Ante los hallazgos del TAC el paciente pasa a observación, donde se inicia tratamiento con analgesia para control del dolor y antibioterapia. El paciente es valorado por cirugía general que tras ver al paciente y las pruebas complementarias solicita que se complete preoperatorio para ser intervenido de forma urgente.

144. Estudio de un caso de oclusión por bridas en urgencias.

Rodríguez Arjona R., Urbano Domínguez E.R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. La paciente acude a urgencias por dolor intenso con estreñimiento pertinaz de varios días y vómitos fecaloideos.

Exploración y pruebas complementarias. Murmullo vesicular conservado. Abdomen doloroso difuso a la palpación, blando y depresible sin masas ni megalias. Blumberg y Murphy negativos. No signos de irritación peritoneal. Colostomía total en 2017 con episodio posterior de pseudooclusión resuelto con enemas. Tensión arterial de 124/62, frecuencia cardíaca de 68 lpm, afebril. Se realiza TAC con contraste en el que se observa marcada dilatación gástrica y de asas de yeyuno, con cambios de calibre en pelvis, no se observa líquido libre ni otros hallazgos patológicos.

Juicio clínico. Cuadro obstructivo abdominal.

Diagnóstico diferencial. Cuadro oclusivo/suboclusivo de delgado, sin signos de complicación. Oclusión por bridas.

Conclusiones. La paciente pasa a observación para control del dolor con analgesia intravenosa, se coloca además sonda nasogástrica para descompresión del abdomen, lo cual alivia mucho al paciente. Más tarde es valorado por cirugía general que decide su ingreso, así como completar preoperatorio para quirófano programado.

145. Estudio de un caso de peritonitis en urgencias.

Urbano Domínguez E.R., Rodríguez Arjona R. y Galiana Baca A.N.

Breve descripción del caso. Mujer de 25 años acude a la urgencia por presentar dolor intenso abdominal de dos días de evolución. Apetito disminuido y última deposición hace seis días. Estado general: Fiebre de 39° C, pálida, hipotensa (90/60 mmHg). Abdomen distendido, tenso poco deprimible, con dolor a la palpación superficial, RHA (-), blumberg (+). Analítica: Leucocitosis 12.800. Urea: 27 mg/dl. Gluc: 110 mg/dl. Creatinina 1,2 mg/dl.

Juicio clínico. Dolor agudo abdominal.

Diagnóstico diferencial. Peritonitis Complicada a foco apendicular.

Conclusiones. La paciente debe ser intervenida quirúrgicamente. Se debe de colocar sonda nasogástrica para disminuir la tensión abdominal. Colocar sondaje vesical Foley para control de diuresis. Se comenzará con tratamiento antibiótico.

146. Estudio sobre la efectividad de la pulsera neumática para control del sangrado tras cateterismo cardíaco cubital.

Fuentes Fuentes R., Palacios Salguero R. y Torres Sojo N.

Introducción. Tras un cateterismo cardíaco se debe realizar una compresión sobre la zona de punción, siendo la pulsera neumática el sistema de compresión cubital más utilizado.

Objetivo. Evaluar la eficacia de la pulsera neumática en el control del sangrado tras un cateterismo cardíaco por punción cubital.

Metodología. Estudio observacional y prospectivo, pacientes sometidos a un cateterismo cardíaco cubital con aplicación de pulsera neumática. Evaluamos el tiempo de retirada del dispositivo y la aparición de complicaciones.

Resultados. Tiempo medio de la retirada de la pulsera neumática fue de 330 minutos. Entre 2 y 4 horas 70%. Entre 4 y 6 horas 24%. Después de 6 horas: 3 pacientes. Ningún paciente presentó sangrado importante o necesidad de transfusión. Un 8% presentaron hematoma > 5 cm. No se registró ninguna complicación sistémica en el posoperatorio inmediato.

Conclusiones. Consideramos la pulsera neumática un método efectivo en el control del sangrado y con una baja tasa de complicaciones tras un cateterismo cardíaco con acceso a través de la arteria cubital.

147. Etiología de la infección en heridas posquirúrgicas en adultos.

López Esteve E., García Lobato M. y Puche Vázquez M.

Objetivo. Determinar las causas principales de las infecciones de las heridas posquirúrgicas.

Metodología. Revisión bibliográfica a partir de investigaciones de los años 2016 y 2018 y en español. Para la búsqueda se usó la base de datos Dialnet.

Desarrollo. Según A. González, los factores principales que conllevan el riesgo de infección en la herida quirúrgica son: Pacientes mayores 60 años, estancia preoperatoria superior a 7 días, cirugías de traumatología, infecciones anteriores graves, intervenciones quirúrgicas superiores a 3 horas. Los estudios registran que los patógenos que colonizan las heridas quirúrgicas son Staphylococcus aureus y Pseudomonas. E. Florez afirma que las infecciones de las heridas son provocadas por el germen más común del lugar anatómico que se esté operando, la infección se origina de dentro a fuera.

Conclusiones. Establecimiento de programas de vigilancia de heridas y mejorar la formación a los profesionales sanitarios.

148. Evaluación de la calidad en pacientes intervenidos de colecistectomía.

Solís García A.M.

Objetivo. Valorar la correcta identificación de personal de enfermería ante el paciente y que este recuerde su nombre. Medir el conocimiento del paciente respecto a su enfermedad, proceso pre y posquirúrgico así como al cuidado de su cura. Evaluar el grado de satisfacción percibida por el paciente durante su estancia en la unidad.

Metodología. Estudio descriptivo transversal basado en la encuesta ofrecida en la vía clínica al ingreso y entregada al alta. Este estudio tiene lugar desde el 01 de enero de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016.

Resultado. El 22,5% de los pacientes intervenidos entrega la encuesta al alta. El 88,4% de los pacientes dice conocer el nombre del enfermero que ofrece el cuidado asistencial, es decir 51 de los 69 pacientes.

Conclusiones. El paciente colecistectomizado e ingresado en la Unidad de Cirugía conoce por su nombre, en un alto porcentaje, al profesional que le atiende considerando que están bien informados. Sin embargo, más de un tercio de los encuestados considera que el dolor no está controlado.

149. Evaluación de la satisfacción en los cuidados en pacientes intervenidos de obesidad mórbida.

Solis García A.M.

Objetivo. Valorar la correcta identificación de personal de enfermería ante el paciente y que este recuerde su nombre. Medir el conocimiento del paciente respecto a su enfermedad, proceso pre y posquirúrgico así como al cuidado de su cura.

Metodología. Estudio descriptivo transversal basado en la encuesta ofrecida en la vía clínica al ingreso y entregada al alta. Este estudio tiene lugar desde el 01 de enero de 2016 hasta 31 de diciembre de 2016.

Resultado. El 33,3% de los pacientes intervenidos entrega la encuesta al alta. El 91,6% cree que la información que se le dio sobre su proceso fue suficiente. El 91,6% dice que le ha visitado la enfermera de nutrición. El 100% de los pacientes han recibido la dieta que debe de seguir al alta hospitalaria.

Conclusiones. El usuario de la Unidad de Cirugía conoce por su nombre en un alto porcentaje al profesional que le atiende, considerando que están bien informados en cada momento, considerando importante conocer al personal que le atiende.

150. Evolución de un paciente con gangrena de Fournier: A propósito de un caso.

Boyer Posadas R. y Pulgarín Vilches S.

Descripción del caso. Acude a urgencias un varón de 49 años con molestias genitales y fiebre, paciente obeso y diabético mal controlado. Se destaca el mal estado general del paciente, con sudoración y palidez cutánea y se palpa una tumoración que se extiende desde el periné hasta el saco escrotal.

Pruebas complementarias. Analítica general y ecografía inguinal.

Diagnóstico. Gangrena de Fournier.

Evolución. Se practica desbridamiento, drenado y lavados con agua oxigenada de la zona perineal y escrotal. Fue intervenido para desbridamiento y lavados con agua oxigenada en más de 8 ocasiones en una franja de 48 horas. Tras un mes y 10 días se realizaron curas diarias en quirófano, presenta mejoría de esta patología y estabilidad hemodinámica. Se decide traslado a otro hospital para ser valorado por el servicio de cirugía plástica.

Conclusiones. La gangrena de Fournier es una enfermedad con mal pronóstico, un diagnóstico temprano y una intervención multidisciplinaria adecuada, temprana y agresiva son importantísimas para una correcta evolución del paciente.

151. Factores de riesgo de infección del sitio quirúrgico en cirugía.

Gómez Barrio J., Baca Bocanegra M. y Antón Plata A.

Introducción. Existen distintos tipos de infecciones nosocomiales, de las cuales la causada por la infección del sitio quirúrgico es de las más importantes.

Objetivo. Identificar los factores de riesgo de infección del sitio quirúrgico en cirugía.

Metodología. Revisión bibliográfica. Bases de datos utilizadas: (Google Académico, Pubmed, Scielo, Cuiden). Descriptores: "Enfermería", "Sitio Quirúrgico", "Factores de Riesgo", "Infecciones". Criterios: Entre 2010-18, español o inglés, datos empíricos.

Resultado. Factores de riesgo relacionados con el riesgo de desarrollar infección del sitio quirúrgico: Índice tabáquico, IMC, Técnica inadecuada lavado de manos, transfusiones durante cirugía, estancia en unidad de cuidados intensivos de entre 8-14 días...

Conclusiones. Son muchos los factores de riesgo de experimentar una infección quirúrgica, se pueden tratar de modificar o mitigar. Reduciendo estos factores veríamos mejorada la atención sanitaria a nivel de quirófano, aumentando la calidad de vida del paciente, la calidad del sistema sanitario y una reducción significativa del gasto sanitario.

152. Factores de riesgo de infección en quirófano.

Baca Bocanegra M., Antón Plata A. y Gómez Barrio J.

Introducción. La infección y sus complicaciones son la primera causa de muerte en los servicios quirúrgicos.

Objetivo. Identificar los factores de riesgo de infecciones en el área quirúrgica.

Metodología. Revisión bibliográfica durante 4 meses, seleccionando 10 artículos entre 2007 y 2016. Bases de datos: Scielo, Cuiden y Pubmed. Descriptores utilizados: "intervención quirúrgica", "factores de riesgo", "infecciones". Criterios de inclusión: infecciones relacionadas con el proceso operatorio.

Resultado. Los principales factores predisponentes son el personal sanitario involucrado, el patógeno y el paciente organizados en: factores endógenos, exógenos (contaminación de la herida durante la intervención) y otros factores relacionados con el medio ambiente y las personas involucradas.

Conclusiones. El conocimiento de los factores de riesgo y la adherencia a las medidas de prevención conducen a mejorar el proceso quirúrgico, a disminuir la tasa de infección y a elevar la calidad de la atención quirúrgica. Es necesario concienciar a todos los profesionales de enfermería sobre la importancia del checklist.

153. Factores de riesgo relacionados con la curación de la herida quirúrgica.

Pérez Padilla C., Prieto Agüero O. y Del Pino Gaitán N.

Introducción. Las heridas quirúrgicas se forman a partir de una incisión en la piel y las estructuras subyacentes, que generalmente se realiza en un ambiente limpio donde la asepsia se mantiene en todo momento.

Objetivo. Identificar los factores de riesgo que pueden afectar a la curación de la herida quirúrgica.

Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica a través de bases de datos como Medline y Scielo. De un total de 30 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 12 para su análisis. Artículos científicos de revistas posteriores al año 2010, literatura en español e inglés.

Resultado. Existen una variedad de factores que pueden afectar el proceso de curación: edad avanzada, deshidratación, alteración del suministro de sangre, estado nutricional deficiente, farmacoterapia, infección, estrés, tabaquismo, temperatura de la herida, obesidad, inmovilidad.

Conclusiones. Los principios básicos del tratamiento de la herida quirúrgica consisten en lograr la curación de la herida evitando complicaciones y lograr un buen control del dolor para poder permitir al paciente regresar a un estilo de vida normal lo antes posible.

154. Fármacos anestésicos en el paciente anciano durante el proceso perioperatorio.

López Furión G., Castillo Jiménez M. y Chávez Barroso C.

Introducción. En el proceso perioperatorio, la administración de fármacos anestésicos en la vejez, pueden producir alteraciones en la respuesta farmacodinámica y la aparición de efectos colaterales.

Objetivo. Describir los factores fisiopatológicos del paciente anciano que modifican el manejo perioperatorio de los fármacos anestésicos intravenosos.

Metodología. Revisión bibliográfica y lectura crítica de artículos seleccionados en las bases de datos (google académico y scielo) y en las obras publicadas, en los últimos diez años, relacionadas con los fármacos anestésicos intravenosos en pacientes ancianos.

Resultado. Factores a tener en cuenta en el proceso perioperatorio relacionados con los anestésicos en el anciano son la comorbilidad, la polifarmacia, la farmacocinética y la farmacodinámica.

Conclusiones. La selección de la técnica anestésica es fundamental en el abordaje del paciente anciano. La anestesia y analgesia regional suponen excelentes alternativas en el manejo perioperatorio del paciente.

155. Fase intraoperatoria de la reparación de una herida ocular: Un caso clínico.

Abad Ortega D., Fernández Torralbo C.M. y Moral Colomo A.

Descripción del caso. Paciente de 27 años que acude al servicio de urgencias del hospital, tras sufrir un corte en el ojo izquierdo con la rama de un árbol mientras iba en bicicleta. Tras valoración por el médico de urgencias es derivada a oftalmología y se considera su paso por quirófano. Se realiza la valoración intraoperatoria siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson. Hemos detectado alterada la necesidad de seguridad.

Pruebas complementarias. Se ha realizado una valoración clínica y exploración física.

Diagnóstico. Dolor agudo r/c agentes lesivos: físicos m/p informe verbal y conducta de defensa. Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante m/p identifica el objeto del miedo. Riesgo de infección r/c traumatismo y alteración de las defensas primarias.

Conclusiones. Durante la fase intraoperatoria de la cirugía, la paciente manifiesta haber controlado el dolor, no ha sufrido infección y no presenta temor.

156. Fase posoperatoria de la timpanoplastia: un caso clínico.

Abad Ortega D., Moral Colomo A. y Fernández Torralbo C.M.

Descripción del caso. Paciente de 63 años que acude al hospital para ser intervenido de una timpanoplastia en el oído izquierdo. Se realiza la valoración intraoperatoria siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson. Hemos detectado alterada la necesidad de seguridad.

Pruebas complementarias. Se ha realizado una valoración clínica, exploración física y pruebas de imagen: TAC.

Diagnóstico. Dolor agudo r/c agentes lesivos: físicos m/p informe verbal y conducta de defensa. Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p mala interpretación de la información. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

Conclusiones. Durante la fase posoperatoria de la cirugía, la paciente manifiesta haber controlado el dolor, no ha sufrido infección y haber conseguido los conocimientos suficientes para cumplir los cuidados posoperatorios.

157. Fase preoperatoria de la amigdalectomía: Un caso clínico.

Abad Ortega D., Fernández Torralbo C.M. y Moral Colomo A.

Descripción del caso. Paciente de 7 años que acude al Hospital para someterse a una amigdalectomía. Se realiza la valoración preoperatoria siguiendo las 14 necesidades de Virginia Henderson. Hemos detectado alterada la necesidad de seguridad.

Pruebas complementarias. Se ha realizado una valoración clínica, una exploración física y pruebas de imagen.

Diagnóstico. Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p verbalización del problema. Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante m/p identifica el objeto del miedo. Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos.

Conclusiones. Durante la fase preoperatoria de la amigdalectomía, el paciente no ha sufrido infección gracias a la prevención mediante la intervención de control de infecciones, no presenta temor gracias a la intervención de aumentar el afrontamiento y potenciar la seguridad, ha completado los conocimientos necesarios sobre su proceso de salud y mejorado significativamente dicho conocimiento.

159. Fractura accidental mientras practicaba deporte.

Vaca Villar A., Vieco Ramos A. y Córdoba Alarcón M. T.

Descripción del caso. Hombre de 26 años que mientras esquiaba sufre traumatismo golpeándose la mano derecha con su tabla.

Pruebas complementarias. Análítica de sangre: Hemoglobina 14,5 g/dl, plaquetas 253.000 mm³, leucocitos 8,6 mm³, glucosa 98 mg/dl, creatinina 0,84 mg/dl, sodio 131 mmol/l. Radiografía mano: fractura desplazada de primer dedo de la mano derecha.

Diagnóstico. Fractura desplazada de primer dedo de la mano derecha.

Conclusiones. Una vez que se produce un traumatismo, la inmovilización del miembro afecto es imprescindible hasta conocer el alcance de la lesión con el fin de no provocar más daño. El enfermero juega un papel fundamental en varias fases del proceso. No todos los traumatismos precisan de un proceso quirúrgico, pero en muchas ocasiones la única solución ante una fractura es la cirugía.



158. Fisioterapia preoperatoria de la tenosinovitis de Quervain.

Mérida Imberlón M.E., Ruiz Camacho M.D. y Martín Castillo A.M.

Introducción. La tendinitis de De Quervain es la inflamación de la vaina del extensor corto y el abductor largo del pulgar, complicando la realización de gestos como apretar el puño o hacer la pinza. El dolor y la incapacidad funcional tras la realización de tratamientos conservadores conlleva al tratamiento quirúrgico para liberar la compresión.

Objetivo. Determinar el tratamiento fisioterápico previo a la intervención quirúrgica de la tenosinovitis de De Quervain.

Metodología. Revisión bibliográfica en las bases de datos: Medline, PEDro, Cuiden, Scielo y The Cochrane Library, empleando los descriptores: Modalidades de Fisioterapia, Rehabilitación, Terapia por Ejercicio, Tenosinovitis, Enfermedad de De Quervain.

Resultado. La fisioterapia preoperatoria tiene como objetivo principal disminuir el dolor y la inflamación, utilizándose crioterapia, electroanalgesia, ultrasonido, iontoforesis, masaje, movilizaciones pasivas del pulgar y muñeca y ejercicios de estiramiento y fortalecimiento.

Conclusiones. La recuperación tras la cirugía suele ser rápida, teniendo la fisioterapia como objetivo el fortalecimiento muscular y la movilidad articular.

160. Fractura de cadera izquierda en paciente geriátrica.

Córdoba Alarcón M. T., Vaca Villar A. y Vieco Ramos A.

Descripción del caso. Mujer de 77 años con múltiples antecedentes personales que acude a urgencias derivada en ambulancia tras sufrir caída en domicilio, presenta rotación externa, acortamiento e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo.

Pruebas complementarias. Análítica de sangre, RX de tórax y cadera, EKG.

Diagnóstico final. Fractura de tercio proximal de fémur izquierdo.

Evolución. Tras la realización de las pruebas complementarias pasa al área de observación para analgesia intravenosa y valoración por traumatología. Se deja en dieta absoluta hasta baja a quirófano. El posoperatorio transcurre sin incidencias por lo que es dada de alta al área de planta donde a los 5 días inicia deambulacion asistida. Alta a domicilio a los 7 días.

Conclusiones. La atención al adulto mayor debe realizarse desde una visión integral, por lo que se hace relevante una labor de educación sanitaria que pueda mejorar la calidad asistencial en estas edades.

161. Fractura de cadera: Tratamiento quirúrgico.

Moreno García T., Navarro García C. y Lozano Sánchez S.

Introducción. La fractura de cadera es un problema común, de mucho interés en traumatología y ortopedia. La sufren la mayoría ancianos debido a que es una de las patologías más incidentes en la edad avanzada debido al deterioro cognitivo y físico.

Objetivo. Evaluar la eficacia del tratamiento quirúrgico en la fractura de cadera.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica con unos descriptores y unos criterios de exclusión e inclusión.

Resultado. Se observó que casi un 75% de los pacientes presentó una fractura de cadera en el lado derecho en vez de en el lado izquierdo. La fractura intertrocanterica correspondió a las fractura más común en el 60% de los casos, seguido en un 20% intracapsular desplazada. En el 70% se empleó tornillo de compresión y en un 30% se realizó hemiaroplastia.

Conclusión. Ya sea la edad del paciente joven o anciano es muy recomendable la realización con fijación de tornillos canalados.

162. Fractura de codo desplazada en niño, a propósito de un caso.

Urbano Domínguez E.R., Rodríguez Arjona R. y Galiana Baca A.N.

Introducción. Niño de 5 años, que sufre caída de un muro de 2 metros aproximadamente mientras jugaba. Sufrir trauma directo sobre el codo derecho. Le ocasiona dolor intenso, deformidad e incapacidad funcional. Se inmoviliza el codo en flexión de 30-40° durante el traslado, ya que una inmovilización de 90° podría atrapar la arteria en la fractura y provocar isquemia en la extremidad.

Tras realizar la RX de codo derecho, se observa fractura desplazada (Gartland II-III).

Juicio clínico. Dolor intenso en codo derecho.

Diagnóstico diferencial. Fractura desplazada. Gartland II-III de codo derecho.

En este tipo de fracturas desplazadas, el niño bajo anestesia se le realiza la reducción y fijación con agujas de Kirschner e inmovilización con férula de yeso.

163. Fractura de Colles derecha tras caída accidental en vía pública.

Córdoba Alarcón M.T., Vieco Ramos A. y Vaca Villar A.

Descripción del caso. Mujer de 51 años que acude al servicio de urgencias por dolor e impotencia funcional en muñeca derecha tras caída accidental en vía pública.

Pruebas complementarias. Rx de muñeca, RX de tórax, EKG y analítica de sangre.

Diagnóstico. Fractura desplazada de Colles derecho.

Evolución. Tras ser triada pasa al área de observación para administración de analgesia, realización de pruebas complementarias y valoración por traumatólogo. Se intenta reducción bajo anestesia local que es fallida, por lo que se programa para quirófano donde se realiza la reducción sin incidencias.

Conclusiones. Jugamos un papel fundamental a la hora de atender a un paciente que ha sufrido una policontusión, ya que son pacientes muy doloridos y que precisan por ello asistencia rápida con inmovilización de la articulación para evitar aumentar el dolor y administración de analgesia intravenosa. Debemos de realizar un buen control neurovascular de la extremidad afectada y avisar al médico responsable de cualquier incidencia.



164. Fractura de cuerpo cavernoso: una urgencia urológica.

Moya Luque I, Ruiz Machuca C. y Vega Estébanez N.

Descripción del caso. Hombre de 29 años presenta dolor y tumefacción peneana tras traumatismo durante el coito. Sin antecedentes médicos previos. Exploración física revela hematoma hasta raíz del pene con desviación hacia la derecha sin hematuria.

Pruebas complementarias. Se realiza Eco Doppler que mostró rotura del tercio medio del cuerpo cavernoso izquierdo. La exploración quirúrgica revela gran hematoma siendo drenado con éxito.

Diagnóstico. La anamnesis, exploración física, pruebas radiológicas y exploración quirúrgica establecen como diagnóstico la rotura de cuerpo cavernoso izquierdo, la EF revela incurvación del pene hacia la derecha, el eco doppler objetiva la fractura y el hematoma. Conviene realizar diagnóstico diferencial con la rotura de la vena dorsal profunda del pene.

Conclusiones. La fractura de cuerpo cavernoso es una entidad poco frecuente, ocurre en pacientes jóvenes tras traumatismo directo sobre el pene en erección. El diagnóstico se basa en la historia clínica, EF y ecografía. La opción terapéutica de elección es la intervención quirúrgica con pronóstico favorable y una tasa mínima de complicaciones.

165. Fractura de radio en paciente pediátrico por caída accidental.

Vaca Villar A., Córdoba Alarcón M.T. y Vieco Ramos A.

Descripción del caso. Niña de 6 años que acude a Urgencias acompañada de su padre por caída accidental mientras patinaba en el parque hace una hora. Presenta dolor, deformidad e impotencia funcional de muñeca derecha. Pulso radial presente. No alergias a medicamentos conocidos ni antecedentes de interés.

Pruebas complementarias. Análítica de sangre: Hemoglobina 12,6 g/dl, neutrófilos 82,8%, leucocitos 15.000 mm³, glucosa 116 mg/dl, PCR 1.89 mg/L. Radiografía mano: fractura desplazada a nivel distal de radio.

Diagnóstico. Fractura de radio distal desplazada.

Conclusiones. El papel de la enfermería es primordial cuando acude al servicio de urgencias un traumatismo en el que se sospecha que hay una fractura. Las fracturas son muy dolorosas por lo que la atención rápida es imprescindible para el bienestar del paciente. Una vez controlado el dolor, el enfermero será el encargado de controlar cualquier cambio en el miembro afecto como inflamación, dolor, cambios en la coloración de la piel, control del pulso distal.

166. Fractura de sección trocantérea neom de cuello fémur-cerrada.

Guerrero Cárdenas A.I., Fernández Torres E.V. y Rodríguez Martín C.

Descripción del caso. Paciente que ingresa con diagnóstico de fractura pertrocantérea de cadera derecha. Es intervenido, procediendo a la reducción cerrada.

Pruebas complementarias. Radiografía simple antero posterior y axial del fémur proximal.

Diagnóstico. Fractura pertrocantérea de fémur.

Evolución. El control radiológico posoperatorio es satisfactorio. El paciente comienza a deambular con buena tolerancia durante el ingreso.

Conclusiones. En los casos de fractura de fémur, se aconseja una vez dado de alta: Realizar carga parcial sobre la extremidad operada con ayuda de bastones ingleses o andador y utilizar unas medias elásticas de compresión normal, que retirará para el reposo nocturno.



167. Gestante en el segundo trimestre de gestación con sangrado, a propósito de un caso.

Urbano Domínguez E.R., Rodríguez Arjona R. y Galiana Baca A.N.

Descripción del caso. Mujer de 34 años de edad que acude a la urgencias, con sangrados de dos horas de evolución. No indica contracciones ni malestar.

Exploración y pruebas complementarias. Antecedentes previos: NAMC. Hernia de Hiato. No IQ. Tratamiento actual: Ranitidina y Primperan. Antecedentes familiares: HTA (madre) DMID (madre) y cáncer de colon (Tía). AGO: Mestruación: 18 años. FUR 28-12-17. ECO BD: Feto único, presentación cefálica, Placenta posterior. PEF: 2,100GR.

Juicio clínico. Dolor abdominal no especificado. Contracciones.

Diagnóstico diferencial. Sangrado vaginal en gestante de 28 semanas de gestación. La mujer es valorada por el ginecólogo de guardia, quién indica que se la traslade a planta de hospitalización para que permanezca en reposo. En 48 horas se volverá a valorar el bienestar fetal en caso de que exista peligro se programará cesárea. Se explica el procedimiento a la madre, evitando crear situación de estrés no deseada.

168. ¿Granuloma umbilical o uraco? Fistulografía para diagnóstico diferencial. A propósito de un caso.

Galiana Baca A.N., Urbano Domínguez E.R., Rodríguez Arjona R.

Descripción del caso. Una madre acude con su hijo de 1 mes de vida nacido por cesárea de urgencia debido a bradicardia fetal. El motivo de la consulta es porque hace 15 días aproximadamente se le cayó el cordón umbilical y desde el cual le persiste un granuloma que termina de cicatrizar.

Pruebas complementarias. Se decide realizar una ecografía abdominal cuyo único hallazgo es una leve hernia umbilical. Al carecer de hallazgos significativos se decide tratar el granuloma con nitrato de plata hasta en un par de ocasiones con leve mejoría, persistiendo el granuloma en la parte más central del ombligo y manteniendo humedad de origen desconocido. Se decide realizar una fistulografía. Se observa un seno uracal con la porción distal permeable hacia el ombligo 10mm x 5mm.

Diagnóstico. Granuloma umbilical. Seno uracal.

Conclusiones. Debemos sospechar de la existencia de un uraco cuando existe un granuloma que no mejora con tratamiento habitual.

169. Herida inciso-contusa con afectación tendinosa en tercer dedo de la mano izquierda.

Córdoba Alarcón M.T., Vieco Ramos A. y Vaca Villar A.

Descripción del caso. Varón de 43 años de edad sin alergias ni antecedentes conocidos que acude a urgencias por presentar dolor y sangrado en dedo de la mano tras golpearse con una chapa metálica mientras trabajaba en el taller.

Pruebas complementarias: Analítica de sangre y Rx de dedos.

Diagnóstico. Herida inciso-contusa con afectación tendinosa en tercer dedo de la mano izquierda.

Conclusiones. Como enfermeros ante un traumatismo con herida inciso-contusa debemos sospechar que exista la posibilidad de afectación tendinosa. Inmovilizaremos la articulación afectada, solicitaremos radiografía y procederemos a la sutura y cura de la herida siempre y cuando haya una buena movilidad de la zona afectada y no sea una herida con compromiso vascular y/o tendinoso.



171. Histerectomía total benigna mínimamente invasiva: Una revisión de la literatura.

Herrera Olivares A.M., Medina Sobrino A. y Hiraldo Aguilar M.

Introducción. La histerectomía es el segundo procedimiento quirúrgico más común en ginecología. La cirugía mínimamente invasiva aporta beneficios en comparación con la cirugía ginecológica abdominal.

Objetivo. Analizar las ventajas de las diferentes técnicas mínimamente invasivas en la histerectomía total benigna.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se utilizaron 2 bases de datos: Pubmed y Dialnet.

Resultados. La histerectomía vaginal muestra un menor tiempo de operación y estancia hospitalaria en comparación con otras técnicas. La cirugía laparoscópica de un solo puerto se ha introducido recientemente pero se hace técnicamente difícil por el manejo del instrumental.

Conclusiones. La histerectomía vaginal en condiciones benignas es superior a la laparoscópica, laparoscópica asistida vaginal y de un solo puerto con respecto a la estancia hospitalaria y el tiempo de operación, y posee la misma importancia en cuanto a complicaciones y menores costos.

170. Hernia umbilical con diástasis de recto.

López Morales C., Ballesteros Escamilla M. y Valenzuela Mateos M.E.

Descripción del caso. Mujer de 26 años refiere que con su segunda gestación evidenció masa pero asociada a dolor localizado en la región umbilical y epigástrica, que aumenta con la posición de pie y se alivia con los cambios de postura.

Pruebas complementarias. PA 100/80mm Hg, FC: 78 latidos/minuto, FR:20 respiraciones/minuto, 37°C.abdomen blando, doloroso a la palpación superficial y profunda. Se palpa anillo umbilical de 3,5cm de diámetro, con masa reductible. Leucocitos 7560 ml/mm, Eritrocitos 4.15ml/mm, Hb: 12,5gr/dl creatinina:0,9mg/dl, glucosa:105mg/dl.

Diagnóstico. Hernia umbilical.

Conclusiones. Se realiza hernioplastia umbilical, se procede a la disección de saco herniario, reducción de su contenido, cierre del peritoneo, colocación de malla preperitoneal y cierre de la pared por planos hasta la piel. Los hallazgos importantes de la intervención quirúrgica fue un saco herniario de 3 cm de diámetro con defecto de la pared de 1,5cm de diámetro, con contenido de epiplón. 4 días después intervención es dada de alta.

172. Humanización en la UCI.

Román Alvarado E., Briviesca Gómez M. y Rubiales Hernández C.

Introducción. Las circunstancias de esta unidad hacen que se cree un ambiente hostil tanto para los profesionales, pacientes y familia. De ahí, la importancia en fomentar unos cuidados más humanos para este tipo de usuarios.

Objetivo. Reforzar la importancia de realizar unos cuidados desde la humanización del equipo profesional.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en revistas, libros, bases de datos y artículos de investigación, utilizando los descriptores: UCI, humanización, equipos de profesionales de UCI.

Resultado. Es de gran importancia la humanización de los cuidados en UCI.

Conclusiones. Es muy importante fomentar la participación activa y motivación de los profesionales, así como su continuo reciclaje. Respetar sus creencias éticas y religiosas, aumentando la cercanía, comprensión, ternura y claridad.

173. Impacto psicológico en paciente posoperada de mastectomía.

Rodríguez Domínguez A.R., Mohand Mohamed N. y Fernández Rodríguez A.

Introducción. El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes a nivel mundial. La mejor estrategia para la detección temprana es a través de la prevención primaria mediante información, orientación y educación a la población.

Objetivo. Identificar las técnicas de abordaje psicológico en los pacientes sometidos a mastectomía.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Google Académico, Scielo y MEDLINE. Los descriptores utilizados son: mastectomía, impacto psicológico, cáncer de mama.

Resultado. Es muy importante centrar nuestros cuidados en el gran impacto psicológico que la intervención origina en el aspecto físico de la paciente, esta debe comprender su enfermedad y aceptación de la parte mutilada, mejorar la comunicación familiar y la expresión de sentimientos, mantener una actitud positiva para mejorar su estado de salud.

Conclusiones. El diagnóstico de cáncer de mama en las mujeres es de gran impacto psicológico, presentando variadas reacciones, al ser un evento inesperado ocasiona gran confusión y temor a las consecuencias.

174. Implantación de bandas en la incontinencia urinaria femenina.

Ruiz Yébenes M.P., Serrano Jurado S. y Cabrera Molinero M.A.

Introducción. La incontinencia urinaria (IU) según la International Continence Society (ICS) es la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico.

Objetivo. Conocer las técnicas más usadas para la implantación de estas bandas.

Metodología. Revisión bibliográfica en Medline, Cochrane, Scielo. También se ha consultado documentación de los fabricantes de las bandas que se emplean.

Resultado. Existen 3 técnicas: TVT, TOT y REMEEX. En todas ellas se debe hacer hincapié en: Check-list, profilaxis antibiótica, colocación del paciente, material quirúrgico básico y específico para el tipo de técnica que se vaya a realizar en la colocación de la banda.

Conclusiones. El estudio de estas guías nos permite el conocimiento y la preparación del material adecuado para la práctica de esta actividad quirúrgica.

175. Infección nosocomial: Higiene de manos como prevención.

Brievska Gómez M., Román Alvarado E. y Rubiales Hernández C.

Introducción. La higiene de manos es la medida idónea para la prevención de infecciones nosocomiales.

Objetivo. Valorar la importancia de la correcta realización de la técnica del lavado de manos.

Metodología. Búsqueda bibliográfica usando las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Scielo, Cochrane y Dialnet.

Resultado. La promoción de la higiene de las manos reduce las infecciones, salva vidas y reduce la morbilidad y costes.

Conclusiones. Queda demostrado la gran eficacia de los productos de base alcohólica para la higiene de las manos y de esta forma, representa una excelente alternativa reemplazando a la técnica de higiene con soluciones antisépticas ante manos visiblemente limpias.

¿Cómo lavarse las manos?
 ¡Lávase las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica.

0 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

1 Mójese las manos con agua; **2** Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todos los superficies de las manos; **3** Frotase las palmas de las manos entre sí; **4** Frotase la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa; **5** Frotase las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados; **6** Frotase el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, apretándose los dedos; **7** Frotase con un movimiento de rotación el pulgar frotándolo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa; **8** Frotase la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa; **9** Enjuáguese las manos con agua; **10** Séquese con una toalla desechable; **11** Séquese de la toalla para cerrar el grifo; **12** Sus manos son seguras.

Organización Mundial de la Salud Seguridad del Paciente SAVE LIVES Clean Your Hands

176. Infecciones del sitio quirúrgico.

Díaz Veronese J.

Introducción. Se describe la tasa de infección de sitio quirúrgico valorando la validez del sistema del índice National Nosocomial Infection Surveillance de estratificación del riesgo y la influencia de los diferentes factores en la aparición de una ISQ.

Objetivo. Dar a conocer la incidencia de infecciones en el área quirúrgica.

Metodología. Se realiza búsqueda bibliográfica.

Resultado. La tasa de infecciones en cirugía limpia es del 2,27%, la de limpia-contaminada 9,17%, la de contaminada 11,40%, y la de sucia 19,14%.

Conclusiones. Existen distintos planes estratégicos para la mejora del ámbito quirúrgico y de la prevención de dichas infecciones.

177. ¿Influye la cirugía de aumento de senos en la lactancia materna?

Benítez Sánchez E., Romero Esteve M. y Pérez Marín S.

Introducción. En gran parte de las ocasiones, quienes se practican un aumento de mamas son las mujeres jóvenes, y en esos momentos no se preocupan si serán madres, así como en la lactancia materna.

Objetivo. Conocer si influyen el aumento de mamas en la lactancia materna.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos digitales como PubMed, Cochrane, Uptodate. Se filtraron los artículos encontrados en los últimos 10 años.

Resultado. La cirugía de aumento de senos no afecta al sistema glandular ni a sus conductos. Pero una cicatrización tórpida, o una incisión en la areola puede dañar las terminaciones nerviosas del pezón y perder el reflejo de succión, por lo que produciría menor cantidad de leche.

Conclusiones. Es importante, si la mujer que se va a intervenir se encuentra en edad fértil, realizar la incisión mamaria se realice sobre la pared torácica.

178. Ingreso programado para cirugía válvula mitral.

Galván Jurado F.J., Delgado Delgado E. y Gámez Campos A.M.

Descripción del caso. Mujer de 79 años, con miocardiopatía dilatada y función ventricular izquierda moderadamente deprimida e insuficiencia mitral severa orgánica que ingresa para realización de ICP a lesión severa de descendente anterior.

Pruebas complementarias. Dilatación ventricular izquierda con disfunción sistólica. Insuficiencia mitral severa orgánica. Hipertensión pulmonar moderada. Signos de aumento de presión venosa central. Válvula mitral con calcificación de velo posterior y restricción marcada de velo posterior. Cateterismo cardíaco.

Diagnóstico. Insuficiencia mitral severa orgánica. Fibrilación auricular.

Conclusiones. Debe de seguir la pauta del tratamiento, como la toma de Sintrom, ASS, Furosemida, Enalapril, Digoxina y sus revisiones en cardiología en un plazo de 3 meses.

179. Inhalación del humo quirúrgico en sala de operaciones: Riesgos.

Moreno García T., Navarro García C. y Lozano Sánchez S.

Introducción. El humo quirúrgico es la acumulación de partículas repartidas en el aire procedentes de la destrucción de huesos y tejidos. Son generados cuando se utilizan el bisturí eléctrico, ya que la energía aportada en la zona es más grande que parte los tejidos y el líquido pasa al ambiente. Al igual, los pacientes también pueden sufrir efectos adversos por la inhalación de humo, pero es el personal quirúrgico el que sufre mayor riesgo de enfermedades crónicas y daños para la salud.

Objetivo. Evaluar los riesgos de inhalación de humo quirúrgico en la sala de operaciones por el personal.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica con unos descriptores y unos criterios de inclusión y exclusión.

Resultado. Los peligros de la inhalación de humo quirúrgico para el personal de la sala de operaciones es muy elevada y pueden tomar decisiones sobre la protección de la salud de los trabajadores. Los médicos y otros profesionales de la salud están expuestos a diversos materiales cancerígenos y radiación en los hospitales, lo que puede llevar a un mayor riesgo de tumores malignos.

Conclusiones. Debemos actualizar los protocolos y guías sobre seguridad del personal en el centro quirúrgico y hacer que se cumpla.

180. Intervención de prótesis total de rodilla. A propósito de un caso.

Hiraldo Aguilar M., Herrera Olivares A.M. y Medina Sobrino A.

Descripción del caso. Paciente de 74 años que se decidió intervenir de una prótesis total de rodilla. Ingresó de forma programada a primera hora de la mañana (8 horas) de una prótesis total de rodilla izquierda. AP: HTA tratada con enalapril y dislipemia con atrovastatina. No RAMs.

Pruebas complementarias. FC: 80 lpm; FR: 18 rpm; TA: 124/79; Sat. O2: 98%. Paciente consciente, orientado, normohidratado y normocoloreado. ECG: normal. Analítica de sangre: normal para intervención quirúrgica. Rx tórax: normal. Se le administra 2 gramos de Cefazolina IV antes de la intervención, lorazepam 1 mg si precisa y un suero ringer lactato para mantener vía.

Diagnóstico. Intervención prótesis total de rodilla.

Conclusiones. La intervención es una cirugía en la cual se sustituye la articulación de la rodilla por una artificial. Por parte de enfermería los cuidados posquirúrgicos son: toma de constantes, vigilar y retirada del recuperador, cura de la incisión y vigilancia por turno del apósito y educación al paciente para las curas al alta.

181. Intervención enfermera prequirúrgica para la disminución del dolor y la ansiedad.

Bayo Cano T., Araujo González A. y Escuela Martín R.P.

Introducción. Los pacientes que se someten a una operación sufren ansiedad y el dolor posquirúrgico. Por ello se realizan intervenciones prequirúrgicas para disminuirlos.

Objetivo. Analizar las intervenciones enfermeras prequirúrgicas para disminuir el dolor y la ansiedad.

Metodología. Se buscaron artículos en la base de datos como Cochrane, con los descriptores dolor, ansiedad y cirugía, y se escogieron artículos desde el 2012 hasta 2018 que analizaban la reducción de la ansiedad y el dolor en pacientes intervenidos.

Resultados. Los artículos muestran que la reducción del dolor y ansiedad se debió a la intervención enfermera, sobre todo a la explicación de la cirugía y procedimientos, así como la utilización de escalas de dolor. También la creación de la unidad del dolor puede reducir el dolor agudo.

Conclusiones. Realizar una intervención prequirúrgica explicando los procedimientos que se le va a realizar y consecuencias de la misma ayudan a disminuir la ansiedad. También la utilización de escalas del dolor mejora el control del dolor de los pacientes.

182. Intervención quirúrgica: Doble safenectomía más avulsión de varices.

Arjona Fuentes A.B., Moreno Torres A.B. y García Anguita A.M.

Descripción del caso. Paciente de 42 años es intervenida bajo anestesia intradural de una doble safenectomía interna y externa más avulsión de varices en miembro inferior izquierdo.

Pruebas complementarias. Se realiza entrevista completa a la paciente donde se confirma que no presenta alergias medicamentosas conocidas. Análisis de sangre. Electrocardiograma.

Diagnóstico. Como diagnóstico principal encontramos varices en miembro inferior izquierdo. En el plan de cuidados enfermero se establecen: Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos. Discomfort manifestado por ansiedad y falta de control ambiental. Riesgo de sangrado relacionado con efectos secundarios relacionados con el tratamiento, en este caso cirugía.

Conclusiones. Una intervención quirúrgica del sistema venoso implica una serie de riesgos potenciales que deben ser tenidos en cuenta antes, durante y después de la intervención para minimizar la aparición de complicaciones severas que pueden poner en riesgo la vida de la paciente.

183. Intervenciones ante los factores psicológicos en el paciente quirúrgico.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Introducción. Esta comunicación aborda los aspectos psicológicos más característicos del paciente quirúrgico, centrándonos en la etiología de los problemas de origen psíquico en el preoperatorio y en el posoperatorio.

Objetivos. Evidenciar como determinados factores y aspectos psicológicos influyen y de qué forma ante una intervención quirúrgica y en su posterior recuperación y detallar las acciones de enfermería sobre estos factores para la recuperación del paciente.

Metodología. Se hizo una búsqueda en las principales bases de datos: PubMed, ScienceDirect, Cuiden, Medline, Scielo y Dialnet. Finalmente fueron seleccionados 23 artículos.

Resultados. Debido a las consecuencias psicológicas que pueden aparecer en el paciente quirúrgico, el personal de enfermería debe asistir al paciente, desde una perspectiva biológica y psicosocial, con la capacidad de comprender las experiencias que están viviendo los pacientes, lo que facilitará su recuperación física.

184. Intervenciones de enfermería en el manejo de la vía aérea en el paciente gran quemado.

Castillo Jiménez M., Chávez Barroso C. y López Furión G.

Introducción. El paciente gran quemado presenta alteraciones en la ventilación. Se producen por la inhalación de humo y las quemaduras inhalatorias. Los pacientes requieren de un manejo intensivo de la vía aérea.

Objetivo. Describir las actuaciones de enfermería ante el manejo de la vía respiratoria en el paciente gran quemado. Metodología: Revisión bibliográfica y lectura crítica.

Resultado. Valoración primaria haciendo énfasis en la permeabilidad de la vía aérea y el intercambio de gases, seguida de intubación rápida. La intubación es necesaria en el caso de pacientes inconscientes, con hipoxia o pacientes con obstrucción de la vía aérea. Todos los pacientes con quemaduras deben recibir oxígeno 100%. Los cuidados de enfermería de la intubación traqueal.

Conclusiones. Debido a las lesiones que se producen en la vía aérea tras la exposición a gases y quemaduras, es necesario valorar la intubación orotraqueal. Aumenta el índice de supervivencia.

185. Intervenciones de enfermería en la colecistectomía laparoscópica.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Introducción. El trabajo y la colaboración de la enfermera en una cirugía de colecistectomía laparoscópica, es imprescindible, tanto las acciones realizadas durante la intervención quirúrgica como lo que se realiza antes de que el paciente entre en el quirófano y antes de que comience la intervención.

Objetivo. Analizar las intervenciones de enfermería en quirófano durante todo el proceso de la cirugía laparoscópica.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Elsevier, Scielo, NURE, Cinhal, Medline. Los descriptores utilizados: laparoscopia, cuidados de enfermería, paciente, instrumental. Fueron seleccionados 22 artículos.

Resultados. La colecistectomía laparoscópica es una técnica muy compleja que requiere de personal altamente cualificado.

Conclusión. En lo primero que la enfermera debe centrarse es en el paciente pero también, debe prestar atención a todo el material que es utilizado en el quirófano, para cuidarlo y mantenerlo en correcto estado y, así, evitar gastos innecesarios para la sanidad.

186. Intervenciones de enfermería en la mejora del dolor agudo en el paciente quirúrgico.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Introducción. El presente trabajo, aborda las funciones que desempeñan el personal de enfermería en la mejora del manejo del dolor posoperatorio en el paciente intervenido.

Objetivo. Identificar nuevas estrategias/técnicas a desarrollar por el personal enfermero con el objetivo de controlar del dolor agudo posoperatorio.

Metodología. Revisión bibliográfica, se consultaron las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, IME, Cuiden Plus y Scielo. Finalmente fueron seleccionados 26 artículos.

Resultados. Para evitar alteraciones psicológicas en el paciente quirúrgico es necesario que el equipo de enfermería proporcione información en la etapa preoperatoria y tras la intervención realizar intervenciones para que tenga una buena evolución y pronta recuperación.

Conclusión. Existen numerosas técnicas/estrategias para aliviar o controlar la sensación y reacción del paciente frente al dolor durante el proceso quirúrgico, por lo que el personal de enfermería deberían de llevarlas a la práctica para el beneficio del paciente.

187. Intervenciones en el paciente quirúrgico con fístula faringocutánea.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Introducción. La atención de enfermería a pacientes oncológicos con cáncer de cara y cuello requiere de los mejores cuidados enfermeros, a través de un enfoque multidisciplinario, evitando complicaciones posoperatoria.

Objetivo. Conocer la incidencia de fístula faringocutánea, la relación con el empleo de radioterapia, junto con las manifestaciones psicológicas detectadas en el paciente prequirúrgico.

Metodología. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos: Scielo, Cochrane, Pubmed, Index, Springer y Elsevier. Fueron seleccionados 28 artículos.

Resultados. La fístula faringocutánea es la complicación más frecuente tras laringectomía total, además de tener una incidencia mayor en pacientes que han recibido dosis de radioterapia.

Conclusiones. Para prevenir la fístula faringocutánea es necesario controlar los factores de riesgo que la afectan, entre ellos la radioterapia. La ansiedad prequirúrgica puede ser modificada gracias a la actuación de enfermería.

188. Intervenciones en el posoperatorio de una artroplastia total de rodilla.

Navarro García C., Moreno García T. y Lozano Sánchez S.

Introducción. Las principales articulaciones afectadas por patologías reumáticas son las manos, los pies, las rodillas y las caderas. De todas ellas, la rodilla es una de las articulaciones más expuesta a sufrir desgaste óseo y tener que estar sometida a una cirugía de sustitución total articular.

Objetivo. Identificar los cuidados enfermeros en el posoperatorio de la artroplastia total de rodilla.

Metodología. Se consultaron las bases de datos: Medline, Cochrane Plus, Cuiden Plus, Cinahl, Elsevier. Fueron seleccionados 18 artículos.

Resultados. En las artropatías, la artrosis es la que presenta una mayor prevalencia, y se considera la causa más importante de incapacidad funcional, siendo la causa más frecuente artroplastia total de rodilla.

Conclusiones. El papel de enfermería es primordial en los cuidados del paciente, ya que, a través de sus intervenciones va a aumentar el rendimiento funcional de la articulación y por tanto, conseguir mejorar la calidad de vida del paciente.

189. Intervenciones enfermeras en rehabilitación multimodal de cirugía de colon.

Lozano Sánchez S., Navarro García C., y Moreno García T.

Introducción. El programa de rehabilitación multimodal en cirugía de colon, ha demostrado beneficios como disminuir el estrés que provoca la intervención quirúrgica, acelerar la recuperación del paciente y con ello reducir los costes y la estancia en el hospital.

Objetivo. Identificar el proceso llamado rehabilitación multimodal en cirugía de colon. La búsqueda bibliográfica se hizo bases de datos como PubMed, Medline, Cuiden, Elsevier y Cochrane. Se identificaron 151 artículos para su revisión, y de estos 42 cumplían los criterios.

Conclusión. Es muy importante realizar una buena formación sobre los programas de rehabilitación multimodal en cuanto a intervenciones y actividades perioperatorias destinadas al paciente quirúrgico puesto que se ha demostrado que proporciona numerosos beneficios en la recuperación del paciente.

190. Intubación bronquial selectiva con tubo de doble luz en pacientes con traqueostomía.

Sillero Sillero B., Núñez Fernández N. y Mata Moreno L.

Introducción. La intubación bronquial selectiva (IBS) es una técnica anestésica empleada para independizar el manejo de la vía aérea traqueo bronquial para facilitar la visualización quirúrgica generalmente en cirugía torácica.

Objetivo. Principal: Proporcionar al personal de enfermería la información necesaria para adquirir habilidad de forma eficaz y garantizar la seguridad del paciente. En segundo lugar: Identificar las posibles complicaciones de forma precoz, dar soporte para resolverlas, aumentar la seguridad, autonomía de enfermería y unificar conocimientos y optimizar los recursos sanitarios.

Metodología. Es de vital importancia que enfermería sepa como cuidar el material, donde se encuentra en nuestro centro de trabajo y el correcto circuito de esterilización de dicho material.

Resultado. Unificando criterios de actuación. Aumento de la satisfacción de los profesionales de enfermería, evitando pérdidas de tiempo a causa del desconocimiento de algunas actuaciones y el manejo adecuado del material y aparataje.

Conclusiones. Un protocolo, simple y conciso ayudará a proporcionar a enfermería los conocimientos necesarios.

191. Isquemia en cirugía ortopédica: Técnica con manguito y venda de smarch.

Expósito Pérez M., González Calzado J. y Jurado García A.

Introducción. La isquemia es un procedimiento que facilita el vaciamiento de la sangre en las extremidades.

Objetivo. Conocer cuidados de enfermería en procedimiento de isquemia con manguito y venda de smarch.

Metodología. Revisión bibliográfica introduciendo los descriptores "cuidados de enfermería", "isquemia" y "venda de smarch" y seleccionando documentos que se adecuen a la temática.

Resultado. Se usa principalmente en intervenciones quirúrgicas ortopédicas. La responsabilidad de la isquemia, mantenimiento, aplicación y las posibles complicaciones recaen sobre enfermería aunque son responsables también tanto en el cirujano como en el anestesiólogo.

Conclusiones. Es muy importante que la enfermera controle el tiempo de isquemia y se registre ya que es un factor de riesgo para la seguridad del paciente. Se debe también comunicar en voz alta al resto del equipo quirúrgico.

192. La ansiedad prequirúrgica en el paciente. Revisión bibliográfica.

López Furió G., Chávez Barroso C. y Castillo Jiménez M.

Introducción. La ansiedad es un estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad inespecífico o desconocido para el individuo.

Objetivo. Determinar factores relacionados con la ansiedad, ante una intervención quirúrgica. Analizar los artículos seleccionados sobre la ansiedad que se manifiesta previa al acto quirúrgico.

Metodología. Se han seleccionado los artículos y estudios con mayor relevancia.

Resultado. El momento de mayor ansiedad es el preoperatorio, como consecuencia al miedo a las circunstancias que rodean a la intervención quirúrgica, tales como el dolor, a la anestesia, etc. La intensidad de la ansiedad ante una intervención quirúrgica está determinada por la gravedad de la enfermedad, la duración del período preoperatorio o la falta de información.

Conclusiones. La falta de información y comunicación aumentan el estado de ansiedad preoperatoria. El estado psicológico prequirúrgico incide en la recuperación posquirúrgica.

193. La cirugía bariátrica, solución a la obesidad.

Mota Fernández J., Rodríguez Morales M.L. y Moreno Entrena I.

Introducción. Obesidad mórbida como patología crónica.

Objetivo. Analizar las características y resultados de una serie de pacientes intervenidos en los últimos años.

Metodología. Estudio descriptivo prospectivo entre 2014 y 2016 sobre pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica, con una edad media entre 25 y 45 años.

Resultado. Actualmente el 81% de los enfermos, han alcanzado la pérdida ponderal establecida, disminución de las comorbilidades y de las necesidades de medicación.

Conclusiones. El sleeve ha permitido una pérdida de peso mantenida en el tiempo, junto con una reducción de las patologías asociadas a la obesidad, dando lugar a una mejora de la calidad de vida de estos pacientes y de su autoestima.

194. La hipotermia inadvertida durante la cirugía.

Bayo Cano T., Araujo González A. y Escuela Martín R.P.

Introducción. La hipotermia durante las cirugías es bastante habitual en quirófanos, ya que no se suelen monitorizar, ni tomar medidas para evitarlo.

Objetivo. Valorar la hipotermia en los pacientes durante la cirugía, sus causas y la población afectada.

Metodología. Se buscaron artículos en la base de datos Cochrane con los descriptores hipotermia y cirugía, y se escogieron artículos desde el 2013 hasta 2018 que evaluaban el descenso térmico en los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica.

Resultados. Los artículos demuestran que la hipotermia inadvertida es muy común durante la operación. También, solo un 20% de los profesionales monitorizan la temperatura en la cirugía. La población más afectada es la mayor a 65 años y las mujeres.

Conclusiones. La hipotermia pasa inadvertida durante la cirugía, y puede afectar al tiempo de recuperación posquirúrgica. La falta de monitorización y protocolos para mantener la temperatura es preocupante.

195. La importancia de la Enfermería en el proceso preoperatorio.

Chinchilla Gutiérrez B., Mercado Gutiérrez M.E. y González Galián R.M.

Introducción. La valoración enfermera es la base para recabar la información necesaria para identificar problemas pudiendo planificar las intervenciones necesarias para solucionar los problemas relacionados con la salud.

Objetivo. Determinar la calidad de la valoración de Enfermería en el Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced en Ambato, Ecuador.

Metodología. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y longitudinal con 80 pacientes que iban a ser intervenidos en el hospital objeto de estudio, así como con 24 profesionales del área quirúrgica de enero a junio de 2015.

Resultado. El 60% de los pacientes no fueron llamados por su nombre durante el proceso. En el 53,8% de los casos no se proporcionó información sobre los cuidados a realizar. La toma de constantes vitales es una práctica habitual que se realiza en el 95,8% de los casos.

Conclusiones. La atención de enfermería se hace de forma rutinaria; no se proporciona información adecuada a la situación quirúrgica; tampoco se prepara la piel para la intervención y se forma poco a los pacientes sobre los ejercicios respiratorios que deben realizar.

196. La importancia de la normotermia en el circuito quirúrgico del paciente pediátrico.

Mota Fernández J., Rodríguez Morales M.L. y Moreno Entrena I.

Introducción. La temperatura del paciente quirúrgico es uno de los parámetros fisiológicos menos valorado; y sin embargo, son uno de los factores que aumenta la morbilidad.

Objetivo. Estandarizar las actuaciones enfermeras en aquellos procesos que por sus características tiene mayor riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal para evitar las posibles complicaciones derivadas de la hipotermia en el paciente pediátrico.

Metodología. Establecer un nuevo plan de cuidados enfermeros en cuanto a termorregulación.

Resultado. Se mejora la calidad de los cuidados enfermeros si se protocoliza la actuación enfermera, logrando un adecuado grado de normotermia intraoperatoria, reduciendo las complicaciones derivadas de un patrón ineficaz de termorregulación.

Conclusiones. La regulación de la temperatura en pacientes pediátricos es uno de los factores más importantes en la cirugía pediátrica que nos evita muchas complicaciones futuras y baja la tasa de morbilidad.

Tabla 1. Atención de enfermería según pacientes, Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced, enero a junio de 2015.

Frecuencia/Criterio	Llamado por su nombre n(%)	Información sobre cuidados a realizar n(%)	Información sobre cirugía a realizarse n(%)	Trasmisión de seguridad hacia el paciente n(%)
Siempre	15 (18.8)	5 (6.3)	1 (1.3)	24 (30.0)
Casi siempre	17 (21.3)	12 (15.0)	5 (6.3)	34 (42.5)
Algunas veces	30 (37.5)	20 (25.0)	10 (12.5)	10 (12.5)
Nunca	18 (22.5)	43 (53.8)	64 (80.0)	12 (15.0)

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes, Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced.

197. La infección de la herida quirúrgica. Prevención.

Ortiz Poyato M.J., García López J. y Rosas Aragón A.M.

Introducción. Las infecciones de herida quirúrgica son frecuentes en torno al 5-10%, aumentan los costes y la duración del posoperatorio. Suelen contraerse durante la intervención.

Objetivo. Conocer las medidas de prevención de las infecciones de herida quirúrgica.

Metodología. Se realizaron búsquedas en google académico, pubmed, Cochrane con las palabras claves: infección herida quirúrgica, incidencia, prevención. Como criterios de inclusión artículos en inglés y español y publicados en los últimos 10 años.

Resultado. La principal medida para el control de la infección es la prevención, siendo las normas: asepsia de las manos, limitar el número de personas en el interior, asepsia del material, correcta distribución, control y contacto con los pacientes, control estricto de los procedimientos, asepsia del quirófano y vigilancia de la herida quirúrgica.

Conclusiones. La infección de herida quirúrgica es una complicación grave, frecuente, aumenta el coste sanitario, la estancia hospitalaria y la morbi-mortalidad. Existen diferentes medidas para la prevención que deben de ser cumplidas.

198. La mortalidad de adultos mayores en quirófano, un tema controvertido.

Puche Vázquez M., García Lobato M. y López Esteve E.

Objetivos. Describir la situación de mortalidad de adultos mayores en quirófano.

Metodología. Se trata de una revisión bibliográfica siguiendo unos criterios de inclusión y de exclusión. Se ha realizado la búsqueda en las bases de datos: Scielo, ScieloDirect, Biblioteca Virtual Universidad de Barcelona utilizando las palabras claves: mortalidad, quirófano, salud del anciano, servicio de cirugías en hospital.

Desarrollo. Según autores como Reyes una de las causas que manifiestan el aumento de la mortandad en cirugía se debe a que al incrementar la esperanza de vida son cada vez más los pacientes mayores de 85 años. Los artículos apuntan a unas mayores tasas de mortalidad en las cirugías de traumatología, relacionado con el envejecimiento y la osteoporosis. El envejecimiento lleva consigo una disminución de la capacidad de respuesta al estrés un peor funcionamiento de los órganos.

Conclusión. Se recomienda continuar con estas líneas de investigación para evitar posibles complicaciones debidas al envejecimiento durante las cirugías y disminuir la respuesta al estrés aumentando el confort en el quirófano y disminución de los factores estresantes.



199. La seguridad del paciente en cirugía menor en atención primaria.

Rodríguez López C., Torregrosa Galera M.I. y Sánchez Fernández S.M.

Introducción. La lista de verificación de cirugía segura define el entorno de seguridad del paciente durante la cirugía. Este listado pretende ser un instrumento destinado a los profesionales sanitarios que desarrollan actividades de cirugía menor, con el objetivo de mejorar la seguridad de los pacientes.

Objetivo. Conocer el grado de cumplimiento de los procesos de verificación de seguridad en el paciente quirúrgico, aplicados al ámbito de la cirugía menor.

Metodología. Revisión sistemática. Los descriptores empleados: "checklist", "cirugía menor" y "atención de enfermería". Como criterios de inclusión: trabajos originales publicados a partir de 2010.

Resultado. Se seleccionaron 21 trabajos. Se agruparon los resultados en: técnicas de seguridad, grado de cumplimiento, aplicabilidad de los listados de seguridad y factores que influyen.

Conclusiones. La lista de verificación quirúrgica está considerada uno de los instrumentos que ha conseguido una mayor reducción de los problemas que puedan suceder en la cirugía y ayuda a mantener una continuidad durante el proceso quirúrgico.

200. La traqueostomía percutánea como alternativa a la quirúrgica.

Mata Moreno L., Núñez Fernández N. y Sillero Sillero B.

Introducción. La traqueostomía percutánea por dilatación, busca minimizar las complicaciones de una intubación prolongada y la morbilidad de las traqueostomías abiertas.

Objetivo. Definir y describir las ventajas e inconvenientes de esta técnica.

Metodología. Revisión bibliográfica en bases de datos: Medline, Pubmed, Cinahl y Cuiden a partir del año 2010. Consulta del protocolo clínico. Consenso con expertos del área.

Resultado. Gracias a que las técnicas de traqueostomía percutánea pueden ser una alternativa en el manejo de la vía aérea difícil y al papel que juega el equipo de enfermería obtenemos unos resultados muy satisfactorios.

Conclusiones. Se ha publicado que la traqueostomía percutánea tiene menos complicaciones que la traqueostomía abierta.

201. Lavado de manos prequirúrgico con solución hidroalcohólica.

Lancho Medina A., Alma García M. y Cortés Cabeza A.I.

Introducción. El lavado de manos prequirúrgico con solución hidroalcohólica tiene una gran capacidad para matar virus y bacterias. Esta capacidad permite disminuir la prevalencia de infecciones nosocomiales y estafilococos.

Objetivo. Conocer la técnica de lavado de manos prequirúrgico. Fomentar que todos los profesionales sanitarios del servicio lleven a cabo la técnica adecuadamente.

Metodología. Se realiza una charla informativa a todo el personal sanitario sobre la técnica correcta y se distribuyen carteles informativos con soporte gráfico.

Resultado. La implantación de dispensadores de solución hidroalcohólica en el área quirúrgica y en la zona destinada al lavado de manos. La totalidad de los trabajadores del área quirúrgica utilizan este tipo de soluciones.

Conclusiones. La técnica ha demostrado ser una medida de antisepsia eficaz, segura y eficiente que no solo previene infecciones de manera satisfactoria sino que también a nivel dermatológico es mejor tolerada.

202. Lavado de manos quirúrgico.

Rubiales Hernández C., Briviesca Gómez M. y Román Alvarado E.

Introducción. El Lavado de Manos es el método con agua y jabón es el método más sencillo y conocido para evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra.

Objetivo. Concienciar sobre la importancia sobre el lavado quirúrgico de manos y dar a conocer el procedimiento del lavado de manos.

Metodología. Recogida de datos a través de una búsqueda bibliográfica.

Resultado. Existen diferentes técnicas de lavado de manos en el medio sanitario como son: el lavado higiénico, lavado antiséptico, lavado con solución alcohólica y el lavado quirúrgico.

Conclusiones. Una acción mecánica sobre la superficie de las manos y antebrazos en la que se utiliza agua y jabón antisépticos. Lo deben realizar todas las personas que participan en los reconocimientos quirúrgicos o que por su trabajo permanecen en el área quirúrgica. Antisépticos recomendados son el Gluconato de Clorhexidina al 4% e Iodopovidona Solución Jabonosa al 5-7,5%.

203. Lavado quirúrgico de manos: Guía para personal de nueva incorporación.

Mota Fernández J., Rodríguez Morales M.L. y Moreno Entrena I.

Introducción. Las infecciones intrahospitalarias, son complicaciones frecuentes y severas de la atención en salud, de aquí la importancia de un buen lavado quirúrgico de manos para evitar este tipo de infecciones.

Objetivo. Disminuir la variabilidad de la práctica, conocer la técnica adecuada de lavado quirúrgico, asegurar la asepsia, evitar y/o reducir la infección nosocomial.

Metodología. Revisión bibliográfica, revisión del protocolo de lavado quirúrgico de manos del hospital y procedimiento.

Resultado. Inculcar al personal de nueva incorporación al área quirúrgica la importancia de un buen lavado quirúrgico de manos y la técnica del procedimiento para llevarlo a la práctica diaria.

Conclusiones. El lavado quirúrgico de manos es vital, no es un lavado rápido y cualquier infección que se produzca por este motivo es nuestra responsabilidad.

204. Los bloqueos periféricos frente a la epidural en el posoperatorio de una artroplastía total de rodilla.

López Guisado M.I., Berni Ruiz C. y Berni Ruiz R.

Introducción. Debido al intenso dolor que aparece en el posoperatorio de una artroplastía total de rodilla, es importante encontrar una analgesia correcta.

Objetivo. Comparar tres tipos de analgesia, las 3 utilizadas hoy en día en cualquier posoperatorio de este tipo e identificar cual es el más eficaz y el más seguro.

Metodología. Se realiza un estudio prospectivo en 1550 pacientes. La recogida de datos se llevo a cabo basándose en la escala visual analógica del dolor (EVA), los rescates de morfina y las que complicaciones aparecían.

Resultado. En lo que al control del dolor se refiere, el grupo que se le aplico bloqueo femoral-ciático presento un resultado equivalente al grupo que se le había aplicado la técnica epidural.

Conclusiones. Los resultados obtenidos no revelan gran relevancia clínica en cuanto al control del dolor se refiere. De modo que, el motivo principal para el empleo de bloqueo de nervio periférico es su baja incidencia de efectos indeseables para el paciente.



205. Manejo de la hipotermia intraoperatoria.

Bonilla García M. J., Domínguez Viegas L. y Díaz Merino M. L.

Introducción. La temperatura corporal central menor de 36° C es el trastorno de la temperatura más frecuente en pacientes quirúrgicos. Debe ser evitada para reducir la morbilidad y los costes derivados.

Objetivo. El objetivo del presente trabajo es conocer las actividades que se llevan a cabo para el manejo de la hipotermia intraoperatoria.

Metodología. Se trata de una revisión bibliográfica en las bases de datos ScienDirect y Dialnet. Los descriptores usados para la búsqueda fueron "hipotermia", "manejo" y "quirófano". Como criterios de inclusión aquellos artículos del 2010 a la actualidad.

Resultado. Para el manejo de la hipotermia intraoperatoria se deben llevar a cabo una serie de actuaciones entre las que destacar medidas pasivas, calentamiento activo, calentamiento de fluidos, calentamiento y humidificación de los gases anestésicos y calentamiento de los gases insuflados para cirugía laparoscópica.

Conclusiones. El principal método para evitar la hipotermia es la monitorización de la temperatura en todos los pacientes sometidos a anestesia general con una duración mayor de 30 minutos.

206. Manejo de la piel en neonatos portadores de DVP.

Mata Moreno L., Núñez Fernández N. y Sillero Sillero B.

Introducción. Una de las complicaciones más frecuentes es la hemorragia intraventricular, que puede causar una obstrucción en la circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR) y que en ocasiones se trata con una derivación ventrículo-peritoneal (DVP) de implantación subcutánea.

Objetivo. Presentación del protocolo de manejo de piel en neonato portador de DVP.

Metodología. Estudio retrospectivo de los prematuros menores de 32 semanas y por debajo de 1.500 gramos. Se calculó una muestra de 330 historias clínicas, seleccionadas en forma aleatoria, con un nivel de confianza de 95%, error del 3% y poder del 80%, con base en una incidencia del 15% de HIV en la población general.

Resultado. No se ha detectado ningún caso de escara valvular ni siquiera en bebé de muy bajo peso (menos de 1.000 g).

Conclusiones. El buen manejo de la piel de un paciente neonato disminuye el índice de complicaciones de cualquier mecanismo de implantación subcutánea.

207. Manejo del dolor posoperatorio.

Baca Bocanegra M., Gómez Barrio J. y Antón Plata A.

Introducción. El dolor posoperatorio disminuye la capacidad de cooperación de los pacientes e interfiere de forma directa en su recuperación funcional.

Objetivo. Analizar las medidas y técnicas utilizadas actualmente para manejar el dolor posoperatorio.

Metodología. Revisión bibliográfica durante 3 meses, seleccionando 15 artículos entre 2009 y 2017. Bases de datos consultadas: Elsevier, Scielo y Cuiden. Descriptores: "dolor posoperatorio, cuidados enfermeros, manejo del dolor y calidad asistencial". Enfocado en el manejo del dolor posoperatorio.

Resultado. Actualmente el 40-60% de los pacientes hospitalizados presentan dolor posoperatorio de moderado a severo. La falta de conocimiento lleva a muchos profesionales de enfermería a considerar los analgésicos como medio principal para su alivio quedando las estrategias no farmacológicas relegadas a una posición secundaria.

Conclusiones. El dolor posoperatorio aumenta la estancia hospitalaria, provoca costosas complicaciones, insatisfacción de los usuarios y un impacto negativo en la calidad de vida, por ello, es necesario elaborar un plan de atención basado en el manejo del dolor posquirúrgico.

208. Manejo del dolor posoperatorio de cesárea.

Hidalgo Pichardo L.M., Perea Martín M. y Sánchez Suero L.

Introducción. El alivio del dolor en el posoperatorio de cesárea es sumamente importante, con el fin de optimizar el bienestar materno y neonatal.

Objetivo. Conocer las ventajas y desventajas de las diferentes opciones farmacológicas usadas después de la cesárea para el control del dolor.

Metodología. Se ha realizado una revisión sistemática de las publicaciones científicas actualizadas en las bases de datos, Scielo, PubMed, Cuiden Plus.

Resultado. Los opioides neuroaxiales son ampliamente utilizados para la analgesia posoperatoria en cesárea; sin embargo, deben usarse a dosis bajas para obtener el mejor perfil riesgo-beneficio.

Conclusiones. El pilar terapéutico analgésico en el posoperatorio de cesárea son los opioides.

209. Manejo enfermero de la terapia de presión negativa.

Agredano Domínguez I, Ruedas Durán M.H. y Millán Durán C.M.

Introducción. La terapia con presión negativa (TPN) es una manera de actuar positivamente en el ambiente de la herida aplicando presión subatmosférica, acelerando el proceso de curación de la misma.

Objetivo. Determinar medidas para el manejo del enfermero en la terapia de presión negativa.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (Dialnet, Medline y Scielo). Se utilizaron descriptores en español ("herida", "cura", "enfermería", "cicatrización", "terapia").

Resultado. Formación del personal de enfermería en el uso y manejo de esta terapia en heridas complejas. La terapia de presión negativa o VAC ha demostrado ser muy útil en el cierre de heridas complicadas de la pared abdominal. Es un sistema útil siendo este más efectivo previo desbridamiento de todo el tejido necrótico en la herida a cubrir.

Conclusiones. Establecer un plan de cuidados enfermero estandarizado para tratar estas heridas complejas permite ofrecer una mejora en la calidad de atención de nuestros pacientes.

210. Manejo preoperatorio de medicamentos en pacientes hipertensos.

Díaz Veronese J.

Introducción. Con el aumento en la expectativa de vida de la población, asociado al perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, es más frecuente ver pacientes de mayor edad siendo sometidos a cirugías de creciente complejidad.

Objetivo. Dar a conocer el óptimo manejo de la medicación antihipertensiva previa a una cirugía.

Metodología. Se realiza búsqueda bibliográfica.

Resultado. En nuestra región, recomendamos a los pacientes consumir sus fármacos antihipertensivos con un pequeño sorbo de agua, si estos están indicados el mismo día de la cirugía, para mantener las condiciones de ayuno previo a esta.

Conclusiones. Se hace necesario el desarrollo de más estudios comparativos que evalúen los efectos de la continuación o suspensión de los medicamentos antihipertensivos.

211. Mastectomía: Plan de cuidados de enfermería.

Millán García G.M., Montero Gálvez L. y Jiménez Conejo A.B.

Introducción. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres de occidente. La enfermera tiene un papel fundamental en el acompañamiento pre-, intra- y posoperatorio.

Objetivo. Presentar un plan de cuidados usando la metodología NANDA-NIC-NOC. Actualizar los conocimientos de los profesionales de enfermería.

Metodología. Revisión bibliográfica de la actuación enfermera ante la paciente quirúrgica de mastectomía a través de la BVS. Descriptores: mastectomía, atención de enfermería, cáncer de mama.

Resultado. NANDA-NIC-NOC. Dolor agudo-Nivel dolor-Manejo dolor. Trastorno imagen corporal-Imagen corporal-Aumentar afrontamiento. Riesgo de infección-Curación de herida-Cuidado de herida. Deterioro de la movilidad Movilidad- Manejo del dolor. Duelo-Adaptación de la discapacidad-apoyo emocional. Ansiedad-autocontrol-Disminuir ansiedad.

Conclusiones. La planificación de cuidados aporta unificar criterios y refleja la eficacia de enfermería, aumenta la calidad, garantiza la atención integral al paciente.

212. Medidas generales de prevención de infecciones de la herida quirúrgica.

Rubio Beltrán J.M., Sáez Sáez L. y Liria Fernández A.B.

Introducción. La herida quirúrgica supone la primera causa de infección nosocomial según los datos obtenidos mediante el estudio de prevalencia de infecciones nosocomiales en España.

Objetivo. Analizar las principales medidas de prevención de infecciones, llevadas a cabo por enfermería, en el paciente con herida quirúrgica.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre la temática, utilizando las bases de datos Medline, Index y Scielo, identificando diferentes estudios realizados en España hasta la fecha.

Resultado. Realizar higiene de manos. Los procedimientos quirúrgicos se realizarán con material estéril y se llevarán a cabo en un ambiente lo más aséptico posible. Administración de terapia antibiótica profiláctica. Utilización de guantes. Realización de curas mediante técnica estéril. Etc.

Conclusiones. Es de gran relevancia repetir siempre una serie de estrategias de prevención ante la realización de intervenciones quirúrgicas, debido a la reducción de las infecciones asociadas a la herida quirúrgica.



213. Mejora en el área quirúrgica: Listado de verificación quirúrgica

García Roldán S., Esturillo Jiménez M. y Gómez Tortosa J.M.

Introducción. El checklist es una nueva herramienta muy utilizada por su eficacia por lo que de forma progresiva se implanta en el protocolo del acto quirúrgico.

Objetivo. Analizar el listado de verificación quirúrgica.

Metodología. Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Pubmed y Google Académico.

Resultado. El checklist es una herramienta muy utilizada y que se está implantando en el sector sanitario, ya que se ha comprobado que se pueden disminuir los errores que se cometen en el área quirúrgica y con ello las complicaciones que conlleva.

Conclusiones. EL listado verificación quirúrgica es de vital importancia en el proceso quirúrgico para minimizar los errores.

214. Métodos para reducir la pérdida sanguínea durante la resección hepática.

Jurado Alcaide F.M., Aguilera Fernández D. y Torres Buitrago E.Z.

Introducción. Determinar los efectos de los distintos tipos de intervenciones para la disminución de la pérdida sanguínea y la necesidad de transfusión sanguínea durante la resección hepática electiva.

Metodología. Revisión bibliográfica, en bases de datos como Cuiden, Medline, Pubmed y scielo desde 1993 hasta 2015.

Resultado. En un estudio sujetos sometidos a una resección hepática fueron seleccionados para tratamiento con sellador de fibrina o compresión manual con una torunda de gasa quirúrgica, se observó que los que habían recibido tratamiento con selladores de fibrina la hemostasia fue mejor que los que recibieron compresión manual con torunda de gasa quirúrgica, En otro estudio pacientes con tumores hepáticos fueron seleccionados para someterse a una resección con o sin pinzamiento pedicular hepático intermitente, se observó que la pérdida de sangre fue parecida en ambos grupos y no se observaron cambios en los niveles séricos de enzimas hepáticas posoperatorias, en la mortalidad hospitalaria o en el número de complicaciones.

Conclusión. Existen pocas evidencias que indiquen que la cantidad de transfusión sanguínea fue inferior en el grupo de sellador de fibrina que en el grupo control.

215. Mortalidad temprana tras fractura de cadera en el anciano.

Álvarez Rico R. y Fernández Alonso H.

Introducción. Existen informes en los que se documenta que hasta el 50% de los pacientes con fractura de cadera muere en los primeros seis meses posteriores a la lesión.

Objetivo. Determinar la tasa de mortalidad temprana a los 30 días, 3, 6 y 9 meses de la intervención quirúrgica, de los pacientes Hospital Monte Naranco.

Metodología. Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo para analizar la tasa mortalidad asociada a pacientes con diagnóstico de fractura de cadera que fueron atendidos en el Hospital Monte Naranco de Oviedo, enero-marzo del año 2017.

Resultado. La mortalidad fue de 13 pacientes, correspondientes a 13.26% de los registrados en el estudio en un periodo de 9 meses, de ellos, 4 pacientes (4,08%) fallecieron en el primer mes posquirúrgico, 3 (3,06%) a los tres meses, 6 (6,12%) a los seis meses y 4 (4,08%) a los nueve meses.

Conclusiones. En este estudio apreciamos que la mortalidad actual en pacientes con fractura de cadera tratada en el Hospital Monte Naranco, en adultos mayores, es de más de 13%.

216. Obstrucción intestinal.

López Morales C., Ballesteros Escamilla M. y Valenzuela Mateos M.E.

Descripción del caso. Paciente de 46 años de edad. Acude por presentar dolor abdominal de gran intensidad. Con náuseas y vómitos, fiebre, eructos, ausencia de flatos y deposiciones.

Pruebas complementarias. Febil 38°. Normocoloreado, normohidratado. Eupneico. Analítica de sangre: leucocitos 16.500, hiperglicemia 148 mg/dl.- Rx de abdomen, dilatación de asa intestinal con presencia de niveles hidroaéreos a nivel de mesogastrio y flanco izquierdo, además edema de paredes intestinales.

Diagnóstico. Obstrucción intestinal.

Evolución. Evoluciona favorablemente, sin fiebre ni signos de descompensación. La ileostomía se mantiene permeable, sus heridas no muestran signos de infección y es dado de alta a los 28 días.

Conclusiones. Al realizar la laparotomía con: Líquido hemático en cavidad abdominal, asa en intestino delgado distal de 1 metro con isquemia, infarto de ganglios mesentéricos en región comprometida. Se le administran Ceftriaxona 1 g IV, Tramal 30 mg IV, Keterolaco 30 mg IV, Metroclorpramida 10 mg IV (codo cada 8 horas), Omeprazol IV 40 mg.

221. Paciente intervenido de craneotomía: Consideraciones de enfermería.

Granados Navas A., Serrano Blanco M.D. y Moya Granados R.

Introducción. La craneotomía es la extirpación quirúrgica de parte del hueso del cráneo para exponer el cerebro para fines diagnósticos y terapéuticos por medio de dos técnicas: osteoplastia y osteoclastia.

Objetivos. Describir cuidados preoperatorios, posoperatorios, complicaciones y cuidados al alta.

Metodología. Biblioteca Cochrane Plus.

Resultados. Los cuidados preoperatorios se centran en valorar neurológicamente para detectar alteraciones previas. Durante el posoperatorio volveremos a realizar dicha valoración, anotaremos el débito de los drenajes y controlaremos la aparición de complicaciones (hemorragia cerebral, pérdida líquido cefalorraquídeo, etc.) y, finalmente, al alta instruiremos al paciente sobre la correcta administración del tratamiento prescrito.

Conclusiones. Enfermería juega un papel clave en la atención de las personas intervenidas de craneotomía.

222. Paciente traqueostomizado. Cuidados de enfermería.

Cantón Rico V, Abad Cárdenas M.M. y Fernández Fernández S.M.

Introducción. Incisión quirúrgica en la cara anterior de la tráquea, por debajo del cartilago cricoides, para restablecer y mantener la permeabilidad de la vía aérea.

Objetivo. Describir la realización de los cuidados de enfermería en los pacientes traqueostomizados.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en base de datos y artículos relacionados en Scielo, Elsevier, Medline y Google Académico. Los descriptores: cuidados de enfermería, cánula, traqueostomizado y vía aérea. Obtuvimos 14 artículos y seleccionamos 8 en el periodo entre 2012-2018.

Resultado. Mantener limpia la cánula interna, aspiración de secreciones, cura del estoma y evitar infecciones, fisioterapia respiratoria, drenajes posturales, clapping, humidificación de aire con nebulizaciones y aerosoles y toilette bronquial.

Conclusiones. Los cuidados de traqueostomía están encaminados en buscar estrategias para una rápida adaptación del paciente a su nueva situación. Debemos brindar una atención holística al paciente junto con el equipo de salud incluyendo a la familia.

223. Pancreatitis aguda.

López Morales C., Ballesteros Escamilla M. y Valenzuela Mateos M.E.

Descripción del caso. Mujer de 37 años que ingreso dolor abdominal localizando en epigastrio y nasogastrio, con irradiación abdomen general. Con vómitos con contenido alimenticio. No tomó medicamento antes de ir al hospital.

Pruebas complementarias. Analítica: Hb 13.8 gr/dL, leucocitario de 14,4 por ml, neutrófilos del 81%. Eco abdo: Presencia de líquido libre intraabdominal predominantemente subdiafragmático y fosa ilíaca derecha, páncreas parcialmente visible por la presencia de gas intestinal sin alteraciones en el volumen en la cabeza o cuerpo.

Diagnóstico. Pancreatitis aguda severa.

Conclusiones. CPRE observando en duodeno con numerosas áscaris móviles retirados mediante asa de polipectomía, se canaliza la vía biliar y en la colangiografía se observa vía biliar intrahepática normal. La vía biliar extrahepática de 8 mm diámetro aproximado con defectos de llenado de aspecto lineal, se realiza estereotomía guiada y barrido con balón extractor obteniendo múltiples áscaris hacia duodeno. Pasados 3 días, alta.

224. Papel de enfermería ante el alta a pacientes sometidos a CMA.

Jiménez Hernández L., Rojas Linde M.S. y García Edwards N.

Introducción. La CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) son intervenciones quirúrgicas en la que el paciente requiere cuidados poco intensivos y de corta duración por lo que se van de alta hospitalaria unas horas después de la intervención.

Objetivo. Conocer los criterios a valorar para proceder al alta de un paciente sometido a CMA.

Metodología. Revisión bibliográfica de bases de datos. Seleccionados los artículos cuya antigüedad es posterior al año 2008 y excluyendo el resto.

Desarrollo. Enfermería juega un papel muy importante en el control del paciente posquirúrgico para poder irse de alta hospitalaria. El test Aldrete modificado valora: actividad, respiración, circulación, consciencia, saturación de oxígeno, dolor, deambulación, apósito quirúrgico, ingestión por vía oral y eliminación urinaria.

Conclusiones. Una característica de CMA es el alta precoz del paciente tras la intervención, pero esta no debe hacerse de forma precipitada. El test de recuperación anestésica posoperatoria más utilizado es el Test de Aldrete modificado.

Actividad	Es capaz de mover las 4 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	2
	Es capaz de mover 2 extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	1
	No es capaz de mover las extremidades voluntariamente o bajo orden verbal	0
Respiración	Es capaz de respirar profundamente y de toser	2
	Diseña que limita la respiración o taquipnea	1
	Apnea o ventilación mecánica	0
Circulación	Tensión arterial \pm 20% del nivel preanestésico	2
	Tensión arterial \pm 20% a 49% del nivel preanestésico	1
	Tensión arterial \pm 50% del nivel preanestésico	0
Consciencia	Paciente totalmente despierto	2
	El paciente se despierta al llamado	1
	El paciente no responde	0
Saturación O ₂	Capaz de mantener la saturación de O ₂ \geq 92% en aire	2
	Necesita O ₂ para mantener la saturación de O ₂ \geq 90%	1
	Saturación de O ₂ \leq 90% aún recibiendo O ₂ suplementario	0
Aposito	El apósito está seco y sin secreción	2
	Mojado pero sin aumento de la secreción	1
	Área marcada de secreción	0
Dolor	Sin dolor	2
	Dolor moderado que puede manejarse con analgésicos orales	1
	Dolor severo que requiere fármacos parenterales	0
Deambulación	Capaz de levantarse y caminar en línea recta	2
	Presenta vértigo al levantarse*	1
	Máximo al levantarse	0
Ingestión por vía oral	El paciente es capaz de ingerir líquidos	2
	Paciente con náuseas	1
	Náusea y vómito	0
Eliminación urinaria	Eliminación urinaria normal	2
	Incapaz de eliminar pero se muestra confortable	1
	Incapaz de eliminar y molesto por ello	0

225. Papel de enfermería en la ansiedad preoperatoria.

Martínez Ripoll V., Ripoll Sorbas V. y Navarro Molina S.

Introducción. La ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una operación quirúrgica conlleva un estado emocional negativo que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico.

Objetivo. Evaluar la evidencia científica de la efectividad de una entrevista prequirúrgica estructurada.

Metodología. Revisión bibliográfica en bases de datos Scielo, Cuiden, Cochrane plus, PubMed.

Resultado. Para hacer frente a la ansiedad preoperatoria es importante una atención enfermera con un trato individual y personal con el paciente para explicarle todos los problemas que pueda ocasionar el periodo quirúrgico.

Conclusiones. Es importante que los cuidados de enfermería empiecen en el mismo momento que el paciente empieza su periodo preoperatorio.

226. Papel de enfermería en la realización de una toracocentesis.

Rubio Beltrán J.M., Sáez Sáez L. y Liria Fernández A.B.

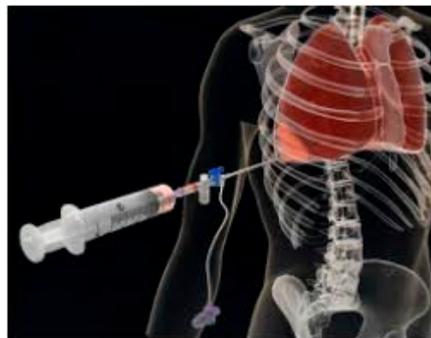
Introducción. La toracocentesis consiste en extraer líquido o aire de la cavidad pleural, a través de la punción quirúrgica de la pared torácica mediante un catéter.

Objetivo. Analizar los principales cuidados de enfermería en el paciente sometido a una toracocentesis.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre la temática, utilizando las bases de datos Medline, Dialnet, Index y Scielo, identificando diferentes estudios realizados en España hasta la fecha.

Resultado. Información sobre el procedimiento. Apoyo emocional. Monitorización. Realización de RX de tórax de control pre y postpunción. Colocación en la posición correcta. Vigilancia del adecuado drenaje si se mantiene colocado el catéter. Valorar la presencia de dolor. Detectar aparición de complicaciones.

Conclusiones. Preparación del paciente y su familia para afrontar la técnica en las mejores condiciones posibles, realizar cuidados previos y posteriores a la intervención, conservando su autonomía.



227. Perforación uterina como urgencia ginecológica.

Jiménez Hernández L., García Edwards N. y Rojas Linde M.S.

Descripción del caso. Mujer que acude a servicio de urgencias por presentar un dolor intenso en hipogastrio, sensación de malestar general, escalofríos e hinchazón abdominal. Inserción de DIU hace 5 días. Exploración ginecológica y ecografía vaginal: vagina normal con flujo escaso marrón, cuello de útero doloroso a la movilización y Douglas algo sensible, útero sensible a la palpación. No se observa DIU intrauterino.

Pruebas complementarias. Ecografía abdominal donde no se consigue identificar DIU y radiografía de abdomen: DIU en localización abdominal.

Diagnóstico. DIU intraabdominal extrauterino.

Conclusiones. La colocación del DIU es una técnica bastante frecuente y sencilla de realizar, pero no está exenta de riesgos. Un riesgo es la perforación uterina, con incidencia 1/1000 insertados. Tras una revisión bibliográfica podemos informar que hay una serie de factores como son lactancia materna e inserción del DIU en las 36 semanas siguientes al parto en las que se ve mayor incidencia de perforación uterina.

	Lactancia en el momento de la inserción	Sin lactancia en el momento de la inserción
Inserción <36 semanas después del parto	5,6 cada 1.000 (IC 95%: 3,9-7,9; n: 6.047 inserciones)	1,7 cada 1.000 (IC 95%: 0,8-3,1; n: 5.927 inserciones)
Inserción >36 semanas después del parto	1,6 cada 1.000 (IC 95%: 0,0-9,1; n: 628 inserciones)	0,7 cada 1.000 (IC 95%: 0,5-1,1; n: 41.910 inserciones)



228. Plan de cuidados de enfermería en el preoperatorio.

Huerga García M.C.

Introducción. El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y dinámico que el personal de enfermería realiza en un orden específico para brindar unos cuidados con la máxima calidad posible

Objetivo. Conocer los principales diagnósticos de enfermería que se presentan en el preoperatorio en los pacientes junto con sus intervenciones y resultados

Metodología. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden y sCielo de los artículos publicados en los últimos diez años y una revisión de la taxonomía NANDA, NIC y NOC

Resultado. Los diagnósticos de enfermería más prevalentes son: Ansiedad, dolor agudo, conocimientos deficientes, trastorno del patrón del sueño, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, riesgo de infección.

Conclusiones. La utilización de un plan de cuidados de enfermería en el preoperatorio proporciona al paciente unos cuidados de calidad. Habrá que adaptar el plan de cuidados a las necesidades particulares de cada paciente.

229. Plan de cuidados en fractura de húmero. A propósito de un caso.

Samaniego Martínez M. J., Pérez Velasco A. y Talero Gutiérrez E.M.

Descripción del caso. Varón de 30 años que acude al servicio de urgencias tras sufrir una caída mientras practicaba esquí. Presenta dolor agudo y deformación en extremidad superior izquierda.

Pruebas complementarias. Se confirma fractura de húmero izquierdo tras realizar estudio radiológico.

Diagnóstico. Dolor agudo(00132): relacionado con agentes lesivos y manifestado por posición antiálgica para evitar el dolor y conducta expresiva. Déficit de autocuidado: Baño/higiene(00108): relacionado con deterioro musculoesquelético manifestado por inmovilización extremidad superior izquierda. Déficit de autocuidados, vestido/acicalamiento (00109): relacionado con deterioro musculoesquelético manifestado por inmovilización extremidad superior izquierda.

Conclusiones. Las fracturas de húmero deben ser inmovilizadas tan pronto como sea posible. La mayoría de los casos pueden ser tratados de forma no quirúrgica, mediante inmovilización.

230. Plan de cuidados en intervención de prótesis de rodilla.

Talero Gutiérrez E.M., Pérez Velasco A. y Samaniego Martínez M.J.

Descripción del caso. Mujer de 68 años que ingresa para someterse mañana a intervención quirúrgica con implantación de prótesis total de rodilla derecha. Refiere tener dolor severo desde hace tiempo que no ha mejorado con ningún tratamiento. Antecedentes personales: hipercolesterolemia, hipertensión arterial en tratamiento. No intervenida anteriormente. Alergias no conocidas. La paciente aporta electrocardiograma y radiografías recientes

Pruebas complementarias. Tensión arterial 135/85, frecuencia cardíaca: 84 lpm. Se canaliza vía periférica y se hace analítica. Diagnóstico: 00132 - Dolor agudo, 00109 - Déficit de autocuidado, 00155 - Riesgo de caídas, 00088 - Deterioro de la ambulación.

Conclusiones. La paciente se va contenta e ilusionada porque aunque sigue con las molestias normales posintervención, se encuentra cómoda con la nueva prótesis. Las intervenciones de enfermería se llevaron a cabo tal cual estaban planificadas y fueron efectivas.

231. Plan de cuidados enfermeros en la apendicitis laparoscópica.

Menéndez García R.

El fin de este trabajo es la elaboración de un plan de cuidados enfermeros para un paciente sometido a una apendicectomía laparoscópica durante su estancia en el bloque quirúrgico. Debemos identificar los problemas y necesidades reales del paciente para potenciar su seguridad y llevar a cabo unos cuidados de calidad.

Para realizar la valoración de enfermería se ha utilizado el modelo de Virginia Henderson basado en 14 necesidades humanas que determinan el grado de dependencia o independencia del individuo y la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC.

Además, se ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía relacionada con el tema, buscando en las principales bases de datos como son Medline, Cochrane Plus y Cuiden.

De los datos que hemos obtenido en la etapa de valoración de enfermería junto con las peculiaridades de la técnica quirúrgica llevada a cabo se derivan varios posibles diagnósticos de enfermería así como algunos de riesgo.

Tras el desarrollo de un plan de cuidados para la apendectomía laparoscópica y habiendo cumplido los objetivos propuestos, podemos considerarlo una herramienta de gran importancia para la planificación de la atención de un paciente sometido a tal intervención.

232. Plan de cuidados por ansiedad secundaria a mastectomía total.

Talero Gutiérrez E.M., Samaniego Martínez M.J. y Pérez Velasco A.

Descripción del caso. Mujer de 52 años intervenida quirúrgicamente de mastectomía total de mama derecha. Acude a revisión refiriendo ansiedad y rechazo hacia su nueva imagen, mostrando rechazo y vergüenza hacia el contacto sexual con su pareja. También refiere dolor en la zona de la herida. La próxima semana tiene cita con el psicólogo y con su oncólogo.

Pruebas complementarias. Se le realiza analítica de control y revisión de la zona de la herida. También se le toman las constantes vitales.

Diagnóstico. 00095 Insomnio. 00146 Ansiedad. 00126 Conocimientos deficientes. 00118 Trastorno de la imagen corporal.

Conclusiones. La paciente ha conseguido reducir el nivel de ansiedad producido por la nueva imagen corporal tras la mastectomía. Se ha logrado la aceptación por parte de la paciente de su nueva imagen mostrándose abierta a retomar su vida sexual. Ha sido muy importante la asistencia de su pareja. También se ha conseguido disminuir el dolor.

233. Plan de cuidados prequirúrgico en hernia umbilical. Un caso clínico.

Moral Colomo A., Fernández Torralbo C.M. y Abad Ortega D.

Descripción del caso. Paciente de 60 años, con comorbilidad, polimedicada y fumadora. Se muestra ansiosa y temerosa por la operación.

Pruebas complementarias. Se ha realizado una entrevista prequirúrgica integral siguiendo el modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

Diagnóstico. Estreñimiento (00011) r/c consumo de opiáceos y aporte insuficiente de fibra m/p dolor durante la defecación. Ansiedad (00146) r/c próxima intervención quirúrgica m/p expresión de preocupaciones.

Conclusiones. La intervención temprana sobre diagnósticos enfermeros es de gran utilidad para preparar al paciente para la intervención y prevenir posibles riesgos y complicaciones derivados de la misma.

234. Por una posición quirúrgica segura.

Abad Cárdenas M.M., Fernández Fernández S.M. y Cantón Rico V.

Introducción. Una posición quirúrgica inadecuada o duración de la misma excesiva, puede comprometer la seguridad del paciente.

Objetivo. Identificar cuidados enfermeros necesarios para garantizar una posición segura en la mesa quirúrgica.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Cuiden, Cochrane Plus y Scielo. Seleccionando 5 artículos en el periodo de tiempo entre 2013 y 2018.

Descriptores. Posición quirúrgica, úlcera por presión, seguridad, enfermería.

Resultado. Entre los cuidados enfermeros encontramos el mantenimiento de posturas que no comprometan la vía aérea o el sistema circulatorio, materiales adecuados para proteger los plexos nerviosos, almohadillado de prominencias óseas y puntos de mayor presión, adecuada fijación del paciente a la mesa quirúrgica.

Conclusiones. La correcta posición y protección de prominencias óseas en el intraoperatorio con cojines quirúrgicos o almohadillas ayuda a disminuir la aparición de lesiones o úlceras por presión.

235. Posición de esfinge. Cuidados quirúrgicos.

Solis García A.M.

Introducción. En cualquiera de las numerosas posiciones quirúrgicas que existen, debemos buscar como resultado la máxima seguridad del enfermo. Una de las posiciones usadas en pediatría es la posición de esfinge, variedad del decúbito prono.

Objetivo. Dar a conocer los cuidados dirigidos al paciente, que deberá salir del quirófano con la piel íntegra, salvo la zona de la incisión quirúrgica y de los drenajes si los hubiera.

Metodología. En función de la posición quirúrgica, y las diferentes zonas de apoyo se presentarán un tipo de lesión u otra. Enumeramos los cuidados que establecemos para la posición en esfinge.

Resultado. En ninguno de los casos desde 2004 que aplicamos este protocolo de cuidados, hemos tenido daños secundarios a la posición quirúrgica.

Conclusiones. El papel de enfermería en el acto quirúrgico, para el tratamiento, para la prevención de complicaciones y disminución de la morbilidad relacionada con la postura intraoperatoria es indiscutible tratándose de un tipo de paciente tan complejo como estos.

236. Preparación del quirófano en el trasplante hepático con bypass.

Ruiz Yébenes M.P., Serrano Jurado S. y Cabrera Molinero M.A.

Introducción. El trasplante es el tratamiento definitivo para pacientes con enfermedad hepática terminal. Existen dos procedimientos para solucionar las alteraciones hemodinámicas de la explantación del órgano: Utilización de una derivación externa o bypass. Preservación de la vena cava receptora con o sin utilización de bypass.

Objetivo. Conocer el material necesario de instrumentación/bomba bypass.

Metodología. Revisión de la literatura disponible.

Resultado. Colocación paciente. Distribución quirófano. Colocación mesas instrumental y bypass. Posición bomba bypass. Posición aparataje complementario: Bisturí de argón-aspirador-recuperador celular-monitor para medición de flujos-ligasure o atlas-material complementario.

Conclusiones. Es necesario un breve conocimiento para la preparación del instrumental específico y el necesario para realizar un bypass.

237. Prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en la artroplastia de cadera.

Martínez Ripoll V., Ripoll Sorbas V. y Navarro Molina S.

Introducción. La aparición de trombos sigue siendo una causa importante de morbimortalidad en pacientes hospitalizados..

Objetivo. Clasificar el riesgo de tromboembolismo en pacientes quirúrgicos y determinar las posibles opciones existentes referentes a su prevención y profilaxis.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos Cochrane, Scielo, Cuiden.

Resultado. La frecuencia de TVP cuando no se realiza profilaxis durante la cirugía protésica de cadera y rodilla es elevada. Por tanto, la profilaxis primaria debe ser realizada en todos los pacientes que se sometan a cirugía ortopédica mayor de extremidades inferiores.

Conclusiones. El papel de enfermería es fundamental para una correcta aplicación de medidas profilácticas a estos pacientes ya que se ha demostrado que disminuye la morbimortalidad asociada a la ETV.

238. Prevención de las lesiones de la piel causadas por el manguito de isquemia quirúrgico.

Illana Álvarez A., Rodríguez Garvín J. y Lara Leiva L.F.

Introducción. Los torniquetes quirúrgicos impiden el flujo sanguíneo a una extremidad y permiten a los cirujanos trabajar en un campo quirúrgico exangüe, pero pueden producir lesiones en la piel.

Objetivo. Identificar los factores preventivos de las lesiones en la piel relacionadas con el uso del manguito de isquemia quirúrgico.

Metodología. Revisión bibliográfica en Pubmed, Cuiden Plus, Cinahl, Cochrane y Scielo de estudios que analizaran los factores y estrategias preventivas para evitar las lesiones cutáneas relacionadas con el uso del manguito de isquemia quirúrgico en adultos, publicados en español e inglés, en los últimos 10 años.

Resultado. La utilización de ácidos grasos hiperoxigenados más venda elástica mejora la seguridad y eficacia en la prevención de lesiones. El tiempo de recuperación de la hiperemia reactiva es de menos de 60 minutos en un 90%. Y la incidencia de lesiones cutáneas asociadas es prácticamente nula.

Conclusiones. Son necesarias nuevas líneas de investigación para determinar con más precisión los determinantes que influyen en la aparición de las lesiones cutáneas asociadas a los manguitos de isquemia quirúrgicos.

239. Prevención de lesiones quirúrgicas secundarias a la posición.

Talero Gutiérrez E.M., Samaniego Martínez M.J. y Pérez Velasco A.

Introducción. Se emplean diferentes posiciones en función de la intervención a realizar y se ha de seguir los principios fisiológicos para prevenir alteraciones a nivel respiratorio y circulatorio.

Objetivo. Crear una guía de información para todo el personal de quirófano para prevenir en la mayor medida de lo posible las lesiones más frecuentes que se puedan presentar en un paciente en la mesa quirúrgica por una posición inadecuada.

Metodología: Revisión bibliográfica de bases de datos: Pudmed, Cochrane, Medline Plus.

Resultado. Es fundamental la correcta posición del paciente manteniendo las posturas anatómicas prevenir lesiones. Debe de permitir realizar la cirugía al mismo tiempo que permitir el acceso al anestesiista en caso de necesidad.

Conclusiones. Es imprescindible que todo el personal del equipo asistencial este coordinado y sea conocedor de las guías de posición adecuada para el tipo de intervención que se le va a realizar, para evitar tratamientos costosos y dolorosos

240. Problemas asociados a la anestesia general en pacientes con obesidad mórbida. Revisión bibliográfica.

López Furión G., Chávez Barroso C. y Castillo Jiménez M.

Introducción. La obesidad mórbida es una enfermedad crónica caracterizada por un exceso de grasa, con graves consecuencias en la salud. En el paciente supone que el acto anestésico sea más difícil y peligroso, y que puedan aparecer mayores complicaciones.

Objetivo. Detectar los problemas asociados del paciente con obesidad mórbida frente a la anestesia general.

Metodología. Revisión bibliográfica de los problemas que presenta el paciente con obesidad mórbida cuando se somete a una anestesia general.

Resultado. En relación al acto anestésico son pacientes considerados vía aérea difícil, presentando mayor incidencia de broncoaspiración, dificultad en la ventilación, aumento del gasto cardíaco, incremento del consumo de oxígeno, alteraciones en la farmacocinética y farmacodinámica de los agentes anestésicos.

Conclusiones. Los pacientes con obesidad mórbida representan un gran reto para los anestesiólogos, por lo que es fundamental el conocimiento de las alteraciones fisiopatológicas asociadas a la enfermedad y a las complicaciones que pueden presentar.

241. Proceso de atención de enfermería en el posoperatorio inmediato.

Rubio Beltrán J.M., Saez Saez L. y Liria Fernández A.B.

Introducción. El posoperatorio inmediato se extiende desde la finalización de la intervención quirúrgica hasta que el paciente se reincorpora a su vida habitual.

Objetivo. Analizar las principales intervenciones de enfermería llevadas a cabo en el posoperatorio inmediato.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre la temática y artículos recientes, para ello se han utilizado las bases de datos MEDLINE, INDEX y SCIELO, junto con el metabuscador Google académico.

Resultado. Mantener una adecuada función respiratoria. Control del estado hemodinámico y del equilibrio hidroelectrolítico. Monitorización ECG y de la Tª. Despertar tranquilo. Control del dolor. Cura de la herida quirúrgica. Tolerancia a la dieta oral, etc.

Conclusiones. Los esfuerzos se dirigen a reponer las capacidades del paciente en el menor tiempo posible, llevando a cabo una atención individualizada, continuada e integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos, emocionales y sociales.



242. Prótesis de rodilla en pacientes geriátricos.

López Segura P. J., Giménez González C.M. y Aguilar Avivar G.

Introducción. La artroplastia de rodilla consiste en una cirugía en la que se intercambian el cartílago y los huesos dañados alrededor de la articulación de la rodilla por piezas artificiales, llamadas prótesis.

Objetivo. Identificar las características generales de las prótesis de rodilla, describir técnicas, indicar problemas por el dolor, analizar efectos psicológicos que produce y conocer cómo afecta este dolor.

Metodología. Búsqueda bibliográfica en bases de datos: Cinahl, Pub-Med, Medline, Scielo y Cuiden Plus.

Resultado. Se evidencian los materiales más adecuados con los que realizar una prótesis de rodilla, así como los efectos psicológicos que produce el dolor.

Conclusiones. La artroplastia de rodilla tiene como causa más común aliviar el dolor. El dolor puede suponer un importante hándicap para la evolución con consecuencias graves en muchos casos.

243. Quemaduras a causa del bisturí eléctrico.

Solis García, A.M.

Objetivo. Elaborar una guía de consulta sobre las normas de seguridad del bisturí eléctrico. Conocer las zonas de colocación del terminal neutro o placa en el paciente.

Metodología. Búsqueda bibliográfica, en las bases de datos Pubmed, Medline y Cochrane, centrándonos en las publicaciones de los últimos 8-10 años como máximo.

Resultado. Se observa una mayor atención en la colocación de la placa del bisturí eléctrico, así como el correcto montaje, funcionamiento y cuidado del mismo. También, el registro de la aparición de quemaduras causadas por el bisturí eléctrico, nos permite saber si estamos realizando nuestro trabajo correctamente.

Conclusiones. La creación de esta guía de consulta sobre la prevención de las quemaduras causadas por el bisturí eléctrico, nos permite tener un documento unificado para todo el área quirúrgica donde consultar como se debe utilizar el bisturí, preservando la seguridad del paciente.

244. Quiero ver dibujos en la tele cuando esté en quirófano.

Rodríguez Morales M.L., Moreno Entrena I. y Mota Fernández J.

Introducción. ¿A que niño no le gusta los dibujos?

Objetivo. Aliviar o minimizar el miedo y ansiedad de los niños en el quirófano.

Metodología. El ser acompañados hasta el antesala del quirófano por los padre y disfrutar viendo los dibujos favoritos son un buen método para aliviar ese miedo acompañado de ansiedad.

Resultado. Dicha metodología es muy positiva disminuyendo el grado de ansiedad y aumentando la confianza en el equipo médico.

Conclusiones. Los cambios en el protocolo dan muy buenos resultados y económicamente no aumenta los costes, pero sí la metodología de los profesionales.

245. Quirófanos híbridos: Una forma inteligente de operar.

Carabaja Chávez A.D., Castro Millán R. y Romero García A.

Introducción. Debido al gran avance de los procesos quirúrgicos vasculares, se han creado este tipo de quirófanos inteligentes en los cuales se realizan cirugías mínimamente invasivas, con enormes beneficios para el paciente.

Objetivo. Conocer e identificar este tipo de quirófanos, los tratamientos que se realizan en él, así como su estructura y componentes que lo forman.

Metodología. Búsqueda en base de datos Google académico, Scielo, Asociación Española de Enfermería en Cardiología. Descriptores DeCS utilizados: Procedimientos Endovasculares/Quirófanos/Radiología Intervencional/Enfermería Radiológica y de Imágenes.

Resultado. Un quirófano híbrido está formado por una sala de hemodinámica, una sala de control, una sala de almacenaje, posee luces con características especiales, un sistema de inyección de contraste, pantalla de visualización de imágenes, Arco en "C" y material de reanimación y soporte vital.

Conclusiones. Una de las principales ventajas es que brinda una mayor seguridad en el paciente. Uno de los principales inconvenientes es la necesidad de grandes superficies y su alto coste.

246. Recambio de catéter doble J en cirugía menos ambulatoria.

Díaz Veronese J.

Descripción del caso. Hombre de 57 años que acude a los quirófanos de Cirugía Mayor Ambulatoria para recambio programado de catéter doble J.

Pruebas complementarias. Se realiza preoperatorio de anestesia programado.

Diagnóstico. Se realiza la técnica quirúrgica de la recolocación del catéter doble J por el cirujano bajo anestesia local en quirófano, con el uso de las guías pertinentes, el contraste y el control de escopia friedrich.

Evolución. A la hora de la intervención, es dado de alta al domicilio con visita para el urólogo a la semana y con tratamiento antibiótico durante 7 días.

Conclusiones. Los cuidados de enfermería durante el proceso son: seguridad al paciente, asepsia de la técnica y desarrollo adecuado y eficaz del procedimiento.

247. Recién nacidos gemelares: Coagulación láser por fetoscopia en STFF.

Giraldo Valls L., Reyes Jiménez S. y Hidalgo Rivas D.M.

Introducción. El Síndrome de Transfusión Feto-Fetal (STFF) es propio de las gestaciones gemelares monocoriales con alta morbimortalidad si no se trata.

Objetivo. Análisis de las opciones de tratamiento en relación a la morbimortalidad.

Metodología. Búsqueda en PubMed, Cochrane Reviews, Scielo.

Resultado. Se han incluido tanto casos clínicos como revisiones de la literatura.

Conclusiones. La evidencia muestra que la terapia de coagulación de las anastomosis con láser mediante fetoscopia es la opción más aceptada por su tasa de éxito en relación a la morbimortalidad.

248. Recomendaciones al paciente sometido a una intervención de vasectomía.

Fernández Rodríguez A., Mohand Mohamed N. y Rodríguez Domínguez A.R.

Introducción. La vasectomía consiste en la sección y ligadura de los conductos deferentes, siendo un método de control natal.

Objetivo. Identificar las recomendaciones posoperatorias en el paciente intervenido de vasectomía.

Metodología. Se han utilizado una búsqueda bibliográfica en base de datos Google Académico y Cochrane, siendo los descriptores utilizados en la búsqueda: dolor, espermatozoides, ligadura conductos deferentes y control natal.

Resultado. Durante las 24 horas siguientes a la cirugía es aconsejable que el paciente no realice muchos esfuerzos. Realizar la cura de las heridas dos veces al día con un poco suero fisiológico y betadine. Los puntos de la vasectomía se caerán alrededor de las 2 semanas del posoperatorio.

Conclusiones. Seguir las recomendaciones pautadas al alta, han demostrado una pronta recuperación, evitando las posibles complicaciones tales como la hinchazón, dolor, hemorragias y la infección de la herida.

249. Recomendaciones y abordaje de enfermería a pacientes mastectomizadas.

Álvarez Torres E.M., Baca Hidalgo E. y Collado Segura C.

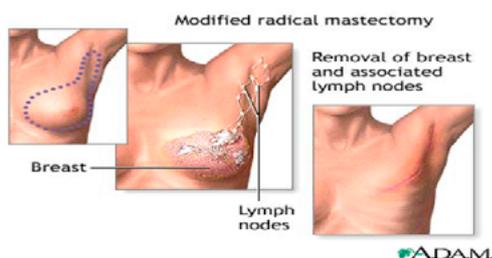
Introducción. El Cáncer de Mama es el tumor más frecuente en mujeres españolas. Una de las complicaciones más frecuentes es el linfedema.

Objetivo. Identificar los cuidados de enfermería a personas mastectomizadas, persiguiendo la prevención de Linfedema.

Metodología. Estudio de revisión bibliográfica. Búsqueda electrónica de estudios en inglés y castellano en la base de datos Scielo y Pubmed. Descriptores: Mastectomía, Cáncer de Mama, Linfedema, Prevención Primaria. Operadores booleanos: AND, OR. Período de búsqueda: 01/01/2014-18/02/2018. Fecha de publicación: 2014-2017. Tipo de estudios: transversales, reporte de casos clínicos y revisiones bibliográficas.

Resultado. Evitar en brazo tomar tensión arterial, extracciones, inyecciones. Evitar compresión en mangas. Evitar compresión en mangas. Evitar reloj, anillo o pulsera que opriman muñeca. No transportar peso. Al dormir, mantener el brazo afectado por encima del nivel del corazón. Ante una herida, lavar con jabón neutro. Realizar ejercicio físico (natación). Observar si enrojecimiento, hinchazón o dolor. Favorecer movilización posintervención.

Conclusiones. El personal de enfermería juega un papel importante realizando una serie de intervenciones para el abordaje de la mujer y sus familiares ante el problema, desde Atención Primaria.



250. Recuperador de sangre en la artroplastia de rodilla.

Montero Gálvez L., Millán García G.M. y Jiménez Conejo A.B.

Introducción. En los procedimientos de cirugía mayor ortopédica es habitual la pérdida de sangre y la necesidad de transfusión.

Objetivo. Evaluar la necesidad de transfundir a los pacientes operados de rodilla que utilizaron recuperador sanguíneo en el posoperatorio.

Metodología. Una revisión bibliográfica a través de la BVS, descriptores: artroplastia, transfusión de sangre, pérdida de sangre.

Resultado. La utilización de sangre del propio paciente obtenida de la herida quirúrgica en el posoperatorio es una alternativa que reduce las necesidades de sangre homóloga y los riesgos de su utilización. La reinfusión de sangre de la herida está indicado en aquellas IQ en las que el sangrado posoperatorio es significativo como en la cirugía protésica de rodilla.

Conclusión. La alta eficacia de la TAP en la artroplastia total de rodilla y la ausencia de efectos indeseables asociados abundan en la consideración de la TAP, como el método de elección en cirugía ortopédica programada.



Figura 1. ConstaVac CBCII de Stryker.

251. Reducción quirúrgica de una luxación de hombro: Plan de cuidados.

Arjona Fuentes A.B., Moreno Torres A.B. y García Anguita A.M.

Descripción del caso. Paciente de 55 años que ingresa de manera programada para intervención quirúrgica traumatólogica por luxación en hombro izquierdo tras caída accidental.

Pruebas complementarias. Se lleva a cabo realización de analítica de sangre, electrocardiograma y radiografía. En la entrevista personal el paciente refiere estar nervioso, ya que nunca ha sido intervenido anteriormente.

Diagnóstico. Cómo diagnóstico principal se establece que se trata de una luxación acromioclavicular de grado 5. Los diagnósticos establecidos en el plan de cuidados son los siguientes: Temor. Dolor agudo. Deterioro de la movilidad física.

Conclusiones. En la mayoría de los procesos quirúrgicos encontramos necesidades básicas tales como el grado de confort y la seguridad del paciente que deben ser tratadas por el personal sanitario enfermero para facilitar la recuperación de este.

252. Relación entre la cirugía de reducción de mamas y la lactancia materna.

Benítez Sánchez E., Pérez Marín S. y Romero Esteve M.

Introducción. Existen multitud de mitos frente a la reducción mamaria y su efecto a la hora de la lactancia materna.

Objetivo. Confirmar o desmitificar los efectos de la reducción mamaria sobre la lactancia materna.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos digitales como PubMed, Cochrane, Uptodate. Se filtraron los artículos encontrados en los últimos 10 años.

Resultado. Tras una cirugía de reducción mamaria existen multitud de factores que pueden afectar a la lactancia materna: la conexión entre el tejido mamario y el pezón, la integridad de las vías nerviosas y de los conductos lactíferos, la cantidad de tejido glandular eliminado y un correcto suministro de sangre.

Conclusiones. Cuando una mujer decida ser intervenida de reducción de mamas, sea informada de las consecuencias que puede tener ante la lactancia materna; si se encuentra en edad de procrear; así como, de los beneficios, tanto para la madre como para el recién nacido.

253. Resección de recto en varón sin antecedentes familiares.

López Morales C., Ballesteros Escamilla M. y Valenzuela Mateos M.E.

Descripción del caso. V 50 años, inter de colectomía. Abdominal para resultado de Colono en estudio de posible carcinoma.

Pruebas complementarias. HG: L 6800 (N 4070), hb 15.4, Plt 272000. BQ: Normal. CEA 2.64, Ca 19.9 3.39. Demas normal. Colono: A 8-9 cm del margen anal existe lesión excrecente y ulcerada que estenosa la luz impidiendo el paso del endoscopio. Se extiende unos 35 mm a lo largo del recto y ocupa aprox. el 75% de la luz colónica. AP: ADC infiltrante ulcerado.

Diagnóstico. Adenocarcinoma de recto medio.

Conclusiones. Ingreso para cirugía abdominal. Se canaliza vía periférica y se realiza sondaje vesical prequirúrgica. Se cursan pruebas cruzadas Abordaje laparoscópico. Neoplasia de recto inferior. Adherencias en cavidad abdominal por colectomía previa. Visualización del tumor en pieza quirúrgica. Ileostomía de protección en cañón de escopeta. Drenaje: Blake 19 en Douglas.

254. Resección transuretral de un tumor de vejiga. A propósito de un caso.

Medina Sobrino A., Hivaldo Aguilar M. y Herrera Olivares A.B.

Descripción del caso. Hombre, 65 años, acude al servicio de urología para una intervención quirúrgica programada.

Antecedentes personales. Dislipemia en tratamiento. No fumador. Bebedor ocasional de alcohol. Sin antecedentes quirúrgicos previos. No alergias conocidas.

Pruebas complementarias. Al ingreso en planta, constantes: TA: 135/75 mmHg, FC: 61 lpm, Tª: 37 °C y Sat O2: 96%. Escala de Barthel: 20 puntos y Escala de Norton modificada: 100 puntos.

Diagnóstico. Resección transuretral de un tumor de vejiga.

Conclusiones. La resección transuretral de un tumor de vejiga es un procedimiento quirúrgico donde se extirpan pequeños fragmentos de tejido vesical con ayuda de un resectoscopio, introducido a través de la uretra. Tras la operación, es trasladado a planta consciente y orientado, con movilidad de los MMII y con sonda vesical Foley de tres luces. Al día siguiente, el paciente recibe el alta y el personal de enfermería le informa que ante cualquier problema relacionado con la intervención acuda las urgencias del hospital.

255. Riesgo de lesiones perioperatorias: Actuación de enfermería.

Sánchez Bustos L., Gabarrón Ríos A. y Fernández Mingorance B.

Introducción. Riesgo de lesiones como resultado de las condiciones ambientales que se dan en el entorno perioperatorio.

Objetivo. Definir el diagnóstico enfermero riesgo de lesión. NANDA, definir la actuación enfermera ante el riesgo de lesiones perioperatorias. Proporcionando todos los cuidados necesarios. NIC, NOC.

Metodología. La realización de este trabajo se fundamenta en el diagnóstico de enfermería riesgo de lesión según NANDA. También efectuó revisión bibliográfica en base de datos: Google académico, Dialnet, Scielo, Medline, con los descriptores en salud: riesgo de lesión, actuación enfermera, perioperatorio, posicionamiento del paciente y con limitación en el tiempo de 7 años.

Resultado. Riesgo de lesión (00087): relacionado con el entorno perioperatorio. Se proponen unos cuidados perioperatorios estandarizados, según NANDA, NIC, y NOC.

Conclusiones. En conclusión observamos que es fundamental para evitar dicho riesgo y garantizar la seguridad del paciente el establecimiento de un plan de cuidados.

256. Riesgos potenciales del paciente en el área quirúrgica.

Galera Guzmán M.C., Segura Molina A.B. y López Rodríguez A.I.

Objetivo. Nuestro objetivo es proporcionar información acerca de los riesgos potenciales que existen para el paciente en el área quirúrgica.

Metodología. Se ha realizado una revisión de la literatura científica sobre los riesgos potenciales para el paciente en el área quirúrgica en las bases de datos MedLine y Cuiden que se amplió con el buscador "google académico", y usando como criterios de inclusión que se trataran de publicaciones tanto en español como en inglés de la última década.

Resultados. Durante el proceso quirúrgico, la seguridad del paciente, conlleva prácticas seguras por parte de todo el equipo quirúrgico mediante un conocimiento adecuado de los riesgos, eliminando los evitables y previendo los que hay que asumir de forma inevitable, planteando objetivos alcanzables en todos los niveles de la organización sanitaria, para así disminuir los efectos adversos derivados del mismo.

Conclusiones. La enfermería quirúrgica ha de tener amplios conocimientos sobre la seguridad que hay que dar al paciente dentro de su proceso operatorio.

257. Rol de la enfermería quirúrgica en la cirugía robótica.

Brievica Gómez M., Rubiales Hernández C. y Román Alvarado E.

Introducción. La cirugía robótica simula la cirugía abierta intentando mantener las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. La enfermería tiene un papel importante en esta cirugía.

Objetivo. Mostrar la trascendencia y experiencia que ha tenido en el personal de enfermería la implantación de la cirugía robótica.

Metodología. Revisión bibliográfica a través de base de datos y proyectos anteriores.

Resultado. Una mejor asistencia durante la cirugía puede mejorar los resultados funcionales. La protocolización del procedimiento, tal como hemos descrito, ha permitido reducir los tiempos quirúrgicos y el tiempo total de anestesia.

Conclusiones. El papel de enfermería es importante para garantizar la seguridad del paciente, facilitar la comodidad del cirujano y por tanto, agilizar el acto quirúrgico.



258. Rol enfermero ante un paciente intervenido quirúrgicamente: Abordaje de los drenajes.

López Rivas L.

Introducción. Los drenajes son sistemas que permiten evacuar una colección de líquido del interior del organismo. Algunos de sus empleos son en intervenciones quirúrgicas con amplias resecciones, en cirugías que se presenta que pueda acumularse líquido de forma excesiva...

Objetivo. Analizar los tipos de drenajes que existen y qué cuidados enfermeros deben aplicarse.

Metodología. Se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Cochrane y Scielo usando como DeCS drenajes, manejo, enfermería.

Resultado. Existen drenajes pasivos y los activos. Los enfermeros deben vigilar la permeabilidad del drenaje, la cantidad y aspecto del contenido drenado, vaciándolos cuando estos lleguen a los 2/3 de su capacidad. Además, tendrán que curar la sutura de anclaje y la de la herida quirúrgica.

Conclusiones. Es importante que los enfermeros están actualizados ante el manejo de todos los drenajes y que ante cualquier anomalía que detecten avisen al facultativo responsable para solventar la incidencia y así se permita la excelente recuperación del enfermo.

259. Roles de enfermería en el área quirúrgica.

López Guerrero R., Muñoz Méndez L. y El Mesaoudi Zizaoui S.

Introducción. El trabajo en equipo es la base de los cuidados del paciente en el quirófano.

Objetivo. Revisión bibliográfica sobre funciones de enfermería en los puestos del área quirúrgica.

Metodología. Hemos recurrido a buscadores como Cochrane y Medline. En español e inglés.

Resultado. Funciones de enfermera circulante. Verificar el plan de operaciones. Preparar la mesa de operaciones. Recibir al paciente, comprobar identificación documentación. Funciones de la enfermera instrumentista. Preparar el quirófano para recibir al paciente. Revisar el instrumental. Anticiparse al requerimiento del cirujano.

Conclusiones. Funciones claras, todos son miembros de un equipo, fundamentales para llevar conseguir resultados exitosos, deben desempeñar actividades en común.

260. ¿Se siguen correctamente los pasos del lavado de manos quirúrgico en seco?

Domínguez Soto I.

Introducción. En 2008 la OMS lanzó un gran Reto Global sobre seguridad del paciente: "la cirugía segura salva vidas" siendo una de sus áreas temáticas el lavado de manos quirúrgico (1). Asimismo diversos estudios demuestran que si se realiza con solución hidroalcohólica se disminuye las unidades formadoras de colonias, el coste y el tiempo (2).

Objetivo general. Descubrir si los enfermeros utilizan la solución hidroalcohólica para el lavado de manos quirúrgico.

Metodología. Estudio transversal y descriptivo sobre 30 enfermeros del servicio de cirugía.

Resultados. El 90% de los enfermeros confirman lavarse las manos con solución hidroalcohólica y lo realizan siguiendo los pasos de la Imagen 1.

Conclusiones. El lavado de manos quirúrgico es esencial para realizar una cirugía segura, por lo que debe hacerse con los productos adecuados, empleando el tiempo necesario y siguiendo los pasos recomendados para evitar la enfermedad nosocomial.



261. Seguridad del paciente en el área quirúrgica.

Olaya Garrido J., Martínez Muñoz C. y Montesinos Olaya M.

Introducción. La seguridad del paciente en el área quirúrgica es un problema de salud pública mundial que provoca un aumento de las estancias hospitalarias, por lo que la actitud principal se centra en la prevención y diagnóstico prematuro.

Objetivo. Conocer y valorar la importancia de la seguridad del paciente en el área quirúrgica.

Metodología. Revisión sistemática de estudios publicados entre 2014-2018. La búsqueda se realizó en: Elsevier, Scielo y Dialnet, utilizando como descriptores MeSH: seguridad del paciente, área quirúrgica, calidad asistencial, efectos adversos. Encontramos 9 artículos y nos quedamos con 3 tras aplicar criterios de inclusión.

Resultado. Se produce un aumento de la morbi-mortalidad por los efectos adversos derivados de una mala praxis quirúrgica. La OMS propuso el "checklist" como instrumento para llevar a cabo una práctica más segura.

Conclusiones. La formación, investigación y aplicación de los protocolos existentes son esenciales para garantizar la adecuada seguridad del paciente, aumentando su satisfacción.

262. Seguridad en el manejo del bisturí eléctrico.

Abad Cárdenas M.M., Fernández Fernández S.M. y Cantón Rico V.

Introducción. El bisturí eléctrico es un instrumento quirúrgico que corta y/o cauteriza el tejido.

Objetivo. Recordar los conocimientos sobre el manejo del bisturí eléctrico y aumentar la seguridad en la atención al paciente.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Cuiden, Pubmed, Cochrane Plus y Scielo. Seleccionando un total de 5 artículos en el periodo de tiempo entre 2013 y 2018.

Resultado. Antes de la cirugía debemos confirmar que el paciente se ha quitado todo tipo de objetos metálicos: anillos, relojes, pulseras, y que no es portador de marcapasos/DAE en el caso de serlo este debe estar desactivado y de no haber sido posible se utilizará la electrocirugía bipolar. La placa debe colocarse en una zona muscular, evitando las prominencias óseas o zonas con mucho vello que dificulten su adhesión.

Conclusiones. La enfermería como parte integrante del equipo quirúrgico contribuye a mejorar la seguridad del proceso quirúrgico.

263. Seroma posterior a intervención de hernia umbilical: Cuidados de enfermería.

Torrebejano Anguita J., Roldán Martín P. y López Doña F.R.

Descripción del caso. Paciente de 38 años de edad, intervenido hace 13 días de hernia umbilical, que acude al centro de salud por presentar dolor bajo la cicatriz. No refiere haber tenido fiebre ni otras molestias de interés.

Pruebas complementarias. Se realiza exploración física de la herida y se complementa con anamnesis del paciente, además de realizar punción aspirativa a través de la herida.

Diagnóstico. Se realizaron diferentes pruebas para descartar la posible infección de la herida quirúrgica y llegar así al diagnóstico final de "Seroma en incisión tras intervención de hernia umbilical".

Evolución. Una vez realizada la punción se realizó una cura habitual de la herida y se dieron una serie de recomendaciones para el paciente tales como el reposo relativo, el uso de fajas tubulares y la toma de antiinflamatorios.

Conclusiones. Resulta eficaz el drenaje de seromas en heridas quirúrgicas tras intervención de hernia umbilical, así como el reposo relativo, el uso de fajas tubulares y la toma de antiinflamatorios.

264. Traqueotomía en el paciente pediátrico: Técnica y complicaciones.

Matador Santos I.

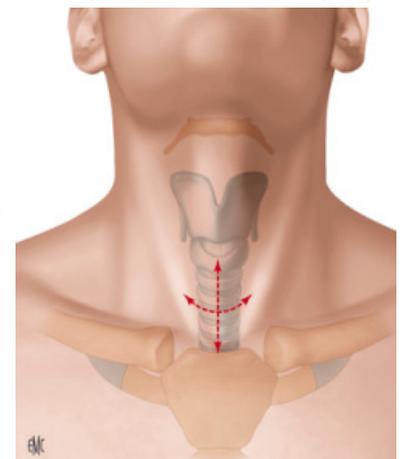
Introducción. La traqueotomía, consiste en la técnica quirúrgica con la que se realiza una comunicación provisional o temporal.

Objetivo. Conocer la técnica de la traqueotomía pediátrica y sus posibles complicaciones.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos diez años en las bases de datos: Cuiden, Dialnet, Cinhal y en páginas web de servicios de salud.

Resultado. Anestesia: Se realizará bajo anestesia siempre que sea posible. Posición: Decúbito supino con cabeza en hiperextensión. Instrumental: Instrumental ordinario de cirugía general y pinzas Laborde y cánulas traqueales con baloncillo. Técnica: La incisión se hace vertical entre tercer y cuarto anillo traqueal. Posibles complicaciones: Inmediatas o posoperatorias.

Conclusiones. La traqueotomía en niños aumenta al doble la morbilidad y mortalidad con respecto a los adultos, por lo que es importante conocer bien la técnica y las posibles complicaciones que puedan producirse.



265. Trastornos musculoesqueléticos comunes en la enfermera de quirófano.

Alonso Prados J.M., Béjar Béjar A.I. y Jiménez Peñalver E.

Introducción. Los TME son muy relevantes debido al trabajo que la enfermera de quirófano realiza.

Objetivo. Conocer los principales TME que presenta el personal enfermero de quirófano, por qué se producen para así poder prevenirlos.

Metodología. Para realizar este trabajo hemos realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, como en Google Académico; PubMed; Scielo

Resultado. Las dolencias que más se evidencian en la Enfermera de Quirófano serían: TME en el cuello y hombros. TME en los brazos y el codo. TME en la mano y muñeca. TME en la columna vertebral. TME en los MMII.

Conclusiones. Las enfermeras de quirófano realizan esfuerzos y tareas que justifican con creces las dolencias producidas.



267. Tratamiento fisioterápico tras artroplastia total de hombro.

Ruiz Camacho M.D., Martín Castillo A.M. y Mérida Imberlón M.E.

Introducción. La artroplastia total de hombro es una alternativa quirúrgica para el tratamiento de fracturas y/o luxaciones graves así como en lesiones degenerativas de la articulación del hombro.

Objetivo. Identificar el tratamiento fisioterápico tras artroplastia total de hombro.

Metodología. Revisión bibliográfica consultando diferentes bases de datos, se aplicó un filtro de idioma y temporalidad. Los descriptores empleados han sido: Modalidades de Fisioterapia, Miembros artificiales, Artroplastia de reemplazo de hombro, Prótesis de hombro.

Resultados. Técnicas antiálgicas y antiinflamatorias. Cinesiterapia. Reeducción propioceptiva. Técnicas posturales de cintura escapular y columna dorsal. Educación sanitaria.

Conclusiones. La cirugía de reemplazo de hombro mediante prótesis permite una mejoría en la calidad de vida de aquellos pacientes con patología degenerativa prolongada de hombro y en fracturas complicadas.

266. Tratamiento de los queloides en heridas quirúrgicas.

Martínez Gómez J., Vargas Baldan E. y Durango Rodríguez J.G.

Introducción. Se define el concepto de queloide y la necesidad de actualizar su tratamiento.

Objetivo. Analizar las recomendaciones enfermeras y el tratamiento en las cicatrices quirúrgicas queloides.

Metodología. Revisión bibliográfica basada en una búsqueda sistemática en las bases de datos de "Fundación Index: Cuiden", "Medline: PubMed", "Lilacs", "Cinahl" y "Cochrane" y "Scielo" centrándose en estudios sobre tratamientos de cicatrices queloides.

Resultado. Los queloides pueden formarse por diversas causas entre ellas heridas quirúrgicas. Encontramos distintos tratamientos: geles, apósitos de silicona, crioterapia, láser... Se recomienda la hidratación y el uso de algunos de emolientes: aceites minerales, vaselina, etc. Evitar la tensión e infección y evitar masajes intensos.

Conclusiones. El impacto psicosocial de las cicatrices ocasiona reacciones negativas, por lo que son muy importantes las recomendaciones sobre prevención y tratamiento para así minimizar el riesgo y la posible aparición.



268. Tratamiento fisioterápico tras cirugía correctora de hallux valgus.

Ruiz Camacho M.D., Martín Castillo A.M. y Mérida Imberlón M.E.

Introducción. El hallux valgus es una deformidad común del antepié caracterizada por un desplazamiento medial del metatarsiano del dedo gordo del pie y la consiguiente subluxación lateral de la primera falange hacia el segundo dedo.

Objetivo. Identificar las posibilidades terapéuticas desde el campo de la Fisioterapia tras cirugía correctora de hallux valgus.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre consultando diferentes, se aplicó un filtro de idioma y temporalidad. Los descriptores empleados han sido: Modalidades de fisioterapia, hallux valgus, cirugía.

Resultados. Medidas analgésicas y antiedema. Masoterapia. Movilizaciones pasivas y activas asistidas de tobillo y pie. Fortalecimiento de la musculatura intrínseca del pie y de la musculatura del tobillo. Reeducción propioceptiva. Ejercicio terapéutico cognoscitivo. Reeducción propioceptiva. Reeducción de la marcha. Educación sanitaria.

Conclusiones. El abordaje fisioterápico del hallux valgus puede ayudar a reducir la rigidez, disminuir el edema, reeducar la sensibilidad, además de prevenir la reaparición de nuevas deformidades.

269. Tratamiento quirúrgico de estenosis severa de canal lumbar.

Fuentes García A., Justicia Martínez M. y Pedrosa Pousibet C.

Descripción del caso. Mujer de 67 años que ingresa para tratamiento quirúrgico de estenosis severa de canal lumbar en el contexto de un problema degenerativo espondiloartrósico que le provoca mucho dolor lumbar y ciático bilateral, así como claudicación para la marcha.

Pruebas complementarias. Analítica sanguínea, RX tórax y ECG normales.

Diagnóstico. Estenosis severa de canal lumbar.

Evolución. Es intervenida con anestesia general, realizándole una laminectomía descompresiva. Pasa a planta con analgesia con PCI con 40 mg de cloruro mórfico a 2 ml/h. Porta sonda vesical. Guarda reposo en cama, aunque el médico recomienda movilizar en cama y levantar al sillón a partir de mañana. Tras varios días, evoluciona favorablemente, caminando con ayuda de un andador. Afebril. Dolor controlado con analgesia. La herida muestra un buen aspecto.

Conclusiones. El 6% de los pacientes adultos sufren de síntomas de estenosis, siendo esta patología más frecuente en personas mayores de 50 años y la principal causa de cirugía de columna lumbar en los adultos mayores de 65 años.

270. Tratamiento quirúrgico para la incontinencia urinaria.

Romero Esteve M., Pérez Marín S. y Benítez Sánchez E.

Introducción. La incontinencia urinaria es un problema médico descrito como la pérdida involuntaria de orina.

Objetivo. Explicar los diferentes tratamientos para la incontinencia urinaria en la mujer.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos digitales como PubMed, Cochrane, Uptodate, Medline; limitando la búsqueda a los últimos 5 años.

Resultado. Para la corrección de este problema, existe dos técnicas quirúrgicas: técnicas con mallas libre de tensión (aumentan la resistencia mecánica de la uretra media por medio del pasaje de bandeletas de tejido en torno a la superficie ventral) y la técnica de Burch (consiste en subir el cuello vesical a una posición intrabdominal retropúbica, permitiendo de esta manera que la presión intrabdominal se transmita en la misma magnitud sobre la vejiga y la uretra proximal).

Conclusiones. Los resultados consultados concluyen que la técnica de mallas es más sencilla y conlleva menos riesgos y la técnica de Burch tiene mejores resultados a largo plazo, aunque ambas presentan recidivas.

271. Tratamiento quirúrgico percutáneo del hallux valgus mediante osteotomías.

Díaz Veronese J.

Introducción. El hallux abductus valgus (hallux valgus), comúnmente conocido como juanete o bunio, es una compleja deformidad.

Objetivo. Presentar la experiencia del tratamiento del hallux valgus mediante la realización de osteotomía distal del primer metatarsiano y osteotomía de la falange con liberación del abductor por técnicas percutáneas.

Metodología. Se realiza una búsqueda bibliográfica de diferentes bases de datos.

Resultado. Los resultados obtenidos tras nuestra búsqueda bibliográfica demuestran que la consolidación de las osteotomías se consiguió en el 100% de los pies.

Conclusiones. Parece que la técnica de Reverdin-Isham, por vía percutánea, es un buen método para el tratamiento del hallux valgus.

272. Úlceras por presión en pie diabético.

López Morales C., Ballesteros Escamilla M. y Valenzuela Mateos M.E.

Descripción del caso. Hombre de 68 años diagnosticado de Diabetes mellitus tipo II que acude al servicio de urgencias, debido a que ha observado que el paciente presenta heridas en ambos talones.

Pruebas complementarias. Buen estado general. Febril 38,4°. Eupneico. Diagnosticado de asma. Primera úlcera: 2 x 2,5cm, bordes irregulares, lecho de la herida esfacelado, bordes irregulares. Segunda úlcera: 1,5 x 1,5cm, bordes regulares, lecho de la herida granulado. Molestias intermitentes en primera úlcera. Presenta signos de infección en la primera úlcera.

Diagnóstico. Úlceras infectadas.

Conclusiones. El hombre es evaluado por el equipo de cirugía, realizarle un primera cura en el quirófano. Se administra antibiótico intravenoso ajustado al peso del paciente cada 8 horas e instrucciones al equipo de enfermería para: Tras 30 días ingresado, sin presentar fiebre, con las úlceras cicatrizadas y el dolor controlado es dado de alta con las indicaciones de que continúe con sus controles en su centro de salud correspondiente.

273. Un caso de diverticulitis aguda recurrente.

Vaca Villar A., Córdoba Alarcón M.T. y Vieco Ramos A.

Descripción del caso. Hombre de 69 años que acude a la consulta de Cirugía Digestiva. En los últimos 20 años ha tenido ingresos por diverticulitis aguda no complicada, con tratamiento médico conservador. En los últimos días dice que está expulsando mucosidad abundante perianal.

Pruebas complementarias. Análítica de sangre: Hemoglobina 12,7 g/dL, plaquetas 203.000 mm³, leucocitos 8,9 mm³, linfocitos 19,4 %, glucosa 102 mg/dL, PCR 91,21 mg/L. TAC abdomen: afectación diverticular extensa de colon sigmoide y descendente con sensación de masa en la región sigmoide.

Diagnóstico. Estenosis benigna inflamatoria de colon sigmoide. Diverticulosis extensa de colon descendente y sigmoide.

Conclusiones. Cuando un paciente se enfrenta a un proceso quirúrgico el papel de la enfermera está presente en todas las fases. La enfermera siempre es referente en el cuidado de pacientes por lo que debemos mostrarles cercanías, atentas y ofreciendo confianza ante cualquier necesidad que presente el paciente. Debemos ser conocedoras de todo el proceso para realizar un cuidado integral.



275. Un caso de invaginación intestinal en lactante de 5 meses.

Córdoba Alarcón M.T., Vaca Villar A. y Vieco Ramos A.

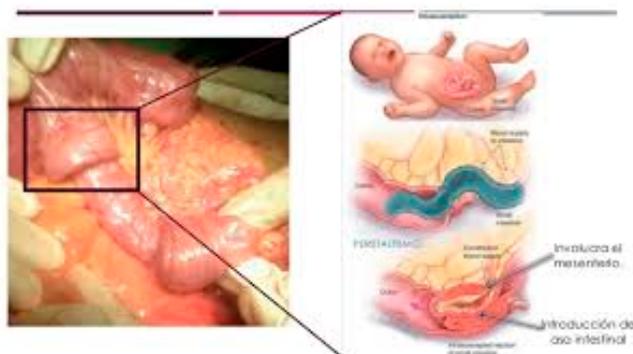
Descripción del caso. Lactante de 5 meses sin alergias conocidas que acude llevado a urgencias por sus padres por cuadro de dolor abdominal, llanto continuo e irritabilidad de 10 horas de evolución de inicio súbito.

Pruebas complementarias. Análítica de sangre y ecografía abdominal.

Diagnóstico. Invaginación intestinal en lactante de 5 meses.

Evolución. Tras canalización de vía venosa se inicia tratamiento antipirético y analgésico, antibioterapia empírica y se contacta con cirujano pediátrico para tratamiento quirúrgico.

Conclusiones. Tenemos un papel fundamental en la atención a los pacientes pediátricos, no solo es importante atender al paciente sino que no nos debemos olvidar de la familia y la situación de stress que genera la noticia de un quirófano urgente a dicha edad



274. Un caso de hemorragia subaracnoidea tras un golpe de tos.

Córdoba Alarcón M.T., Vieco Ramos A. y Vaca Villar A.

Descripción del caso. Paciente varón de 40 años de edad, alérgico a Penicilina y derivados que acude a urgencias procedente de domicilio derivado en ambulancia por presentar cefalea intensa de inicio brusco tras un golpe de tos.

Pruebas complementarias. Análítica de sangre, TAC de cráneo, Rx de tórax y EKG.

Diagnóstico. Hemorragia subaracnoidea por rotura de aneurisma.

Conclusiones. El papel de enfermería se perfila como fundamental en la atención al paciente neurocrítico ya sea para intervenciones, detección precoz, prevención y actuación. En nuestra exploración física al paciente como enfermeros de urgencias deberemos incluir estos 5 puntos: Evaluación del nivel de conciencia a través de la Escala de Glasgow que valora la apertura de los ojos, la respuesta verbal y la respuesta motora del sujeto. Función motora. Ojos y pupilas. Patrón respiratorio. Signos vitales.



276. Un nuevo caso de metástasis hepática.

Vaca Villar A., Córdoba Alarcón M.T. y Vieco Ramos A.

Descripción del caso. Mujer de 49 años que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso de una semana de evolución, no vómitos ni diarrea, ligera ictericia. Inapetencia alimenticia.

Pruebas complementarias. Análítica de sangre: Hemoglobina 11,0 g/dL, neutrófilos 79,2%, leucocitos 127.000 mm³, neutrófilos 79,2%, fibrinógeno 440 mg/dL, glucosa 98 mg/dL, GOT/AST 373 U/L, GPT/ALT 482 U/L, PCR 21,82 mg/L. Resonancia magnética hepática: múltiples LOES hepáticas compatibles con metástasis. Esplenomegalia. Quiste renal izquierdo.

Diagnóstico. Metástasis hepáticas sincrónicas bilobulares de CCR.

Conclusiones. La ictericia es un aumento de bilirrubina en sangre como consecuencia de trastornos hepáticos por lo que si un paciente acude a Urgencias con este síntoma lo primero que debemos sospechar es que algo está ocurriendo a nivel hepático. Es necesario realizar un examen exhaustivo para dar con el diagnóstico exacto y tratarlo con la mayor brevedad posible.



277. Uso correcto de los guantes no estériles.

Ruiz Yébenes M.P., Serrano Jurado S. y Cabrera Molinero M.A.

Introducción. El uso correcto de guantes no estériles junto con una higiene de manos apropiada suponen medidas simples y eficientes para reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y constituyen un factor de protección para los profesionales sanitarios.

Objetivo. Conocer la forma en la que se utilizan y reforzar conocimientos sobre su uso correcto.

Metodología. Búsqueda bibliográfica: PubMed, Scopus, Web of Science (WOS) y Dialnet. Búsqueda inicial: "guantes no estériles" AND ("uso" OR "uso enfermero"). Criterios de inclusión: artículos en últimos diez años, en español y relacionados con los objetivos.

Resultado. Los errores más habituales son no cambiarse de guantes entre procedimientos en el mismo paciente, y la no realización de la higiene de manos después de quitarse los guantes.

Conclusiones. El uso incorrecto de guantes no estériles está asociado con un incremento de infecciones cruzadas.

278. Uso correcto del bisturí eléctrico y colocación adecuada de la placa.

Sillero Sillero B., Núñez Fernández N. y Mata Moreno L.

Introducción. Es un instrumento de uso habitual en el quirófano, que se utiliza en todas las especialidades quirúrgicas, es por ello de vital importancia el conocimiento del uso correcto del mismo.

Objetivo. Poner en conocimiento del todo el personal de enfermería el uso correcto del bisturí eléctrico. Aprender a colocar la placa de bisturí o electrodo neutro.

Resultado. Las principales medidas a tener en cuenta a la hora de la correcta colocación. La potencia con la que utilizar el bisturí eléctrico dependiendo del campo quirúrgico. Identificación de los grupos de riesgo como por ejemplo pacientes portadores de marcapasos.

Conclusiones. Se ha observado que el personal de enfermería presta mayor atención a la hora de colocar correctamente la placa del bisturí eléctrico para así evitar posibles efectos adversos.

279. Uso de lidocaína para evitar el dolor de garganta posoperatorio.

Rodríguez Garvín J., Lara Leiva L.F. y Illana Álvarez A.

Introducción. Un efecto secundario frecuente tras la intubación de la anestesia general es el dolor de garganta (entre el 30% y el 70% de los pacientes).

Objetivo. Determinar la eficacia de la administración de lidocaína tópica en la prevención del dolor de garganta posquirúrgico en adultos.

Metodología. Realización de una Revisión bibliográfica sistemática en Enero de 2018 en Cochrane plus, Cuiden, Pubmed, y Embase. Se incluyeron ECA del tratamiento profiláctico con lidocaína tópica y sistémica versus control, incluyendo estudios en español e inglés, de los últimos 10 años. Tras encontrar 29 artículos, se seleccionaron 12.

Resultados. El tratamiento con lidocaína redujo significativamente el riesgo del dolor de garganta en el posoperatorio. Los resultados de la revisión revelaron la efectividad del tratamiento con lidocaína para reducir la prevalencia y la intensidad del dolor de garganta posoperatorio. En los estudios analizados no se informaron efectos adversos de la lidocaína.

Conclusiones. En esta revisión sistemática se ha confirmado la efectividad de la lidocaína tópica y sistémica para la prevención del dolor de garganta en el posoperatorio.

280. Uso de terapia de cierre asistido por vacío en las heridas.

López Rodríguez A.I., Galera Guzmán M.C. y Segura Molina A.B.

Introducción. La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un método no invasivo usado para el tratamiento de heridas.

Objetivo. Conocer la evidencia disponible sobre la efectividad de la terapia VAC en las heridas.

Metodología. Revisión bibliográfica de los últimos cinco años en las bases de datos MedLine, Cuiden Plus y Cochrane Library, sobre la eficacia de la terapia de cierre asistido por vacío (VAC) en las heridas.

Resultado. La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) promueve la cicatrización, favorece la reducción del área de la herida, elimina el exceso de fluidos y estimula la angiogénesis.

Conclusiones. La terapia VAC constituye una herramienta útil en el manejo de heridas agudas, crónicas o de mala evolución.



281. Uso del checklist en el área quirúrgica.

Fernández González C., Lara Aguayo F. y Fernández Tamargo M.F.

Introducción. El checklist es un protocolo de verificación para la seguridad del paciente quirúrgico, ofreciendo al personal de enfermería la información necesaria para la toma de decisiones en el área quirúrgica.

Objetivo. Evaluar la importancia de utilizar el checklist en quirófano para garantizar la seguridad del paciente.

Metodología. Revisión sistemática de estudios publicados entre 2016-2018. La búsqueda en: Psycinfo, Pubmed y Scielo, utilizando como descriptores MeSH: checklist, seguridad quirúrgica, enfermería y cuidados preoperatorios. Encontramos 10 artículos y nos quedamos con 3 tras criterios de inclusión.

Resultado. El checklist es una herramienta imprescindible para garantizar la seguridad del paciente quirúrgico, disminuyendo las tasas de mortalidad y complicaciones posoperatorias.

Conclusiones. Destacan los beneficios aportados por el checklist a la práctica de la enfermería quirúrgica en la mejora de la calidad asistencial.

282. Utilización del introductor FROVA en la intubación difícil en quirófano.

López Furión G., Chávez Barroso C. y Castillo Jiménez M.

Introducción. La guía FROVA es un dispositivo de gran utilidad en el momento de intubación orotraqueal de pacientes que presentan una difícil intubación.

Objetivo. Dar a conocer uno de los dispositivos utilizados en la intubación difícil orotraqueal. Actualizar los conocimientos sobre la guía de intubación Frova.

Metodología. Revisión bibliográfica sobre diferentes bases de datos (cielo, medline, cuiden), seleccionando artículos e información necesaria sobre el introductor Frova y su utilización en la intubación orotraqueal.

Resultado. La guía FROVA es un dispositivo transglótico facilitador de la intubación orotraqueal, cuya función es la de permitir la colocación de un tubo endotraqueal. Presenta dos orificios laterales que permiten la oxigenación y puede ser utilizado también para el intercambio de tubos endotraqueales.

Conclusiones. El uso del introductor FROVA facilita una correcta intubación en pacientes de intubación difícil.

283. Valoración y manejo del dolor posoperatorio.

Morales Gómez A.M., Martínez Rubio M. y Castilla Nieto R.

Introducción. Por su alta prevalencia, el dolor posoperatorio es la preocupación principal de los pacientes que se van a realizar una intervención quirúrgica.

Objetivo. Describir qué es el dolor posoperatorio, causas y complicaciones. Discutir las opciones terapéuticas para su posible prevención y tratamiento.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos de salud (Cuiden, Scielo, Cinahl) de 2010 a 2017. Descriptores: dolor, enfermería, posoperatorio y posquirúrgico. Operador booleano: AND.

Resultado. La función del cirujano y del anestesiólogo es conocer las técnicas y el tratamientos farmacológicos adecuados a las necesidades del paciente. Se recomienda la cirugía laparoscópica frente a la abierta y la analgesia multimodal frente a los opioides. La función de enfermería es la aplicación correcta del tratamiento, identificar y evaluar síntomas de dolor y aplicar medidas para disminuir sus complicaciones.

Conclusiones. Es necesaria una adecuada formación que capacite al profesional sanitario a realizar un tratamiento satisfactorio del dolor.

Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos	Opioides potentes ± Coanalgésicos	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
Paracetamol AINE Metamizol	Escalón I Codeína Tramadol	Escalón I Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

284. Ventajas del catéter epidural como analgesia posoperatoria.

Mota Fernández J., Rodríguez Morales M.L. y Moreno Entrena I.

Introducción. El bloqueo epidural constituye en la actualidad una de las técnicas de analgesia regional que se utiliza con más frecuencia para el control del dolor durante intervenciones quirúrgicas, así como también para el tratamiento del dolor posoperatorio y crónico.

Objetivo. Evaluar la eficacia de la analgesia posoperatoria con el catéter epidural frente a la analgesia intravenosa con AINES y opiáceos y conseguir que el paciente obtenga un alivio sostenido del dolor durante el periodo intra y posoperatorio.

Metodología. Se realiza un estudio observacional, longitudinal y retrospectivo.

Resultado. Los pacientes con analgesia epidural, además de mejor calidad de la analgesia, presentan una movilización precoz y temprana

Conclusiones. El catéter epidural permite una analgesia selectiva, precisando dosis inferiores que las administradas por otras vías, reduciendo los efectos secundarios que aparecen con los analgésicos endovenosos y la estancia hospitalaria.



285. Visita prequirúrgica y listados de verificación como medidas de seguridad en el paciente quirúrgico.

Sánchez Hernández F, Pérez Leveugle L, y Cobos Marcos S.M.

Introducción. Uno de los principales componentes dentro de la calidad asistencial es la seguridad del paciente, con ella buscamos reducir y prevenir los riesgos asociados a la atención que se le presta.

Objetivos. Identificar sucesos que obstaculicen o provoquen lesiones y/o daños en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente a través de la visita pre quirúrgica y el uso del listado de verificación prequirúrgica.

Metodología. Estudio cuantitativo descriptivo transversal realizado en una muestra de 250 pacientes (n=250) sobre 7 parámetros fundamentales del listado de verificación prequirúrgica.

Resultados. Se detectaron 122 errores en un total de 250 pacientes lo que supuso una reducción de un 48,8% de posibles efectos adversos gracias al uso de checklist y visita prequirúrgica.

Conclusiones. La utilización de checklists y la visita prequirúrgica han demostrado sus virtudes y los grandes beneficios para la seguridad del paciente que suponen, permitiéndonos tener un control muy alto y fiable, y se convierten en herramientas básicas para la seguridad de estos pacientes.

Índice

1. A propósito de un caso clínico: Acalasia.....	6	61. Cirugía geriátrica en pacientes con demencia ¿qué hacer?	21
3. A propósito de un caso: Apendicitis aguda de presentación atípica.....	6	63. Cirugía robótica: Historia y futuro	21
2. A propósito de un caso clínico: Torsión omental	6	62. Cirugía menor ambulatoria en antebrazo: Carcinoma	21
4. A propósito de un caso: Fístula entero cutánea	6	64. Claves para enfermería en la hipertermia maligna	21
5. A propósito de un caso: Infección de un reservorio subcutáneo implantado... 7	7	65. Colectomía laparoscópica versus abierta.....	22
7. Abordaje de un paciente con fractura de cadera.....	7	67. Cómo valorar el dolor en un paciente con demencia y fractura de cadera.....	22
6. Abordaje de la apendicectomía en pacientes pediátricos	7	66. ¿Cómo influye la ascitis en la aparición de hernias inguinales?	22
8. Acceso venoso central. Cuidados de enfermería	7	68. Complicación posoperatorio inmediato: Shock hipovolémico.....	22
9. Actividades de los enfermeros de quirófano durante la intervención quirúrgica	8	69. Complicaciones asociadas a la cirugía por laparoscopia.....	23
11. Actuación de enfermería quirúrgica en anciano con úlcera en maléolo...8	8	71. Complicaciones de un paciente tras la colocación de una prótesis de rodilla: Caso clínico	23
10. Actuación de enfermería ante una paciente mastectomizada.....	8	70. Complicaciones de la cirugía menor en atención primaria.....	23
12. Actuación de enfermería: Seguridad del paciente en quirófano.....	8	72. Complicaciones metabólicas de la cirugía bariátrica como tratamiento de la obesidad mórbida	23
13. Actuación enfermera en la apendicectomía laparoscópica	9	73. Complicaciones posoperatorias en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o asma.....	24
15. Adherencias en parto por cesárea en recién nacidos a término.....	9	75. Control de la asepsia en el procedimiento de las vías centrales	24
14. Actuación enfermera para mejorar el bienestar emocional en el paciente prequirúrgico.....	9	74. Control de la ansiedad en el paciente quirúrgico.....	24
16. Ambiente seguro en quirófano para pacientes alérgicos al látex: Látex free en quirófano.....	9	76. Coste y efectividad de las intervenciones quirúrgicas por cesárea.....	24
17. Amputación supracondílea secundaria a poliomielitis.....	10	77. Cross linking vs anillos intracorneales en el tratamiento para el queratocono. Revisión bibliográfica	25
19. Análisis de la implantación de un programa educativo en pacientes intervenidos de aparato locomotor	10	79. Cuidados de enfermería a paciente traqueostomizado.....	25
18. Analgesia posoperatoria a través del catéter epidural	10	Román Espinosa D., Vega Sevilla M. y Trinidad Ferrer R.....	25
20. Anillos intracorneales como tratamiento para el queratocono. Revisión bibliográfica	10	78. Cuidados al enfermo renal intervenido para la creación de una fístula arteriovenosa.....	25
21. Ansiedad en el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.....	11	80. Cuidados de enfermería al paciente intervenido de tiroidectomía.....	25
23. Apendicitis: Cirugía más común en pediatría.....	11	81. Cuidados de enfermería al paciente portador de drenaje torácico.....	26
22. Anticoagulantes en el posoperatorio.....	11	83. Cuidados de enfermería al recién nacido con CIR (Crecimiento Uterino Retardado).....	26
24. Aplicación del listado de verificación quirúrgica.....	11	82. Cuidados de enfermería al paciente posquirúrgico: analgesia epidural...26	26
25. Asociación entre mal-rotación y volvulación intestinal. A propósito de un caso.....	12	84. Cuidados de enfermería ante una prótesis de cadera: Caso clínico.....	26
27. Atención de enfermería al paciente con fractura en miembros inferiores.....	12	85. Cuidados de enfermería en el paciente intervenido de hernia umbilical.27	27
26. Atención biopsicosocial al paciente con cáncer	12	87. Cuidados de enfermería en pacientes intervenidos por apendicitis aguda. 27	27
28. Atención de enfermería en pacientes intervenidos de cadera.....	12	86. Cuidados de enfermería en el síndrome de reabsorción pos-RTU.....	27
29. Atención de enfermería en pacientes intervenidos por hiperplasia benigna de próstata.....	13	88. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Artroplastia total de rodilla.....	27
31. Avances en los cuidados enfermeros de la herida quirúrgica.....	13	89. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Colectomía laparoscópica.28	28
30. Atención sanitaria en el paciente ostomizado	13	91. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Peritonitis fecaloidea	28
32. Biopsia renal: Cuidados de enfermería.....	13	90. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Parto eutócico	28
33. Bradicardia fetal en el contexto de una anestesia epidural. A propósito de un caso.....	14	92. Cuidados de enfermería posquirúrgicos: Plastia inguinal.....	28
35. Bursitis prerrotuliana.....	14	93. Cuidados de enfermería pre y posoperatorio en pediatría.....	29
34. Burnout en el personal de enfermería.....	14	95. Cuidados de enfermería tras IQ de fractura de cadera en una anciana...29	29
36. Caída de moto, caso clínico	14	94. Cuidados de enfermería pre-quirúrgicos: Parto.....	29
37. Campo quirúrgico: Preparación y desinfección	15	96. Cuidados de enfermería tras una cesárea	29
39. Cáncer de mama en mujer premenopáusica.....	15	97. Cuidados de enfermería: Una niña de 6 años afectada por mordedura de perro.....	30
38. Campo quirúrgico: Preparación y desinfección	15	99. Cuidados e intimidad en el área hospitalaria	30
40. Carcinoma lobulillar infiltrante en el contexto de mastitis no puerperal recurrente.....	15	98. Cuidados de UPP en paciente con ictus.....	30
41. Caso clínico. Absceso	16	100. Cuidados en el posoperatorio inmediato del paciente con trasplante cardíaco.....	30
43. Caso clínico. Hallux valgus	16	101. Cuidados enfermeros a pacientes postmastectomía	31
42. Caso clínico: Apendicitis aguda	16	103. Cuidados enfermeros en caso clínico de dermatitis periestomal tras colostomía	31
44. Caso clínico. Luxación de hombro.....	16	102. Cuidados enfermeros ante pacientes en decúbito prono	31
45. Caso clínico: Masa adrenal de carácter quístico.....	17	104. Cuidados enfermeros en el tratamiento de úlcera sacrocóxigea (Estadio III).31	31
47. Caso clínico: Plan de cuidados dirigido a un paciente intervenido de colectomía laparoscópica.....	17	105. Cuidados enfermeros en pacientes con fijador óseo externo.....	32
46. Caso clínico: Operación de reducción de estómago	17	Jiménez Ternero J.V.....	32
48. Caso clínico: Quiste cebaceo.....	17	107. Cuidados enfermeros en reanimación de anestesia general.....	32
49. Caso clínico: Rabdomioma cardíaco tratado quirúrgicamente.....	18	106. Cuidados enfermeros en pacientes mastectomizadas con colgajo tipo DIEP.....	32
51. Cementación quirúrgica. Importancia del papel de enfermería.....	18	108. Cuidados enfermeros tras implante de dispositivo de asistencia ventricular.....	32
50. Caso clínico: Realización de una artroscopia.....	18	109. Cuidados posoperatorios al paciente intervenido quirúrgicamente del sistema Port-a-Cath	33
52. Checklist: Seguridad del paciente quirúrgico.....	18	111. Cuidados y problemas frecuentes en el paciente portador de sonda PEG...33	33
53. Cirugía cardíaca: Consideraciones de enfermería	19	110. Cuidados posteriores a la colocación de un marcapasos.....	33
55. Cirugía colorrectal: Consideraciones de enfermería.....	19	112. Diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda izquierda.....	33
54. Cirugía cardíaca. Seguridad en el paciente.....	19	113. Diagnóstico y tratamiento de un paciente con hernia inguinoescrotal.34	34
56. Cirugía con láser en dermatología.....	19	115. Diverticulitis sigmoidea perforada.....	34
57. Cirugía de cadera y cuidados	20	114. Diagnóstico y tratamiento precoz del cáncer de ovario como factor de buen pronóstico	34
59. Cirugía de mama: Consideraciones de enfermería.....	20	116. Dolor abdominal de aparición inminente en edad pediátrica	34
58. Cirugía de hombro: Posición silla de playa. Complicaciones.....	20	117. Educación enfermera pre, intra y posquirúrgica al paciente portador de marcapasos.....	35
60. Cirugía en la escoliosis: Objetivos del tratamiento fisioterápico posquirúrgico.....	20		

119. Efectividad de la preparación psicológica prequirúrgica en cirugía pediátrica.....	35
118. Efectividad de la cirugía bariátrica en la diabetes mellitus.....	35
120. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar.....	35
121. Efectividad del tratamiento fisioterápico tras la cirugía bariátrica.....	36
123. El papel de la enfermera en los cuidados paliativos del paciente con cáncer.....	36
122. Efectos adversos de la analgesia con fármacos opioides en pacientes quirúrgicos.....	36
124. El trabajo de enfermería en quirófano: Organización y coordinación.....	36
125. El uso check-list en quirófano.....	37
127. Enfermería tras la implantación de un marcapasos.....	37
126. Enfermería en la colecistectomía por colangiografía mediante laparoscopia.....	37
128. Entrevista prequirúrgica telefónica como estrategia de seguridad.....	37
129. Errores de medicación de enfermería en ámbito hospitalario.....	38
131. ¿Es grave una diverticulitis complicada? A propósito de un caso.....	38
130. ¿Es eficaz el propofol para la inducción del sueño en adultos en la unidad de cuidados intensivos?.....	38
132. Espondilolistesis en paciente con mastectomía tratada con radioterapia y quimioterapia.....	38
133. Estados hipertensivos del embarazo. Urgencias obstetro-ginecológicas.....	39
135. Estrés en el personal eventual de quirófano en ortopedia y traumatología.....	39
134. Esterilización, control y registro en quirófano.....	39
136. Estudio de un caso de acalasia en urgencias.....	39
137. Estudio de un caso de aneurisma abdominal en urgencias.....	40
139. Estudio de un caso de bradicardia sinusal en urgencias.....	40
138. Estudio de un caso de ascitis en paciente oncológico en urgencias.....	40
140. Estudio de un caso de colecistitis en urgencias.....	40
141. Estudio de un caso de cuadro suboclusivo en urgencias.....	41
143. Estudio de un caso de neumoperitoneo en urgencias.....	41
142. Estudio de un caso de fractura de cadera en urgencias.....	41
144. Estudio de un caso de oclusión por bridas en urgencias.....	41
145. Estudio de un caso de peritonitis en urgencias.....	42
147. Etiología de la infección en heridas posquirúrgicas en adultos.....	42
146. Estudio sobre la efectividad de la pulsera neumática para control del Fuentes.....	42
148. Evaluación de la calidad en pacientes intervenidos de colecistectomía.....	42
149. Evaluación de la satisfacción en los cuidados en pacientes intervenidos de obesidad mórbida.....	43
151. Factores de riesgo de infección del sitio quirúrgico en cirugía.....	43
150. Evolución de un paciente con gangrena de Fournier: A propósito de un caso.....	43
152. Factores de riesgo de infección en quirófano.....	43
153. Factores de riesgo relacionados con la curación de la herida quirúrgica.....	44
155. Fase intraoperatoria de la reparación de una herida ocular: Un caso clínico.....	44
154. Fármacos anestésicos en el paciente anciano durante el proceso perioperatorio.....	44
156. Fase posoperatoria de la timpanoplastia: un caso clínico.....	44
157. Fase preoperatoria de la amigdalectomía: Un caso clínico.....	45
159. Fractura accidental mientras practicaba deporte.....	45
158. Fisioterapia preoperatoria de la tenosinovitis de Quervain.....	45
160. Fractura de cadera izquierda en paciente geriátrica.....	45
161. Fractura de cadera: Tratamiento quirúrgico.....	46
163. Fractura de Colles derecha tras caída accidental en vía pública.....	46
162. Fractura de codo desplazada en niño, a propósito de un caso.....	46
164. Fractura de cuerpo cavernoso: una urgencia urológica.....	46
165. Fractura de radio en paciente pediátrico por caída accidental.....	47
167. Gestante en el segundo trimestre de gestación con sangrado, a propósito de un caso.....	47
166. Fractura de sección trocantérea neom de cuello fémur-cerrada.....	47
168. ¿Granuloma umbilical o uraco? Fistulografía para diagnóstico diferencial. A propósito de un caso.....	47
169. Herida inciso-contusa con afectación tendinosa en tercer dedo de la mano izquierda.....	48
171. Histerectomía total benigna mínimamente invasiva: Una revisión de la literatura.....	48
170. Hernia umbilical con diástasis de recto.....	48
172. Humanización en la UCI.....	48
173. Impacto psicológico en paciente posoperada de mastectomía.....	49
175. Infección nosocomial: Higiene de manos como prevención.....	49
174. Implantación de bandas en la incontinencia urinaria femenina.....	49
176. Infecciones del sitio quirúrgico.....	49
177. ¿Influye la cirugía de aumento de senos en la lactancia materna?.....	50
179. Inhalación del humo quirúrgico en sala de operaciones: Riesgos.....	50
178. Ingreso programado para cirugía válvula mitral.....	50
180. Intervención de prótesis total de rodilla. A propósito de un caso.....	50
181. Intervención enfermera prequirúrgica para la disminución del dolor y la ansiedad.....	51
183. Intervenciones ante los factores psicológicos en el paciente quirúrgico.....	51
182. Intervención quirúrgica: Doble safenectomía más avulsión de varices.....	51
184. Intervenciones de enfermería en el manejo de la vía aérea en el paciente gran quemado.....	51
185. Intervenciones de enfermería en la colecistectomía laparoscópica.....	52
187. Intervenciones en el paciente quirúrgico con fístula faringocutánea.....	52
186. Intervenciones de enfermería en la mejora del dolor agudo en el paciente quirúrgico.....	52
188. Intervenciones en el posoperatorio de una artroplastia total de rodilla.....	52
189. Intervenciones enfermeras en rehabilitación multimodal de cirugía de colon.....	53
191. Isquemia en cirugía ortopédica: Técnica con manguito y venda de smarch.....	53
190. Intubación bronquial selectiva con tubo de doble luz en pacientes con traqueostomía.....	53
192. La ansiedad prequirúrgica en el paciente. Revisión bibliográfica.....	53
193. La cirugía bariátrica, solución a la obesidad.....	54
195. La importancia de la Enfermería en el proceso preoperatorio.....	54
194. La hipotermia inadvertida durante la cirugía.....	54
196. La importancia de la normotermia en el circuito quirúrgico del paciente pediátrico.....	54
197. La infección de la herida quirúrgica. Prevención.....	55
199. La seguridad del paciente en cirugía menor en atención primaria.....	55
198. La mortalidad de adultos mayores en quirófano, un tema controvertido.....	55
200. La traqueostomía percutánea como alternativa a la quirúrgica.....	55
201. Lavado de manos prequirúrgico con solución hidroalcohólica.....	56
203. Lavado quirúrgico de manos: Guía para personal de nueva incorporación.....	56
202. Lavado de manos quirúrgico.....	56
204. Los bloqueos periféricos frente a la epidural en el posoperatorio de una artroplastia total de rodilla.....	56
205. Manejo de la hipotermia intraoperatoria.....	57
207. Manejo del dolor posoperatorio.....	57
206. Manejo de la piel en neonatos portadores de DVP.....	57
208. Manejo del dolor posoperatorio de cesárea.....	57
209. Manejo enfermero de la terapia de presión negativa.....	58
211. Mastectomía: Plan de cuidados de enfermería.....	58
210. Manejo preoperatorio de medicamentos en pacientes hipertensos.....	58
212. Medidas generales de prevención de infecciones de la herida quirúrgica.....	58
213. Mejora en el área quirúrgica: Listado de verificación quirúrgica.....	59
215. Mortalidad temprana tras fractura de cadera en el anciano.....	59
214. Métodos para reducir la pérdida sanguínea durante la resección hepática.....	59
216. Obstrucción intestinal.....	59
217. Obstrucción intestinal por cuerpo extraño.....	60
219. Organización del trabajo de enfermería en el área de quirófano.....	60
218. Operación de carcinoma.....	60
220. Oxigenación con membrana extracorpórea en el neonato, cuidados de enfermería.....	60
221. Paciente intervenido de craneotomía: Consideraciones de enfermería.....	61
223. Pancreatitis aguda.....	61
222. Paciente traqueostomizado. Cuidados de enfermería.....	61
224. Papel de enfermería ante el alta a pacientes sometidos a CMA.....	61
225. Papel de enfermería en la ansiedad preoperatoria.....	62
227. Perforación uterina como urgencia ginecológica.....	62
226. Papel de enfermería en la realización de una toracocentesis.....	62
228. Plan de cuidados de enfermería en el preoperatorio.....	62
229. Plan de cuidados en fractura de húmero. A propósito de un caso.....	63
231. Plan de cuidados enfermeros en la apendicitis laparoscópica.....	63
230. Plan de cuidados en intervención de prótesis de rodilla.....	63
232. Plan de cuidados por ansiedad secundaria a mastectomía total.....	63
233. Plan de cuidados prequirúrgico en hernia umbilical. Un caso clínico.....	64
235. Posición de esfinge. Cuidados quirúrgicos.....	64
234. Por una posición quirúrgica segura.....	64
236. Preparación del quirófano en el trasplante hepático con bypass.....	64
237. Prevención de la enfermedad tromboembólica venosa en la artroplastia de cadera.....	65
239. Prevención de lesiones quirúrgicas secundarias a la posición.....	65
238. Prevención de las lesiones de la piel causadas por el manguito de isquemia quirúrgico.....	65

240. Problemas asociados a la anestesia general en pacientes con obesidad mórbida. Revisión bibliográfica.....65	263. Seroma posterior a intervención de hernia umbilical: Cuidados de enfermería.....71
241. Proceso de atención de enfermería en el posoperatorio inmediato.....66	262. Seguridad en el manejo del bisturí eléctrico.....71
243. Quemaduras a causa del bisturí eléctrico.....66	264. Traqueotomía en el paciente pediátrico: Técnica y complicaciones.....71
242. Prótesis de rodilla en pacientes geriátricos.....66	265. Trastornos musculoesqueléticos comunes en la enfermera de quirófano...72
244. Quiero ver dibujos en la tele cuando esté en quirófano.....66	267. Tratamiento fisioterápico tras artroplastia total de hombro.....72
245. Quirófanos híbridos: Una forma inteligente de operar.....67	266. Tratamiento de los queloides en heridas quirúrgicas.....72
247. Recién nacidos gemelares: Coagulación láser por fetoscopia en STFF.....67	268. Tratamiento fisioterápico tras cirugía correctora de hallux valgus.....72
246. Recambio de catéter doble J en cirugía menos ambulatoria.....67	269. Tratamiento quirúrgico de estenosis severa de canal lumbar.....73
248. Recomendaciones al paciente sometido a una intervención de vasectomía.....67	271. Tratamiento quirúrgico pecutáneo del hallux valgus mediante osteotomías.....73
249. Recomendaciones y abordaje de enfermería a pacientes mastectomizadas.....68	270. Tratamiento quirúrgico para la incontinencia urinaria.....73
251. Reducción quirúrgica de una luxación de hombro: Plan de cuidados.....68	272. Úlceras por presión en pie diabético.....73
250. Recuperador de sangre en la artroplastia de rodilla.....68	273. Un caso de diverticulitis aguda recurrente.....74
252. Relación entre la cirugía de reducción de mamas y la lactancia materna.....68	275. Un caso de invaginación intestinal en lactante de 5 meses.....74
253. Resección de recto en varón sin antecedentes familiares.....69	274. Un caso de hemorragia subaracnoidea tras un golpe de tos.....74
255. Riesgo de lesiones perioperatorias: Actuación de enfermería.....69	276. Un nuevo caso de metástasis hepática.....74
254. Resección transuretral de un tumor de vejiga. A propósito de un caso. 69	277. Uso correcto de los guantes no estériles.....75
256. Riesgos potenciales del paciente en el área quirúrgica.....69	279. Uso de lidocaína para evitar el dolor de garganta posoperatorio.....75
257. Rol de la enfermería quirúrgica en la cirugía robótica.....70	278. Uso correcto del bisturí eléctrico y colocación adecuada de la placa.....75
259. Roles de enfermería en el área quirúrgica.....70	280. Uso de terapia de cierre asistido por vacío en las heridas.....75
258. Rol enfermero ante un paciente intervenido quirúrgicamente: Abordaje de los drenajes.....70	281. Uso del checklist en el área quirúrgica.....76
260. ¿Se siguen correctamente los pasos del lavado de manos quirúrgico en seco?.....70	283. Valoración y manejo del dolor posoperatorio.....76
261. Seguridad del paciente en el área quirúrgica.....71	282. Utilización del introductor FROVA en la intubación difícil en quirófano.76
	284. Ventajas del catéter epidural como analgesia posoperatoria.....76
	285. Visita prequirúrgica y listados de verificación como medidas de seguridad en el paciente quirúrgico.....77

Índice de Autores

Abad Cárdenas, María Del Mar - 234, 262
 Abad Ortega, Dulcenombre - 155, 156, 157
 Agredano Domínguez, Inmaculada - 209
 Algarra Guerrero, Margarita - 51, 127
 Alonso Prados, José Manuel - 265
 Álvarez Rico, Rocío - 215
 Álvarez Torres, Eva M^a - 249
 Arjona Fuentes, Ana Belén - 182, 251
 Arredondo García, Raquel - 117
 Baca Bocanegra, María - 52, 152, 207
 Barrios Martínez, José Manuel - 22, 111
 Bayo Cano, Tomás - 181, 194
 Benítez Sánchez, Eva - 177, 252
 Berná Guisado, María de la Concepción - 26
 Berni Ruiz, Cristina - 3, 17, 103, 104
 Berni Ruiz, Rocío - 5
 Bohórquez Ocete, María Jesús - 108
 Bonilla García, María Julia - 205
 Boyer Posadas, Rocío - 71, 81, 82, 150
 Briviesca Gomez, Margarita - 175, 257
 Cantón Rico, Vanesa - 222
 Cabrera Gómez, María Belén - 219
 Cabrera Molinero, María Araceli - 85
 Carabajo Chávez, Alex Darío - 245
 Castillo Jiménez, Manuel - 64, 86, 184
 Cervilla Suárez, María Teresa - 9
 Chávez Barroso, Cristian - 88, 89, 90, 91, 92, 94
 Chinchilla Gutiérrez, Beatriz - 195
 Córdoba Alarcón, María Teresa - 160, 163, 169, 274, 275
 Delgado Delgado, Esther - 45, 50
 Del Pino Berengueras, Esther - 57
 Díaz Veronese, Jéssica - 176, 210, 246, 271
 Domínguez Soto, Ingrid - 260
 Durán Fernández, Estefanía - 75
 Expósito Pérez, Matilde - 191
 Fernández Fernández, Sheila María - 36, 65
 Fernández González, Carmen - 281
 Fernández Mingorance, Beatriz - 12, 14
 Fernández Rodríguez, Alfonso - 109, 248
 Fernández Torralbo, Carmen María - 107
 Fuentes Fuentes, Rocío - 20, 77, 146
 Fuentes García, Almudena - 269
 Galera Guzmán, María del Carmen - 256
 Gambero Sánchez, Juana - 97, 220
 Galiana Baca, Aroa Natalia - 25, 33, 40, 66, 114, 131, 168
 Galván Jurado, Francisco Javier - 41, 178

Gámez Campos, Ana María - 46, 218
 García Bautista, Carmen María - 23
 García Cuesta, Miguel Ángel - 118
 García Lobato, María - 125
 García Roldán, Sonia - 213
 Giraldo Valls, Laura - 247
 Gómez Barrio, Jacinto - 151
 Gómez Tortosa, Juan Manuel - 21, 80
 González Galián, Rosa María - 16
 González Martín, Encarnación - 11
 Granados Navas, Ascensión - 53, 68, 221
 Guerrero Cárdenas, Ana Isabel - 43, 44, 166
 Herrera Olivares, Alba María - 19, 171
 Hidalgo Pichardo, Luz María - 208
 Hiraldo Aguilar, Marina - 180
 Huerga García, María Concepción - 228
 Illana Álvarez, Alba - 238
 Jerez Berenguel, Sara - 119, 123
 Jiménez Hernández, Laura - 224, 227
 Jiménez Ternero, José Vicente - 96, 105, 126
 Jurado Alcaide, Francisca María - 130, 214
 Lancho Medina, Anabel - 18, 201
 Linares Castro, Ana Belén - 2
 López Doña, Francisco Rodrigo - 95
 López Esteve, Elena - 76, 147
 López Furión, Gema - 69, 122, 192, 240, 282
 López Guerrero, Rubén - 259
 López Guisado, María Inmaculada - 49, 204
 López Morales, Consolación - 35, 170, 216, 217, 223, 253, 272
 López Rodríguez, Ana Isabel - 30, 280
 López Rivas, Leticia - 6, 101, 102, 258
 López Segura, Pedro Javier - 242
 Lozano Sánchez, Sara - 189
 Martínez Ripoll, Virginia - 225, 237
 Martínez Gómez, Josefa - 266
 Mata Moreno, Laura - 61, 67, 99, 200, 206
 Matador Santos, Irene - 264
 Medina Sobrino, Alejandra - 254
 Menéndez García, Rocío - 231
 Mérida Imberlón, María Elena - 60, 121, 158
 Millán García, Gracia María - 74, 211
 Minaya Farro, María Consuelo - 13
 Montero Gálvez, Laura - 250
 Montesinos Olaya, Cristina Beatriz - 93
 Moral Colomo, Almudena - 233
 Morales Gómez, Andrea del Mar - 72, 283

Moreno García, Tamara - 58, 63, 161, 179
 Morilla García, María de los Ángeles - 56
 Mota Fernández, Juan - 135, 193, 196, 203, 284
 Moya Granados, Rubén - 8, 59
 Moya Luque, Inmaculada - 164
 Muñoz Rodríguez, Luis - 10
 Naranjo González, María Victoria - 98, 132
 Navarro García, Cristina - 24, 31, 100, 106, 124, 183, 185, 186, 187, 188
 Olaya Garrido, Juana - 261
 Ortiz Poyato, María José - 197
 Pérez Aguilera, María José - 47
 Pérez Padilla, Cristina - 153
 Puche Vázquez, María - 198
 Puerta Rica, Ana - 7, 112, 113
 Rebollo Barragán, Esther - 62
 Rodríguez Arjona, Rafael - 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144
 Rodríguez Domínguez, Ángel Ramón - 173
 Rodríguez Garvín, Juana - 279
 Rodríguez López, Cristina - 199
 Rodríguez Martín, Cristina - 1, 4, 42, 48
 Rodríguez Morales, María Luisa - 244
 Rodríguez Roela, Cinta del Rocío - 133
 Roldán Martín, Paula - 84
 Román Alvarado, Estefanía - 34, 129, 172
 Román Espinosa, Daniel - 79
 Romero Esteve, Macarena - 270
 Reyes Jiménez, Sara - 15
 Rubiales Hernández, Cristóbal - 134, 202
 Rubio Beltrán, Julia María - 32, 212, 226, 241
 Ruiz Camacho, María Dolores - 267, 268
 Ruiz Yébenes, María del Pilar - 54, 174, 236, 277
 Samaniego Martínez, María José - 28, 29, 87, 229
 Sánchez Bustos, Leonor - 255
 Sánchez Fernández, Sindia María - 70
 Sánchez Hernández, Francisco - 285
 Sánchez Quiros, Noelia - 39
 Segura Molina, Ana Belén - 78
 Serrano Blanco, María Dolores - 27, 55
 Sillero Sillero, Bernarda - 37, 190, 278
 Solís García, Aitor Manuel - 38, 110, 120, 128, 148, 149, 235, 243
 Talero Gutiérrez, Elisa María - 230, 232, 239
 Torrebejano Anguita, Juana - 263
 Urbano Domínguez, Elsa Rocío - 145, 162, 167
 Vaca Villar, Alicia - 116, 159, 165, 273, 276
 Vázquez Pérez, Adrián - 83
 Viudez Palenciano, Raquel - 115

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



2.395 €
ON-LINE

1500
HORAS

60
ECTS

Máster en Anestesia, Sedación, Quirófano, Reanimación y Terapia del Dolor

Edición: 44ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 906 Preguntas tipo test, 70 Supuestos y Tesina de investigación



+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



2.395 €
PDF

1500
HORAS

60
ECTS

Master en Suturas y Cirugía Menor para Enfermería

Edición: 4ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 500 Preguntas tipo test, 26 Supuestos y Tesina de investigación



Universidad Europea
Miguel de Cervantes

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



1.850 €
ON-LINE

1000
HORAS

40
ECTS

Máster en Especialización en Quirófano y Reanimación

Edición: 62ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 618 Preguntas tipo test, 36 Supuestos y Tesina de investigación



Solicita información y consulta todas nuestras categorías profesionales

formacionalcala.es

