

# SEECir Digital

Volumen 7 - Junio 2017



Revista de Enfermería en Cirugía

ISSN: 2341-0957

## EQUIPO EDITORIAL

**Director: Núñez Crespo, Fernando**

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Profesor Universidad San Rafael Nebrija. Madrid. Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos.

**Subdirección: Tarín Pereira, Virginia**

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Diplomada en Puericultura.

## COMITÉ EDITORIAL:

**Espín Faba, José Antonio**

Diplomado en Enfermería. Supervisor Unidad de Críticos. Hospital Clínico San Carlos.

Profesor Universidad Alfonso X el Sabio. Doctorando Universidad Alfonso X el Sabio.

**Granados Martín, Mónica**

Grado en Enfermería. Máster en ciencias de la Salud. Doctorando en Enfermería.

Universidad Alicante. Enfermera de consultas externas. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Jardón Huete, Clara**

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

**Martín Rodríguez, Francisco**

Enfermero, especialista en Emergencias. Gerencia de Emergencias sanitarias de Castilla y León. Ume Valladolid. Instructor internacional de gestión de desastres. Doctorando Universidad de Valladolid.

**Moldes Moro, Regina**

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesor Universidad Alfonso X el Sabio. Doctora por la Universidad Alfonso X el Sabio.

**Palacios Ceña, Domingo**

Diplomado en Enfermería. Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos. Profesor del departamento de Enfermería, Universidad Rey Juan Carlos.

**Soto Arnáez, Francisco**

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

**Torres González, Juan Ignacio**

Diplomado en Enfermería. Unidad críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Profesor Asociado Clínico de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Doctor Universidad Complutense de Madrid.

<b>Equipo Editorial</b>	<b>Pág. 02</b>
<b>Artículo 1: “Amigdalectomía Pediátrica. Instrumentación y Cuidados. Revisión Sistemática”</b>	<b>Pág. 05-10</b>
<b>Artículo 2: “Grupo Focal de la Vivencia Quirúrgica de Nuestros Pacientes y Familiares”</b>	<b>Pág. 12-15</b>
<b>Artículo 3: “Caso Clínico. Proceso Enfermero en Reparación de Hernia Incisional Gigante con Técnica Combinada de Aplicación de Toxina Botulínica y Neumoperitoneo Preoperatorio Progresivo”</b>	<b>Pág. 17-23</b>
<b>Artículo 4: “Cirugía Endoscópica Nasosinusal. Seguridad del Paciente. Revisión Sistemática”</b>	<b>Pág. 24-27</b>
<b>Resumen 6º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía</b>	<b>Pág. 28-31</b>
<b>Normas de Presentación</b>	<b>Pág. 32-33</b>
<b>Hazte Socio de SEECir</b>	<b>Pág. 34</b>



## NOTA EDITORIAL

Desde SEECir Digital queremos dar las gracias a nuestros lectores y a los autores. Este es el nuevo número, el séptimo, y sale con mucha ilusión. Cada vez son más las publicaciones que recibimos y os animamos a compartir vuestras experiencias científicas con el resto de la comunidad.

Además este número cuenta con un resumen del VI Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía, que SEECir ha celebrado en Málaga y que ha sido un éxito tanto por los ponentes que ha contado, como por el número de asistentes al evento.

Desde el comité editorial os deseamos que tengáis un buen periodo estival, desde aquí ya se está trabajando en el número de diciembre de SEECir Digital y en los eventos previstos para el 2018.

El equipo editorial.



## “AMIGDALECTOMÍA PEDIÁTRICA. INSTRUMENTACIÓN Y CUIDADOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA”

Martín González, María Jesús\*; Díaz Jiménez, Alicia\*; Pendón Nieto, Elena\*\*; Alonso Gutiérrez, Inmaculada\*; Domínguez Rodríguez, Ana María\*; Jiménez Quero, Ana María\*; Martín Herrera, Beatriz\*; Ruiz Manso; Dolores\*. \*Enfermeras de Bloque Quirúrgico Hospital Axarquía. \*\*Supervisora de Bloque Quirúrgico Hospital Axarquía.

[torredelmar2@hotmail.com](mailto:torredelmar2@hotmail.com)

### RESUMEN:

La hipertrofia amigdalina como entidad propia, así como los síntomas que provocan son motivos de consulta frecuentes, especialmente en niños. Actualmente las indicaciones quirúrgicas son muy restrictivas. La obstrucción importante de la vía aerodigestiva es la principal indicación absoluta de amigdalectomía. Hay muchas variantes de la técnica quirúrgica, en las que cambian, entre otros aspectos, los instrumentos que se utilizan para la extirpación. El objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática en PubMed de estudios sobre amigdalectomía pediátrica en base a criterios sobre el instrumental utilizado para la extirpación. Realizar un protocolo de instrumentación actualizado. Se ha empleado la metodología propia de las revisiones sistemáticas, localizando y seleccionando estudios relevantes. Como resultado, 54 estudios son los encontrados en PubMed sin restricción idiomática y con las palabras clave amigdalectomía y ultrasónico, en inglés. De ellos, solo una parte cumplieron los criterios de inclusión. Se ha comprobado que con la técnica del bisturí armónico los beneficios son mayores. La conclusión es que la aplicación del bisturí armónico ultrasónico en amigdalectomía pediátrica, es seguro, eficiente y fiable. Comparado con la amigdalectomía tradicional (diseción fría), tiene un menor tiempo operatorio y menor pérdida de sangre, aunque, por otro lado, varía la sintomatología postoperatoria, que debe ser vigilada y tratada analgésicamente de forma minuciosa.

### PALABRAS CLAVE:

Amigdalectomía, Instrumentación, Quirófano, Otorrinolaringología, Pediatría.

### INTRODUCCIÓN:

La hipertrofia amigdalina como entidad propia, así como los síntomas que provocan son motivos de consulta frecuentes, especialmente en niños. Actualmente las indicaciones quirúrgicas son muy restrictivas. La obstrucción importante de la vía

aerodigestiva es la principal indicación absoluta de amigdalectomía<sup>1</sup>. La amigdalectomía se suele realizar en muchas ocasiones como procedimiento combinado con la adenoidectomía, especialmente en niños, ya que, en los adultos, en su mayoría, las vegetaciones se han atrofiado. Hay muchas variantes de la técnica quirúrgica, en las que cambian, entre otros aspectos, los instrumentos que se utilizan para la extirpación: coablación por radiofrecuencia, ultrasonidos, bisturí eléctrico monopolar, diseción fría más coagulación con bisturí eléctrico bipolar, entre otras<sup>2</sup>.

### OBJETIVOS:

Realizar una revisión sistemática en PubMed de estudios sobre amigdalectomía pediátrica en base a criterios sobre el instrumental utilizado para la extirpación, concretamente el ultrasonido. Realizar un protocolo de instrumentación actualizado con respecto al instrumento que demuestre mayores ventajas.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Se aplica la metodología propia de las revisiones sistemáticas. Se localizan y seleccionan estudios relevantes, identificando y seleccionando artículos potenciales de la base de datos PubMed, sin restricción idiomática. Posteriormente se realiza una extracción de datos de los estudios primarios, sobre la intervención de interés. Finalmente se analizan e interpretan los resultados y se plantea la aplicabilidad de los mismos a nuestro ámbito, elaborando un protocolo de preparación de material quirúrgico para amigdalectomía pediátrica.

### Resultados:

54 estudios son los encontrados en PubMed sin restricción idiomática y con las palabras clave amigdalectomía y ultrasónico, en inglés. De ellos, 25 cumplieron los criterios de inclusión, tras la revisión por filtro, por título, por resumen y por lectura del texto completo (Fig. 1).

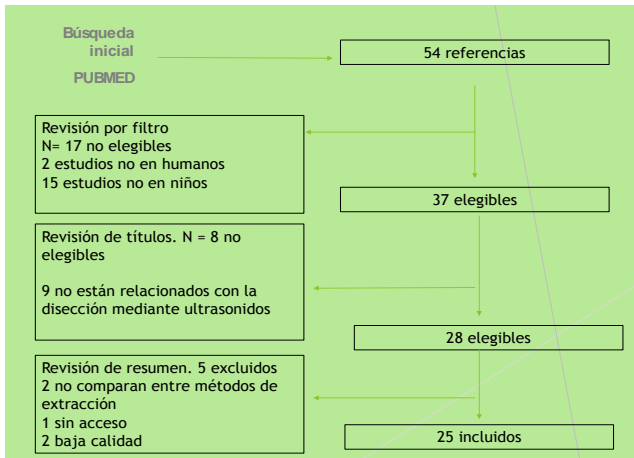


Figura 1: Esquema de búsqueda

Se extraen los porcentajes del tipo de estudio encontrado según el tipo de comparaciones (Ultrasonidos vs Coagulación eléctrica, Ultrasonidos vs Radiofrecuencia y Ultrasonidos vs Micromotor), así como los porcentajes de los indicadores contemplados en dichos estudios (Hemorragia Intraoperatoria/Postoperatoria, Tiempo operatorio, Dolor postoperatorio, Curación de la fosa amigdalare y Retorno a la dieta completa) (Fig. 2 y 3).

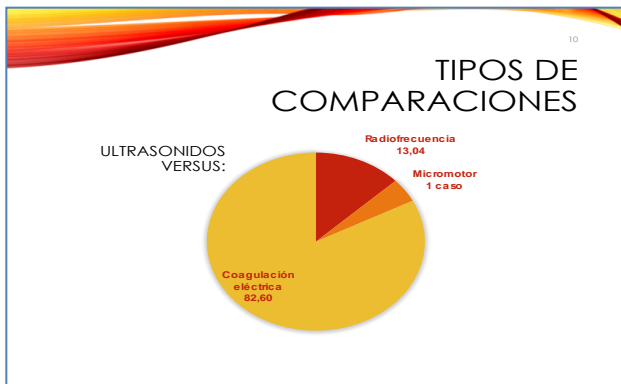


Figura 2: Tipos de comparaciones

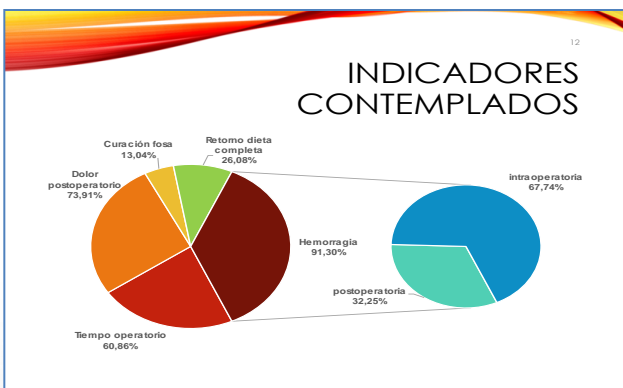


Figura 3: Indicadores Contemplados

Según el tipo de comparaciones, nos encontramos con que el 13,04% son del tipo Ultrasonidos vs Radiofrecuencia<sup>3, 7</sup>. Estos se analizan aparte, en referencia a los indicadores hemorragia, dolor postoperatorio, curación de fosa y retorno a la dieta, encontrando que con el método de radiofrecuencia hay una menor hemorragia, menor dolor, más rápida curación de la fosa y más rápido retorno a la dieta. Centrándonos en los estudios que contemplan la comparación entre la técnica de ultrasonidos con la de electrocoagulación<sup>4, 5, 6, 8-30</sup> (la mayoría, con un porcentaje del 82,40%), extraemos los porcentajes según los indicadores anteriormente mencionados, comprobando que de dichos estudios más de un 80% no contemplan el indicador de curación de la fosa ni de retorno a la dieta completa<sup>4, 6-9, 13-22, 24,25</sup> (Fig. 4 y 5).

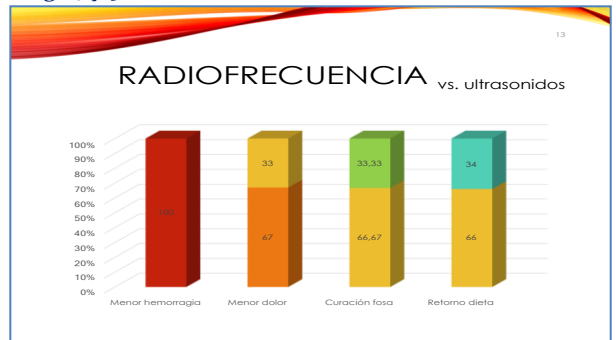


Figura 4: Radiofrecuencia vs ultrasonidos

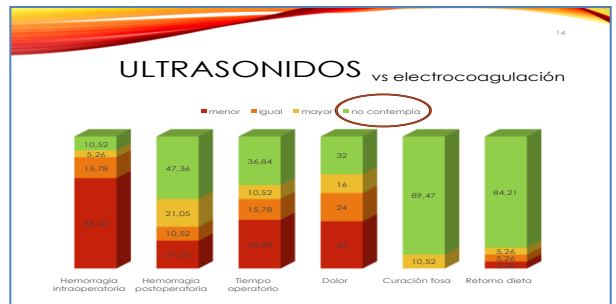


Figura 5: Ultrasonidos vs coagulación

Por ello se reajusta el análisis, centrándonos únicamente en aquellos estudios en los que sus indicadores se contemplan en más del 50%. De este reajuste se extrae, que en la técnica de ultrasonidos hay una menor hemorragia intraoperatoria, igual o menor hemorragia postoperatoria, menor tiempo postoperatorio y menor dolor postoperatorio, y que, en el 23,52% que presentan mayor dolor postoperatorio, hacen referencia a un mayor dolor en el postoperatorio tardío pero con un menor dolor en el postoperatorio temprano (Fig. 6 y 7).

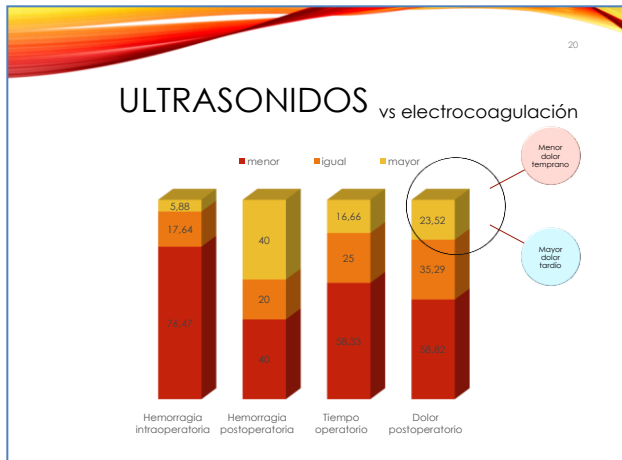


Figura 6: Reajuste Ultrasonidos vs coagulación

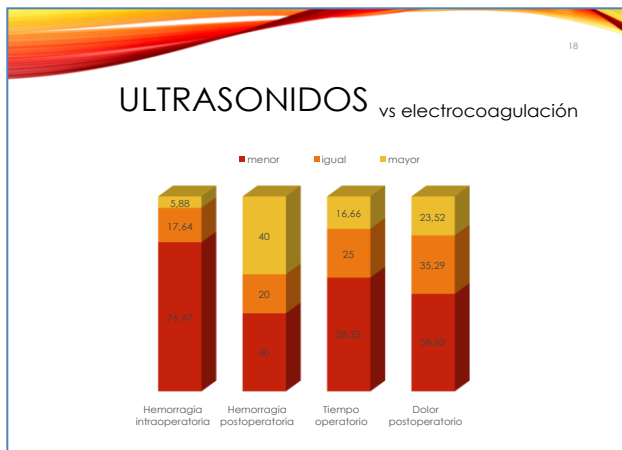


Figura 7: Tipos de dolor (temprano/tardío)

**CONCLUSIONES:**

La aplicación del bisturí ultrasónico en amigdalectomía pediátrica, es seguro, eficiente y fiable. Comparado con la amigdalectomía tradicional (diseción fría/eléctrica), tiene un menor tiempo operatorio, menor pérdida de sangre intraoperatoria y menor dolor en el postoperatorio temprano.

**Composición y Procedimiento en la técnica con Bisturí Ultrasónico:**

Consta de:

1. Generador de energía ultrasónica (Fig. 8 y 9).
2. Cable transductor.
3. Terminal.
4. Acción manual o por pedal.

No precisa placa neutra puesto que la fuente de energía es por ultrasonidos con una Frecuencia de onda de 55.500 Hz. El bisturí ultrasónico realiza la hemostasia a través de la vibración de un cristal piezoeléctrico que crea una energía, la cual es transmitida a los tejidos y rompe los puentes de hidrógeno que unen las proteínas tisulares, y forma un coágulo que ocluye los vasos. Tiene dos niveles de potencia, mínimo, que puede configurarse de 1 a 5 y máximo, que está fijo en 5. No llega a sobrepasar los 80º de temperatura:

1. Mínimo daño tisular adyacente.
2. No hay carbonización de tejidos.



Figura 8: Ejemplo de generador



Figura 9: Ejemplo de generador 2

El terminal del ultrasónico suele permitir girar el extremo de las tijeras así como configurar manualmente el máximo y el mínimo de potencia (Fig. 10 y 11).





Figura 10: Tijeras ultrasónico. Giro



Figura 11: Tijeras ultrasónico. Máximo y mínimo

### Instrumental común en Amigdalectomía

(Fig. 12):

Independientemente de la técnica utilizada el instrumental suele ser:

- Gasas.
- Pinzas *colver* amígdalas, Pinzas disección.
- Tijeras mayo.
- Cazoleta pequeña agua oxigenada, Cazoleta pequeña suero helado.



Figura 12: Instrumental sobre la mesa

### Amigdalectomía con electrocoagulación:

En el caso de amigdalectomía con electrocoagulación hay que utilizar el bisturí eléctrico monopolar (Fig. 13), con la coagulación a 22, colocando la placa neutra adhesiva al paciente, y dejando al descubierto solo unos 3 mm del extremo del bisturí, o bien el bisturí eléctrico bipolar (Fig. 14), como apoyo a otra técnica: ultrasonidos o disección fría, que no precisa placa neutra y también se configuraría a una potencia de coagulación de 22.



Figura 13: Bisturí monopolar



Figura 14: Bisturí bipolar

### Hemostasia común en Amigdalectomía:

En cualquier técnica en amigdalectomía, se utilizará como apoyo a la hemostasia (Fig. 15), agua helada, agua oxigenada diluida al 3% y ácido tranexámico, aplicados mediante gasas empapadas o bien mediante irrigación con jeringas.





Figura 15: Hemostasia

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Fernández-Cuesta Valcarce, MA; El-Asmar El-Osman, Ahmad; Gómez Ocaña, José María; Revilla Pascual, Enrique. Las 50 principales consultas en Pediatría de Atención Primaria. Ed. Trigrahis SL. Madrid. 2008. Pág: 271. Disponible en: [https://books.google.es/books?id=Y5qm\\_fovnVAC&pg=PA274&dq=amigdalectom%C3%ADa&hl=es&sa=X&ved=0oahUKEWj-KqUlLSAhXJBsAKHXaECto4ChDrAQgfMAE#v=onepage&q=amigdalectom%C3%ADa&f=false](https://books.google.es/books?id=Y5qm_fovnVAC&pg=PA274&dq=amigdalectom%C3%ADa&hl=es&sa=X&ved=0oahUKEWj-KqUlLSAhXJBsAKHXaECto4ChDrAQgfMAE#v=onepage&q=amigdalectom%C3%ADa&f=false)
2. Suárez Nieto, Carlos y col. Tratado de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2ª Ed. Tomo III. Ed. Panamericana. Madrid. 2008. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=RJHQugtkLsC&pg=PA2408&dq=amigdalectom%C3%ADa&hl=es&sa=X&ved=0oahUKEwieiMSOifLSAhWqA8AKHanXCS8Q6AEIHjAB#v=onepage&q=amigdalectom%C3%ADa&f=false>
3. Ragab SM. Six years of evidence-based adult dissection tonsillectomy with ultrasonic scalpel, bipolar electrocautery, bipolar radiofrequency or 'cold steel' dissection. J Laryngol Otol. 2012 Oct;126(10):1056-62
4. Ji H, Huang ZC, Feng X, Tao F, Zhu X. Comparison between harmonic scalpel as major instrument and conventional operation for tonsillectomy. 2012 May;47(5):414-6. Chinese.
5. Coromina Isern J, Esteller Moré E. Current techniques in tonsil surgery. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010 Dec;61 Suppl 1:60-8. doi: 10.1016/S0001-6519(10)71248-6. Spanish.
6. Prgomet D, Janjanin S, Bilić M, Prstacić R, Kovac L, Rudes M, Katić V. A prospective observational study of 363 cases operated with three different harmonic scalpels. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009 Dec;266(12):1965-70.
7. Adnan MT, Abdel-Fattah MM, Makhdoom NK, El-Khouly AA- Does the use of radiofrequency ultrasonic dissector in tonsillectomy have a beneficial effect over the use of laser? Saudi Med J. 2008 Dec;29(12):1775-8
8. Prgomet D, Janjanin S, Bura M, Bilić M, Prstacić R, Katić V. The use of harmonic scalpel in head and neck surgery: a report on 161 patients]. Lijec Vjesn. 2008 Jul-Aug;130(7-8):178-82. Croatian.
9. Li C, Jiang L, Wu L, Yuan X. Using ultracision-harmonic scalpel as major instrument for tonsillectomy via nasal endoscope (a report of 31 cases). Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. 2008 Aug;22(15):695-7.
10. Roth JA, Pincock T, Sacks R, Forer M, Boustred N, Johnston W, Bailey M. Harmonic scalpel tonsillectomy versus monopolar diathermy tonsillectomy: a prospective study. Ear Nose Throat J. 2008 Jun;87(6):346-9. -8
11. Walner DL, Parker NP, Miller RP. Past and present instrument use in pediatric adenotonsillectomy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Jul;137(1):49-53.
12. Mixson CM, Weinberger PM, Austin MB. Comparison of microdebrider subcapsular tonsillectomy to harmonic scalpel and electrocautery total tonsillectomy. Am J Otolaryngol. 2007 Jan-Feb;28(1):13-7.
13. Scott A. Hot techniques for tonsillectomy. Issues Emerg Health Technol. 2006 Nov;(93):1-6.
14. Hamada M, Iida M, Nota J, Matsumoto N, Sawada S, Mukushita N, Washizu Y, Shimasaki M, Doi T. Safety and efficacy of adenotonsillectomy for obstructive sleep apnea in infants, toddlers and preschool children. Auris Nasus Larynx. 2015 Jun;42(3):208-12.
15. Parsons SP, Cordes SR, Comer B. Comparison of posttonsillectomy pain using the ultrasonic scalpel, coblator, and electrocautery. Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 Jan;134(1):106-13.
16. Kamal SA, Basu S, Kapoor L, Kulandaivelu G, Talpalikar S, Papasthatis D. Harmonic scalpel tonsillectomy: a prospective study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2006 May;263(5):449-54.
17. Oko MO, Ganly I, Loughran S, Clement WA, Young D, Geddes NK. A prospective randomized single-blind trial comparing ultrasonic scalpel tonsillectomy with tonsillectomy by blunt dissection in a pediatric age group. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Oct;133(4):579-84.

18. Potts KL, Augenstein A, Goldman JL. A parallel group analysis of tonsillectomy using the harmonic scalpel vs electrocautery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005 Jan;131(1):49-51.
19. Shinhar S, Scotch BM, Belenky W, Madgy D, Hauptert M. Harmonic scalpel tonsillectomy versus hot electrocautery and cold dissection: an objective comparison. *Ear Nose Throat J.* 2004 Oct;83(10):712-5.
20. Collison PJ, Weiner R. Harmonic scalpel versus conventional tonsillectomy: a double-blind clinical trial. *Ear Nose Throat J.* 2004 Oct;83(10):707-10.
21. Sheahan P, Miller I, Colreavy M, Sheahan JN, McShane D, Curran A. The ultrasonically activated scalpel versus bipolar diathermy for tonsillectomy: a prospective, randomized trial. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 2004 Oct;29(5):530-4.
22. Schrey A, Pulkkinen J, Fremling C, Kinnunen I. Ultrasonically activated scalpel compared with electrocautery in tonsillectomy. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2004;66(3):136-40.
23. Willging JP, Wiatrak BJ. Harmonic scalpel tonsillectomy in children: a randomized prospective study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003 Mar;128(3):318-25.
24. Haegner U, Handrock M, Schade H. "Ultrasound tonsillectomy" in comparison with conventional tonsillectomy]. *HNO.* 2002 Sep;50(9):836-43. German.
25. Wiatrak BJ, Willging JP. Harmonic scalpel for tonsillectomy. *Laryngoscope.* 2002 Aug;112(8 Pt 2 Suppl 100):14-6. Review.
26. Akural EI, Koivunen PT, Teppo H, Alahuhta SM, Löppönen HJ. Post-tonsillectomy pain: a prospective, randomised and double-blinded study to compare an ultrasonically activated scalpel technique with the blunt dissection technique. *Anaesthesia.* 2001 Nov; 56(11):1045-50.
27. Walker RA, Syed ZA. Harmonic scalpel tonsillectomy versus electrocautery tonsillectomy: a comparative pilot study. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001 Nov; 125(5):449-55.
28. Sood S, Corbridge R, Powles J, Bates G, Newbegin CJ. Effectiveness of the ultrasonic harmonic scalpel for tonsillectomy. *Ear Nose Throat J.* 2001 Aug;80(8):514-6, 518.
29. Metternich FU, Sagowski C, Wenzel S, Jäkel K. Tonsillectomy with the ultrasound activated scalpel. Initial results of technique with Ultracision Harmonic Scalpel]. *HNO.* 2001 Jun;49(6):465-70. German.
30. Weingarten C. Ultrasonic tonsillectomy: rationale and technique. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Feb;116(2):193-6.

# 95 años

Marcando  
la Diferencia  
en el Viaje  
de la Vida



Hollister lleva 95 años comprometido con la máxima calidad, en su misión por **ayudar a los profesionales sanitarios a ofrecer mejores productos y servicios y a hacer la vida de nuestros usuarios más digna y gratificante.**



Celebra con nosotros el 95 Aniversario contándonos cómo Hollister ha **marcado una diferencia en tu vida.**

Puedes enviarlo a: [campus@hollister.com](mailto:campus@hollister.com)



## “GRUPO FOCAL DE LA VIVENCIA QUIRÚRGICA DE NUESTROS PACIENTES Y FAMILIARES”

Ubago Palma ,E.\*; Romero Ruíz, M.\*; González Rubio, M.J.\*\*; Vega Villa, M.J.\*; Estrade Badillo, M.C.\*; Postigo Alcoba, A\*\*\*. \*Diplomadas en Enfermería. Área Quirúrgica Hospital De Antequera, Málaga. \*\*Grado en Enfermería. Área Quirúrgica Hospital De Antequera, Málaga. Profesora Asociada Universidad Málaga.\*\*\*Auxiliar Enf. Área Quirúrgica Hospital De Antequera, Málaga.

[encarniubago@hotmail.com](mailto:encarniubago@hotmail.com); [mjgonzalezr@hotmail.com](mailto:mjgonzalezr@hotmail.com)

### RESUMEN:

Con el fin de conocer la vivencia quirúrgica de nuestros pacientes y familiares, hemos buscado respuestas mediante una vía de investigación cualitativa como es el Grupo Focal.

#### **Objetivo:**

Valorar la vivencia de pacientes y familiares en el proceso quirúrgico mediante grupos focales.

#### **Método:**

Planificación temporal y distribución de tareas.

Recogida de datos en el postoperatorio inmediato. Número de muestra: 179 pacientes.

Incluimos pacientes de diferentes edades, sexo y especialidad quirúrgica.

El moderador redactó un guión basado en la última encuesta de satisfacción del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y en aspectos sugeridos por los profesionales: lista de espera, información al paciente y la familia, intimidad, trato personal, seguridad, identificación personal y sugerencias.

Convocatoria, desarrollo de la reunión, transcripción y análisis de datos según metodología específica de grupos focales.

#### **Resultados:**

El tiempo en lista de espera es lo que genera mayor insatisfacción.

El trato personal, seguridad e intimidad es altamente satisfactoria.

La información recibida en el preoperatorio es adecuada para los pacientes no siendo así para los familiares durante la intervención.

La continuidad asistencial con primaria no existe en realidad.

### PALABRAS CLAVE:

Enfermería de quirófano, grupo focal, sistemas de información en quirófano.

### INTRODUCCIÓN:

Con el fin de conocer la vivencia quirúrgica de nuestros pacientes y familiares, hemos buscado respuestas mediante una vía de investigación cualitativa como es el Grupo Focal.

Los grupos focales han demostrado ser una fuente de información de enorme riqueza para la investigación en educación médica, por su sensibilidad para indagar conocimientos, normas y valores de determinados grupos.

La investigación basada en grupos focales ha sido tradicionalmente entendida como “una forma de recolectar datos cualitativos, la cual, esencialmente, implica involucrar a un pequeño conjunto de personas en una(s) discusión(es) de grupo informal(es), enfocada hacia un tema o una serie de temas específicos”<sup>1</sup>.

Kitzinger<sup>2</sup> lo define como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información.

### OBJETIVO:

Valorar la vivencia de pacientes y familiares en el proceso quirúrgico mediante grupos focales.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Reunión previa para determinar más concretamente sobre qué aspectos del proceso quirúrgico queríamos incidir y buscar información. Planificación temporal y distribución de tareas<sup>3</sup>.

Recogida de datos: en el postoperatorio inmediato, seleccionando todos los pacientes hasta completar el número de muestra. En los últimos 3 años, un total de 179 pacientes.

Quedaron incluidos pacientes de diferentes edades (rango: entre 17 y 84 años) sexo, tipo de intervención y especialidad, incluyendo todos los postoperatorios de cirugía programada hasta completar la muestra para que fuera lo más representativa de nuestra realidad asistencial.

Como criterio de exclusión, los pacientes intervenidos de urgencias.

La custodia de los datos personales estuvo siempre bajo nuestra protección.

Convocamos 69 pacientes en el año 2014, 54 pacientes en el 2015 y 56 pacientes en el 2016,

siguiendo las indicaciones de la bibliografía consultada<sup>4</sup> para que haya una asistencia de 12-14 personas, hay que convocar entre 45-55 personas.

La convocatoria fue por teléfono y por correo con una carta (Anexo 1) para confirmar y dar más valor a la aportación en este trabajo.

El moderador redactó una opción de temas para orientar el diálogo<sup>3,4</sup>:

- Lista de espera, información al paciente, información a la familia, intimidad, trato personal, seguridad en el quirófano y la unidad de recuperación post anestésica (URPA), identificación del personal.

- Temas fuera del guión y sugerencias.

Los temas estaban basados en la encuesta de satisfacción realizada por el SAS (Tabla 1. Hospitales, Encuestas de satisfacción SAS/IESA SCIS 2012-2013) y otros temas por inquietudes del grupo investigador.

Tabla 1: Hospitales. Encuestas de satisfacción (SAS/IESA CSIC 2012-2013)

Málaga					
Hospital de Antequera (AS Norte de Málaga)					
Código	Indicador de Satisfacción	% satisfechos en el Hospital (Intervalo de Confianza)	Tasa de respuesta de esta pregunta en el Hospital	Símbolo	% satisfechos en Andalucía (media)
HP1	Satisfacción con el servicio recibido	89,9% - 97,4%	98,2%	Ⓜ	90,5%
HP3	Valoración de los horarios de visita	65,3% - 79,0%	97,7%	Ⓞ	79,1%
HP28.5	Valoración auxiliares de enfermería	89,5% - 97,1%	99,2%	Ⓜ	90,4%
HP29	Disposición del personal para escucharle	83,5% - 93,2%	99,2%	Ⓜ	83,9%
HP32	Tiempo en la lista de espera <sup>2</sup>	23,9% - 56,6%	21,2%		35,4%
HP37	Tiempo de espera desde el ingreso hasta la operación <sup>2</sup>	46,4% - 70,3%	39,8%	Ⓜ	63,4%
HP26	Atención adecuada al acompañante <sup>1</sup>	87,0% - 95,7%	95,6%	Ⓜ	87,8%
HP43	Recomendaría el hospital	94,2% - 99,5%	98,7%	Ⓜ	93,8%
Código	Indicador de Uso y Demanda	% satisfechos en el Hospital (Intervalo de Confianza)	Tasa de respuesta de esta pregunta en el Hospital	Símbolo	% satisfechos en Andalucía (media)
HP4	Información del programa de visitas	66,5% - 80,2%	96,1%	Ⓜ	59,0%
HP5	Permiso de acompañamiento	93,5% - 99,2%	99,5%	Ⓜ	96,9%
HP16	Médico de referencia	64,6% - 78,4%	98,4%	Ⓜ	74,1%
HP18	Enfermero de referencia	39,6% - 55,0%	97,2%	Ⓜ	45,5%
HP34	Información sobre la operación <sup>3</sup>	90,0% - 100,0%	42,1%		95,6%
HP35	Consentimiento por escrito <sup>3</sup>	93,7% - 100,0%	41,1%	Ⓜ	95,9%
HP38	Le entregaron un informe para el médico de familia <sup>1</sup>	88,6% - 96,7%	95,1%	Ⓜ	95,0%
HP39	Le entregaron un informe para el enfermero <sup>2</sup>	65,0% - 79,3%	91,2%	Ⓜ	71,6%
HP40.1	Información sobre sus cuidados <sup>1</sup>	87,7% - 96,1%	95,6%	Ⓜ	92,6%
HP40.2	Información sobre el tratamiento <sup>1</sup>	90,5% - 97,8%	96,1%		93,6%

HP6	Valoración de la comodidad de las habitaciones	80,2% - 90,9%	99,7%	Ⓜ	65,4%
HP8	Facilidad para resolver trámites y papeles	81,1% - 91,7%	94,6%	Ⓜ	83,5%
HP9	Valoración general de las instalaciones	90,9% - 97,9%	99,7%	Ⓜ	82,1%
HP10	Correcta señalización del hospital	85,9% - 95,0%	96,6%	Ⓜ	84,5%
HP11	Valoración de la calidad de la rrmirita	87,1% - 95,7%	97,9%	Ⓜ	76,9%
HP13	Valoración de la limpieza del hospital	83,2% - 93,0%	100,0%	Ⓜ	84,2%
HP15	Satisfacción con la información dada por los médicos	86,5% - 95,3%	99,5%	Ⓜ	89,8%
HP17	Satisfacción con la información dada por los enfermeros	88,0% - 96,3%	97,9%	Ⓜ	89,6%
HP19	Confianza en la asistencia recibida	73,5% - 86,0%	95,3%	Ⓜ	78,8%
HP20	Correcta identificación de los profesionales	84,5% - 94,0%	97,9%	Ⓜ	83,0%
HP21	Valoración del respeto con el que se le ha tratado	93,6% - 99,2%	99,7%	Ⓜ	91,6%
HP22	Grado de intimidad en el hospital	58,7% - 73,8%	90,4%	Ⓜ	54,5%
HP28.1	Valoración de los médicos	89,4% - 97,1%	99,7%	Ⓜ	92,5%
HP28.2	Valoración de los enfermeros/as	90,9% - 97,9%	100,0%	Ⓜ	90,6%
HP28.3	Valoración de los celadores	86,1% - 95,0%	98,7%	Ⓜ	89,3%
HP28.4	Valoración del personal administrativo	84,2% - 94,1%	89,9%	Ⓜ	86,4%

HP40.3	Información sobre su seguimiento <sup>1</sup>	86,8% - 95,6%	94,6%	Ⓜ	89,8%
HP41	Mejoras en el hospital <sup>2</sup>	24,1% - 39,4%	85,0%	Ⓜ	21,2%
HP33	Días en lista de espera <sup>2</sup>	71,7 - 137,6	22,0%		124,7

**Asignación de Símbolos**

Las clasificaciones se han calculado considerando los límites superior e inferior del intervalo de confianza del valor de cada respuesta en cada Hospital y la posición de estos límites respecto al valor de la media andaluza para esa pregunta. Asimismo, los intervalos de confianza se han calculado a partir de los niveles de error para cada una de las preguntas en cada Hospital. Los niveles de error se ven afectados por el porcentaje de respuesta, los valores de las proporciones y la distribución de las respuestas según los distintos centros.

- Ⓜ Significa que el Hospital está significativamente por encima de la media de Andalucía en ese indicador. El valor de su intervalo inferior es superior a la media de Andalucía.
- Ⓜ Significa que el Hospital no es significativamente distinto de la media de Andalucía. El valor de su intervalo superior está por encima de Andalucía y el valor de su intervalo inferior está por debajo de la media de Andalucía.
- Ⓞ Significa que el Hospital está significativamente por debajo de la media de Andalucía en ese indicador. El valor de su intervalo superior es menor a la media de Andalucía.

Si no existe símbolo significa que el nivel de error existente no permite alcanzar ninguna conclusión. Por tanto, no se puede clasificar el hospital en esa pregunta.

El desarrollo fue el siguiente; asistieron un total de 38 pacientes y cuidadores repartidos en 12 en el año 2014, 14 en el año 2015 y 12 en el año 2016.

El lugar de reunión fue la sala multiusos en la planta baja del Hospital de Antequera.

Observador: Un miembro del equipo investigador emitió un informe<sup>5</sup> una vez acabada la reunión de la idoneidad del entorno, respeto y libertad en que se desarrolló la reunión, salvaguardando el rigor metodológico.

Y previo consentimiento verbal, grabamos la reunión<sup>6</sup>.

La transcripción de la grabación<sup>7,8</sup> se realizó semanas después por cuatro personas diferentes de nuestro equipo.

**RESULTADOS:**

De los tres años analizados:

Lista de espera: Entre los asistentes hubo variedad de opiniones. Desde pacientes que refieren que han disminuido su tiempo de espera por tener contactos en el hospital, hasta otros que refieren que han estado cuatro años en lista de espera, reclamando e incluso trasladándose a otro hospital. En general podemos señalar que este punto es el que mayor insatisfacción ha generado en todo el proceso quirúrgico.

Información al paciente y a la familia: la mayoría de los pacientes están bastantes satisfechos aunque hacen hincapié que dicha información debería ser más clara, ya que hay muchas veces que los profesionales utilizan términos muy específicos que como dicen ellos “hay que ser médicos para entenderlos”.

En cuanto a la información dada a la familia durante la intervención, muchos refieren con preocupación no saber cómo se encuentra su familiar, por permanecer durante horas en la URPA sin ninguna información.

Intimidad: en general nos refieren haberse sentidos muy arropados y protegidos, siempre con personal sanitario alrededor velando por su integridad.

Seguridad del paciente y trato personal: todos coinciden en que se sienten seguros y confiados. En cuanto al trato refieren que es cercano y familiar.

Identificación: hay disparidad de opiniones, desde algunos que comentan que no sabían distinguir que profesional se dirigía a ellos, si era médico, enfermero o auxiliar; hasta otros que refieren que estaban identificados correctamente y además se les comunicaba a ellos verbalmente quiénes eran. En general todos coinciden que el profesional debería presentarse verbalmente aunque lleven identificación.

Temas fuera del guión:

Comunicación con Atención primaria: la mayoría refieren que en sus Centros de Salud no saben que les han operado. Comentándonos “que será un problema con los ordenadores” y por ello no existe conexión. Resaltar que todos coinciden en la saturación que existe en Urgencias sintiéndose impotentes ante sus reclamaciones que no sirvieron de nada.

**CONCLUSIONES:**

El tiempo de espera así como la incertidumbre en ese período, es lo que ha generado mayor insatisfacción en el proceso quirúrgico.

El trato personal, la percepción de seguridad e intimidad es altamente satisfactoria.

La información recibida en el peri-operatorio es adecuada para los pacientes, no siendo así para los familiares durante la intervención.

La información de continuidad asistencial con primaria no existe en la realidad o por lo menos es así como lo perciben nuestros pacientes.

La saturación de urgencias la sufren los pacientes y familiares.

**DISCUSIÓN, PLAN DE MEJORA Y RECOMENDACIONES:**

Según las afirmaciones de los asistentes proponemos como plan de mejora, transmitir a los supervisores de otras unidades referenciadas: Urgencias y Atención al usuario- Lista de espera, las observaciones y quejas de los usuarios que asistieron para que las valoren y tomen medidas para su resolución.

En nuestra unidad quirúrgica, recordar a los profesionales la necesidad de identificarse verbalmente ante el paciente, pues es la mejor forma de orientarlos y proporcionarles seguridad, además de ser un punto clave para aumentar la satisfacción y disminuir el estrés quirúrgico, salvaguardando siempre la intimidad y confidencialidad de los pacientes<sup>10</sup>.

Proponemos a los supervisores de enfermería del Hospital y coordinadores de enfermería de Atención Primaria que analicen como se comunica y transmite el informe de alta en enfermería y continuidad de cuidados, ya que fue demandada por algunos de nuestros pacientes.

Transmitir a los profesionales del proceso quirúrgico la evaluación tan positiva de nuestro trabajo diario en contacto con los pacientes y el reconocimiento del trabajo bien hecho.

Y finalmente, resaltar el consenso acerca de que los grupos focales<sup>11</sup> son una manera económica, rápida y eficiente de obtener datos de múltiples sujetos.

**CONFLICTO DE INTERESES:**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



**AGRADECIMIENTOS:**

Los autores quieren mostrar su agradecimiento a todos los compañeros del Área Quirúrgica del Hospital de Antequera (Málaga) por su colaboración durante el desarrollo.

**Anexo 1. Carta de convocatoria para pacientes y familiares**

Estimado Sr. /Sra.:

Sabemos que recientemente usted y su familia han estado en el Hospital de Antequera por una intervención quirúrgica.

Somos un grupo de personal de enfermería del Área Quirúrgica del Hospital y para nosotros sería de gran ayuda, saber cómo ha sido su experiencia en este trance.

Para ello, queremos invitarle a una reunión que tendremos en nuestro hospital, en la sala multiusos (planta baja), el día 20 de junio, lunes a las 11 de la mañana.

Queremos que usted y los familiares que acompañaron al paciente ese día, asistan a la reunión, para que libremente nos hablen de su vivencia y así conocer cuáles son nuestras fortalezas y debilidades para mejorar en el cuidado de los pacientes.

Les damos las gracias y esperamos su valiosa colaboración.

Equipo de Investigación Enfermería del Área Quirúrgica.

**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Wilkinson S. Focus group research. En D Silverman (ed): *Qualitative research: Theory, method and practice*. Sage, Thousand Oaks, 2004: 177-199.
2. Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus group. *BMJ* 1995;311:299-302.
3. Krueger RA, Casey MA. *Focus group: a practical guide for applied research*, 5th ed. Sage, Thousand Oak, 2015.
4. Shamdasani PN. *Focus group: theory and practice*, 3rd ed. Sage, London, 2014.
5. Kamberelis G, Dimitriadis G. *Focus groups: from structured interviews to collective conversations*. Routledge, New York, 2013.
6. Liamputtong P. *Focus group methodology: Principle and practice*. Sage, London, 2011.

7. García Calvente MM, Rodríguez M. The focus group as a qualitative research technic in health: its design and practical application. *Aten Primaria* 2000;25:181-6.
8. Curtis E, Redmond R. Focus groups in nursing research. *Nurse Res* 2007;14:25-37.
9. Perspectivas cualitativas en salud (resúmenes de comunicaciones). X Reunión Internacional sobre Investigación Cualitativa en Salud. *Rev Paraninfo Digital*, 2011; 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/002r.php>.
10. Chang MY, Hsu LL. Qualitative research: An Introduction to focus group methodology and its application. *J Nursing* 2006;53:67-72.
11. Jamieson L, Williams LM. Focus group methodology: explanatory notes for the novice nurse researcher. *Contemp Nurse* 2003;14:271-80

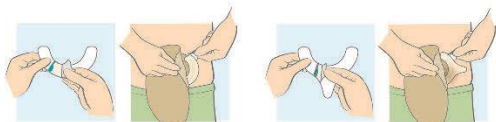
“El arco de sujeción elástico aumenta la fijación de mi disco adhesivo.  
Con él me siento más segura”



**Brava®**

## Brava® Arco de sujeción elástico y Brava® Arco de sujeción elástico para cinturón

Brava® Arco de sujeción elástico y Brava® Arco de sujeción elástico para cinturón son parte de la nueva gama de accesorios de Coloplast, diseñados para reducir fugas y cuidar la piel periestomal.



Muestras gratuitas con el kit domiciliario PACE

ostomy Care / Continence Care / Wound & Skin Care / Urology Care

Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S.A. Condesa de Venadito 5, 4ª planta - 28027 Madrid, España.  
Tel:913141802 - Fax: 913141465 - Email:esme@coloplast.com  
www.coloplast.es Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S. © 2014/11



### Brava® Arco de Sujeción elástico para Cinturón

Ayuda a fijar el disco proporcionando una seguridad extra.

Producto	Código Nacional	Ref.
Arco de sujeción elástico para cinturón	176870.4 (*)	12072

Presentación: 20 unidades



### Brava® Arco de Sujeción elástico

Ayuda a fijar el disco proporcionando una seguridad extra.

Producto	Código Nacional	Ref.
Arco de sujeción elástico	176869.4 (*)	12070

Presentación: 20 unidades

\* Productos no reembolsados por el Sistema Nacional de Salud

 **Coloplast**

**specir**  
**DIGITAL**

## “CASO CLÍNICO. PROCESO ENFERMERO EN REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL GIGANTE CON TÉCNICA COMBINADA DE APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA Y NEUMOPERITONEO PREOPERATORIO PROGRESIVO”

Ruiz Luján, Vanesa\*; Acero Martínez, María\*; Flores Fernández, Montserrat\*; Díaz Testillano, Aranzazu\*\*. \*Enfermera de Hospitalización quirúrgica de Cirugía General en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), Madrid. \*\*Supervisora de la unidad de Hospitalización quirúrgica de Cirugía General en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA). Madrid.

[nesi1981@hotmail.com](mailto:nesi1981@hotmail.com)

### INTRODUCCIÓN:

La hernia incisional con pérdida de derecho a domicilio (HIPDD) o hernia incisional gigante, es una patología compleja, de difícil solución. Una definición apropiada para la hernia con pérdida de dominio es aquella hernia en la que el contenido del saco herniario excede la capacidad de la cavidad abdominal, lo cual hace imposible la reducción completa de las vísceras. Al manejar hernias de tamaño desproporcionado e inusual, además de las dificultades propias de una hernia convencional, se deberá tener conocimiento de los cambios anatómicos y fisiológicos que van apareciendo en un paciente con defectos de sacos grandes, tanto sistémicos como a nivel local para resolverlos de la manera más adecuada y evitar complicaciones transoperatorias y postoperatorias, que en estos casos se presentan con una frecuencia elevada, comprometiendo incluso la vida del paciente. El éxito de una cirugía en tales situaciones depende de la integración de una buena metodología en el diagnóstico, manejo preoperatorio, técnica quirúrgica, y cuidados postoperatorios.(1)

La resolución quirúrgica de las HIPDD puede asociarse a complicaciones postoperatorias severas derivadas de un aumento brusco en la presión intraabdominal (PIA), Síndrome Compartimental Abdominal (SCA), generado al restituir el contenido del saco herniario a una cavidad abdominal que ha disminuido de capacidad. El aumento brusco de la PIA produce trastornos sistémicos importantes y de especial gravedad: los ventilatorios restrictivos y los reductores de la irrigación intestinal. (2)

En las hernias de gran tamaño, las relaciones anatómico-funcionales de la pared torácica (parrilla costal), diafragma y pared abdominal se encuentran radicalmente alteradas, debido a la reducción progresiva de la presión intraabdominal causada por la herniación visceral. En una hernia ventral en la línea media la fuerza tensil de los músculos laterales amplía el defecto entre los músculos rectos, de manera que la función respiratoria normal se

encuentra alterada. Esto genera también la herniación del contenido abdominal hacia el defecto, lo que provoca que el volumen de la cavidad abdominal este crónicamente disminuido.(3)

Al ir creciendo el saco herniario y albergar cantidades mayores de asas y vísceras abdominales, nos encontramos:

- *Trastornos sistémicos:*
  - Disfunción respiratoria.
  - Disfunción para la evacuación.
  - Disfunción para la micción.
- *Trastornos a nivel local:*
  - La cavidad abdominal irá disminuyendo paulatinamente de volumen.
  - La piel y tejido celular subcutáneo pueden tender a la atrofia, llegando en sus casos extremos a presentar úlceras atróficas o a convertirse en sitios de crecimiento bacteriano o micótico.
  - El mesenterio y las asas intestinales sufrirán 2 efectos:
    - Inflamación crónica de mesenterio y asas, ocasionada por la irritación mecánica directa por el continuo roce de estas estructuras con el borde del anillo herniario.(1)(4)(5)
    - Causados por tres aspectos mecánicos (que ocasionan edema y engrosamiento del intestino, de su mesenterio y epiplón por congestión venosa y linfática) como lo son:
      - Disminución del retorno venoso del flujo portal y de la cava hacia el tórax por la disminución de la presión intraabdominal, lo cual congestiona todas las vísceras abdominales.
      - La compresión de la circulación de retorno, linfático y venoso, por parte



del anillo fibroso contra unas asas que cuelgan y cabalgan sobre el borde del Anillo permaneciendo crónicamente fuera de la cavidad.

- El simple efecto de la gravedad sobre el retorno venoso y linfático sobre unas asas intestinales que cuelgan literalmente fuera del abdomen.

Dentro de las complicaciones que podemos encontrarnos si no efectuamos un manejo preoperatorio adecuado en estos pacientes está el SCA. La PIA oscila entre 5-10 mmHg o 6-12 cm de agua. Se describe un aumento de la presión de 3 a 10 milímetros sobre su media normal en los pacientes sometidos a neoplasia de una hernia incisional grande, lo que supone una presión final entre 9 y 20 mmHg, lo que deja al paciente con una reducción de la circulación de la pared abdominal en un 58% y compromete la circulación esplénica y renal quedando a un paso de lo que podemos clasificar como SCA.

Una de las herramientas que se ha utilizado en el tratamiento de las HIPDD es el Neumoperitoneo Progresivo Preoperatorio (NPP), procedimiento introducido por Iván Goñi Moreno en 1940 y que disminuye la probabilidad de desarrollar el síndrome compartimental en el intra y postoperatorio inmediato.(4)

Otra estrategia quirúrgica para tratar estos defectos parietales abdominales es la relajación muscular transitoria, que se consigue con la inyección de Toxina Botulínica A (TBA), infiltrándola en los músculos laterales del abdomen para provocar la parálisis temporal de los mismos, reducción de las fuerzas que tienden a separar y agrandar los defectos herniarios, permitiendo así un aumento de volumen de la cavidad abdominal en un plazo de 30 días. El efecto empieza en un mínimo de 10 días. Esta técnica es descrita por Ibarra T. en 2007. (6)(7)(8)

### **JUSTIFICACIÓN:**

Desde 1998, fecha en que se inauguró el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, hasta marzo de 2017, se han intervenido 5 pacientes de HIPDD, en 4 de ellos se empleo únicamente la técnica descrita por Goñi Moreno, mientras que en el último, se uso la técnica combinada entre NPP Y TBA.

Nuestro trabajo es un plan de cuidados del paciente que fue sometido a técnica combinada en el primer trimestre de 2016.

Se trata de un varón de 75 años que acude a consulta de cirugía general con una gran eventración

de línea media con tejido de granulación epitelizado y con gran separación de músculos rectos anteriores. El defecto es de 10cm x 18cm aproximadamente (Figura 1).



Figura 1. Paciente con NPP

### **ANTECEDENTES PERSONALES:**

No RAMC, DMNID, HTA. RTU vesical por Ca Urotelial en varias ocasiones.

### **ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:**

Previo a 2010 operación de cirugía abdominal con colocación de malla en otro centro hospitalario.

Desde 2010 a 2016 precisa de 3 cirugías por infección crónica de malla y evisceración. Necesita de numerosos ingresos hospitalarios por cuidados de las heridas, que llegan a requerir incluso de Terapia de Vacío.

El paciente es ingresado de manera programada en nuestra unidad para reparación quirúrgica de Hernia Incisional Gigante.

15 días previos al ingreso se inyecta TBA de manera ambulatoria y bajo control ecográfico, para producir la parálisis de los músculos rectos abdominales, a partir de los 15 días de la inyección, ya se puede iniciar el NPP. El pico máximo de efectividad de la TBA es entre el 1º y el 2º mes tras la inyección.(7)

El preoperatorio se cursa de la manera habitual desde que en la consulta se decide la intervención quirúrgica. En los días previos a la intervención habrá una nueva interconsulta a anestesia para valorar al paciente tras la situación de NPP.

Al ingresar en nuestra unidad, al paciente se le coloca un catéter intraperitoneal para iniciar el NPP (usarán catéter venoso central de doble luz) de manera estéril, se colocará en hipocondrio izquierdo en quirófano, bajo anestesia local, colocando al paciente en decúbito lateral derecho. Se puede realizar la técnica bajo control ecográfico. Tras la inserción del catéter se dejaron ya 500 cc aire ambiente intraperitoneales.(9)

Las insuflaciones se realizarán cada 24 o 48 horas, según la tolerancia del paciente, y se insuflara de 500 a 1500 cc. Se realizarán bajo técnica estéril, colocando una llave de tres pasos y un filtro de partículas. La cura de la inserción del catéter se realizara coincidiendo con las insuflaciones.

Se introducirán un total de 12 a 15 litros de aire en el peritoneo, siempre según tolerancia (Figuras 2 y 3).(10) (11)



Figura 2: Cuidados del catéter

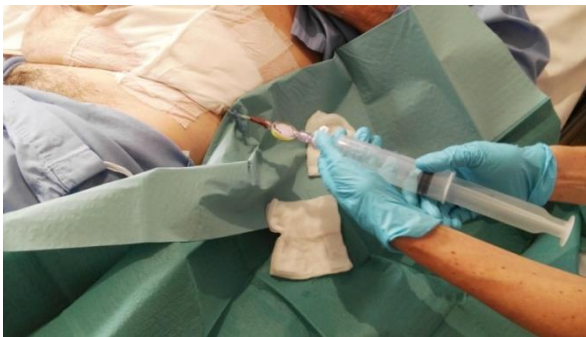


Figura 3: Insuflación del neumoperitoneo

Siempre hay que tener en cuenta las posibles complicaciones del procedimiento del neumoperitoneo:

- Las relacionadas con el procedimiento de punción (éstas son menores con la aplicación de la toxina): punción de víscera hueca, o víscera maciza con sangrado intraabdominal.
- Las relacionadas con el mantenimiento del neumoperitoneo(11):
  1. Dolor continuo de hombros.
  2. Dolor moderado de la pared abdominal ocasionado por la distensión.
  3. Reflujo gastroesofágico inicial y sensación de plenitud postprandial precoz en los últimos días.
  4. Dificultad ventilatoria en los días finales del procedimiento.
  5. Enfisema subcutáneo en la pared abdominal, ocasionado por la fuga de aire a presión por el orificio del catéter en el peritoneo, no requiere manejo alguno.
  6. Infección del sitio de punción.

Durante los días preoperatorios, se monitorizan constantes vitales, volumen de diuresis, tránsito intestinal, dieta según tolerancia y apetito del paciente, y se le tiene canalizada vía venosa periférica.

48 h antes de la intervención quirúrgica se realiza un TAC de control y el paciente es nuevamente reevaluado por anestesia.

El día previo a la intervención, se realizará preparación de colon, y extracción de pruebas cruzadas.

Colocación de medias de compresión neumática el mismo día de la cirugía. Esto sucede en el día 20 de ingreso.

**OBJETIVO:**

- Identificar problemas de salud del paciente.
- Elaborar plan de atención de enfermería (PAE).
- Fomentar la autonomía del paciente en el autocuidado.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

**PREOPERATORIO**

Cuando el paciente ingresa en nuestra unidad, iniciamos el Plan de Cuidados individualizado, realizando una primera valoración por Patrones funcionales según Marjorie Gordon (modelo diseñado en los años 70 y que cumple todos los requisitos para realizar una valoración enfermera eficaz), cumplimentando las escalas de Stratify, Norton Modificada y Barthel. Realizamos una segunda valoración en el momento en que se inicia el neumoperitoneo.

Tras estas dos valoraciones, planificamos los siguientes cuidados en Taxonomía NANDA, NOC, NIC.

NANDA	NOC	NIC
• [00179] RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE	o {2300} Nivel de glucemia	✓ (2120) Manejo de la hiperglucemia ✓ (2130) Manejo de la hipoglucemia
• [00240] RIESGO DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO	o {1835} Conocimiento: Manejo de la insuficiencia cardiaca	✓ (4050) Manejo del riesgo cardiaco



NANDA	NOC	NIC
• [00004] RIESGO DE INFECCIÓN	○ {1908} <i>Detección del riesgo</i>	✓ (1870) Cuidados del drenaje.
• [00196] MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL R/C RÉGIMEN TERAPÉUTICO	○ {1015} <i>Función gastrointestinal</i>	✓ (2300) Administración de medicación
	○ {0501} <i>Eliminación intestinal</i>	✓ (430) Control intestinal
• [00094] RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	○ {1908} <i>Detección del riesgo</i>	✓ (6610) Identificación de riesgos
	○ {0415} <i>Estado respiratorio</i>	✓ (3320) Oxigenoterapia ✓ (6680) Monitorización de signos vitales ✓ (3350) Monitorización respiratoria

NANDA	NOC	NIC
• [00203] RIESGO DE PERFUSIÓN RENAL INEFICAZ	○ {0404} <i>Perfusión tisular: órganos abdominales</i>	✓ (590) Manejo de la eliminación urinaria
	○ {0504} <i>Función renal</i>	✓ (4120) Manejo de líquidos
	○ {0802} <i>Signos vitales</i>	✓ (6680) Monitorización de signos vitales
• [00206] RIESGO DE SANGRADO	○ {1902} <i>Control del riesgo</i>	✓ (6610) Identificación del riesgo ✓ (1870) Cuidados del drenaje ✓ (6650) Vigilancia
	○ {1845} <i>Conocimiento: Manejo del tratamiento anticoagulante</i>	✓ (2380) Manejo de la medicación

NANDA	NOC	NIC
• [00032] PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C DEFORMIDAD DE LA PARED TORÁCICA	○ {0415} <i>Estado respiratorio</i>	✓ (3320) Oxigenoterapia ✓ (6650) Vigilancia ✓ (3230) Fisioterapia torácica
• [00132] DOLOR AGUDO R/C AGENTES LESIVOS FÍSICOS	○ {1605} <i>Control del dolor</i>	✓ (2210) Administración de analgésicos
	○ {2102} <i>Nivel del dolor</i>	✓ (1400) Manejo del dolor
	○ {0802} <i>Signos vitales</i>	✓ (6680) Monitorización de signos vitales

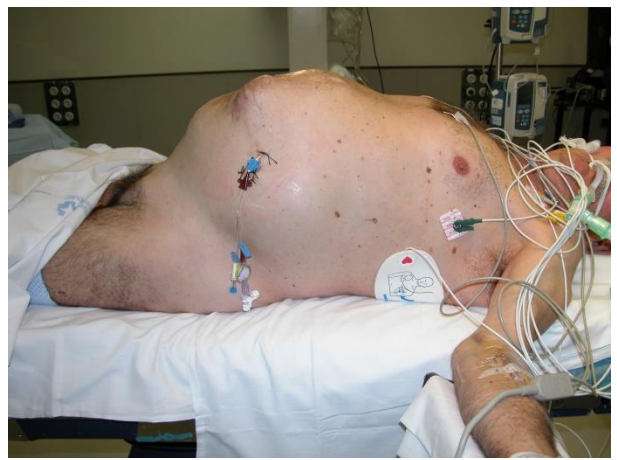


Figura 4. Inicio de la intervención quirúrgica.



Figura 5. Visualización del neumoperitoneo.

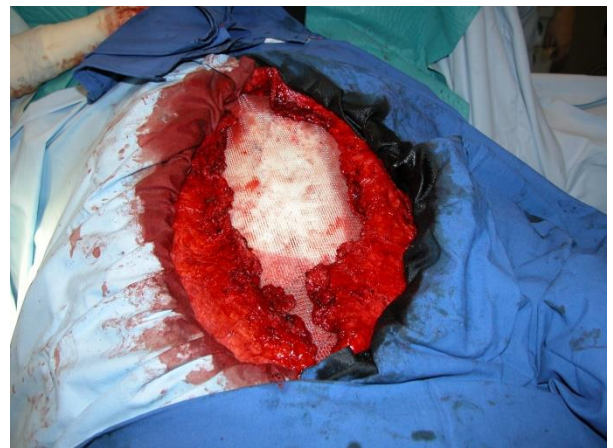


Figura 6. Exposición del defecto muscular con malla retroaponeurotica.

### INTRAOPERATORIO (Figuras 4,5 y 6)

Destacaremos 3 aspectos importantes de esta cirugía:

- Toma de la PIA antes de comenzar la cirugía y al finalizar.
- Tiempo quirúrgico prolongado.
- Uso de bioprótesis de polipropileno, que evitan la tensión en la línea de sutura y aumenta la formación de fibras de colágeno en la fascia transversal.(12)



## POSTOPERATORIO

Tras la intervención quirúrgica, el paciente reingresa en nuestra unidad 48 horas después:

- Hemodinámicamente estable. Buen control glucémico.
- Gafas nasales e incentivador respiratorio.
- Medias de compresión neumáticas hasta movilización al sillón.
- Catéter epidural.
- Sondaje vesical.
- Herida quirúrgica con buen aspecto.
- 3 drenajes tipo Redón.
- Sonda nasogástrica a bolsa por distensión abdominal y ausencia de ruidos intestinales.
- Tratamiento con heparina de bajo peso molecular.
- Vía venosa central con fluidoterapia y antibiótico.

Realizamos una tercera valoración enfermera y se nos plantean los siguientes cuidados (los NANDA, NOC, NIC planteados en el preoperatorio que no figuran a continuación, es debido, a su resolución tras el final de proceso de NPP o a su paso de riesgo a problema real).

NANDA	NOC	NIC
• [00004] RIESGO DE INFECCIÓN R/C PROCEDIMIENTO INVASIVO	o {1902} Control del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (6550) Protección contra las infecciones</li> <li>✓ (1876) Cuidados del catéter urinario</li> <li>✓ (6680) Monitorización de los signos vitales</li> </ul>
	o {1102} Curación de la herida: por primera intención	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (3660) Cuidados de las heridas</li> <li>✓ (3662) Cuidados de las heridas: drenaje cerrado</li> <li>✓ (3440) Cuidados del sitio de incisión</li> <li>✓ (1870) Cuidados del drenaje</li> </ul>
	o {1101} Integridad tisular: piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (3580) Vigilancia de la piel</li> </ul>
	o {0403} Estado respiratorio: ventilación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (3350) Monitorización respiratoria</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
• [00044] DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR R/C PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	o {1101} integridad tisular: piel y membranas mucosas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (3660) Cuidados de las heridas</li> <li>✓ (3440) Cuidados del sitio de incisión</li> <li>✓ (1102) Curación de la herida por primera intención</li> </ul>
	o {1004} Estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (1100) Manejo de la nutrición</li> </ul>
	o {0703} Severidad de la infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (6540) Control de infecciones</li> <li>✓ (6680) Monitorización de signos vitales</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
• [00039] RIESGO DE ASPIRACIÓN R/C INTUBACIÓN ORAL/NASAL	o {1902} Control del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (2870) Cuidados post-anestesia</li> <li>✓ (6680) Monitorización de los signos vitales</li> </ul>
	o {1015} Función gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (1570) Manejo del vómito</li> <li>✓ (1080) Sondaje gastrointestinal</li> </ul>
	o {1918} Prevención de la aspiración	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (3200) Precaución para evitar la aspiración</li> <li>✓ (1874) Cuidados de la sonda gastrointestinal</li> </ul>
	o {0415} Estado respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (3350) Monitorización respiratoria</li> </ul>
• [00179] RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE	o {2300} Nivel de glucemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (2120) Manejo de la hiperglucemia</li> <li>✓ (2130) Manejo de la hipoglucemia</li> </ul>
	o {1902} Control del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (6610) Identificación de riesgos</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
• [00134] NAUSEAS R/C DISTENSIÓN GÁSTRICA	o {1618} Control de náuseas y vómitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (2380) Manejo de la medicación</li> <li>✓ (2300) Administración de medicación</li> </ul>
	o {2107} Severidad de las náuseas y los vómitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (1450) Manejo de las náuseas</li> <li>✓ (1570) Manejo de los vómitos</li> <li>✓ (3200) Precauciones para evitar la aspiración</li> </ul>
	o {1015} Función gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (1080) Sondaje gastrointestinal</li> </ul>
	o {0602} Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (4130) Monitorización de líquidos</li> <li>✓ (2080) Manejo de líquidos/electrolitos</li> <li>✓ (4200) Terapia intravenosa</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
• [00016] DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA R/C DETERIORO SENSITIVO-MOTOR	o {0503} Eliminación urinaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (590) Manejo de la eliminación urinaria</li> <li>✓ (580) Sondaje vesical</li> <li>✓ (1876) Cuidados del catéter urinario</li> </ul>
	o {1608} Control de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (6540) Control de infecciones</li> <li>✓ (6550) Protección contra las infecciones</li> </ul>
	o {0602} Hidratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (4120) Manejo de líquidos</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
• [00196] MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL R/C RÉGIMEN TERAPÉUTICO	o {0501} Eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (430) Control intestinal</li> <li>✓ (470) Disminución de la flatulencia</li> </ul>
	o {1015} Función gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (1080) Sondaje gastrointestinal</li> <li>✓ (1874) Cuidados de la sonda gastrointestinal</li> <li>✓ (2300) Administración de la medicación</li> </ul>
• [00180] DEFICIT DE AUTOCUIDADO BAÑO R/C DOLOR	o {0301} Autocuidados: Baño	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (1801) Ayuda con el autocuidado: Baño/Higiene</li> </ul>
	o {2109} Nivel de malestar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (5400) Potenciación de la autoestima</li> </ul>
	o {2102} Nivel del dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (1400) Manejo del dolor</li> </ul>
• [00032] PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	o {0415} Estado respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (3320) Oxigenoterapia</li> <li>✓ (3230) Fisioterapia torácica</li> </ul>
	o {2102} Nivel del dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ (1400) Manejo del dolor</li> </ul>

NANDA	NOC	NIC
• [00206] RIESGO DE SANGRADO R/C RÉGIMEN TERAPÉUTICO	○ {1845} Conocimiento: manejo del tratamiento anticoagulante	✓ (6610) Identificación de riesgos ✓ (2380) Manejo de la medicación ✓ (4270) Manejo de la terapia trombolítica
	○ {1902} Control del riesgo	✓ (4010) Prevención de hemorragias ✓ (6650) Vigilancia
	○ {2305} Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato	✓ (3440) Cuidados del sitio de incisión ✓ (4054) Manejo de un dispositivo de acceso venoso central
• [00085] DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C DETERIORO SENSITIVO PERCEPTIVO	○ {0208} Movilidad	✓ (6490) Prevención de caídas
	○ {2402} Función sensitiva propioceptiva	✓ (2660) Manejo de la sensibilidad periférica alterada

## RESULTADOS: (Figura 7)

Al alta:

- Hemodinamicamente estable.
- Buen control glucémico.
- Dieta blanda. Tránsito intestinal adecuado.
- Pendiente de retirada de grapas de forma ambulatoria.
- Movilidad total.
- Tratamiento con heparina de bajo peso molecular.
- Analgesia vía oral según prescripción médica.



Fig. 7 Nuestro paciente al alta.

El paciente permanece ingresado un total de 32 días, 20 que corresponden al preoperatorio y 12 al postoperatorio.

Durante la estancia se han realizado 3 valoraciones de enfermería, obteniendo 9 NANDA en el preoperatorio y 14 en el postoperatorio, haciendo un total de 16 NANDA diferentes durante el ingreso.

Mediante el informe de enfermería al alta garantizamos la continuidad de cuidados en atención primaria de los cuidados pendientes de resolver.

Los NANDA que se encuentran pendientes en el momento del alta son los siguientes:

- Deterioro de la integridad tisular.
- Dolor agudo.
- Riesgo de sangrado.
- Riesgo de infección.

## DISCUSION:

Gracias a que empleamos lenguaje enfermero estandarizado, conseguimos un mínimo de acuerdos y compromisos entre los profesionales de enfermería para conseguir la normalización de procedimientos. Esto facilita la actuación de todo el personal, al margen de su experiencia profesional. Consigue potenciar el autocuidado y la confianza del paciente en todo el equipo.

El informe de enfermería al alta es garante de la continuidad de cuidados en la transferencia asistencial.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Mayagoitia JC. Neumoperitoneo progresivo preoperatorio y uso de la toxina botulínica para el manejo de las hernias con pérdida de dominio. Carbonel F, Moreno A. Eventraciones. Otras hernias de pared y cavidad abdominal. Sociedad Hispanoamericana de Hernia: Valencia; 2012. p.365-375
2. Rappoport J. et al. Neumoperitoneo terapéutico preoperatorio en el tratamiento de la hernia incisional gigante. Reducción del volumen visceral como explicación fisiopatológica de sus beneficios. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2014; 2(2):41-47
3. Chávez Tostado KV, et al. Resultado de la aplicación preoperatoria de toxina botulínica A en el tratamiento de hernias incisionales gigantes. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2014; 2(4): 145-141.
4. López MC, et al. Neumoperitoneo preoperatorio progresivo en pacientes con hernias gigantes de la pared abdominal. Cirugía Española. 2013; 91(7):444-449
5. Morales LN. Abordaje fisioterapéutico en paciente con eventración compleja. Cirugía Paraguaya. 2016; 40(1): 25-28.
6. Ibarra TR, et al. Toxina botulínica A como adyuvante en hernia inguinoescrotal bilateral con pérdida de domicilio. Informe del primer caso y revisión bibliográfica. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2014; 2(4): 139-144

7. Toxina botulinica A: su importancia en pacientes con grandes hernias abdominales. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2014; 2(4): 131-132.
8. Hernández A, Villalobos EJ. Infiltración de toxina botulínica en la preparación preoperatoria de las hernias con defectos de 10 cm (y hasta 15cm). Revista Hispanoamericana de Hernia. 2016; 4(2): 43-49.
9. Sabbagh C, et al. Progressive preoperative pneumoperitoneum preparation (the Goñi Moreno protocol) prior to large incisional hernia surgery: volumetric, respiratory and clinical impacts. A prospective study. Hernia. 2012; 16:33-40.
10. Granel L, et al. Neumoperitoneo preoperatorio para el tratamiento de la hernia inguinal gigante: revisión de nuestra experiencia. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2014; 2(4): 133-138.
11. Bueno-Lledó J, et al. Preoperative progressive pneumoperitoneum and botulinum toxin type A in patients with incisional hernia. Hernia. 2017; 21:233-243
12. Antúnez SA, et al. Consideraciones actuales sobre las hernias incisionales complejas. MEDISAN. 2012; 16(5): 753-772.





## “CIRUGÍA ENDOSCÓPICA NASOSINUSAL. SEGURIDAD DEL PACIENTE. REVISIÓN SISTEMÁTICA”

Ruiz Ortega, Juan Pablo\*; Villanúa Ruiz, Lucía\*; Pareja Pareja, Encarnación\*; Martín González, María Jesús\*; Pendón Nieto, Elena\*\*; Alonso Gutiérrez, Inmaculada\*; Recio Bermúdez, Sergio\*; Hijano Muñoz, Juana María\*. \*Enfermeras de Bloque Quirúrgico Hospital Axarquía. \*\*Supervisora de Bloque Quirúrgico Hospital Axarquía  
[torredelmar2@hotmail.com](mailto:torredelmar2@hotmail.com)

### RESUMEN

La cirugía endoscópica endonasal es la escogida para el tratamiento quirúrgico de la rinosinusitis y poliposis. En la mayoría de los casos se realiza bajo anestesia general. Los profesionales sanitarios se enfrentan con esta cirugía a una serie de complicaciones menores y mayores que ponen en riesgo la seguridad del paciente. El objetivo de este estudio es realizar una revisión sistemática en PubMed Central (PMC) de estudios sobre la polipsectomía endonasal endoscópica en base a criterios sobre la seguridad del paciente durante la cirugía. La conclusión es que el entrenamiento, la implicación de profesionales expertos, el mantenimiento del control y de la calma durante la cirugía, sobre todo ante cualquier complicación, la colaboración interdisciplinar entre otorrinolaringólogo, enfermeras y anestesista, la toma de precauciones adecuadas, así como una correcta comunicación tanto entre el equipo como con el paciente, son fundamentales para la evitación de eventos adversos y complicaciones durante esta cirugía.

### PALABRAS CLAVE:

Polipsectomía, Endoscopia, Quirófano, Otorrinolaringología, Seguridad.

### INTRODUCCIÓN:

La cirugía endoscópica endonasal es la escogida para el tratamiento quirúrgico de la rinosinusitis y poliposis. En la mayoría de los casos se realiza bajo anestesia general. Los profesionales sanitarios se enfrentan con esta cirugía a una serie de complicaciones menores y mayores que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

### OBJETIVOS:

Realizar una revisión sistemática en PubMed Central de estudios sobre la polipsectomía endonasal endoscópica en base a criterios sobre la seguridad del paciente durante la cirugía.

Realizar un protocolo de intervenciones encaminadas a la seguridad del paciente durante dicha cirugía a partir de la experiencia y de los resultados de la revisión sistemática.

### MATERIAL Y MÉTODO:

En este estudio se aplica la metodología propia de las revisiones sistemáticas. Se localizan y seleccionan estudios relevantes, identificando y seleccionando artículos potenciales de la base de datos PUBMED Central (PMC), sin restricción idiomática. Posteriormente se realiza una extracción de datos de los estudios primarios, sobre la intervención de interés y sobre la calidad metodológica del estudio. Finalmente se analizan e interpretan los resultados y se plantea la aplicabilidad de los mismos a nuestro ámbito, elaborando un protocolo de intervenciones encaminadas a la seguridad del paciente durante la endoscopia nasosinusal, a partir de la experiencia y de los resultados de la revisión sistemática.

### RESULTADOS:

116 estudios son los encontrados en PMC sin restricción idiomática y con las palabras clave nasal, endoscopia, polipsectomía y seguridad, en inglés. 13 de ellos cumplieron los criterios de inclusión tras la revisión por filtro, por título y por resumen (Fig. 1).

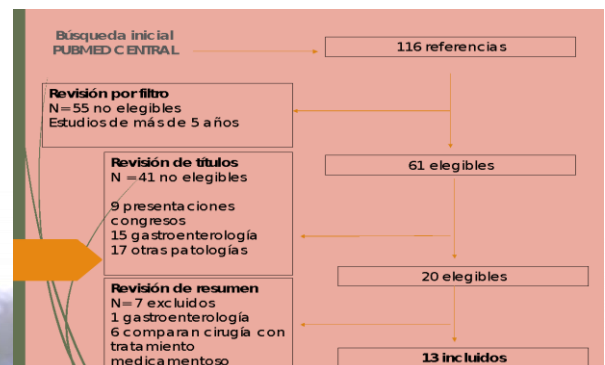


Figura 1: Esquema de búsqueda

Se han encontrados interesantes estudios con indicaciones para la evitación de riesgos durante dicha cirugía. Revisiones sobre la cirugía endoscópica nasosinusal, estudios que buscaban los “puntos de peligro”, investigaciones que comparaban la cirugía “abierta” con la endoscópica, etc.

Concretamente han destacado dos estudios, que nos han aportado información práctica muy interesante, e incluso desconocida en nuestro ámbito, uno del departamento de ORL del Hospital Municipal de Karlsruhe (Alemania): *Weber, Rainer K; Hosemann, Werner. Revisión exhaustiva sobre endoscopia nasosinusal*<sup>1</sup>. Otro del departamento de ORL de la Universidad de Greifswald (Alemania): *Hosemann, W; Draf, C. Puntos de peligro, complicaciones y aspectos médico-legales en la cirugía endoscópica sinusal*<sup>1</sup>.

En los estudios analizados se nos presentan distintos riesgos, el 32% de los estudios nos hablan del riesgo de hemorragia<sup>1-3, 5-6, 9, 12-13</sup>, mientras que otros hablan de otro tipo de riesgos<sup>4, 7-8, 10-11</sup> (Fig. 2 y 3). El riesgo menos presentado es el de deglución accidental de una lentina por el paciente, que solo aparece descrito en un caso<sup>6</sup>.

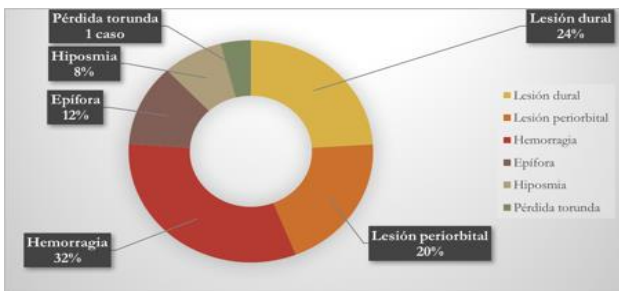


Figura 2: Tipos de Riesgos

<b>Lesión dural</b>	Invasión duramadre con salida de líquido cefalorraquídeo (rinoliquorrea)
<b>Epifora</b>	Obstrucción del conducto lagrimal
<b>Hiposmia</b>	Reducción del olfato
<b>Lesión periorbital</b>	Hematoma, edema
<b>Pérdida torunda</b>	Era un caso en el que habían cortado el cordón guía de la lentina. Ni que decir tiene que es un acto no seguro.

Figura 3: Descripción conceptos 1

Con respecto a las intervenciones encaminadas a la seguridad del paciente durante esta cirugía, nos encontramos en los estudios revisados gran cantidad de ellas. Para su mejor comprensión las hemos repartido en cuatro grupos según la afinidad entre ellas: Medicación, Habilidades, Cuidados previos y Cuidados intraoperatorios, distinguiendo también el porcentaje de incidencia con la que se encuentran en los estudios (Fig. 4-11).

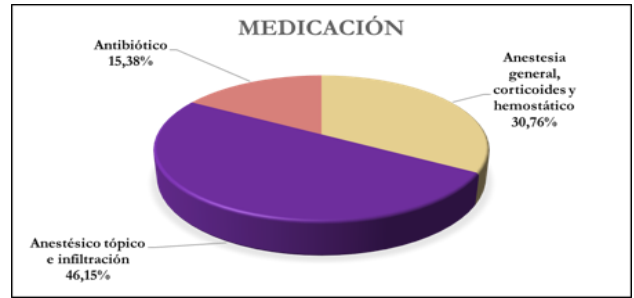


Figura 4: Intervenciones seguras MEDICACIÓN

<b>Anestesia general</b>	Propofol y Remifentanilo. Mascarilla laríngea Vs. TOT
<b>Corticoides</b>	Pre y postquirúrgicos
<b>Hemostático</b>	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> , gelatina hemostática ( <i>Floseal</i> ), ácido tranexámico
<b>Anestesia tópica/local</b>	Tetracaína con adrenalina en lentinas e infiltración con Bupivacaína 0.25% o Lidocaína 2% con Epinefrina
<b>Antibiótico</b>	No por sistema, solo en casos especiales

Figura 5: Descripción conceptos 2

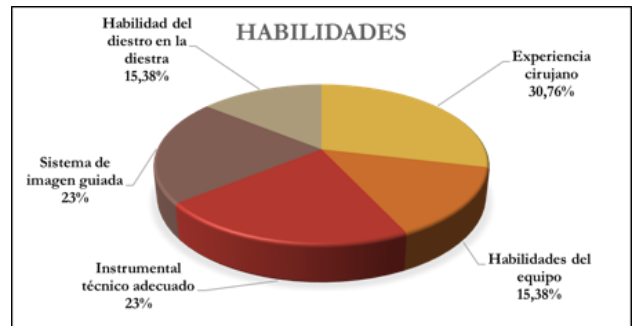


Figura 6: Intervenciones seguras HABILIDADES

<b>El diestro en la diestra</b>	Habilidad del cirujano diestro para trabajar en la fosa nasal derecha
<b>Imagen guiada</b>	Sistema de visualización anatómica por TAC o Resonancia Magnética <i>in vivo</i> durante la intervención

Figura 7: Descripción conceptos 3



Figura 8: Intervenciones seguras CUIDADOS PREVIOS

Meatoscopia	Visualización ambulatoria previa para comprobar la permeabilidad de las fosas nasales
Ingreso	Ingreso postquirúrgico del paciente para controlar aparición de eventos
Anamnesis precisa	Incluyendo antiagregantes, capacidad visual y olfativa, entre otros aspectos

Figura 9: Descripción conceptos 4



Figura 10: CUIDADOS INTRAOPERATORIOS

Cuidados luz fría	No apoyar el extremo del endoscopio sobre el paciente, enfriar irrigando suero fisiológico
Taponamiento hipofaríngeo sí	1 estudio indica específicamente el taponamiento tradicional
Taponamiento hipofaríngeo no	Nos encontramos dos estudios en los que no se recomienda el taponamiento pues no evita náuseas ni vómitos posteriores, y provocan dolor

Figura 11: Descripción conceptos 5

A partir de los resultados, empezamos a definir aquellas intervenciones encaminadas a la seguridad del paciente durante la endoscopia nasosinusal, añadiéndolas también aquellas que conocemos por nuestra propia experiencia.

**Intervenciones Cuidados Previos:**

- Anamnesis previa precisa.
- Consentimiento informado.
- Interrupción/cambio antiagregantes.
- Ingreso.
- Determinación precisa del área a tratar.

**Intervenciones Habilidades:**

- Experiencia cirujano.
- Habilidades enfermería.
- Colaboración anestesia.
- Instrumental técnico adecuado.
- Control en el uso del micromotor.
- Mascarilla laríngea (en lugar de TOT) y sin taponamiento.

**Intervenciones Cuidados Intraoperatorios:**

- Comprobación Lateralidad.
- Aspirador preparado.
- Bisturí eléctrico preparado (mono/bipolar).
- Antitrendelemburg 20-30°, con brazos pegados al cuerpo, almohadillado bajo el hueso poplíteo.
- TAC visible.
- Cuidado luz fría.
- Taponamiento hipofaríngeo cuando corresponda.
- Orientación de la pantalla a la cabeza del paciente y frente al cirujano.
- Observación de la no flotabilidad de las muestras (pólipos) extraídos en una cazoleta con suero fisiológico.
- Observación de los ojos del paciente, que deben estar visibles, destapados y protegidos con pomada ocular.

**Intervenciones Medicamentos:**

- Comprobación alergias.
- Antibioterapia si procede.
- Corticoides si procede.
- Lentinas empapadas en Tetracaína con adrenalina.
- Infiltración con Bupivacaína 0,25% con Epinefrina con aguja retrobulbar y jeringa roscada.
- H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> diluida, esponja de gelatina (Spongostan™) y/o ácido tranexámico si procede.

**CONCLUSIONES:**

El entrenamiento en las habilidades de los profesionales, la colaboración estratégica entre ORL, Enfermería y Anestesia, la toma de precauciones adecuadas, así como una buena comunicación tanto entre el equipo como con el paciente, son imprescindibles para la máxima evitación de complicaciones durante esta cirugía. La aplicación tópica e infiltración de anestésicos con epinefrina, el uso de hemostáticos y taponamientos, así como la hipotensión controlada, disminuyen el riesgo de aparición de hemorragias. La comprobación del lado a tratar (lateralidad), el mantenimiento de la postura quirúrgica del paciente (antitrendelemburg 20-30°), la prevención de quemaduras por “luz fría” del endoscopio, el recuento y vigilancia de las lentinas quirúrgicas y la previsión de coagulación eléctrica disminuye la incidencia de riesgos potenciales.



**BIBLIOGRAFÍA:**

1. Weber, Rainer K; Hosemann, Werner. Danger points, complications and medico-legal aspects in endoscopic sinus surgery. GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2013.
2. Rainer K. Weber, Werner Hosemann. [Comprehensive review on endonasal endoscopic sinus surgery](#). GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2015.
3. Shafik N. Wassef, Pete S. Batra, Samuel Barnett. [Skull Base Inverted Papilloma: A Comprehensive Review](#). ISRN Surg. 2012.
4. Chi-Tan Hu. [Anterior meatuscopy is more reliable than a sniff test for predicting nasal patency before transnasal endoscopy](#). Endosc Int Open. 2015 Dec; 3(6).
5. Marcela Fandiño C, Kristian I. Macdonald, John Lee, Ian J. Witterick. [The use of postoperative topical corticosteroids in chronic rhinosinusitis with nasal polyps: A systematic review and meta-analysis](#). Am J Rhinol Allergy. 2013 Sep-Oct; 27(5).
6. Ford D. Albritton, IV, Roy R. Casiano, Michael J. Sillers. [Feasibility of in-office endoscopic sinus surgery with balloon sinus dilation](#). Am J Rhinol Allergy. 2012 May-Jun; 26(3): 243-248.
7. Nicole Rotter. [Evidence and evidence gaps in therapies of nasal obstruction and rhinosinusitis](#). GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2016.
8. Evelijn S. Lourijsen, Corianne A. J. M. de Borgie, Marleen Vleming, Wytske J. Fokkens. [Endoscopic sinus surgery in adult patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps \(PolypESS\): study protocol for a randomised controlled trial](#). Trials. 2017.
9. Rohit Singh, Produl Hazarika, Dipak Ranjan Nayak, R. Balakrishnan, Navneeta Gangwar, Manali Hazarika. [A Comparison of Microdebrider Assisted Endoscopic Sinus Surgery and Conventional Endoscopic Sinus Surgery for Nasal Polypi](#). Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Jul; 65(3): 193-196.
10. Carl Philpott and col. [The burden of revision sinonasal surgery in the UK—data from the Chronic Rhinosinusitis Epidemiology Study \(CRES\): a cross-sectional study](#). BMJ Open. 2015; 5(4).
11. Patorn Piromchai, Pornthep Kasemsiri, Supawan Laohasiriwong, Sanguansak Thanaviratananich. [Chronic rhinosinusitis and emerging treatment options](#). Int J Gen Med. 2013; 6: 453-464.
12. P. ACHAR, S. DUVVI, B.N. KUMAR. [Endoscopic dilatation sinus surgery \(FEDS\) versus functional endoscopic sinus surgery \(FESS\) for treatment of chronic rhinosinusitis: a pilot study](#). Acta Otorhinolaryngol Ital. 2012 Oct; 32(5): 314-319.
13. Achim Beule. [Epidemiology of chronic rhinosinusitis, selected risk factors, comorbidities, and economic burden](#). GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2015.

## RESUMEN 6º CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA: UN MAR DE EVIDENCIAS

Continuando con el éxito de anteriores congresos, la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía SEECir, ha celebrado el 6º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía durante los días 31 de mayo, 1 y 2 de junio de 2017.

En esta ocasión, la Junta Directiva de SEECir, ha elegido la ciudad de Málaga, declarada Bien de

Interés Cultural, ya que pocas ciudades en el mundo presentan una superposición tan amplia de huellas del paso de civilizaciones a lo largo de los siglos. Restos fenicios, púnicos, romanos, árabes, etcétera, convierten el centro de la ciudad en un auténtico manuscrito histórico en el que conviven monumentos como el Teatro Romano, la Alcazaba, la Catedral, la Aduana, la Judería y un rico patrimonio arqueológico soterrado. El paso de diferentes culturas por esta ciudad ha servido para enriquecerla, así como el intercambio de experiencias, conocimientos e inquietudes desde diferentes puntos de vista enriquece a los profesionales de Enfermería.



El mar Mediterráneo baña las costas de esta ciudad, este ha sido uno de los factores que ha incidido de un modo más notorio en su desarrollo y evolución, lo cual nos lleva a la elección del lema: "Un Mar de Evidencias". Este encuentro significa

desarrollo y evolución mediante la transmisión de evidencia por parte de profesionales de Enfermería, y tener un efecto tan positivo como lo ha tenido el mar sobre esta maravillosa ciudad.

La sede escogida, Hacienda Nadales, invita a la reflexión, a que lo presentado en este Congreso asiente en todos y cada uno de los asistentes, de manera que sirva para incrementar la calidad de los cuidados mediante el conocimiento Científico, fundamental en el desarrollo de nuestra profesión.

Durante el evento se desarrollaron 7 mesas de ponencias, 7 mesas de comunicaciones libres y 5 seminarios.

Las mesas contaron con la participación de importantes expertos en cada una de las materias.

**La de Mesa Humanización**, fue moderada por Dña. Virginia Salinas Pérez, Doctora en Enfermería del Hospital Regional de Málaga. Y contó con la participación de:

- Dña. Cristina González del Yerro Valdés. Subdirectora General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de Madrid, quien habló del "Proyecto de Humanización en la Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid".
- Dña. Francisca Silva Molina. Trasplantada Hepática. Deportista de Juegos Mundiales de Trasplantados de Málaga, Junio 2017 quien nos mostró otro punto de vista con la ponencia "Sonríe, la Vida Está Llena de Colores".
- D. José Atienza Carrasco. Enfermero Bloque Quirúrgico Agencia Sanitaria Costa del Sol Marbella. Málaga. Quien nos mostró "El papel de Enfermería en el Comité de Ética Asistencial".

**La Mesa de Seguridad**, fue moderada por Dr. Fernando Javier Núñez Crespo, Doctor por la URJC. Enfermero de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Profesor de la Universidad San Rafael-Nebrija, Madrid y Director de la Revista SEECir- Digital. Contó con la participación de:

- Dr. Francisco Soto Arnáez. Enfermero de la Unidad de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. Máster en Cuidados Críticos por la URJC. Doctor por la URJC. Centró su ponencia en los ¿Problemas? en la Comunicación Sanitaria.
- D. Vicente Santana López. Responsable de Seguridad. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, quien ilustró sobre los avances producidos en Salud Móvil y Seguridad en Cirugía.



- Dña. Nieves Lafuente Robles, Directora de la Estrategia de Cuidados de Andalucía, que hizo una exposición de la situación actual de Especialidad, práctica avanzada o competencias avanzadas: ¿Cómo damos respuesta?

**La Mesa de Avances en Cirugía** fue moderada por Dña. Lourdes Gómez Martín Tesorero. Supervisora de Enfermería Unidad de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, y contó con:

- D. José Antonio Jerez González. Enfermero de Práctica Avanzada del Servicio de Cirugía en el Hospital Universitario de Bellvitge. Docente en la Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Barcelona. Puntos Clave para Enfermería tras Cirugía mediante TurnBull Cutait.
- D. Miguel Carlos González Perales. Enfermero del quirófano programado y localizado de urgencias de cirugía cardiovascular en el Pabellón General del Hospital Regional Universitario de Málaga. Impresión 3D en Cirugía Cardiovascular.
- D. José Manuel Ramírez Rodríguez. Profesor Asociado Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de Zaragoza y Coordinador del Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM). IMPRICA Proyecto de implantación de vía RICA.

**La Mesa de Cirugía en Pediatría** fue moderada por Dña. Ester Sánchez Muñoz. Enfermera de la Unidad de Rehabilitación Intestinal y Patología Crónica Compleja. Hospital Infantil La Paz. Máster en Salud Pública. Universidad Rey Juan Carlos. Profesora y Coordinadora de las Asignaturas de Enfermería Materno-Infantil, Cuidados Paliativos y Farmacología de la Universidad Alfonso X de Madrid. Participaron en la mesa:

- Dña. Ane Miren Andrés Moreno. Adjunta de Cirujana Pediátrica del Hospital Universitario La Paz, Madrid. Cirujana de Trasplantes Digestivos Pediátricos. Profesora Asociada de Anatomía en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Cirugía Pediátrica, ¿Qué Operamos?
- Dña. Ana Martínez Cano. Enfermera Pediátrica de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos del Hospital General Universitario de Castellón. El Paciente Quirúrgico Neonatal... ¿Qué peculiaridades Presenta?
- Dña. María Jesús Guijarro González. Enfermera Experta en Ostomías. Consulta de Ostomías Pediátricas. H.U. 12 de Octubre, Madrid. Ostomías en Pediatría. ¿Cómo Cuidar a Nuestros Pacientes?

**La Mesa de Investigación** fue moderada por Dña. Ángeles Morales Fernández. Supervisora del Bloque Quirúrgico en la Agencia Sanitaria Costa del Sol, Málaga, en ella participaron:



D. Antonio Zamudio Sánchez. Coordinador de Cuidados de Enfermería de Unidad de Gestión Clínica Intercentros de Oncología Médica de Málaga. Redes de Colaboración Europeas.

- Dr. D. César Hueso Montoro. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada. Investigación y Transferencia.

**La Mesa Más Avances en Cirugía** fue moderada por Dña. María Isabel Prados Herrero. Enfermera de la Consulta de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. Experta en Ostomías. En ella participaron estos ponentes:

- Dña. Carmen Díaz González. Enfermera de quirófano de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Costa del Sol. Marbella. Esofagectomía Mínimamente Invasiva.
- Dr. Juan Torres Melero. Cirujano. Responsable de la Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal. Gecop Almería. Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. Pacientes de Alto Riesgo de Desarrollar Carcinomatosis Peritoneal. Opciones Terapéuticas.
- Dr. Fernando Pereira Pérez. Jefe de Servicio Cirugía del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Complicaciones / Efectos Adversos en Cirugía.



**La Mesa Generando Evidencia en Cuidados Perioperatorios** fue moderada por Dña. Alejandra Mera Soto. Enfermera estomaterapeuta y Enfermera quirúrgica instrumentista. Hospital Vithas Parque San Antonio. Málaga. Contó con la participación de:

- D. Manuel Vergara Romero. Responsable unidad de enfermería Bloque quirúrgico. Hospital Costa del Sol. Marbella. Validación de la versión española del "Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scales" para la evaluación de la ansiedad preoperatoria.



- Dña. Purificación Alcalá Gutiérrez. Responsable de las unidades de enfermería: cirugía general y digestiva y traumatología. Hospital Costa del Sol. Marbella. Guías de Práctica Clínica e intervenciones de enfermería en el cuidado del paciente ostomizado: Impacto en su calidad de vida.
- Dña. Ana Belén Moya Suárez. Responsable de Unidad de Enfermería. Agencia Sanitaria Costa del Sol de Marbella. Variabilidad de la Práctica Clínica Enfermera en el Cuidado de Heridas.

El congreso se cerró con la **Mesa Visualización de Enfermería en la Sociedad** que fue moderada por D. José Antonio Jerez González. Enfermero de Práctica Avanzada del servicio de cirugía en el Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. Docente en la Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Barcelona. En la mesa, tipo coloquio participaron:

- Dr. Miguel Muñoz-Cruzado y Barba. Enfermero y Fisioterapeuta. Presidente de la Asociación Española de Comunicación Sanitaria. Profesor en



Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga. La Enfermería en la Sociedad. Perspectiva de un Enfermero Jubilado.

D. José Luis Gutiérrez Sequera. Director Gerente del Hospital Univer-

sitario Campus de la Salud. El Camaleón que Quiso Ser Visible.

- Dña. Zulema Gancedo González. Enfermera. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. La Visibilización de la Enfermera: Una Necesidad Profesional y un Imperativo Social.

A lo largo del congreso se desarrollaron los siguientes talleres, que contaron con una gran aceptación y participación de los asistentes.

- Seminario de Estomas Pediátricos, impartido por Dña. Ester Sánchez Muñoz.
- Seminario “Ostomecum. Guía Farmacológica de absorción del medicamento en el paciente ostomizado” Impartido por Dña. Edurne Aguirre Erro. Enfermera Estomaterapeuta y Supervisora de la Unidad de Cirugía Gral. y Urología. H. San Eloy, O.S.I. Barakaldo-Sestao, Bizkaia. Dña.

Antonia Gil Molano. Enfermera de Hospitalización Cirugía General y Digestiva. Estomaterapeuta. H. U. de Móstoles. Móstoles. Madrid. Dña. Inés Naranjo Peña. Enfermera estoma terapeuta. Consulta de Cirugía General y Digestivo. H. U. Infanta Cristina. Dña. M<sup>a</sup> Nélida Puga Álvarez. Enfermera Estoma terapeuta de la Consulta Externa de Cirugía General y Digestiva H. U. del Sureste. Arganda del Rey. Madrid.

- Seminario "El impacto de la enfermería especializada en la atención al paciente ostomizado: Análisis coste-efectividad". Dña. Silvina Cancio López. Directora Instituto Antae Instituto de Psicología Aplicada y Counselling.
- Seminario “Maquillaje Terapéutico” D. Jan Millastre. Presidente de la Asociación de Afectados por Quemaduras, KREAMICS Dña. Carmen Martín de Aguilera. Enfermera, vocal por Navarra de ANEDIDIC.



El congreso contó con un importante número de comunicaciones orales y presentaciones tipo poster. Tras la deliberación del Comité Científico fueron premiados, con el patrocinio del Colegio Oficial de Enfermería de Málaga la comunicación “Experiencia quirúrgica del paciente y su familia: Grupo Focal” y el póster “Tríptico informativo para mejorar el control del dolor agudo en el postoperatorio”.



Título	Autores	Centro	Premio
Tríptico informativo para mejorar el control del dolor agudo en el postoperatorio	Morales Boiza, Noelia*; Linaza Arriola, Miren Bittore*; García Guevara, Nieves*; Izquierdo García, María Jesús*; Uriarte Diaz, Ana; Rodríguez Molinuevo, Ascensión	Hospital Universitario Basurto	Premio Mejor Póster otorgado por el comité científico.
EXPERIENCIA QUIRURGICA DEL PACIENTE Y SU FAMILIA: GRUPO FOCAL	M <sup>a</sup> José González Rubio, M <sup>a</sup> Carmen Estrade Badillo, Encarnación Ubago Palma, Ana Torreblanca Mora, M <sup>a</sup> José Vegas Villa, Miriam Romero Ruiz, José Berjillo Fernández.	Hospital de Antequera	Premio Mejor Comunicación

También se entregó el premio a mejor poster por decisión de los congresistas.

Título	Autores	Centro	Campo
Tengo una ostomía. ¿Y AHORA QUÉ?	Paulsen Radbil, Carlota; Vicente Fuentes, Paula; Herrero Díez, Sara; Mateos García, Beatriz.	Complejo Asistencial Universitario De Salamanca (Causa).	Premio Mejor Póster Congresistas



## NORMAS DE PRESENTACIÓN

Serán publicados en **SEECir DIGITAL** los trabajos presentados a los **Congresos Nacionales de Enfermería en Cirugía** que hayan sido seleccionados por el comité editorial.

Los autores ceden los derechos de publicación a la revista científica de Enfermería **SEECir DIGITAL** desde el momento del envío voluntario de sus trabajos a la revista.

Serán publicados aquellos trabajos enviados directamente a la dirección editorial de la revista [contacto@seecir.es](mailto:contacto@seecir.es), aceptados por el comité editorial.

### Formato envío artículos:

Word, letra Times New Roman tamaño 10, máximo 5 páginas. Se pueden incluir imágenes gráficos y/o tablas ilustrativas. (Referenciar el orden en el texto) Abstenerse de insertar notas a pie de páginas. *Corrección alfabética y de estilo a cargo de los autores.*

### Estructura de presentación Artículo científico:

#### 1. Título y Autor/res

Título completo del trabajo escrito en forma clara y precisa, seguido de la lista de autores con sus nombres y apellidos completos en el orden en que deberán figurar en la publicación. A cada autor se le especificarán sus títulos académicos y el nombre completo del centro de trabajo si desean referenciarlo. E-mail de contacto del autor principal para publicación.

#### 2. Resumen y palabras clave

Se presentará un resumen con un máximo de 150 palabras. El resumen debe incluir el objetivo del trabajo, los materiales y métodos utilizados, los principales hallazgos/resultados y una aproximación a las conclusiones a las que se ha llegado o plantear una discusión.

Es necesario destacar de tres a seis palabras clave que permitan identificar el tema del artículo.



### 3. Metodología:

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

- **Introducción.** Debe incluir el propósito del trabajo y algunos antecedentes que fundamenten el Trabajo presentado.
- **Material y métodos.** En esta sección se incluirán los procedimientos de selección de los recursos utilizados (R. Humanos, R. Materiales). Deben describirse los métodos, equipo y procedimientos con suficiente detalle. Los fármacos y productos químicos utilizados, deben ser referenciados incluyendo sus nombres genéricos, dosis y vías de administración. Los procedimientos.
- **Resultados.** Los resultados se presentarán siguiendo una secuencia lógica tanto en el texto como en los cuadros y figuras. Los datos consignados en los cuadros y figuras no deberán repetirse en el texto, en el texto sólo se comentarán o resumirán las observaciones más importantes. El número total de cuadros y figuras no deberá ser mayor al 50 por ciento del número de páginas del texto.
- **Conclusiones.** Qué se obtiene a la vista de los resultados.
- **Discusión.** En esta sección se hace énfasis en los aspectos más novedosos e importantes del trabajo y se presentan las conclusiones. Los datos ya presentados en la sección de resultados deben comentarse aquí en forma resumida. Los resultados suelen compararse aquí con resultados de otros trabajos similares. Deben evitarse afirmaciones y conclusiones no fundamentadas
- **Agradecimientos.** Los agradecimientos sólo deben aplicarse a aquellas personas que hayan hecho contribuciones sustanciales al trabajo presentado.
- **Referencias bibliográficas** Normas Vancouver o APA, indicadas en el texto.

Para los restantes artículos (procedimientos, experiencias, protocolos, opinión o reflexión) la estructura será más flexible

Las fotografías deben ser originales, formato jpg, e irán referenciadas en el texto y con pie de foto en el caso de ser imprescindible para la comprensión del mismo. SEECir declina cualquier responsabilidad de la no veracidad de la fuente bibliográfica expresada por el autor y en el caso de que estén protegidas por derechos de autor.

Los juicios y opiniones vertidas en los artículos serán de los autores, por lo que la Dirección de SEECir DIGITAL, declina cualquier responsabilidad sobre dicho material.



se



seecir

sociedad española  
de enfermería en cirugía

## **HAZTE SOCIO**

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

Descuentos en Congresos y Actividades SEECir

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

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

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

Acceso a Recursos de Salusplay y Becas en Masters

Descuento de un 50% en los Cursos de FORMALVIZ

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

