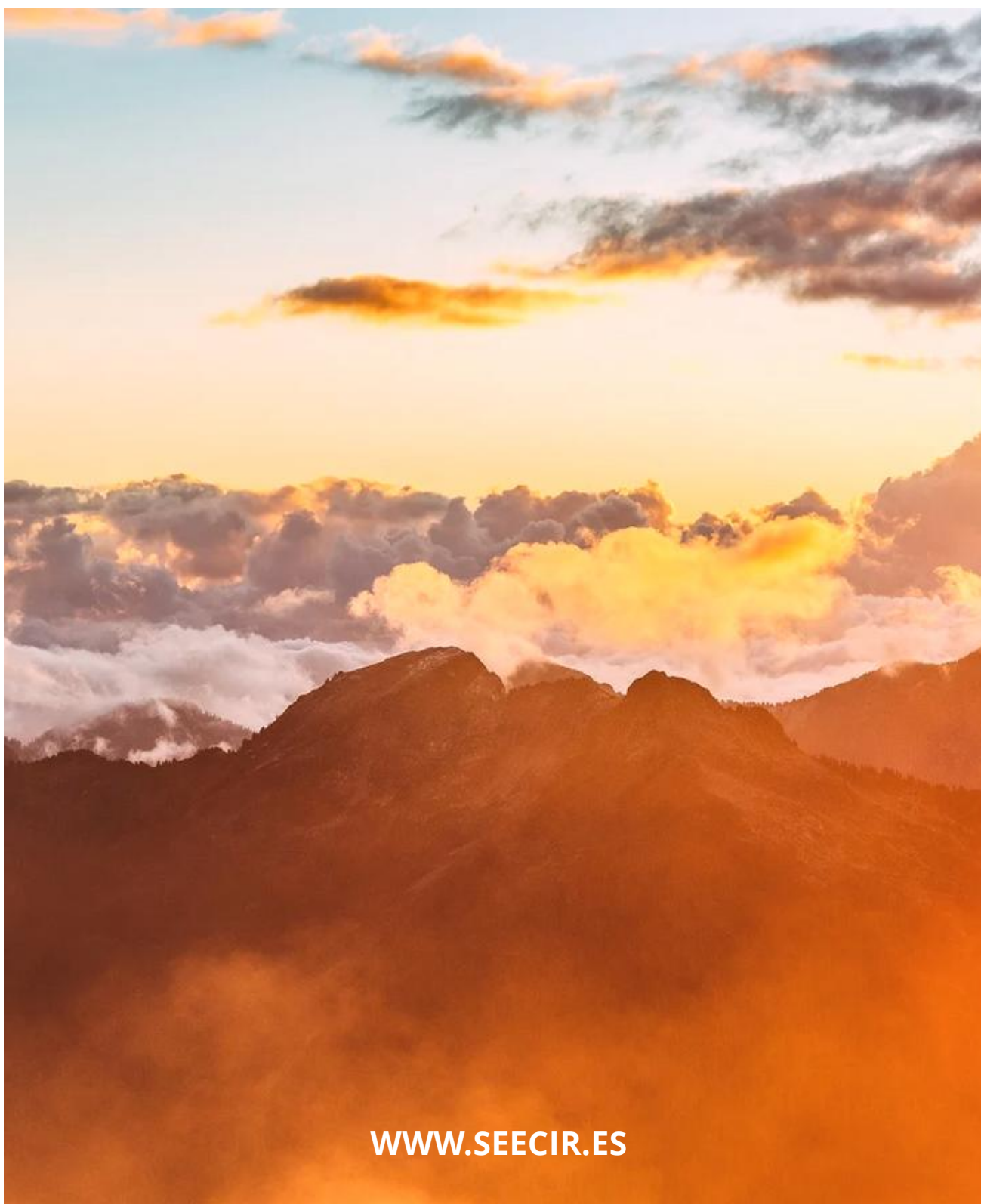


SEECIR DIGITAL

VOL.17

OCTUBRE 2025



ISSN: 2341-0957

WWW.SEECIR.ES

ÍNDICE

3 EQUIPO EDITORIAL

Revista SEECir Digital

5 ARTÍCULO 1

Traqueostomía: Postoperatorio Inmediato, ¿Una Única Técnica Y Actuación De Enfermería?

12 ARTÍCULO 2

Actuación Enfermera en el Tratamiento Multidisciplinar de una Lesión Cutánea Relacionada Con la Dependencia (LCRD): Técnicas Convencionales y Terapia de Presión Negativa

16 ARTÍCULO 3

Intubación en Pacientes con Situs Inversus Totalis: Guía para una Abordaje Seguro

22 ARTÍCULO 04

Plan de Cuidados Enfermeros a los Pacientes Intervenido de una Pancreatectomía Distal

37 NORMATIVA

Presentación de Artículos Científicos

44 HAZTE SOCIO

www.seecir.es

EQUIPO EDITORIAL

DIRECCIÓN:

Moldes Moro, Regina María

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Alfonso X El Sabio. Diplomada en Enfermería, Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesora de grado y de postgrado, Universidad Alfonso X El Sabio.

COMITÉ EDITORIAL:

Espín Faba, José Antonio

Doctor en Ciencias de la Salud por la Universidad Alfonso X el Sabio. Diplomado en Enfermería. Supervisor Unidad de Críticos, Hospital Clínico San Carlos. Profesor pregrado y postgrado Universidad Alfonso X el Sabio.

Jardón Huete, Clara

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

Núñez Crespo, Fernando

Doctor por la Universidad Rey Juan Carlos. Diplomado en Enfermería. Unidad de Reanimación. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesor Universidad San Rafael Nebrija, Madrid.

Soto Arnáez, Francisco

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

Torres González, Juan Ignacio

Doctor por la Universidad Complutense de Madrid. Diplomado en Enfermería.

Coordinador de Trasplantes H.U. Clínico San Carlos. Colaborador del Departamento de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid. Revisor de la revista Enfermería Intensiva. Miembro del CC de la SEEIUC.

Moreno-Arroyo, Mª Carmen

Personal Docente-Investigador de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Directora del Máster en cuidados enfermeros al Paciente crítico de la Universidad de Barcelona. Miembro de la Junta Directiva de la SEEIUC. Revisora de la revista de Enfermería Intensiva. Miembro del Nursing Research Group GRIN-IDIBELL.

Hidalgo Blanco, Miguel Ángel

Personal Docente-Investigador de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Director del Máster en Cuidados enfermeros al Paciente crítico de la Universidad de Barcelona (Semipresencial). Director del Máster en intervenciones enfermeras al Paciente complejo de la Universidad de Barcelona (Semipresencial). Miembro del Nursing Research Group GRIN-IDIBELL.

Lendínez Mesa, Alejandro

Enfermero. Doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Europea de Madrid. Jefe de Estudios Grado en Enfermería y del Máster de Urgencias y Emergencias en Universidad Alfonso X el Sabio. Experto en Urgencias y Emergencias y Máster en Cuidados Paliativos. Ha desarrollado su actividad profesional en la Unidad de Neuror rehabilitación de la Fundación Instituto San José, en Atención Primaria del SERMAS y servicios de urgencias extrahospitalarios. Coordinador del grupo de estudio de Neuror rehabilitación de SEDENE y vicepresidente de la misma.

Muñoz González, Estela

Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Alfonso X El Sabio. Máster en Metodología de la Investigación y Licenciada en Psicología. Supervisora de Unidad de Enfermería en el Hospital Guadarrama y profesora/coordinadora a tiempo parcial del Grado de Enfermería y Máster de urgencias y emergencias en la UAX. Líder de la candidatura a los Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados de la RNAO en el Hospital Guadarrama.

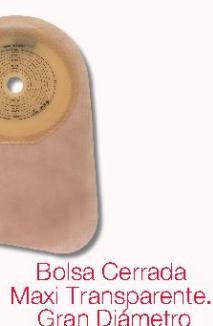
Soluciones en ostomía desde el primer día

Productos Hollister para la estancia hospitalaria

Dispositivos de 1 pieza



Bolsa Cerrada
Maxi Transparente



Bolsa Cerrada
Maxi Transparente.
Gran Diámetro



Bolsa Abierta
Maxi Transparente

Bolsa Abierta
Maxi Transparente.
Gran Diámetro



Bolsa Urostomía
transparente

Dispositivos de 2 piezas



Bolsa Cerrada
Maxi Transparente



Bolsa Abierta Maxi
Transparente



Bolsa Urostomía
transparente



CeraPlus™ Lámina*
Plana con Borde
Adhesivo



CeraPlus™
Convexa con
Borde Adhesivo

CeraPlus™
Convexidad Suave
con Borde Adhesivo



Convexa
Estándar

Plana
Estándar

Accesorios



Anillos CeraRing™
Barrera planos



Anillos CeraRing™
Barrera convexos



Anillos CeraPlus™
Semicirculares



Quitaadhesivo



Polvo Adapt



Cinturón ostomía



Accede al **Catálogo Electrónico** y descubre el resto de soluciones en ostomía



Centro de Aprendizaje de Ostomía. Educación y Recursos para la vida con una ostomía

☞ Productos de Ostomía CeraPlus™ infundidos con ceramidas

Antes de su uso, asegúrese de leer las instrucciones de uso, para información relativa a Indicaciones de Uso, Contraindicaciones, Advertencias, Precauciones e Instrucciones.

El logo de Hollister, CeraPlus, CeraRing, y Adapt son marcas registradas de Hollister Incorporated ©Hollister España 2025



*Las láminas CeraPlus contienen la tecnología Remois de Alcare Co., Ltd.

Hollister Ibérica S.A.
Avenida de Bruselas 13, 2ºD
28108 Alcobendas (Madrid)
Tel.: 91 383 87 27

www.hollister.es

TRAQUEOSTOMÍA: POSTOPERATORIO INMEDIATO, ¿UNA ÚNICA TÉCNICA Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA?

AUTORES: García García, Enrique * (enrique.garcia.garcia@salud.madrid.org); Burguez Bargados, Izaskun *; Santos Díaz, Rosa Isabel *; Caballero Perea, Adela María **; Gamonal Arroyo, Alicia ***; Martín Sanchez, Laura ****

* Enfermera en el Servicio de Reanimación, Hospital Universitario de Fuenlabrada. **Enfermera en el Servicio de Consultas Externas del Hospital Universitario de Fuenlabrada. *** Supervisora del Servicio de Reanimación del Hospital Universitario de Fuenlabrada. **** Enfermera en el Centro de Salud "La princesa", Móstoles.

RESUMEN

La enfermería encargada del postoperatorio inmediato aplica sus cuidados a los pacientes a los que se ha realizado determinadas intervenciones quirúrgicas. Este trabajo se ve reforzado normalizando y protocolizando nuestras acciones según el tipo de intervención. Existen casos especiales, como la realización de una traqueostomía, que presenta diferentes indicaciones, objetivos y cuidados derivados.

La traqueostomía como intervención quirúrgica, tiene distintas indicaciones, tipos de pacientes, técnicas, profesionales y áreas hospitalarias donde se realizan. Todas estas características diferenciadoras hacen que los distintos pacientes presenten distintas necesidades y cuidados de enfermería.

Nuestro objetivo es analizar las diferencias de las que derivarán distintos cuidados de enfermería.

En una primera fase recogemos nuestra experiencia personal acumulada tras años de trabajo en distintas áreas hospitalarias (UCI, Reanimación y Hospitalización). En la segunda fase se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos y plataformas online de Pubmed, Cuiden, dialnet y Scielo, de artículos de cinco años, ampliando a 15 años.

Como conclusión, podemos decir que la realización de una traqueostomía no es una técnica única que deriva en unos cuidados de enfermería estándar.

PALABRAS CLAVE

Traqueostomía, Laringectomía, Atención de enfermería, Comunicación no verbal, Complicaciones posoperatorias.

ABSTRAT

The nursing staff responsible for immediate postoperative care provides their services to patients who have undergone specific surgical interventions. This work is reinforced by standardizing and protocolizing our actions according to the type of intervention. There are special cases, such as the performance of a tracheostomy, which presents different indications, objectives, and derived care.

Tracheostomy, as a surgical intervention, has various indications, types of patients, techniques, professionals, and hospital areas where it is performed. All these differentiating characteristics mean that different patients have different needs and nursing care.

Our objective is to analyze the differences from which different nursing care will derive.

In the first phase, we collect our personal experience accumulated over years of work in different hospital areas (ICU, Recovery, and Hospitalization). In the second phase, a bibliographic review is carried out in databases and online platforms such as Pubmed, Cuiden, Dialnet, and Scielo, initially covering articles from the last five years, later extending to 15 years.

Based on this analysis, we can conclude that performing a tracheostomy is not a uniform technique that results in standard nursing care.

KEY WORDS

Tracheostomy, Laryngectomy, Primary Care Nursing, Nonverbal Communication, Postoperative Complications.

INTRODUCCIÓN

El postoperatorio inmediato abarca desde el fin de la técnica quirúrgica, hasta las primeras 24 horas o su llegada a la planta de hospitalización. Durante este periodo son claves las acciones de enfermería dirigidas a eliminar el dolor, garantizar la seguridad del paciente, detectar y solucionar posibles problemas secundarios a las técnicas quirúrgicas realizadas.

Este postoperatorio inmediato se realiza en la Unidad de Reanimación o en la Unidad de Cuidados Intensivos, pudiendo darse tanto en pacientes quirúrgicos como críticos, cada uno con sus características propias.

Dejando de lado las características individuales de cada paciente, cada técnica presenta posibles complicaciones y cuidados derivados. Además, cada tipo de paciente tiene unas necesidades inherentes a su situación de salud.

Hay un caso especial: la traqueostomía. Consiste en la realización de una abertura a través del cuello, dentro de la tráquea y con diversos propósitos. Se realiza en quirófano o en la UCI/Reanimación por el intensivista, otorrinolaringólogo o cirujano. Se realiza tanto a pacientes quirúrgicos como críticos, cada uno con sus indicaciones propias.

Por tanto, esta técnica no tiene un carácter único, lo que favorece la variabilidad de la práctica clínica de la enfermería implicada en sus cuidados. Según J. F. Fernández-de-Maya y M. Richard Martínez "la variabilidad injustificada supone problemas de calidad en la atención sanitaria" y marcan como una de las acciones recomendadas para evitar este problema "poner en evidencia la variabilidad en un procedimiento o la existencia de vacíos de conocimiento sobre sus resultados" ¹.

Los cuidados de la traqueostomía en el postoperatorio inmediato, se incluyen en los protocolos de recuperación precoz, consiguiendo reducir la incidencia de complicaciones quirúrgicas, los días de estancia hospitalaria y los costes en distintas disciplinas quirúrgicas ².

La prevalencia es muy variable según los servicios de reanimación, con cifras del 5-24 % e incluso del 54 % en función de la especificidad del servicio ³.

En este artículo nos centraremos en los distintos tipos de traqueostomías, en sus posibles complicaciones y evaluación de fuentes de información secundarias, siempre bajo una visión enfermera.

TIPOS DE TRAQUEOSTOMÍAS

La primera duda siempre surge con el término en cuestión, ¿traqueotomía o traqueostomía? Según Sánchez-Gómez, S ⁴: “La traqueotomía identifica estrictamente el procedimiento quirúrgico de realización de una apertura en la cara anterior de la tráquea. La traqueostomía, en cambio, identifica la realización de un orificio que comunica la tráquea con el exterior e implica una modificación del tracto aéreo superior al proporcionar una entrada adicional de la vía respiratoria.”

Quedando claro que nos referimos a traqueostomías, existen diferentes tipos. En la bibliografía nos encontramos diferentes clasificaciones:

- Según el tiempo de permanencia: temporal o permanente ⁴.
- Según el tipo de procedimiento: traqueostomía abierta o percutánea.

Estas clasificaciones se quedan cortas para nuestro estudio. Debemos tener en cuenta que todas las percutáneas son temporales, pero las abiertas pueden ser temporales o permanentes. No todas las traqueostomías permanentes son irreversibles (en determinados tumores, con el tiempo, se realiza una reconstrucción). En la laringectomía total, la traqueostomía es la única vía de entrada al tracto aéreo.

Por todo ello, para hablar de tipos de traqueostomías en este artículo, las clasificaremos según la técnica quirúrgica:

- Traqueostomías quirúrgicas abiertas. Se realizan mediante la incisión y disección de los tejidos pretraqueales y pueden ser temporales o permanentes.
- Traqueostomías percutáneas. Se realizan mediante la introducción de la cánula traqueal por disección roma de los tejidos y siempre son temporales ⁵.
- Traqueostomías definitivas. En ellas, el traqueostoma será la única vía de acceso a la vía aérea del paciente. Siempre tienen carácter permanente y también son quirúrgicas abiertas. Se realizan en caso de determinadas cirugías de cuello que precisan aislamiento total de la vía aérea. Indicada en cánceres avanzados de laringe e hipofaringe, recurrencias tras quimio-radioterapia y, ocasionalmente, en aspiraciones intratables y cáncer avanzado de tiroides con invasión de la laringe ⁶.

Y según el tipo de paciente (independientemente de que el postoperatorio inmediato se realice en UCI o Reanimación):

- Paciente quirúrgico. Aquel paciente al que se le realiza la traqueostomía por indicación quirúrgica. Podrá ser con traqueostomía abierta o definitiva.

Paciente crítico. Aquel paciente al que se le realiza la traqueostomía por destete prolongado e ingreso de larga estancia. Podrá ser con traqueostomía percutánea o abierta. Puede favorecer el destete (controversia en los diferentes estudios), la comodidad del paciente (sin controversia) y proteger las estructuras laríngeas ⁷.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo principal de este estudio es analizar cuáles son las complicaciones, cuidados y necesidades que presentan diferencias según la técnica empleada y el tipo de paciente.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible en las bases de datos y plataformas online de Pubmed, Cuiden, dialnet y Scielo, de artículos de cinco años en principio, ampliando posteriormente a 15 años.

RESULTADOS

Una vez realizado el análisis de la citada revisión bibliográfica y teniendo como base los distintos tipos de técnicas y pacientes encontrados, hemos obtenido resultados en los siguientes aspectos:

- Complicaciones.
- Cuidados.
- Necesidades.

COMPLICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA Y PACIENTE

El estudio de las posibles complicaciones de una técnica es una buena base de partida para realizar la recogida de datos para la realización de un protocolo de enfermería. Estas se dan en el 8-30% de los pacientes en estudio, interfiriendo en ello la técnica utilizada o el momento de aparición (precoces o tardías) ³.

En el caso de la laringectomía total (traqueostomía definitiva), las complicaciones en el postoperatorio inmediato incluyen obstrucción de la cánula, hemorragia, enfisema subcutáneo, neumotórax, fístula traqueoesofágica o lesión del nervio recurrente ⁶.

• DOLOR

Es muy difícil valorar el dolor que presentan los pacientes por esta técnica. En el paciente crítico, la presencia de déficit neurológico, inducido o patológico, impide la correcta valoración y registro de este dato. En el quirúrgico, la presencia de analgesia endovenosa para el control del dolor de la cirugía, produce el mismo efecto en el registro.

En el caso de la traqueostomía abierta por obstrucción, en un estudio del dolor que presentaban nuestros pacientes en el 2022, obtuvimos solo 5 casos, que presentaban un EVA máximo de 3 (obviamente no es una muestra representativa).

- **RIESGO DE SANGRADO**

Entre el 5-10% de las traqueostomías percutáneas y abiertas se complican con una hemorragia significativa ³, sin encontrar grandes diferencias entre ambas técnicas ^{8,9}.

En el paciente quirúrgico con cirugía de cuello y cabeza el riesgo de sangrado propio de la traqueostomía, aumenta por el riesgo propio de la cirugía ¹⁰: gran vascularización cervicofacial y presencia de grandes vasos. La presencia de traqueostomía, puede ayudar a preservar la permeabilidad de la vía aérea en caso de sangrado por vía aérea ⁸.

- **OBSTRUCCIÓN DE LA CÁNULA**

La permeabilidad de la vía aérea en el postoperatorio inmediato en cirugía de cuello y cabeza se considera un objetivo vital ². La obstrucción de la cánula traqueal puede relacionarse con tapones mucosos, sanguinolentos o sangrado activo.

Existen discrepancias en la comparación entre la técnica percutánea y la abierta. Mientras unos autores relacionan la técnica percutánea con una mayor tendencia a la obstrucción⁸, en la revisión de Cochrane Library ⁹ no encuentran diferencias.

Debemos tener en cuenta que la técnica percutánea no se realiza en el paciente quirúrgico y que, en el crítico, la traqueostomía se hace principalmente por destete prolongado, lo que aumenta la presencia de infecciones respiratorias, alteraciones de la mucosidad, etc.

En el caso de la laringectomía total (traqueostomía definitiva) el uso de medios de humidificación de las secreciones, se considera una parte muy importante de los cuidados de enfermería ¹¹.

La obstrucción de la cánula de traqueostomía, supone el sellado de la vía aérea, dando lugar a una situación de extrema urgencia ². Esto realza la importancia de los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato.

- **DECANULACIÓN ACCIDENTAL**

Decanulaciones accidentales en el postoperatorio inmediato, particularmente en pacientes con mala reserva subyacente, obstrucción de las vías respiratorias proximales o anatomía anormal del cuello, pueden ser fuentes de mortalidad significativa ¹⁰.

La salida accidental de la cánula traqueal puede deberse a manipulación accidental por parte del profesional/paciente o al estado de agitación del paciente. Algunos autores relacionan la técnica percutánea con mayor frecuencia de decanulaciones⁸. Esto puede explicarse a la mayor presencia de delirio o síndrome confusional agudo, presente en el 40-80% de los pacientes críticos ¹² y que esta técnica solo se realiza en estos pacientes críticos. Otros autores, en cambio, no encuentran diferencias ⁹.

Otro factor importante es la presencia de sedación y dependencia de ventilación mecánica (VM) en el paciente crítico, lo que aumenta de forma vital la dependencia de la traqueostomía por parte del paciente.

CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA SEGÚN EL TIPO DE TÉCNICA Y PACIENTE

- **MANEJO DE SECRECIONES**

La indicación de realizar una traqueostomía al paciente crítico, suele ser la presencia del destete prolongado. Encontramos un paciente con problemas respiratorios, infecciones, problemas neuromusculares, bajo efecto de la sedación, etc. Todo ello provoca que la presencia de secreciones y los problemas asociados a su manejo, sean una constante en estos pacientes, antes y después de la realización de la traqueostomía.

El paciente quirúrgico no suele presentar problemas respiratorios previos, ya que la presencia de infección respiratoria contraindica la realización de la cirugía, salvo en casos de urgencia. En pacientes fumadores o con EPOC podemos encontrar mayor presencia de secreciones.

- **CAMBIO DE CÁNULA/ RECANULACIÓN**

El primer cambio de cánula se suele realizar a las 24 h, revisando el estado del estoma.

Se debe tener en cuenta que el cambio de cánula / recanulación puede presentar complicaciones como la creación de una falsa vía o la hemorragia. En el caso de la técnica percutánea, el estoma estará dilatado, manteniendo cierta tendencia a cerrarse, por lo que la recanulación puede ser mucho más problemática ².

Otro aspecto a tener en cuenta en el caso del paciente crítico, es la posible dependencia de la VM, lo que implica que el cambio de cánula o recanulación en caso de decanulación accidental, ha de hacerse de forma rápida y eficaz, aumentando con la dependencia ventilatoria del paciente.

- **TIPO DE CÁNULA Y NEUMOTAPONAMIENTO**

Normalmente, el tipo de cánula traqueal usado será el no fenestrado, debido a que el objetivo de su realización es aislar la vía aérea, ya sea por necesidad de VM (paciente crítico) o por causa quirúrgica. En determinados casos se puede dejar una cánula fenestrada, inicialmente con camisa interna no fenestrada, como en el caso del paciente crítico que se prevea un avance importante de su situación respiratoria o en el quirúrgico al que se haya realizado por obstrucción.

El neumotaponamiento se mantendrá inicialmente inflado por la necesidad de aislar la vía aérea. En el caso quirúrgico, por la cirugía realizada (riesgo de neumonía por aspiración de sangrado, drenaje de líquidos...) y en el caso del crítico se añade la necesidad de evitar fugas aéreas provocadas por la VM.

La presión de inflado no debe ser inferior a 20 cmH₂O (incluido en las medidas de control de la neumonía asociada a ventilación) ni superior a 30 cmH₂O para evitar lesiones en la mucosa traqueal ¹³.

En determinados casos en los que la necesidad de aislar la vía aérea inferior es menor, como en los casos de cirugía por obstrucción o si el paciente presenta intolerancia al neumotaponamiento, la presión de inflado puede ser menor para mejorar el confort del paciente.

- **CABECERO ELEVADO**

Colocar al paciente en fowler alto (45°) es una de las medidas indicadas para evitar la neumonía asociada a ventilación (programa Neumonía Zero) o por broncoaspiración.

En el caso particular de cirugía reconstructiva con colgajos, además, se recomienda mantener una posición de cabeza neutra para evitar el compromiso vascular ².

NECESIDADES DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA SEGÚN EL TIPO Y PACIENTE

- **APOYO PSICOLÓGICO / NECESIDAD DE INFORMACIÓN**

En este campo cobra importancia la situación previa del paciente, encontrando diferencias entre el quirúrgico y el crítico. En ambos casos es imprescindible añadir las necesidades de los familiares.

En el paciente crítico, la realización de la traqueostomía forma parte de la evolución del tratamiento y se realiza buscando unos objetivos como la mejoría de la comodidad, seguridad o higiene del paciente. Además, su carácter es siempre temporal. Es frecuente encontrarnos con algún grado de déficit neurológico (inducido o patológico) que complicará o impedirá la asimilación de esta información por el paciente.

En el paciente quirúrgico, la traqueostomía forma parte del tratamiento (ya sea permanente o temporal) y precisa de una información y educación sanitaria previa, dirigida al paciente y familiares. Esta técnica conlleva cambios como en la capacidad de comunicación o autoimagen, que requiere conocimientos previos y nuevos cuidados y autocuidados posteriores. Es de vital importancia ofrecer información antes de la intervención quirúrgica, sobre el postoperatorio inmediato y el proceso de recuperación ¹⁴, ⁶. Estos cambios para el paciente y familiares, serán más relevantes en el caso de la traqueostomía definitiva.

- **NUTRICIÓN**

En todos los casos, la nutrición se considera un factor clave en su evolución. Hay que distinguir entre los pacientes críticos y quirúrgicos, que presentan diferencias tanto en antes como después de la intervención.

En el paciente crítico la nutrición es uno de los pilares básicos del tratamiento. De preferencia la enteral frente a la parenteral por sus ventajas para el paciente. Previo a la técnica, si el paciente presenta nutrición parenteral, solo debemos vigilar el vaciamiento gástrico con la colocación de la sonda nasogástrica a bolsa. En caso de tener nutrición enteral, se debe suspender 4-8 h antes y poner la sonda nasogástrica a bolsa de 30 a 60 minutos antes ¹⁵. En ambos casos, ante la duda del correcto vaciamiento gástrico, podemos realizar la aspiración del contenido gástrico.

El reinicio de la nutrición enteral puede ser rápido (1h) y siempre colocando al paciente en Fowler alto para evitar broncoaspiraciones.

En el paciente quirúrgico la intervención siempre se realizará en ayunas, para evitar la broncoaspiración y la neumonía posterior (salvo casos de urgencias). Cada vez se da mayor importancia al comienzo precoz de la nutrición del paciente quirúrgico. La nutrición enteral se puede reiniciar a las pocas horas de su realización (4 - 6 h) ¹⁵. Si la causa de la traqueostomía ha sido obstructiva se podrá realizar por vía oral y a las pocas horas de la intervención. Si la causa ha sido quirúrgica, la forma más común será la alimentación por SNG y se reiniciará a las 24-36 h ¹¹.

- **COMODIDAD**

La realización de una traqueotomía puede ser un factor de estrés añadido en el proceso del paciente. Pero hay claras diferencias entre el paciente quirúrgico y crítico. En el caso del paciente crítico sí existe una influencia real sobre la comodidad, ya que la presencia anterior de un tubo en la boca o nariz, supone un factor mucho más estresante ³, por lo que existe una mejoría clara en la comodidad del paciente.

En cambio, en el paciente quirúrgico, la comodidad se verá afectada al aparecer un nuevo dispositivo que antes no tenía.

- **SEDACIÓN**

En el caso del paciente quirúrgico, el paciente no presentará sedación a su salida del quirófano (salvo causas puntuales), realizando el despertar igual que cualquier otro paciente. En el caso del crítico, puede ser que, por el proceso de su enfermedad, antes de la realización de la traqueostomía estuviera sedado. De estarlo, no se debe olvidar los cuidados de enfermería relacionados. De no estarlo, la retirada de la sedación puede ser más lenta, incluso sin necesidad de revertir la sedación como en el quirúrgico.

- **VENTILACIÓN MECÁNICA**

Igual que en el caso de la sedación, el paciente quirúrgico no requiere ventilación mecánica de forma general, pero el crítico sí (recordemos que la principal causa de realización de la traqueostomía en el paciente crítico es el destete prolongado). En este caso, debemos asociar los cuidados de enfermería relacionados con la VM.

En el paciente crítico, el trabajo respiratorio se reduce con la realización de una traqueostomía en relación con la cánula más corta (que el tubo orotraqueal) y menor turbulencias en el flujo gaseoso ³. En el caso de que no requiera sedación, puede hacer que note menor esfuerzo inspiratorio.

Sin embargo, en el caso del quirúrgico, la reducción del calibre del tracto respiratorio (de tráquea a cánula), provoca cierta sensación de "falta de aire", que estará presente en los primeros momentos del postoperatorio inmediato del paciente. Hay que explicarles que esta sensación es normal y que cede en breve.

- **NECESIDAD DE COMUNICACIÓN**

Existen factores que limitan la comunicación entre enfermero y paciente en estos pacientes, como la presencia de sedación, ventilación mecánica o tubo orotraqueal/traqueal. Esta limitación dificulta los cuidados de enfermería ³.

Problemas psicológicos como ansiedad, miedo y depresión se asocian a dificultades de comunicación en estos pacientes. Estos pacientes, refieren sentirse impotentes y frustrados al no poder usar su voz ¹⁶.

En el caso del paciente crítico es frecuente que exista algún grado de alteración de su estado de conciencia, ya sea fisiopatológico o inducido ³. También es frecuente la presencia de polineuropatía en el 50-80% de estos pacientes ¹⁷ impidiendo técnicas de comunicación como la escritura. Por otro lado, la posible ausencia de sedación y el número de días ingresado en la unidad, proporcionan a la enfermera un rodaje previo en la comunicación “no verbal” con ese paciente. Esta comunicación “no verbal” es señalada como uno de los métodos más utilizados por los profesionales con el paciente crítico ¹⁶. También señalan otros métodos como el uso de pizarras, tablas de alfabeto, sistemas de llamada e, incluso, la presencia de familiares.

En el paciente quirúrgico, se debe realizar un trabajo previo, advirtiéndole al paciente de la imposibilidad de hablar y que su medio de comunicación de forma inmediata será la escritura ⁶.

Estudios como el mencionado por ¹⁸, dicen que el 60 % de estos pacientes quirúrgicos presentan frustración asociada a la no comunicación. Pero señala que para que esa comunicación sea eficaz, el paciente tiene que estar alerta y colaborador. La presencia de sedación, desorientación o agitación, dificulta dicha comunicación.

Un pilar básico en los cuidados enfermeros en el postoperatorio inmediato, es el control del dolor. Debemos tener en cuenta esa dificultad de comunicación en la valoración y tratamiento del dolor ¹⁹.

DISCUSIÓN

Al igual que no todos los pacientes son iguales, no todas las intervenciones conllevan los mismos cuidados o protocolos. Factores como el tipo del paciente, la indicación de la técnica o los objetivos a conseguir, pueden hacer que de una misma intervención deriven distintas complicaciones, necesidades y cuidados de enfermería.

La conclusión principal de este estudio: una misma técnica quirúrgica (traqueostomía), en un mismo Servicio (UCI o Reanimación) y momento (postoperatorio inmediato), no tienen por qué derivar en unas necesidades en el paciente únicas.

Por lo tanto, en relación con la traqueostomía, existen diferentes tipos de técnicas, indicaciones, complicaciones o necesidades derivadas y por lo tanto diferentes planes de cuidados de enfermería.

En “El Quijote” ya se menciona que la experiencia es la madre de las ciencias. Esta experiencia acumulada por nuestros años de trabajo, nos hace darnos cuenta de esas diferencias entre distintos tipos de técnicas, pacientes, indicaciones, etc

Y aquí es donde entra la enorme importancia de la Enfermería Basada en la Evidencia que nos puede ayudar a demostrar o desmentir los datos extraídos por nuestra experiencia personal.

Al final queda una pregunta en el aire: en la atención de enfermería en el postoperatorio inmediato de la traqueostomía, ¿se puede hacer un único protocolo o deben ser varios según el tipo de paciente y técnica empleada?

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-de-Maya J, Richard-Martínez M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enfermería Clínica*. marzo de 2010;20(2):114-8.
2. Alcázar Sánchez-Elvira L, Bacian Martínez S, Del Toro Gil L, Gómez Tello V. Manejo postoperatorio en UCI de cirugía de cabeza y cuello. *Medicina Intensiva*. enero de 2020;44(1):46-53.
3. Esnault P, D'Aranda E, Montcriol A, Contargyris C, Morvan JB, Rivière D, et al. Traqueotomía quirúrgica y traqueotomía percutánea en reanimación. *EMC - Anestesia-Reanimación*. mayo de 2020;46(2):1-21.
4. Sánchez-Gómez S, Molina-Fernández E, Acosta Mosquera ME, Palacios-García JM, López-Álvarez F, Juana Morondo MSD, et al. Traqueotomía versus traqueostomía, la necesidad de una aclaración lexicográfica. *Acta Otorrinolaringológica Española*. marzo de 2024;75(2):73-82.
5. Raimondi N, Vial MR, Calleja J, Quintero A, Cortés Alban A, Celis E, et al. Guías basadas en la evidencia para el uso de traqueostomía en el paciente crítico. *Medicina Intensiva*. marzo de 2017;41(2):94-115.
6. ENF-INTEG-129.pdf [Internet]. [citado 4 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.enfervalencia.org/ei/129/ENF-INTEG-129.pdf#page=78>
7. Eugenio Martínez Hurtado, Elena Olivas García, Paula Martínez Fariñas, Marta Bernardino Santos, Santiago García del Valle Manzano. Traqueotomía Percutánea en Reanimación (I): Historia, indicaciones, complicaciones. *Revista electrónica AnestesiaR*. 2012;4(4).
8. Mogedas-Vegara A, Bescós-Atín C, Gutiérrez-Santamaría J, Masià-Gridilla J, Pamias-Romero J, Sáez-Barba M. Manejo de la vía aérea en oncología de cabeza y cuello. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. octubre de 2014;36(4):164-8.
9. Brass P, Hellmich M, Ladra A, Ladra J, Wrzosek A. Percutaneous techniques versus surgical techniques for tracheostomy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2016 [citado 25 de abril de 2025];(7). Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.cd008045.pub2>
10. Panuganti BA, Weissbrod PA, Somal J. Critical Care and Postoperative Management of the Head and Neck Patient. *Otolaryngologic Clinics of North America*. diciembre de 2019;52(6):1141-56.

11. León-Fernández S, Pardal-Refoyo JL. Investigación bibliográfica sobre la atención de enfermería en la laringectomía total. *Rev ORL*. 2 de diciembre de 2018;10(2):13.
12. Jiménez MP. El delirio en la UCI, una revisión narrativa de la evidencia existente. *Conocimiento Enfermero*. 29 de octubre de 2021;4(14):5-21.
13. Velasco Sanz TR, Ronda Delgado De La Fuente M, Sánchez De La Ventana AB, Reyes Merino Martínez M. El control del neumotaponamiento en cuidados intensivos: influencia de la formación de los profesionales de enfermería. *Enfermería Intensiva*. abril de 2015;26(2):40-5.
14. Díaz De Cerio Canduela P, Arán González I, Barberá Durban R, Sistiaga Suárez A, Tobed Secall M, Parente Arias PL. Rehabilitation of the Laryngectomised Patient. Recommendations of the Spanish Society of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*. mayo de 2019;70(3):169-74.
15. Gálvez González MA. Procedimiento de traqueostomía percutánea: control y seguimiento de enfermería. *Enfermería Intensiva*. junio de 2009;20(2):69-75.
16. Espinoza-Caifil M, Baeza-Daza P, Rivera-Rojas F, Ceballos-Vásquez P. Comunicación entre paciente adulto críticamente enfermo y el profesional de enfermería: una revisión integrativa. *Enfermería (Montev)*. 11 de junio de 2021;10(1):30-43.
17. Sánchez Solana L, Goñi Bilbao I, Ruiz García P, Díaz Agea JL, Leal Costa C. Disfunción neuromuscular adquirida en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*. julio de 2018;29(3):128-37.
18. Parra-Maldonado J, Fernández-Chavez MA, Correa-Flores M. Estrategias de comunicación verbal en el paciente con traqueostomía. *Rev chil anest*. 2023;52(1):12-6.
19. Binczak M, Navez M, Perrichon C, Blanchard D, Bollet M, Calmels P, et al. Management of somatic pain induced by head-and-neck cancer treatment: Definition and assessment. Guidelines of the French Oto-Rhino-Laryngology- Head and Neck Surgery Society (SFORL). *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. septiembre de 2014;131(4):243-7.

AQUACEL Ag. Surgical

Más vale prevenir que curar:

El primer paso del tratamiento de las complicaciones del sitio quirúrgico es su PREVENCIÓN

Ag.

La PLATA IÓNICA proporciona:

- Reducción del número de bacterias¹
- Eficacia de amplio espectro²⁻⁴
- Actividad antimicrobiana sostenida contra los patógenos que causan la ISQ



Clinicamente probado y fiable:

- Reducción de ISQ^{5,6}
- Reducción de infección periprotésica articular (IPA)^{7,8}
- Reducción de flictenas^{9,10}
- Reducción de costes^{1,3-4,6-9}
- Mejora de la satisfacción de los pacientes^{1,3-4,6-12}
- Reducción del tiempo de enfermería¹⁰



Mejora la calidad de vida



Barrera impermeable, antibacteriana y antiviral



convatec
— forever caring —



Surgical Solutions

From Convatec



AP-60660-ESP-SPAEU-v1 (v1.0)



1. Bowler PG, Parsons D. Combatting wound biofilm and recalcitrance with a novel anti-biofilm Hydrofiber® wound dressing. Wound Medicine. 2016;14:6-11. 2. Jenks PJ, Laurent M, McQuarry S, Watkins R. Clinical and economic burden of surgical site infection (SSI) and predicted financial consequences of elimination of SSI from an English hospital. J Hosp Infect. 2014 Jan;86(1):24-33. 3. Antimicrobial activity and prevention of biofilm reformation by AQUACEL Ag+ Extra™ dressing. Scientific Background Report. WHR13875 MA239, 2013. Data on file. Convatec Inc. 4. Antimicrobial activity against CA-MRSA and prevention of biofilm reformation by AQUACEL Ag+ Extra™ dressing. Scientific Background Report. WHR13875 MA239, 2013. Data on file. Convatec Inc. 5. Kuo FC, Chen B, Lee MS, Yen SH, Wang JW. AQUACEL® Ag Surgical Dressing Reduces Surgical Site Infection and Improves Patient Satisfaction in Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty: A Prospective, Randomized, Controlled Study. Biomed Res Int. 2017;2017:1262108. 6. Struik GM, Vrijland WW, Birnie E, Klem TMAL. A randomized controlled trial on the effect of a silver carboxymethylcellulose dressing on surgical site infections after breast cancer surgery. PLoS One. 2018 May 23;13(5):e0196716. 7. Cai J, Karam JA, Parvizi J, Smith EB, Sharkey PF. Aquacel surgical dressing reduces the rate of acute PJI following total joint arthroplasty: a case-control study. J Arthroplasty. 2014 Jun;29(6):1098-100. 8. Grosso MJ, Berg A, LaRussa S, Murtaugh T, Trofa DP, Geller JA. Silver-impregnated occlusive dressing reduces rates of acute periprosthetic joint infection after total joint arthroplasty. J Arthroplasty. 2017 Mar; 32(3):929-932. 9. Springer BD, Beaver WB, Griffin WL, Mason JB, Odum SM. Role of Surgical Dressings in Total Joint Arthroplasty: A Randomized Controlled Trial. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2016 Sep;44(9):415-20. 10. Hopper GP, Deakin AH, Crane EO, Clarke JV. Enhancing patient recovery following lower limb arthroplasty with a modern wound dressing: a prospective, comparative audit. J Wound Care. 2012 Apr; 21(4):200-3. 11. Kuo FC, Chen B, Lee MS, Yen SH, Wang JW. AQUACEL® Ag Surgical Dressing Reduces Surgical Site Infection and Improves Patient Satisfaction in Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty: A Prospective, Randomized, Controlled Study. Biomed Res Int. 2017;2017:1262108. 12. Bocchiotti MA, Baglioni EA, Spaziant L, Frenelo A, Ruka E. Aquacel Surgical Dressing after Thigh Lift: A Case-Control Study. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2016 Sep;4(9):e863

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE UNA LESIÓN CUTÁNEA RELACIONADA CON LA DEPENDENCIA (LCRD): TÉCNICAS CONVENCIONALES Y TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Autores: Martínez Torres, Elvira**; Blanco Pérez, Ana Belén*; González Maruenda, Patricia*; Lafuente Filgueira, Paula*; Fernández Rodríguez, Irene*. **Supervisora, Unidad Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. *Enfermeras, Unidad Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

PALABRAS CLAVE:

LCRD, TPN, Desnutrición, Incontinencia.

INTRODUCCIÓN:

Varón de 69 años, en situación de abandono familiar, con: hemiplejia derecha, diabetes, desnutrición e incontinencia total; presenta lesión sacra, necrótica y sobreinfectada, de gran extensión; no subsidiario de tratamiento quirúrgico. Se entiende como LCRD (Lesiones Cutáneas Relacionadas con la Dependencia) al daño de la piel y/o tejidos subyacentes en personas con pérdida de la autonomía; causadas por presión, cizalla, fricción, humedad o mixtas (1).

Se inicia manejo conservador. Tras la dificultad de estadiaje, se combinan técnicas de desbridamiento con cura en ambiente húmedo y posterior TPN (sistema de cicatrización no invasivo y activo, que suministra presión negativa subatmosférica en la herida, favoreciendo la vascularización y el desbridamiento) (2).

Paralelamente, se ha llevado a cabo el control de factores de riesgo mediante: manejo de la presión, suplementación nutricional parenteral, colocación de sondaje vesical y flexi-seal, posteriormente sustituido por colostomía.

JUSTIFICACIÓN/IMPORTANCIA:

El papel de enfermería en la evaluación, seguimiento y elección del tratamiento adecuado de una LCRD, es primordial para su resolución y disminución del impacto sociosanitario.

OBJETIVOS:

Mostrar la evolución de la lesión tras la aplicación de cuidados enfermeros.

Exponer la eficacia de los productos empleados.

Analizar la reducción del tiempo de cicatrización con la TPN.

MATERIAL Y MÉTODO:

Observación directa. Consulta documentación clínica.

Escala de valoración: Barthel y Braden.

Productos empleados:

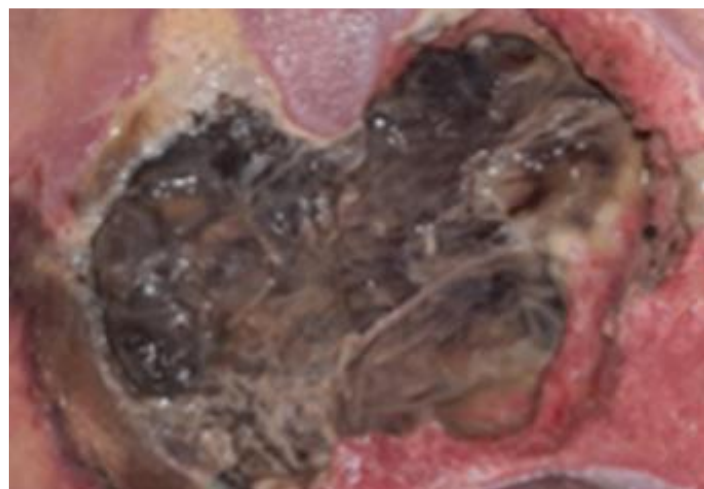
Apósitos Primarios (hidrogel, colagenasa, hidrofibra s/c Ag, carbón) y secundarios (superabsorbente, espuma hidrocelular).

Sistema TPN.

Sondaje vesical y sistema de manejo de heces.

Dispositivo de colostomía.

RESULTADOS:



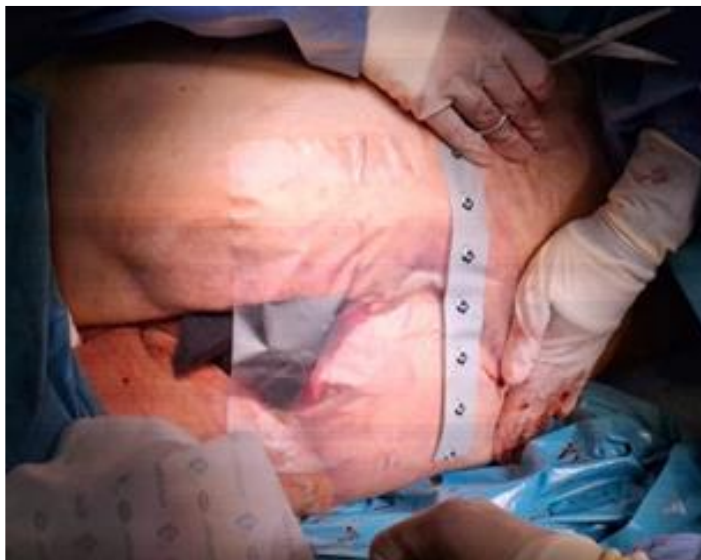
30/04/2024: Tras valoración: desbridamiento mecánico y autolítico + cura en ambiente húmedo diaria. Se objetiva tunelización y exudado maloliente. Se recogen cultivos e inicio de antibioterapia.



23/05/2024: inicia proceso de granulación con pequeñas áreas de fibrina.

CONCLUSIÓN:

La aplicación de las diferentes alternativas terapéuticas para el control de los factores predisponentes fue determinante para el proceso de curación de la lesión. La TPN resultó una buena alternativa, tras la aplicación de terapias convencionales; ya que su uso supuso una reducción del tiempo de recuperación y por tanto del impacto económico.



25/05/2024: Sistema TPN. Continúa granulación.



05/06/2024: Colostomía + VAC, hasta alta (16/07/2024).

ACTUACIÓN ENFERMERA EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE UNA LESIÓN CUTÁNEA RELACIONADA CON LA DEPENDENCIA (LCRD): TÉCNICAS CONVENCIONALES Y TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA.

Martínez Torres, Elvira^{**}; Blanco Pérez, Ana Belén^{*}; González Maruenda, Patricia^{*}; Lafuente Filgueira, Paula^{*}; Fernández Rodríguez, Irene^{*}.

^{**} Supervisora, Unidad Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

^{*} Enfermeras, Unidad Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

INTRODUCCIÓN:

Varón de 69 años, en situación de abandono familiar, con: hemiplejía derecha, diabetes, desnutrición e incontinencia total; presenta lesión sacra de gran extensión, necrótica y sobreinfectada; no subsidiario de tratamiento quirúrgico. Se entiende como LCRD al daño de la piel y/o tejidos subyacentes en personas con pérdida de la autonomía; causadas por presión, cizalla, fricción, humedad o mixtas (1).

Se inicia manejo conservador. Tras la dificultad de estadiaje, se combinan técnicas de desbridamiento con cura en ambiente húmedo y posterior TPN (sistema de cicatrización no invasivo y activo, que suministra presión negativa subatmosférica en la herida, favoreciendo la vascularización y el desbridamiento) (2).

Paralelamente, control de factores de riesgo mediante: manejo de la presión, suplementación nutricional parenteral, colocación de sondaje vesical y flexi-seal, posteriormente sustituido por colostomía.

OBJETIVOS:

Mostrar la evolución de la lesión mediante la aplicación de cuidados enfermeros.

Demostrar la reducción del tiempo de cicatrización con la TPN.

MATERIAL Y MÉTODOS:

- Documentación clínica.
- Escalas de valoración:
 - Barthel (Dependencia alta)
 - Braden: 8 (R.Alto).

Valoración inicial

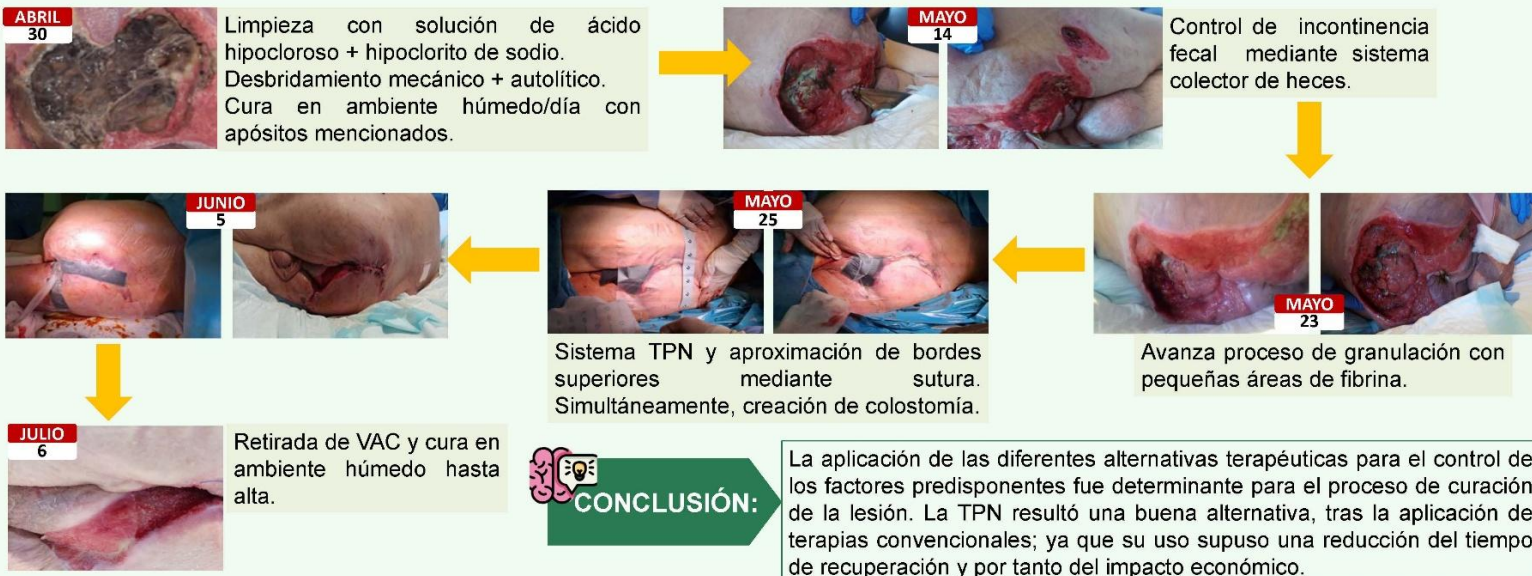
- Escala TIME
- Productos empleados: **Apósitos Primarios** (hidrogel, collagenasa, hidrofibra s/c Ag, carbón) y **secundarios** (superabsorbente, espuma hidrocelular).
- **Sistema TPN.**

Observación directa de la lesión:

- Suplementación oral hiperproteica. Nutrición parenteral.
- **Control de la incontinencia:** Sondaje vesical + Sistema colector de heces y dispositivo de colostomía.

Control de factores de riesgo

RESULTADOS:



BIBLIOGRAFÍA:

1. Paniagua Asensio ML. Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización [Internet]. 2020 [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2020/08/Paniagua-2020-LRD-Prevencion%CC%81n-clasificacio%CC%81n-y-categorizacio%CC%81n.pdf>
2. Sanchez Charlez V. Terapia de presión negativa en el tratamiento de úlceras por presión: una revisión bibliográfica [TFG en Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2022 [citado el 23 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2022/01/faz-tfg-2021-443.pdf>
3. Gerencia de Atención Integrada de Albacete(Servicio de Salud de Castilla-La Mancha). Guía de prevención y manejo de úlceras por presión y heridas crónicas [Internet]. 2022 [citado el 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2022/01/guia-ulceras-sescam-albacete.pdf>
4. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Verdú Soriano J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP no II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño; 2014. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-segunda-edicion.pdf>
5. Rodríguez Castaño M, Mera Cores MA, Calvo Perez AI, (Servicio Gallego de Salud). Manual de cuidados y prevención de lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia [Internet]. 2023 [Consultado 27 feb 2025]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catib/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AIEspecializada/PDF-3114-es.pdf>
6. López-Franco, María Dolores Soldevilla-Agreda, J Javier Torra-Bou, Joan Enric Pancorbo-Hidalgo, Pedro L. Martínez Vázquez, Sergio García-Fernández, Francisco P. Prevalencia de las lesiones cutáneas relacionadas con la dependencia en centros de atención primaria de salud de España: resultados del 6.º Estudio Nacional del GNEAUPP 2022 [Internet]. Gneaupp.info. 2023 [citado el 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2024/05/6-enp-2022-lcrd-aps.pdf>

*La presentación de este caso clínico se ha realizado de acuerdo con la Declaración de Helsinki, los buenos principios de la práctica clínica y la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se obtuvo el consentimiento del paciente con relación al uso del caso clínico para fines didácticos y divulgativos.

¿Sabía que la guía de NICE, revisada en 2024, respalda el uso de la terapia PICO[®] para incisiones quirúrgicas cerradas?¹

Descubra cómo puede reducir significativamente las probabilidades de infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) en sus pacientes de alto riesgo con la terapia PICO[®]*1,2

**vs. apósitos estándar*

1. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg43/evidence/review-decision-february-2024-pdf-13314467629> [Noviembre de 2024].
2. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/mtg43/resources/pico-negative-pressure-wound-dressings-for-closed-surgical-incisions-pdf-64372054098373> [Noviembre de 2024].



Terapia PICO[®].
No deje nada al azar.



Considere la terapia PICO[®] para sus pacientes de alto riesgo

Lea la MTG actualizada del NICE.

Curación de heridas

Smith+Nephew, S.A.U.
Av. Baix Llobregat 30, Planta 3
08950 Esplugues de Llobregat
Barcelona (España)

Tel.: 93 373 73 01

www.smith-nephew.es

AWM-AWD-45821_V3
® Marca registrada de Smith+Nephew
© Septiembre 2025

Smith+Nephew

INTUBACIÓN EN PACIENTES CON SITUS INVERSUS TOTALIS: GUÍA PARA UNA ABORDAJE SEGURO

AUTORES: Pérez Martín, Sonia*; Rebanal Gago, Marta*; de la Dehesa Fernández, Begoña*; Porras del Pozo, Raquel*.

*Enfermera, Unidad de Quirófano de Urgencias, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo.

soniguard@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El situs inversus totalis es una anomalía congénita rara caracterizada por la inversión en espejo de los órganos toracoabdominales. Aunque los pacientes suelen ser asintomáticos, esta condición puede dificultar la intubación traqueal debido a la alteración de referencias anatómicas habituales, aumentando el riesgo de complicaciones intraoperatorias.

Objetivo: Desarrollar un protocolo específico para la intubación en pacientes con situs inversus totalis, mejorando la seguridad y eficacia en su manejo anestésico.

Metodología: Estudio descriptivo y retrospectivo basado en una revisión bibliográfica de la literatura científica. Se consultaron bases de datos como PubMed, Scopus y Cochrane para identificar estudios relevantes sobre técnicas de intubación y complicaciones intraoperatorias en pacientes con situs inversus totalis. Se comparó la eficacia de la laringoscopia directa, la videolaringoscopia y el uso de dispositivos supraglóticos.

Resultados: La inversión anatómica requiere planificación cuidadosa. La videolaringoscopia mejora la visualización de la glotis y reduce el tiempo de intubación. Es crucial la monitorización hemodinámica, la correcta identificación de referencias anatómicas y la verificación del tubo endotraqueal debido a la inversión de los campos pulmonares.

Conclusión: El manejo de la vía aérea en estos pacientes requiere protocolos específicos, tecnología avanzada y un equipo entrenado. La videolaringoscopia y la planificación anestésica adecuada mejoran la seguridad del procedimiento, reduciendo complicaciones.

ABSTRACT

Introduction: Situs inversus totalis is a rare congenital anomaly with a mirror-image arrangement of thoracoabdominal organs. Although asymptomatic, it complicates tracheal intubation due to altered anatomical landmarks, increasing intraoperative risks.

Objective: To develop a specific intubation protocol for situs inversus totalis patients, enhancing safety and anesthetic efficiency.

Methodology: A descriptive and retrospective study based on a bibliographic review of the scientific literature. Databases such as PubMed, Scopus, and Cochrane were consulted to identify relevant studies on intubation techniques and intraoperative complications in patients with situs inversus totalis. The effectiveness of direct laryngoscopy, videolaryngoscopy, and the use of supraglottic devices was compared.

Results: Inverted anatomy requires careful planning. Videolaryngoscopy improves glottic visualization and reduces intubation time. Hemodynamic monitoring, accurate anatomical identification, and proper endotracheal tube placement verification optimize safety.

Conclusion: Specific protocols, advanced technology, and trained personnel are essential for airway management in these patients. Videolaryngoscopy and proper anesthetic planning enhance procedural safety and reduce complications.

PALABRAS CLAVE:

(MeSH/DeCS): Anestesia General / Complicaciones Intraoperatorias / Intubación Intratraqueal / Manejo de la Vía Aérea / Situs Inversus / Videolaringoscopia

KEYWORDS:

(MeSH/DeCS): General Anesthesia / Intraoperative Complications / Intratracheal Intubation / Airway Management / Situs Inversus / Videolaryngoscopy

OBJETIVO:

El objetivo principal de este estudio es desarrollar un protocolo específico para la intubación en pacientes con situs inversus totalis, que pueda aplicarse en entornos quirúrgicos para mejorar la seguridad y la eficacia en el manejo de la vía aérea. Para lograr este objetivo, se revisarán los informes de casos clínicos, revisiones de la literatura y las mejores prácticas existentes en la bibliografía reciente.

INTRODUCCIÓN:

El situs inversus totalis es una condición congénita extremadamente rara en la que los órganos toracoabdominales se disponen de forma especular o "en espejo" con respecto a la anatomía estándar. Esta condición afecta tanto a los órganos torácicos como abdominales, lo que significa que el corazón, los pulmones, el estómago, el hígado y otros órganos principales se encuentran en el lado contrario de donde normalmente estarían localizados. A nivel clínico, el situs inversus totalis no suele causar síntomas por sí mismo, pero puede complicar significativamente los procedimientos médicos, especialmente en situaciones que requieren una intervención quirúrgica o anestésica. La incidencia de esta condición varía, pero se estima que ocurre aproximadamente en 2 de cada 10,000 personas, lo que subraya su rareza y, a su vez, la limitada experiencia clínica directa de los profesionales de la salud en el manejo de estos pacientes (Rojas-biava et al., 2022).

IMPORTANCIA CLÍNICA Y RETOS QUIRÚRGICOS

Los retos específicos radican en la disposición inusual de los órganos, que puede dificultar la orientación y el manejo adecuado de la anatomía del paciente durante cirugías, especialmente aquellas que requieren anestesia general. El manejo de la vía aérea en estos pacientes, que incluye la intubación traqueal, es de particular relevancia.

Aunque la disposición anatómica de la tráquea y la laringe en sí no se ve alterada en el situs inversus, la disposición invertida de los pulmones y de los órganos internos puede causar confusión, tanto durante la planificación del procedimiento como durante su ejecución (Bacuzzi et al., 2014).

El manejo de la vía aérea en pacientes con situs inversus totalis no conlleva necesariamente un mayor riesgo de complicaciones por la ubicación invertida de los órganos respiratorios, pero sí exige un enfoque adaptado y planificado cuidadosamente. En procedimientos de intubación, que son fundamentales para el manejo anestésico en muchas cirugías, las dificultades pueden derivar de la necesidad de ajustar la disposición y el uso de equipos médicos, como monitores y dispositivos de imagen. Estos deben ser dispuestos de manera adecuada para reflejar la orientación invertida de los órganos y evitar errores en la interpretación de los signos vitales. Este tipo de adaptación es crucial, ya que la confusión puede llevar a retrasos en la intubación y aumentar el riesgo de complicaciones intraoperatorias (Bhatia et al., 2015).

REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRÁCTICAS ACTUALES

La literatura médica actual destaca la importancia de adoptar un enfoque adaptativo y meticuloso en el manejo de la vía aérea en pacientes con situs inversus totalis. Entre las técnicas más eficaces descritas, la videolaringoscopia ha cobrado especial relevancia. El estudio de Hiraoka et al. (2014) respalda su superioridad frente a la laringoscopia directa en contextos de anatomía atípica, al facilitar una visualización mejorada de la glotis. Esta técnica resulta particularmente útil cuando la orientación espacial de los órganos presenta una disposición especular, como en el situs inversus, permitiendo una alineación más precisa durante la intubación. Además de acortar los tiempos de procedimiento, el uso del videolaringoscopio reduce de forma significativa la tasa de complicaciones.

Por otra parte, también se ha subrayado la importancia de una adecuada organización del entorno quirúrgico. La correcta colocación de monitores y equipos es crucial para evitar errores durante la monitorización intraoperatoria. De lo contrario, podrían producirse interpretaciones erróneas de los signos vitales, como un electrocardiograma mal ubicado, lo cual puede tener consecuencias graves si no se detecta a tiempo (Dharmarajan et al., 2003).

NECESIDAD DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS

A pesar de los avances tecnológicos y las mejoras en las técnicas anestésicas, actualmente no existen protocolos estandarizados y ampliamente adoptados para el manejo de la intubación en pacientes con situs inversus totalis. El establecimiento de un protocolo estructurado, basado tanto en la evidencia científica como en la experiencia clínica acumulada, podría estandarizar las mejores prácticas y optimizar el abordaje anestésico-quirúrgico de estos pacientes.

Como destaca Nassr B. et al. (2024), este enfoque contribuiría de manera significativa a reducir complicaciones, mejorar la eficiencia del procedimiento y elevar los resultados perioperatorios en pacientes con situs inversus totalis.

METODOLOGÍA:

Diseño del estudio

El presente estudio corresponde a una revisión narrativa de tipo descriptivo y retrospectivo, enfocada en la recopilación, análisis e interpretación crítica de la literatura científica existente sobre el manejo de la vía aérea en pacientes con situs inversus totalis. Se adoptó un enfoque cualitativo con el fin de sintetizar la información disponible, priorizando aquellos estudios que abordaron específicamente las técnicas de intubación en este tipo de pacientes con alteraciones anatómicas particulares.

Estrategia de búsqueda

Para la recopilación de datos, se aplicó una estrategia de búsqueda sistemática en bases de datos científicas reconocidas, incluyendo PubMed, Scopus y ScienceDirect. La búsqueda se llevó a cabo mediante operadores booleanos (AND, OR) combinando términos clave como "situs inversus totalis", "airway management", "intraoperative complications", "intratracheal intubation" y "videolaryngoscopy". Los artículos seleccionados fueron organizados y gestionados a través del software Mendeley, lo que permitió asegurar una adecuada clasificación, almacenamiento y trazabilidad de las referencias consultadas.

Selección de estudios

Se analizaron estudios publicados entre 2004 y 2024 que reportan casos clínicos y series de pacientes con situs inversus totalis sometidos a procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general. La selección se realizó atendiendo a la relevancia clínica y metodológica de los trabajos, considerando aspectos relacionados con el abordaje anestésico, quirúrgico y técnico del manejo de la vía aérea.

Criterios de inclusión para la selección de artículos:

- Pacientes con diagnóstico confirmado de situs inversus totalis.
- Casos clínicos o series que describieran en detalle las técnicas de intubación utilizadas durante procedimientos quirúrgicos con anestesia general.
- Publicaciones disponibles en idioma inglés o español.

Criterios de exclusión para la selección de artículos:

- Estudios que incluyeran pacientes con otras variantes anatómicas, como situs ambiguus o síndrome de heterotaxia.
- Trabajos que no proporcionaran información específica sobre los protocolos de intubación o sobre el manejo de la vía aérea.
- Artículos no disponibles en texto completo o sin acceso a los datos clínicos relevantes.

Variables estudiadas: Las principales variables estudiadas fueron:

Técnicas de intubación utilizadas: laringoscopia directa, videolaringoscopia, dispositivos supraglóticos.

Complicaciones intraoperatorias: dificultades en la visualización, intubación fallida, lesiones de las vías respiratorias.

Tiempo de intubación: duración del procedimiento de intubación desde la introducción del tubo endotraqueal hasta la confirmación de la correcta colocación.

Eficiencia en el manejo de la vía aérea: medida a través de la tasa de éxito en la primera tentativa de intubación y la necesidad de maniobras adicionales.

RESULTADOS:

El manejo de la vía aérea en pacientes con situs inversus totalis presenta una serie de desafíos que requieren consideraciones y adaptaciones específicas. A continuación, se detallan los aspectos clave identificados en la literatura para el manejo de la vía aérea en estos pacientes:

El manejo de la vía aérea en pacientes con **situs inversus totalis** implica adaptaciones particulares debido a las alteraciones anatómicas características de esta condición. La literatura revisada identifica los siguientes aspectos clave:

1. Consideraciones anatómicas y técnicas

La inversión de los órganos toracoabdominales en el situs inversus no modifica directamente la anatomía de la vía aérea superior; sin embargo, tiene implicaciones en la orientación y preparación del equipo quirúrgico y anestésico. Estudios preoperatorios detallados, como tomografías o resonancias magnéticas, son recomendados para identificar posibles variaciones anatómicas que puedan interferir con la intubación (Ishikawa et al., 2019).

La colocación de monitores y electrodos debe ajustarse a la disposición inversa del corazón y otros órganos (Bhatia et al., 2015), y se requiere familiaridad del equipo con estas modificaciones para evitar errores en la monitorización y maniobras anestésicas.

En cuanto a la visualización de la glotis, la videolaringoscopia se destaca como herramienta útil, ya que ofrece una mejor visión en pacientes con orientación anatómica inusual, facilitando la intubación y reduciendo el riesgo de fallos en la colocación del tubo (Hiraoka et al., 2014).

2. Procedimientos de intubación

Las técnicas estándar, como la laringoscopia directa, pueden ser eficaces si se realiza una planificación adecuada. No obstante, ante sospecha de vía aérea difícil o anatomía inusual, se prefiere el uso de videolaringoscopios (Anwar et al., 2016). La planificación preoperatoria es esencial para anticipar complicaciones potenciales, especialmente en casos donde se requieren intervenciones complejas.

La ventilación mecánica debe ser cuidadosamente monitorizada, ya que la inversión anatómica puede alterar la dinámica pulmonar. Se recomienda ajustar parámetros individualizados para evitar barotrauma, sobre todo en cirugías prolongadas (Bacuzzi et al., 2014).

2.1 Modificaciones en la ventilación selectiva:

2.1.1 Anatomía pulmonar y su relevancia: A nivel de la carina la tráquea se divide en dos bronquios principales. El bronquio principal derecho es un bronquio corto que mide aproximadamente 2 cm que se dirige más verticalmente que el izquierdo para luego dar lugar a los tres bronquios lobares derechos, inmediatamente el bronquio lobar superior derecho, seguido del medio y finalmente el bronquio lobar inferior derecho. En cambio, el bronquio principal izquierdo es más largo, mide aproximadamente 5 cm, tiene una trayectoria curva y con un ángulo más pronunciado con respecto a la tráquea en comparación al bronquio principal derecho. Además se bifurca en dos troncos bronquiales lobares, de similar calibre, el bronquio lobar superior izquierdo y el inferior. Estas diferencias anatómicas entre ambos pulmones hacen que en el caso de necesitar realizar una ventilación selectiva en un paciente con situs inversus totalis, la intubación adquiere un papel crucial. (Sebbagh et al., 2012).

2.1.2. Colocación del tubo de doble lumen (DLT): En un paciente con situs inversus, se invierte el uso de los tubos. Por ejemplo, un DLT derecho se puede insertar en el bronquio izquierdo para lograr una ventilación efectiva. No es necesario usar instrumentos diseñados específicamente para esta condición, pero sí se requiere una adaptación cuidadosa del equipo para ajustar la ventilación (Lin H et al., 2013).

2.1.3 Guía fibrobroncoscópica: Aunque la inserción de los tubos endotraqueales de ventilación selectiva no siempre precisa de videolaringoscopia o fibrobroncoscopia, dada la inversión de los bronquios principales, el uso de un fibrobroncoscopio es crucial para confirmar la correcta colocación del tubo en el bronquio deseado. Esto reduce el riesgo de malposición y complicaciones como la hipoxia (Kiełbowski K et al., 2023).

3. Organización del entorno quirúrgico:

La disposición del quirófano debe ajustarse a la anatomía del paciente, incluyendo la colocación de monitores cardíacos, considerando que el corazón se encuentra en el lado derecho del tórax (Dharmarajan et al., 2003). Este reordenamiento contribuye a una monitorización más precisa y segura.

Además, se destaca la importancia de una coordinación efectiva entre los miembros del equipo multidisciplinario. La comprensión común del impacto anatómico del situs inversus permite anticipar complicaciones y responder con rapidez durante el manejo anestésico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El manejo de la vía aérea en pacientes con situs inversus totalis se considera un reto en la práctica anestésica y quirúrgica debido a las alteraciones anatómicas que pueden dificultar la intubación. A través del uso de videolaringoscopia, se facilita la visualización de la laringe y se mejora la precisión en la intubación, una técnica que ha mostrado buenos resultados en otros estudios, como el de Whelan et al. (2015), que también encontró que la videolaringoscopia mejora la visualización y reduce el tiempo de intubación en pacientes con anatomías atípicas. Sin embargo, algunas investigaciones, como las de Kwon et al. (2019), destacan que no todos los equipos pueden tener la misma experiencia o accesibilidad a la videolaringoscopia, lo que puede generar variabilidad en los resultados.

Una discrepancia encontrada en comparación con estudios previos es la falta de estandarización de protocolos para el manejo de la vía aérea en situs inversus totalis. Aunque algunos estudios sugieren la creación de guías específicas, aún no existe un consenso claro sobre las mejores prácticas a seguir en todos los casos. La falta de un protocolo unificado también fue mencionada por Patel et al. (2020), quienes argumentaron que la variabilidad en la implementación de tecnologías avanzadas, como la videolaringoscopia, podría obstaculizar la optimización de los resultados.

En cuanto a la preparación preoperatoria, este estudio reafirma la necesidad de utilizar tecnologías de imagen avanzadas como tomografías computarizadas y resonancias magnéticas. Esta observación es consistente con la investigación de Lee et al. (2017), quienes destacaron que la planificación preoperatoria detallada, incluyendo el uso de imágenes, puede ayudar a anticipar problemas específicos en la intubación y a guiar la intervención quirúrgica. Sin embargo, algunos estudios han señalado que la implementación de estas tecnologías puede no ser accesible en todos los entornos hospitalarios, lo que representa una limitación importante en la práctica clínica.

CONCLUSIÓN:

El manejo de la vía aérea en pacientes con situs inversus totalis requiere una planificación individualizada, el uso de herramientas de imagen preoperatorias y la aplicación de técnicas como la videolaringoscopia, que favorecen una intubación segura y eficiente. La adecuada organización del equipo y del entorno quirúrgico es igualmente fundamental, considerando la disposición anatómica invertida.

Limitaciones: Este análisis no siguió un protocolo sistemático ni exhaustivo para la búsqueda y selección de literatura, lo que puede limitar la exhaustividad y objetividad de los hallazgos. Además, la ausencia de criterios estrictos para la inclusión de estudios y la posible heterogeneidad en los diseños y contextos de las investigaciones revisadas dificultan la generalización de las conclusiones.

Por último, la variabilidad en los enfoques clínicos reportados en la literatura refleja la falta de estandarización en los protocolos para el manejo de la vía aérea en pacientes con situs inversus totalis, lo que también condiciona la interpretación de los resultados.

Posibles líneas de investigación: Es esencial continuar desarrollando y estandarizando protocolos específicos para el manejo de la vía aérea en pacientes con situs inversus totalis, que puedan ser aplicados en la práctica clínica de manera uniforme. Además, sería beneficioso investigar más a fondo la efectividad de otras tecnologías emergentes, como la intubación con dispositivos de videolaringoscopia de última generación, para garantizar su accesibilidad y eficacia en distintos entornos hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Anwar, N., Ahmad, U., Malik, S., Murtaza, G., & Ali, R. (2016). Anesthetic management in a patient with situs inversus totalis undergoing laparoscopic cholecystectomy: A case report. *International Journal of Surgical Case Reports*, 26, 222-225. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.09.023>.
2. Bacuzzi, A., Mutillo, E. M., De Vivo, P., Diana, L., & Belloni, G. (2014). Anesthetic management in a patient with situs inversus totalis: A case report and review of the literature. *Journal of Clinical Anesthesia*, 26(1), 77-79. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2013.11.011>.
3. Bhatia, R., Lata, S., Jha, R. R., & Tulsiani, K. L. (2015). Anesthetic considerations in situs inversus totalis: A report of two cases. *Asian Journal of Anesthesiology*, 53(1), 42-45. <https://doi.org/10.1016/j.aja.2014.07.007>.
4. Dharmarajan, G., Davar, D. R., & Arun Kumar, B. R. (2003). Anesthetic implications of situs inversus: A report of two cases. *Anaesthesia and Intensive Care*, 31(2), 201-204. <https://doi.org/10.1177/0310057X0303100214>.
5. Hiraoka, H., Komazawa, N., Miyazaki, S., Matsunami, S., & Kaminoh, Y. (2014). Use of videolaryngoscopy for difficult intubation in a patient with situs inversus totalis. *Journal of Clinical Anesthesia*, 26(1), 77-79. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2013.10.002>.
6. Kiełbowski, K., Morozik, M., Brożyna, S., Borowik, P., & Wojtyś, M. E. (2023). Surgical treatment of lung cancer in situs inversus totalis—A case report. *Reports*, 6(4), 46. <https://doi.org/10.3390/reports6040046>.
7. Sebbagh, P. E., Mordojovich, R. G., & Undurraga, M. F. (2012). Anatomía radiológica del tórax. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 28(2), 109-137. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482012000200005>.
8. Lin, H., Xue, Y., Wang, Q., et al. (2023). Uniportal left middle lobectomy in a patient with situs inversus totalis: A case report. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 18(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13019-023-02020-5>.

9. Nassr, B., Nassr, H., Allouzi, A., Abdalla, A., Shaheen, T., Alkhatabi, A., & Alkhatabi, O. (2024). Reversing the norm: Successful cholecystectomy in a patient with situs inversus. *Cureus*, 16(5), e59957. <https://doi.org/10.7759/cureus.59957>.
10. Rojas-Biava, M. C., Montana-Jiménez, L. P., Ríos-Dueñas, E. G., & Vargas-Vaca, Y. A. (2012). Situs inversus totalis asociado a... [Título incompleto]. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 28(2), 109-137. <https://doi.org/10.4067/S0717-73482012000200005>.

Calidad y seguridad en el cuidado de las incisiones quirúrgicas

Avance® Solo



-125mmHg*

Una presión negativa continua de -125 mmHg es el estándar clínico que ha probado su efectividad en la reducción de la incidencia de dehiscencia, seroma y hematoma.

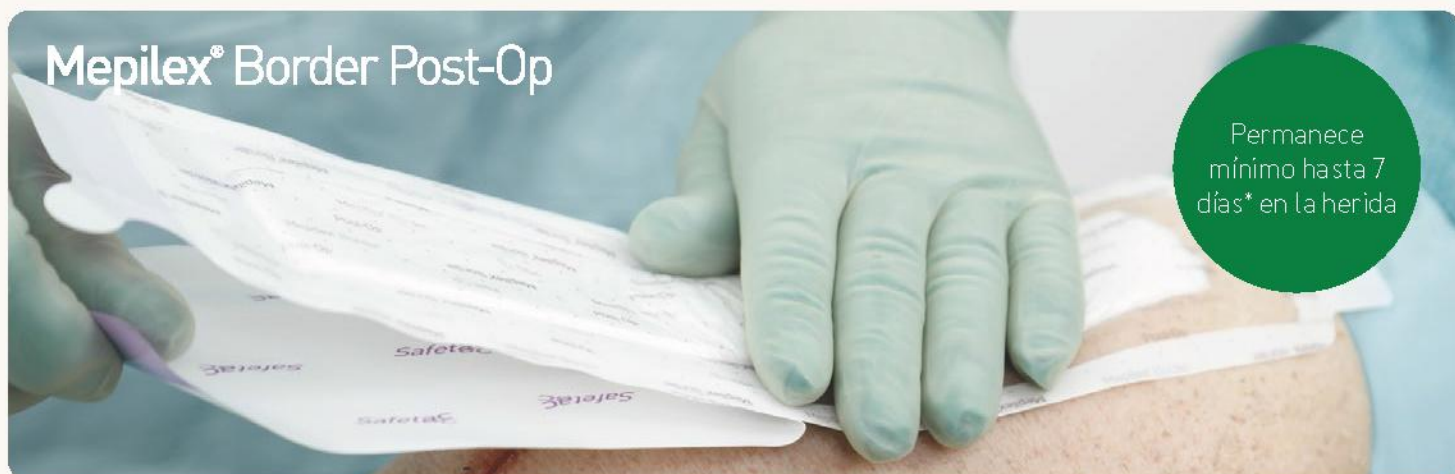
Tecnología CFM™*

Combinación de flujo de aire controlado, apósito absorbente y contenedor que permite que el sistema TPN Avance® Solo proporcione una presión negativa regulada y continua al lecho de la herida.

Safetac®

Minimiza el trauma en la herida y piel circundante durante la retirada.

Mepilex® Border Post-Op



Permanece mínimo hasta 7 días* en la herida

Ayuda a prevenir las ISOs*

Al reducir los cambios de apósito y los daños en la piel.

Favorece la movilidad temprana del paciente*

Apósito adaptable y flexible que favorece la movilidad y reduce el dolor.

Reduce los costes relacionados con el apósito*

Al reducir el número de cambios necesarios.

Si busca obtener los mejores resultados en el tratamiento de las heridas postquirúrgicas las soluciones Mölnlycke serán su mejor aliado:

Para más información visite: <https://www.molnlycke.es/tipos-heridas/soluciones-herida-quirurgica/>



*Más información en www.molnlycke.es

Mölnlycke Health Care, Calle Quintanavides 17, Edif. 3 - 4 Planta - 28050 Las Tablas (Madrid). Tel: 914841320. Mölnlycke, Avance, Mepilex y Avance son marcas y logotipos registrados globalmente por una o más empresas del grupo Mölnlycke Health Care. © 2025 Mölnlycke Health Care AB. Todos los derechos reservados.


Mölnlycke®

AUTORES: Elena Negre Chiva*, Manuela Serrano Ramal, Montserrat Martin Peña.

Unidad de Cirugía General y Digestiva, Institut Clínic de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

enegre@clinic.ub.es

RESUMEN

Introducción: La pancreatectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para extirpar el páncreas, en su totalidad o una parte. Los pacientes candidatos a pancreatectomía distal (PD) son aquellos con lesiones malignas o benignas sintomáticas de cuerpo y cola de páncreas. La fístula pancreática es la complicación más común asociada a complicaciones mayores.

Objetivo principal: Estandarizar los cuidados enfermeros en los pacientes intervenidos de una PD para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante su estancia hospitalaria.

Metodología: Se han utilizado la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal, Guía de prevención de las infecciones quirúrgicas en Catalunya (Previnq-Cat) y Enhanced Recovery After Surgery Protocol (Protocolo ERAS) para realizar el plan de cuidados de pacientes sometidos a PD. Se han descrito las actividades desde el día 0 hasta el día 5 postintervención, después los cuidados estarán encaminados a reforzar la autonomía del paciente. Las intervenciones se adaptarán a la evolución clínica del paciente. Se instaurará el pack de curas con las intervenciones de enfermería a realizar para que sean chequeadas y firmadas.

Evaluación: Se evaluarán las infecciones del catéter venoso central (CVC), del tránsito urinario y de la herida quirúrgica, los pacientes que alcanzan la educación terapéutica de seguridad antes del alta y los que precisan interconsulta con el equipo de psiquiatría previo resultado elevado de la escala de ansiedad i/o depresión.

Resultados: Se presenta un caso clínico en el que se pone en práctica el Plan de Cuidados Estandarizado en un paciente sometido a PD en la unidad de Cirugía General Digestiva del Hospital Clínic de Barcelona.

Conclusiones: Al ser un plan de cuidados nuevo aún no se ha podido realizar un estudio comparativo para ver su efectividad. Sí podemos intuir que con su aplicación mejorará la calidad de los cuidados de enfermería.

Palabras claves: Cuidados enfermeros, pancreatectomía, pancreatectomía distal, Unidad de hospitalización, Cirugía Robótica, Postoperatorio, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Introduction: Pancreatectomy is the surgical procedure performed to remove the pancreas, either in whole or in part. Candidates for distal pancreatectomy (DP) are those with symptomatic malignant or benign lesions in the body and tail of the pancreas.

Pancreatic fistula is the most common complication associated with major complications.

Main objective: To standardize nursing care for patients undergoing a DP to ensure patient safety and well-being during their hospital stay.

Methodology: The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Clinical Practice Guidelines on Perioperative Care in Major Abdominal Surgery, Guidelines for the Prevention of Surgical Infections in Catalonia (Previnq-Cat), and Enhanced Recovery After Surgery Protocol (ERAS Protocol) were used to develop the care plan for patients undergoing DP. Activities have been described from day 0 to day 5 post-surgery; afterward, care will be aimed at reinforcing the patient's autonomy. Interventions will be adapted to the clinical evolution of the patient. A care package with nursing interventions to be performed will be established, to be checked and signed.

Evaluation: Evaluations will be conducted for central venous catheter (CVC) infections, urinary tract infections, and surgical wound infections, for patients who achieve therapeutic safety education before discharge, and for those requiring consultation with the psychiatry team due to high scores on the anxiety and/or depression scale.

Results: A clinical case is presented in which the Standardized Care Plan was implemented in a patient undergoing PD in the General Digestive Surgery Unit of the Hospital Clínic de Barcelona.

Conclusions: As this is a new care plan, a comparative study to assess its effectiveness has not yet been conducted. However, we can assume that its implementation will improve the quality of nursing care.

Key Words: Nursery Cares, Pancreatectomy, Distal pancreatectomy, Hospitalization Unity, Robotic Surgery, Post-surgery, Anxiety, Depression.

1-INTRODUCCIÓN

La pancreatectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para extirpar el páncreas, en su totalidad o una parte (1). Las enfermedades del páncreas en la cola y cuerpo a menudo se tratan con la pancreatectomía distal (PD) o pancreatectomía izquierda. Los pacientes candidatos a PD son aquellos con lesiones malignas o benignas sintomáticas (dificultad de alimentación, dolor mal controlado en pancreatitis crónica, riesgo de degeneración maligna...) de cuerpo y cola de páncreas (2).

Los tumores pancreáticos generalmente se diagnostican en estados avanzados y presentan afectación de los órganos vecinos. En estos pacientes para obtener resultados oncológicos satisfactorios será necesaria la resección de estos órganos afectados. La resección quirúrgica es actualmente el único tratamiento con potencial de supervivencia a largo plazo y curación del cáncer de páncreas (2). El acceso quirúrgico a la cavidad abdominal y, por tanto, al páncreas puede ser laparoscópico o robótico en las PD estándar o abierto en las PD ampliadas.

La PD estándar comprende el cuerpo y la cola del páncreas, el bazo, linfadenectomía y algunas veces elementos del mesocolon transversal exclusivos de la vasculatura relevante (p.ej. tejido blando contiguo limitado al tumor, pero sin incluir el colon en sí). En casos muy seleccionados (enfermedades benignas) se realiza conservación esplénica. En este caso se conservan el bazo y sus vasos (2).

La PD ampliada comprende la PD estándar más cualquiera de los siguientes órganos involucrados en la continuidad: el cuerpo del estómago, colon transversal/ángulo esplénico y/o mesocolon con estructuras vasculares relevantes del mesocolon glándula suprarrenal izquierda, riñón izquierdo y/o su vasculatura.

Aunque la intervención es la misma desde el punto de vista digestivo, los dos tipos de intervención pueden requerir un manejo específico durante el postoperatorio según los órganos o las estructuras implicadas y se utilizará cada caso de manera individualizada (2).

La PD tiene una morbilidad del 30-50% y mortalidad del 1-4% (3) siendo la fístula pancreática la complicación quirúrgica más común. La fístula pancreática está asociada con otras complicaciones mayores, como los abscesos intraabdominales, sepsis, vaciamiento gástrico retardado y hemorragia (4). El páncreas de consistencia blanda, la obesidad, la transfusión sanguínea, el sangrado intraoperatorio masivo y el tiempo operatorio prolongado estarían asociados con mayor incidencia de fístula pancreática (5).

Solo el 15%-20% de los pacientes con cáncer de páncreas son candidatos para operarse debido a la presencia de metástasis o por presentar un tumor localmente avanzado en el momento del diagnóstico (3). Esta agresividad del cáncer de páncreas se explica por qué:

- Un 75% de los pacientes presentan enfermedad avanzada en el momento del diagnóstico.
- Un 65% de los pacientes tienen más de 65 años, presentando un mal estado general por lo avanzado de la enfermedad, lo que limita la aplicación de terapias agresivas.
- El número de pacientes con indicadores de buen pronóstico son insignificantes.
- El cáncer de páncreas presenta una gran resistencia a los tratamientos oncológicos como la quimioterapia radioterapia, inmunoterapia y tratamiento hormonal.

A pesar de esto, debido a una mejor selección de pacientes, a los avances de la técnica quirúrgica y del diagnóstico precoz de las complicaciones y su adecuado tratamiento, la evidencia demuestra que, en un estadio resecable del cáncer, la cirugía tiene un impacto en la supervivencia a largo plazo llegando a ser del 20-25% (3). Según el Observatorio Global del Cáncer se estima que, debido al aumento de edad de la población, el número total de casos de cáncer de páncreas aumentará en más del 30% y se espera que sea la segunda causa de muerte por cáncer en Estados Unidos en el 2030 (6). Por esta razón y por ser un paciente de alta complejidad es necesaria la elaboración de un plan de curas estandarizado que atienda a todas sus necesidades desde un punto de vista holístico, mejore su calidad de vida postquirúrgica y prevenga y trate precozmente las complicaciones reduciendo su morbi-mortalidad.

Antes de la cirugía entre un 23 y un 72% de los casos presentan bajo peso o caquexia ya que, este tipo de patologías llevan implícita pérdida de apetito, náuseas y molestias gastrointestinales (7). El diagnóstico del cáncer de páncreas tiene un gran impacto a nivel psicológico presentando niveles altos de ansiedad, depresión y desesperanza. Debido, principalmente al miedo a la muerte y a la incerteza de la intervención quirúrgica y sus complicaciones (6).

Después de una resección pancreática las funciones endocrinas y exocrinas del páncreas se verán afectadas. A largo plazo, la alteración endocrina con aparición de diabetes postquirúrgica se da en un 22,05% y la alteración exocrina en un 17,3% (7,8).

El nuevo diagnóstico de diabetes puede tener un importante impacto emocional en el paciente y, aunque ésta puede ser una complicación transitoria en el postoperatorio, todos los pacientes tienen riesgo de desarrollar diabetes después de una resección pancreática (9). Los pacientes sometidos a resección pancreática son más sensibles a la insulina exógena necesitando menos dosis de insulina. Experimentan rápidas oscilaciones de los niveles de glucosa, por tanto, la ventana terapéutica para mantener la glicemia en este tipo de pacientes es muy estrecha resultando difícil el control glicémico y siendo elevado el riesgo de hipoglucemia. Esto es debido a que las células alfa productoras de glucagón se encuentran mayoritariamente en el cuerpo y la cola del páncreas. Por esta razón, será necesaria una intensa educación diabetológica y seguimiento por parte de endocrinología (10). Por otra parte, las alteraciones anatómo-fisiológicas derivadas de la cirugía también alteran la función exocrina del páncreas ocasionando malabsorción que produce dolor abdominal, esteatorrea y pérdida de peso. En la mayoría de los casos no será necesario limitar la ingesta de grasas. Se ha comprobado que los preparados enzimáticos mejoran la malabsorción (11).

2- OBJETIVOS

Objetivo Principal:

Estandarizar los cuidados enfermeros en los pacientes intervenidos de una pancreatometomía distal para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente durante su estancia hospitalaria.

Objetivos Secundarios:

- Evitar y/o detectar de forma precoz la aparición de problemas relacionados con el procedimiento.
- Prevenir la infección y evitar complicaciones relacionadas con los catéteres venosos, drenajes y heridas quirúrgicas.
- Favorecer la expresión de miedos y dudas por parte del paciente/familias relacionadas con el proceso mediante la escucha activa.
- Detectar precozmente signos / síntomas de ansiedad / depresión.
- Realizar Educación Diabetológica, Dietética y Sanitaria para adquirir los conocimientos y habilidades prácticas para el autocuidado.

3- METODOLOGIA (Material y método)

Se desarrolla un plan de curas estandarizado para pacientes intervenidos de una PD en base a las características específicas de este tipo de pacientes, el tipo de intervención y las complicaciones descritas por la bibliografía, y siguiendo la nomenclatura de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) se han identificado unos diagnósticos de enfermería. Para cada uno de los diagnósticos se han marcado unos objetivos (Nursing Outcomes Classification –NOC-) y unas intervenciones de enfermería (Nursing Intervention Classification –NIC-) (12) Tabla 1.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
00208 Riesgo de sangrado	1902 Control del riesgo 0802 Signos vitales	3660 Relacionado con el procedimiento 4160 Control de la hemorragia 6650 Vigilancia 6680 Monitorización de signos vitales
00004 Riesgo de infección	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso 1102 Curación de la herida. Por primera intención 1103 Curación de la herida. Por segunda intención 0702 Estado inmune	3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidado de la herida 1870 Cuidado del drenaje 3440 Cuidado del punto de incisión 3500 Manejo de presiones 1120 Terapia nutricional
00048 Deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular:piel y membranas mucosas 1102 Curación de la herida. Por primera intención 1103 Curación de la herida. Por segunda intención	3590 Vigilancia de la piel 3660 Cura de la herida 1870 Cuidado del drenaje 3440 Cuidado del punto de incisión 1120 Terapia nutricional
00007 Hipertermia	0800 Termorregulación 0802 Signos vitales	3740 Tratamiento de la fiebre
00132 Dolor agudo	2102 Nivel del dolor 1843 Conocimiento: manejo del dolor 1608 Control del dolor 2008 Estado de comodidad 0004 Sueño 0802 Signos vitales	1400 Manejo del dolor agudo 6480 Manejo ambiental: confort 2210 Administración de analgésicos 1850 Mejorar el sueño 5820 Disminución de la ansiedad 5510 Educación Sanitaria
00085 Deterioro de la movilidad física	0200 Deambulación 0208 Movilidad 0210 Realización de transferencia	0970 Transferencia 0200 Terapia de ejercicios: fisioterapia 4310 Sedestación/Deambulación 0430 Control intestinal 0450 Manejo del estreñimiento
00197 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	1902 Control del riesgo 0501 Eliminación intestinal 0602 Hiperlaxación 0208 Movilidad	1100 Manejo de la nutrición 1160 Monitorización nutricional
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	1005 Estado nutricional:delecimaciones bioquímicas 1008 Estado nutricional:ingestión alimentaria y de líquidos 1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes	1100 Manejo de la nutrición 1160 Monitorización nutricional
00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable	2300 Nivel de glucemia 1008 Estado nutricional:ingestión alimentaria y de líquidos 0602 Hiperlaxación 0802 Signos vitales 1820 Conocimiento: control de la diabetes	2120 Manejo de la hiperglucemia 2130 Manejo de la hipoglucemia 1100 Manejo de la nutrición 1160 Monitorización nutricional
00148 Ansiedad	1402 Autocontrol de la ansiedad 1208 Nivel de depresión 1205 Autoestima 0902 Comunicación 1934 Entorno seguro de asistencia sanitaria 2609 Soporte familiar durante el tratamiento	5820 Disminución de la ansiedad 4920 Escucha activa 5240 Asesoramiento 5510 Educación sanitaria 5606 Enseñanza individual 5880 Técnica de relajación 5380 Potenciación de la seguridad 5270 Soporte emocional 6480 Manejo ambiental 5320 Presencia 5900 Distracción 5230 Aumentar el afrontamiento 7140 Soporte a la familia
00128 Conocimientos deficientes	1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico 1808 Conocimiento: medicación 1802 Conocimiento: dieta prescrita 1806 Conocimiento recursos sanitarios	5618 Enseñanza del procedimiento o tratamiento 5520 Facilitar el aprendizaje 5540 Asesoramiento

Tabla 1: Diagnósticos enfermeros NANDA, NOC y NIC

Para seguir con la realización del plan de cuidados al paciente sometido a un PD se han buscado referentes ya establecidos y basados en la evidencia científica:

- **Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal:** que a base de revisiones bibliográficas sobre preguntas concretas recomiendan determinadas actividades relacionadas con la nutrición o movilización entre otras (13).
- **Guía de prevención de las infecciones quirúrgicas en Catalunya (Preving-Cat):** programa del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya para la vigilancia de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en el que tras años de estudios sobre tipos de infecciones y sus causas han establecido un paquete de medidas para la prevención de las infecciones de localización quirúrgica (14).
- **Enhanced Recovery After Surgery Protocol (Protocolo ERAS):** la literatura prueba que el protocolo ERAS reduce el tiempo de hospitalización (sin incrementar la re-hospitalización), reduce las complicaciones postoperatorias y, por tanto, reduce los costes de las instituciones (10). Aunque en la cirugía pancreática el protocolo ERAS es de implantación reciente, ya se ha podido observar que un mayor seguimiento del protocolo ERAS se asocia a mejores resultados clínicos y oncológicos en este tipo de pacientes. Reduciendo los días de ingreso y el coste de sus cuidados sin una afectación clínicamente significativa de las complicaciones postoperatorias, reingresos o tasas de supervivencia (8). Sus postulados en el postoperatorio son los siguientes (15) (algunos de ellos coinciden con las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal):

- Movilización precoz.
- Inicio precoz de la ingesta oral.
- Gestión adecuada de los síntomas del dolor, náuseas y vómitos.
- Retirada temprana de catéteres.

En base a esto se ha elaborado este plan de cuidados del paciente intervenido de PD consensuado con el resto del equipo multidisciplinario. Se realizarán unos cuidados generales comunes a todas las cirugías (Tabla 2) y unos cuidados específicos de la PD para cada día post intervención (Tabla 3). Se han diferenciado los cuidados del paciente intervenido por LPS o Robótica del paciente intervenido por cirugía abierta porque, a pesar de tener muchos puntos en común, cada tipo de cirugía presenta sus peculiaridades. Se han descrito desde el día 0 o día de intervención hasta el día 5 postintervención. Se ha considerado que a partir del día 5, si no se han presentado complicaciones, el paciente ya no será portador de drenajes, el alta será próxima y los cuidados estarán más encaminados a reforzar la autonomía del paciente de cara al alta.

Se registrarán en el programa informático de nuestro centro todas las constantes vitales, requerimientos de oxígeno, nivel de conciencia, nivel de dolor a través de la Escala Visual Analógica (EVA), glicemias, catéteres, drenajes y sondas (tipos, localización y fecha de colocación); débitos de los drenajes (aspecto y cantidad c/24h), aspecto de la herida quirúrgica, diuresis c/24h, deposiciones (características y cantidad), se realizará la escala de ansiedad y depresión (HADS) al ingreso (Anexo 1) y c/2 días, también se registrará en el curso clínico cualquier incidencia. Además, se instaurará el pack de curas del paciente intervenido de PD LPS/Robótica o Abierta con todas las intervenciones de enfermería a realizar des del día 0 o día de la intervención hasta el día 5 postintervención para que cada enfermera a cargo chequee la realización de cada una de ellas y las firme como realizadas. A partir del día 5 se repetirán las mismas intervenciones o las que sean necesarias hasta el alta hospitalaria.

ACTIVIDADES GENERALES POSTOPERATORIAS (a realizar todos los días y todos los turnos)

- Identificación inequívoca del paciente.
- Medida y registro de variables clínicas, dolor (EVA) y estado neurológico.
- Si EVA >3 administrar analgesia de rescate.
- Control de heridas, apósitos, drenajes y diuresis.
- Valorar débito drenajes: aspecto y cantidad: si **hemorragia** avisar al médico referente.
- Control de signos y síntomas de sangrado y otras complicaciones.
- Control de peristaltismo y deposiciones.
- Dar apoyo emocional durante todo el proceso.
- Detección precoz de signos/síntomas de ansiedad/depresión.
- Favorecer la expresión de dudas/miedos relacionados con el proceso mediante la escucha activa.
- Facilitar el descanso nocturno.
- Retirada de accesos venosos no necesarios.

Tabla 2: Actividades Generales Postoperatorias

DPO	C.LPS o Robótica	C. Abierta
0	-Control del dolor. Comprobar funcionamiento de la Perfusión Continua de analgesia (PCA). Informar al paciente del uso. -Dieta absoluta. -Si es diabético insulina-dependiente seguir protocolo específico. Si no, controles de glucemia cada 6 h y administrar insulina si precisa. -Cursar analítica sanguínea de control según evolución -Solicitar IC con enfermería de psiquiatría según resultado de la HADS	-PCA Epidural. -Colocación de medias neumáticas en EEII.
1	-PCA Endovenosa (EV) -Retirada de gafas nasales (GN) si SPO2 > 95% -Dieta líquida y Sueroterapia (STP) -Control de glucemia c/6h y administración de insulina según protocolo. -Cursar analítica sanguínea de control -Higiene del enfermo encamado -Control del dolor. Comprobar funcionamiento de la PCA. Verificar con el paciente que conoce el uso.	-Iniciar sedestación con faja abdominal y retirada de medias neumáticas. -Interconsulta (IC) con fisioterapia. -Favorecer la realización de ejercicios respiratorios con el incentivador.
2	-Dieta semi líquida. Mantener o retirar STP dependiendo tolerancia a la dieta. -Control de glucemia c/6h y administración de insulina según protocolo. -Control correcto funcionamiento de la bomba PCA. -Realizar primera cura de la herida quirúrgica (HQ) y repetir c/48h -Cursar analítica sanguínea de control -IC con Endocrinología (si procede) -Solicitar IC con enfermería de psiquiatría según resultado de la HADS	-Ducha con supervisión. -Sedestación y Bipedestación. -Higiene asistida. -Sedestación y Bipedestación con faja abdominal.
3	-Dieta Protección gástrica (PDA) -Ducha con supervisión -Retirada de PCA según orden médica (OM) de anestesia. -Realizar analítica de los drenajes abdominales. -Retirar drenajes en función del resultado de analítica o riesgo de fístula pancreática -Cursar analítica sanguínea de control -Inicio de la educación diabetológica al paciente y familia si es necesario	-Iniciar y fomentar la deambulación con faja. -Retirar sonda vesical si retirada de PCA epidural y catéter
4	-Dieta Protección Hgado biliar y progresar según tolerancia. -Control de glucemia siguiendo las indicaciones de endocrinología. -Realizar cura de la herida quirúrgica -Cursar analítica sanguínea de control -Educación al paciente y familia en la técnica de administración de la HBPM. -Educación diabetológica al paciente y familia si es necesario. -Solicitar IC con enfermería de psiquiatría según resultado de la HADS	-Sedestación y Deambulación. -Sedestación y Deambulación con faja por la habitación.

5 y hasta el alta	-Realizar IC con dietista para progresión y educación al alta. -Supervisar la administración de HBPM por parte del paciente o familia. -Cursar analítica sanguínea de control -Cursar analítica del drenaje abdominal según protocolo. -Retirada de drenajes abdominales según evolución y OM. -Educación al paciente y familia sobre continuidad cuidados al alta. -Solicitar IC con enfermería de psiquiatría según resultado de la HADS
Deambulación de forma progresiva por la unidad	Deambulación de forma progresiva con faja por la unidad.

Tabla 3: Plan de cuidados estandarizado PD laparoscópica/robótica y abierta.

Observaciones al alta domiciliaria:

- Contactar con la Trabajadora social (TS) y/o gestora de casos si precisa curas domiciliarias, o soporte social.
- Contactar con la Dietista para facilitar la dieta a seguir al alta a domiciliaria.
- Entregar el documento de alta enfermera.
- Entregar las recomendaciones al alta de la PD. (Anexo2)

La secuencia de intervenciones especificada para cada día del postoperatorio puede verse alterada por la aparición de complicaciones específicas. Trabajaremos de forma coordinada con el equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, dietista/nutricionista y TS en su caso) con el fin de poder conseguir el objetivo propuesto.

Al alta domiciliaria:

- Contactar con la TS y/o gestora de casos si precisa cuidados domiciliarios o apoyo social.
- Contactar con la Dietista para reforzar dieta al alta y la suplementación proteica en caso de necesidad. Interconsulta con endocrinología en caso de necesidad.
- Realizar el alta de enfermería.
- Valorar y verificar al paciente/cuidador ante el proceso de pancreatectomía:
 - El grado de conocimientos
 - La actitud frente al alta
 - Dieta
 - Control glucémico (Anexo3)
 - Detección precoz de complicaciones
- Dar folleto informativo sobre diabetes (si procede). Realizar educación diabetológica (enseñar procedimiento de control de glicemias y administración de insulina (Anexo 4).

4-EVALUACIÓN

Para valorar la efectividad de la aplicación del plan de cuidados, evaluaremos los siguientes indicadores:

- Número de infecciones del catéter venoso central (CVC)
- Número de infecciones de tránsito urinario
- Número de infecciones de herida quirúrgica
- Número de pacientes que alcanzan la educación terapéutica de seguridad antes del alta
- Número de pacientes que precisan interconsulta con el equipo de psiquiatría previo resultado elevado de la escala de ansiedad i/o depresión (HADS).

La información respecto al número de infecciones del CVC, las infecciones del tránsito urinario y la infección de la herida quirúrgica se extraerá de la historia clínica del paciente. Con relación a la educación sanitaria se le pasará un cuestionario al alta para valorar la autonomía en el manejo de la diabetes.

5-RESULTADOS

Se presenta el siguiente caso clínico en el que se pone en práctica el Plan de Cuidados Estandarizado en uno de los pacientes sometidos a PD en nuestra unidad de Cirugía General Digestiva del Hospital Clínic de Barcelona.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 68 años sin alergias medicamentosas conocidas y con las siguientes comorbilidades:

- Miocardiopatía hipertrófica no obstructiva
- DAI implantado en 2022 como prevención primaria
- Intervenido de una colecistectomía por laparoscopia en 2014

Presenta buen estado general y realiza ejercicio moderado. Antecedentes de hermano fallecido por neo de páncreas. El paciente consulta por cuadro de dolor epigástrico en cinturón y posterior pérdida de peso de 10kg en dos meses.

Se diagnostica adenocarcinoma de páncreas y se propone para intervención quirúrgica. Se decide realizar tratamiento neoadyuvante con quimioterapia durante 3 meses y posterior cirugía. Es intervenido de forma programada para pancreatectomía caudal + esplenectomía LPS con reconversión a abierta por complejidad quirúrgica (tejidos fibrosos tras neoadyuvancia). Sin complicaciones intraoperatorias. Ingresa en unidad de cuidados intensivos (UCI) las primeras 24h por requerimientos de drogas vasoactivas (DVA) en el postoperatorio inmediato.

DÍA 0 (IQ)

Ingreso en UCI para control postoperatorio por requerimiento de DVA manteniéndose hemodinámicamente estable.

Portador de:

- CVC en yugular derecha con STP y PCA EV
- GN a 2Lx' manteniendo saturaciones por pulsioxímetro del 96%
- Medias neumáticas
- SNG siendo permeable y poco productiva con débito bilioso
- SV manteniendo diuresis correcta
- 2 drenajes tipo Jackson Pratt (JP) (flanco izquierdo y flanco derecho) permeables y productivos con débito serohemático



Apósito de la HQ limpio y seco. Se mantiene en reposo. Dieta absoluta. Se explica el funcionamiento de la PCA manteniendo EVA inferior a 3. Controles glicémicos c/6h en rango.

DPO 1

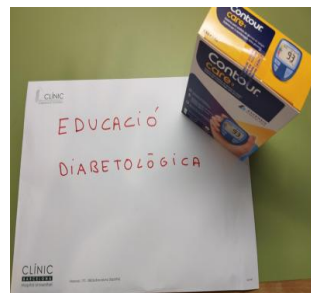
Se retiran DVA por estabilidad hemodinámica. Se retiran SV y SNG. Inicia dieta líquida con buena tolerancia. Se mantienen GN para conseguir saturaciones > 95%. Se realiza higiene en cama e inicia sedestación con faja retirando medias neumáticas. Se realiza IC con fisioterapia y se proporciona incentivador respiratorio. Mantiene EVA inferior a 3. Hiperglicemias que se corrigen con insulina rápida. Drenajes con débito serohemático. Apósito HQ limpio y seco. Se cursa analítica sanguínea de control. Se traslada a sala de hospitalización.

DPO 2

Mantiene estabilidad hemodinámica. Se retiran GN por saturaciones >96% en basal. Progresa a dieta semilíquida pudiendo retirar STP. Se realiza cura de HQ presentando buen aspecto y dejando al aire. Drenajes con débito serohemático. Sedestación y bipedestación con faja. Realiza higiene asistida en el baño. Se realiza IC a endocrinología por mantener hiperglicemias. Se inicia tratamiento con insulina lenta y ultrarrápida. Glicemias entre 140-170mg/dl. No se realiza IC a psiquiatría por no presentar indicativos de ansiedad/depresión. Se cursa analítica sanguínea de control.

DPO 3

Progresa dieta con buena tolerancia. Se cursa analítica sanguínea y muestras del débito de los drenajes que indican fístula pancreática. No asociada a inestabilidad hemodinámica ni otras complicaciones. No se retiran drenajes y se realiza tratamiento conservador. Se decide no retirar PCA por necesitar rescates de analgesia las últimas horas. Se inician educación diabetológica y deambulación con faja. Realiza ducha bajo supervisión.



DPO 4

Se cursa analítica sanguínea. Se realiza cura de HQ con buen aspecto. Se retira PCA por buen control del dolor las últimas 24h. Glicemias en rango. Se refuerza la educación diabetológica. Se realiza seguimiento por endocrinología. Inicio de deposiciones diarreicas por lo que se prescriben enzimas pancreáticos vía oral y se realiza IC con dietista. Se inicia la educación en la técnica de administración de HBPM.



La información respecto al número de infecciones del CVC, las infecciones del tránsito urinario y la infección de la herida quirúrgica se extraerá de la historia clínica del paciente. Con relación a la educación sanitaria se le pasará un cuestionario al alta para valorar la autonomía en el manejo de la diabetes.

DPO 5 postop hasta el alta (DPO 8)

Se realizaron nuevas analíticas de los drenajes los días 5 y 7 postoperatorio que seguían indicando fístula pancreática. Se mantuvo hemodinámicamente estable en todo momento, afebril y manteniendo saturaciones de oxígeno >96%. Se hizo seguimiento de analítica sanguínea diaria. Cura de la HQ el día 6 manteniendo buen aspecto y sin signos de infección. Mejoró cuadro diarreico. El día 7 se realizó IC con dietista para recomendaciones al alta. Se hizo seguimiento y refuerzo de educación diabetológica y administración de HBPM hasta el alta. Movilización con faja sin incidencias durante el ingreso.

Fue dado de alta a domicilio sin necesidad de soporte social y con drenajes el día 8 postoperatorio sin haber presentado ningún proceso infeccioso derivado de catéteres, sondas, HQ o drenajes. No precisó IC con enfermería de psiquiatría. Presentando buen estado general y tolerando dieta. Con buen manejo en el control y administración de insulina y HBPM. Conocedor de los signos de hipoglucemia y actuación. Se dio cita para control y seguimiento en consultas externas.

6- CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

7- CONCLUSIONES

Se trata de un plan de cuidados nuevo, por lo tanto, aún no se ha podido realizar un estudio comparativo entre los pacientes sometidos a una PD antes y después de su instauración. Sí podemos intuir que con su aplicación mejorará la calidad de los cuidados de enfermería puesto que una enfermera conocedora de las complicaciones específicas y esperadas en este tipo de intervenciones puede ser clave en la prevención y el manejo de estas. Además, mediante el seguimiento del plan de cuidados estandarizados será capaz de hacer un buen acompañamiento en el postoperatorio estando atenta a las necesidades del paciente y realizando la educación sanitaria encaminada a su máxima autonomía al alta. El paciente ganará conocimientos para su autocuidado, autoconfianza y seguridad reduciendo riesgos, miedo y la sensación de desesperanza que le acompaña en este proceso patológico. Todo ello se traducirá en una mejora de la calidad de los cuidados de enfermería, en un aumento de la supervivencia y calidad de vida en los pacientes sometidos a una PD y en una disminución del coste hospitalario al reducir los días de ingreso y las complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica.

Apósito de la HQ limpio y seco. Se mantiene en reposo. Dieta absoluta. Se explica el funcionamiento de la PCA manteniendo EVA inferior a 3. Controles glicémicos c/6h en rango.

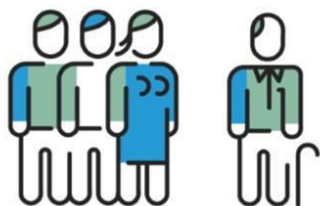
8-BIBLIOGRAFÍA

1. Miranda PR. Pancreatectomía total. Informe de caso. Acta Med Cent. 2021; 15(1): 122-27. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103875>
2. Riviere D, Gurusamy KS, Kooby DA, Vollmer CM, Besselink MGH, Davidson BR et al. Laparoscopic versus open distal pancreatectomy for pancreatic cancer. Cochrane Database Syst Rev2016 Apr 4;4(4): CD01139. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27043078/>
3. Merlo Ignacio G, Fratantoni Eugenia, De Santibañes Martín, Ardiles Victoria, Sanchez Clariá Rodrigo, Pekolj Juan et al. Supervivencia a largo plazo luego de pancreatectomía por cáncer de páncreas. Medicina. 2021Oct; 81(5): 800-807. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500800
4. Morrison M. Post-pancreatic resection: general overview and unique complications. Dimens Crit Care Nurs. 2010;29(4):157-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20543614/>
5. Regmi P, Yang Q, Hu HJ, et al. Overall Postoperative Morbidity and Pancreatic Fistula Are Relatively Higher after Central Pancreatectomy than Distal Pancreatic Resection: A Systematic Review and Meta-Analysis. Biomed Res Int 2020;2020:7038907. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7057026/>
6. ShiohChing S. Proposing a Comprehensive Prehabilitation Model for Individuals with Operable Pancreatic Cancer. Asia Pac J Oncol Nurs. 2020;7(3):255-58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7325771/>
7. Bauer MR, Bright EE, MacDonald JJ, Cleary EH, Hines OJ, Stanton AL. Quality of Life in Patients With Pancreatic Cancer and Their Caregivers: A Systematic Review. Pancreas. 2018;47(4):368-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29521939/>
8. Baimas-George M, Cochran A, Tezber K, et al. A 2-Year Experience With Enhanced Recovery After Surgery: Evaluation of Compliance and Outcomes in Pancreatic Surgery. J Nurs Care Qual. 2021;36(2): E24-E28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32282506/>
9. Woodcock L. Diabetes care after pancreatic surgery. J. Diabetes Nurs. 2019; 23(3) JDN069. Disponible en: <https://diabetesonthenet.com/wp-content/uploads/pdf/dotn1e5d5efd8a0c2d7c5c363ad5f7ec395f.pdf>

Consejos para personas con diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina, sus familiares o cuidadores

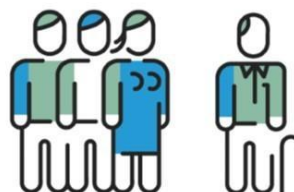
Consejos para personas con diabetes tipo 2 en tratamiento con insulina, sus familiares o cuidadores

Hojas de Tratamiento y Planes de Alimentación



Unidad de Diabetes / Unidad de Geriatría
Instituto Clínico de Enfermedades Digestivas y Metabólicas (ICDEM)
Instituto Clínico de Medicina y Dermatología (ICMD)

CLÍNICA
UNIVERSITARIA

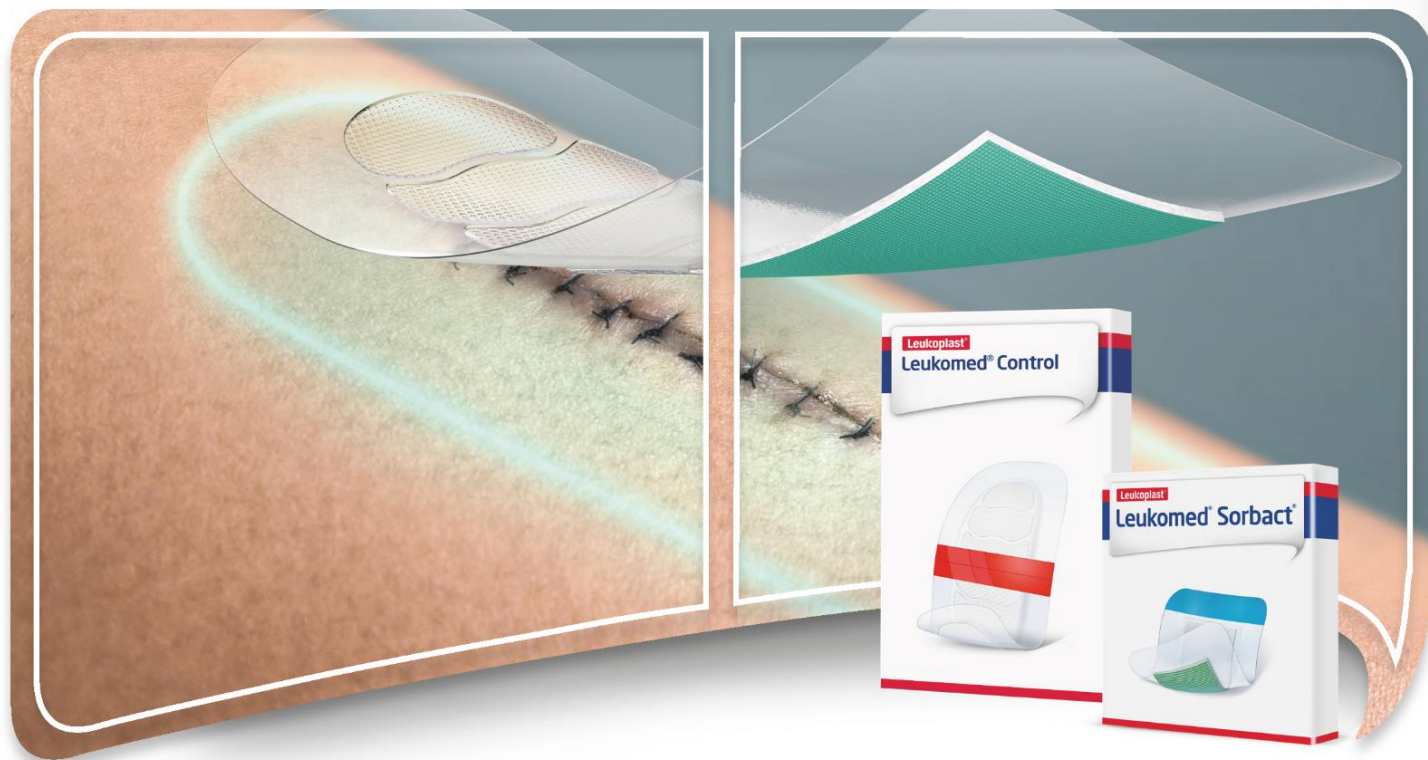


Unidad de Diabetes / Unidad de Geriatría
Instituto Clínico de Enfermedades Digestivas y Metabólicas (ICDEM)
Instituto Clínico de Medicina y Dermatología (ICMD)

CLÍNICA
UNIVERSITARIA

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA	RESULTADOS DE ENFERMERIA NOC	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC
00208 Riesgo de sangrado	1902 Control del riesgo 0802 Signos vitales	3660 Relacionado con el procedimiento 4160 Control de la hemorragia 6650 Vigilancia 6680 Monitorización de signos vitales
00004 Riesgo de infección	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso 1102 Curación de la herida. Por primera intención 1103 Curación de la herida. Por segunda intención 0702 Estado inmune	3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidado de la herida 1870 Cuidado del drenaje 3440 Cuidado del punto de incisión 3500 Manejo de presiones 1120 Terapia nutricional
00048 Deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular:piel y membranas mucosas 1102 Curación de la herida. Por primera intención 1103 curación de la herida. Por segunda intención	3590 Vigilancia de la piel 3660 Cura de la herida 1870 Cuidado del drenaje 3440 Cuidado del punt de incisió 1120 Terapia Nutricional
00007 Hipertermia	0800 Termorregulación 0802 Signos vitales	3740 Tratamiento de la fiebre
00132 Dolor agudo	2102 Nivel del dolor 1843 Conocimiento: manejo del dolor 1605 Control del dolor 2008 Estado de comodidad 0004 Sueño 0802 Signos vitales	1400 Manejo del dolor agudo 6480 Manejo ambiental: confort 2210 Administración de analgésicos 1850 Mejorar el sueño 5820 Disminución de la ansiedad 5510 Educación Sanitaria
00085 Deterioro de la movilidad física	0200 Deambulación 0208 Movilidad 0210 Realización de transferencia	0970 Transferencia 0200 Terapia de ejercicios: fisioterapia 4310 Sedestación/Deambulación
00187 Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	1902 Control del riesgo 0501 Eliminación intestinal 0602 Hidratación 0208 Movilidad	0430 Control intestinal 0450 Manejo del estreñimiento
00002 Desequilibrio nutricional por defecto	1005 Estado nutricional:determinaciones bioquímicas 1008 Estado nutricional:ingestión alimentaria y de líquidos 1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes	1100 Manejo de la nutrición 1160 Monitorización nutricional
00178 Riesgo de nivel de glucemia inestable	2300 Nivel de glucemia 1008 Estado nutricional:ingestión alimentaria y de líquidos 0602 Hidratación 0802 Signos vitales 1820 Conocimiento: control de la diabetes	2120 Manejo de la hiperglucemia 2130 Manejo de la hipoglucemia 1100 Manejo de la nutrición 1160 Monitorización nutricional
00148 Ansiedad	1402 Autocontrol de la ansiedad 1208 Nivel de depresión 1205 Autoestima 0902 Comunicación 1934 Entorno seguro de asistencia sanitaria 2609 Soporte familiar durante el tratamiento	5820 Disminución de la ansiedad 4920 Escucha activa 5240 Asesoramiento 5510 Educación sanitaria 5606 Enseñanza individual 5880 Técnica de relajación 5380 Potenciación de la seguridad 5270 Soporte emocional 6480 Manejo ambiental 5320 Presencia 5900 Distracción 5230 Aumentar el afrontamiento 7140 Soporte a la familia
00128 Conocimientos deficientes	1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico 1808 Conocimiento: medicación 1802 Conocimiento: dieta prescrita 1806 Conocimiento recursos sanitarios	5618 Enseñanza del procedimiento o tratamiento 5520 Facilitar el aprendizaje 5540 Asesoramiento

Tabla 1: Diagnósticos enfermeros NANDA, NOC y NIC



Protege la cirugía de tus pacientes

Leukoplast® ayuda a proteger tus resultados quirúrgicos de las infecciones de sitio quirúrgico.

Eficacia clínica probada

Leukomed® Sorbact®

65%

reducción del riesgo relativo de adquirir una ISQ^[1]

57%

reducción de costes en el tratamiento de cesáreas^[2]



Leukomed® Control

14

días^[3]
puede permanecer colocado hasta



[1] Stanirowski PJ, et al. (2016b) Randomized controlled trial evaluating dialkylcarbonyl chloride impregnated dressings for the prevention of surgical site infections in adult women undergoing caesarean section. Surg Infect (Larchmt), 17(4): 427-35, 2016.

[2] Stanirowski PJ, et al.: Cost-effectiveness of a bacterial-binding dressing to prevent surgical site infection following caesarean section. J Wound Care. 2019 Apr 2;28(4):222-228.

[3] Rousseau T, et al.: An advanced transparent hydropolymer wound dressing for undisturbed post-op management of surgical wounds following hip and knee replacement: A prospective observational series; Int Wound J. 2021;1-7.

Leukomed® es marca registrada de Essity.

Sorbact® es marca registrada de ABIGO Medical AB.

©MD Información destinada a profesionales de la salud. Los productos mencionados son productos sanitarios. Aconsejamos leer las instrucciones de utilización y el etiquetado antes de su utilización.

Nace una nueva generación de apósitos

RespoSorb® Silicone Border,
el primer apósito de poliacrilato con
lámina y bordes de silicona para la gestión
y optimización de la herida exudativa.

- +** Más fácil de escoger:
17 formatos para ajustarse
a cada ubicación anatómica
- +** Más coste-eficiente:
en comparación con el
estándar de cuidado¹
- +** Más proactividad:
mejora los resultados del
tratamiento antes de que la
herida se complique^{1,2}



Más allá de las espumas



- +** RespoSorb® mejora
las condiciones de cicatrización^{3,4}
- +** RespoSorb® mejora
la gestión del exudado^{3,4}
- +** RespoSorb® mejora
los resultados en salud^{1,2,5}

Descubre la **nueva revolución del cuidado**

1. Veličković V M, Chadwick P, Rippon M G, Ilčić I, McGlone E R, Gebreslassie M, Csernus M, Streil I, Bordeanu A, Kaspar D, Linder J, & Smola H. Cost-effectiveness of superabsorbent wound dressing versus standard of care in patients with moderate-to-highly exuding leg ulcers. Journal of wound care. 2020; 29(4): 235–246. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.4.235> 2. Veličković V M, Szilcz M, Milošević Z, Godfrey T & Siebert U. Cost-effectiveness analysis of superabsorbent wound dressings in patients with moderate-to-highly exuding leg ulcers in Germany. International wound journal. 2022; 19(2): 447–459. <https://doi.org/10.1111/ijw.13645> 3. Barrett S, Welch D, Rippon M G, & Rogers A A. Clinical evaluation of a superabsorbent polymer dressing in enabling self-care of wounds. British journal of community nursing. 2020; 25(Sup6): S28–S36. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.Sup6.S28> 4. Atkin L, Barrett S, Chadwick P, Callaghan R, Rippon M G, Rogers A A & Simm S. Evaluation of a superabsorbent wound dressing: patient and clinician perspective: a case series. Journal of wound care. 2020; 29(3): 174–182. <https://doi.org/10.12968/jowc.2020.29.3.174> 5. Veličković V M, Prieto P A, Krga M & Jorge A M. Superabsorbent wound dressings versus foams dressings for the management of moderate-to-highly exuding venous leg ulcers in French settings: An early stage model-based economic evaluation. Journal of tissue viability. 2022; 31(3): 523–530. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.04.005>

ANTES DURANTE Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA



Microdacyn®

MICRODACYN solución de irrigación para:

- Cirugía intra y post operatoria
- Aplicable en todas las mucosas, hueso, tendón, tejido nervioso expuesto
- Aplicable a cualquier edad



Microdacyn® solución de irrigación:

Limpieza y control de los microorganismos patógenos*

Control del proceso inflamatorio mediante la inhibición de las citokinas

Favorece y promueve la formación de tejido sano

Por lo que su uso está recomendado antes, durante y después de la cirugía, en:

- Postquirúrgicos de correcta evolución
- Terapia de presión negativa.
- Postquirúrgicos de evolución tórpida
- Lavados durante la cirugía (intrabdominal), previo a la cirugía y tras el cierre.

Envases adaptables al área quirúrgica.

Estéril. No pierde la esterilidad por cambio de envase.

Sin contraindicaciones clínicas ni interacciones farmacológicas.

- Prevención del sitio quirúrgico
- Desbridamiento ultrasónico
- Cuidados posquirúrgicos de las heridas
- Adecuada para hueso, tendón, cartílago y peritoneo
- Adecuada para terapia de presión negativa (NPWT-i)
- Adecuada en mucosas y tejido nervioso

Durante el lavado peritoneal intraoperatorio (LPIO) y el lavado para el tratamiento de la peritonitis, el uso de Microdacyn® reduce lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| - Infección del sitio quirúrgico ^{6,7} ($p < 0,05$) | - Fiebre postoperatoria ^{5,6} ($p < 0,05$) |
| - Complicaciones generales ^{4,5} | - Secreción purulenta ^{5,12} ($p < 0,05$) |
| - Duración de la estancia hospitalaria ^{4,5,12} | - Tasa de evisceración ⁵ ($p < 0,05$) |
| - Infección de heridas ^{4,6,12} ($p < 0,05$) | - Tiempo hasta los ruidos intestinales ^{5,12} ($p < 0,05$) |
| | - Día medio de retirada del drenaje ² ($p < 0,001$) |



Reducción global de la morbilidad postoperatoria, independientemente de la causa de la peritonitis⁵



* Microdacyn es un producto sanitario de clase IIb para uso en el desbridamiento, irrigación y humectación de heridas agudas y crónicas, úlceras, cortes, abrasiones y quemaduras. La solución está indicada para mantener la humedad, creando un microclima óptimo para la cicatrización de la herida. El efecto antimicrobiano secundario conseguido por el cloruro sódico, el hipoclorito sódico y el ácido hipocloroso no se debe a medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, sino a un proceso físico. Microdacyn® Wound Care puede aplicarse ampliamente dentro de un tratamiento integral de las heridas.

Referencias: 1. Kapur et al 2011 2. Swanson et al (IWJ) 2016 3. Mohd et al 2010 4. Barrera et al 2006 Barrera et al 2005 5. Khan et al 2009 6. Garg et al 2013 7. Kubota et al 2013 8. Kubota et al 2013 Mekkiaw et al 2014 9. Rani et al 2014 10. Gibbs et al 2007 11. Sauer et al 2009 Sauer et al 2009 12. Singal et al 2016 13. Johani et al 2016 14. EB Odom et al 2019 15. A Kramer et al 2018 16. Landa-Solis et al 2005. Todos disponibles previa solicitud.

GRACIAS POR CONFIAR EN:

SDOmedical Distribuidor oficial:
c/. Concepció Arenal, 281-283 • 08030 Barcelona
Tel: (34) 93 360 24 77 - Fax: (34) 93 346 95 94
Mobile: (34) 619 017 926

www.sdomedical.com

Servicio de atención al cliente:
sdomedical@sdomedical.com

Microdacyn®
acción antimicrobiana y antiinflamatoria



Prontosan®

Práctica basada en la evidencia



Prevención y eliminación del biofilm maduro in vitro, ex vivo e in vivo



Clínicamente seguro, incluso en niños



Combate la infección, acelera la cicatrización y reduce dolor-olor



No citotóxico. Listo para usar, no necesita aclarado.



Compatible con apósitos de plata y espumas de poliuretano



PARA LIMPIEZA Y DESCONTAMINACIÓN DE HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS, QUEMADURAS Y PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA



Producto sanitario Clase III

Betaína:

Tensoactivo altamente efectivo en penetrar y facilitar la eliminación de tejido no viable y biofilm

Polihexanida:

Potente antimicrobiano de acción selectiva

¿Qué ha demostrado Prontosan®?



Eficacia y cuidado de la piel

- Efectivo en 1 minuto, incluso frente a multirresistentes
- Óptimo regulador del PH de las heridas crónicas
- Su acción no depende del PH de la herida
- Eficaz en presencia de materia orgánica
- Emula la inmunidad innata
- Efecto remanente



Fórmula única con resultados probados

- NO tiene resistencias descritas
- NO duele ni escuece
- NO es corrosivo con metales
- NO se degrada con luz o temperatura
- NO decolora textiles
- NO daña por estrés oxidativo



NUTRISENS*

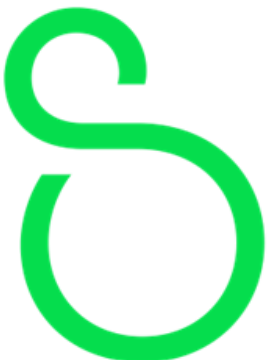
Juntos, innovando en nutrición.

atémpero®

“
Un aliado
fundamental
en la cicatrización
de las lesiones
cutáneas.
”



www.nutrisens.es

 solventum



BD

Impulsando el
mundo de la salud™

NORMAS DE LA REVISTA DIGITAL SEECIR**Conformidad con los requisitos médicos y legales:**

Todos los estudios que incluyen a personas deben cumplir y dejar reflejado en el apartado del método que se han cumplido las siguientes condiciones:

- Obtención de consentimiento informado de los sujetos de la/s muestra para formar parte del estudio
- Respeto de anonimato, confidencialidad y protección de datos conforme a la normativa vigente
- Conformidad con las normas oficiales y vigentes de la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki (<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-dehelsinki-de-la-ammpprincipios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-sereshumanos/>)
- Obtención del permiso del comité de Ética en Investigación pertinente (Aunque no exista ni contacto expreso con personas pero sea necesario el acceso a historias clínicas electrónicas o en formato papel es preciso solicitar el permiso al comité correspondiente)
- Los trabajos deben ser originales (no publicados en otras revistas) para evitar publicaciones duplicadas. Los autores deben informar si se ha enviado el artículo a otras publicaciones para su revisión y aprobación. No se consideran publicaciones duplicadas si los trabajos se basan en presentaciones o comunicaciones a congresos o jornadas científicas.
- Los/as autores/as deben señalar en el trabajo la no existencia de conflicto de intereses ya sean laborales, de investigación, económicos o morales. Si existieran, deben señalarse al comité editorial.

Con el envío del trabajo se ceden a SEECir Digital los derechos del artículo, así como el derecho a la reproducción de datos o ilustraciones en otras publicaciones de la editorial.

Se debe adjuntar al envío del manuscrito el formato de declaración de cesión de los derechos del manuscrito a SEECir Digital y el formulario de negación de conflicto de intereses.

Proceso editorial:

La dirección editorial realiza una primera evaluación del artículo para valorar si cumple con los requisitos mínimos para la fase de revisión. Una vez obtenida la aprobación inicial, todos los trabajos deberán pasar una revisión por pares (dos evaluadores externos que forman parte del panel de revisores) de manera anónima, es decir, los/as revisores/as no conocen la identidad de los/as autores/as y viceversa. Las posibles modificaciones, sugerencias o correcciones se enviarán a los autores para la modificación del manuscrito. Una vez modificado, los/as autores/as podrán enviar nuevas versiones del trabajo para ser nuevamente revisado hasta obtener la aceptación por parte de los/as revisores/as. En cada entrega posterior, los/as autores/as deben adjuntar una carta al comité editorial indicando los cambios realizados y las razones por las que no se haya realizado algún cambio solicitado si procede. Si los/as autores/as del trabajo no realizan las modificaciones indicadas, el comité editorial tiene la capacidad de rechazar el manuscrito. Los trabajos aceptados de manera definitiva por el comité editorial pasarán a la fase de maquetación y publicación. En esta fase, SEECir Digital se reserva el derecho a realizar cambios editoriales o pequeñas modificaciones de estilo para mejorar el entendimiento del trabajo sin modificar el contenido intelectual y científico del mismo.

El envío de un trabajo al comité editorial supone la aceptación implícita de las normas de publicación de SEECir Digital.

A cada autor/a se le enviará un documento acreditativo como autor/a de un artículo en la revista tras su publicación.

Presentación de los trabajos

Todos los trabajos presentados deben cumplir con los siguientes requisitos:

- Tipo de letra Times New Roman o Arial, tamaño 12
- Espaciado e interlineado sencillos
- Máximo de palabras: 4000 (incluyendo todos los apartados exceptuando bibliografía y anexos)
- El envío del manuscrito debe ser en formato Word ajustándose a la planilla descargable de entrega de trabajos.
- En el caso de incluir ilustraciones, fotografías, tablas o gráficos se deben adjuntar al manuscrito en formato .jpg para mantener la calidad de las mismas indicando en el texto la localización de la imagen y su correspondiente referencia bibliográfica.

Recomendaciones generales:

Título. El título debe ser claro y conciso y describir el contenido del trabajo y no superar las 15 palabras.

Autores. Un trabajo no debe tener más de 6 autores/as. En la descripción de los autores incluir nombre, apellidos sin abreviaturas junto con unidad o servicio de la institución a la que se pertenece. Añadir una única dirección e-mail con la que se mantendrá correspondencia.

Referencias bibliográficas: Todos los manuscritos deberán estar adecuadamente referenciados atendiendo a las normas APA o Vancouver vigente. En el caso de utilizar formato Vancouver, la numeración en el texto debe aparecer como superíndice.

Recomendaciones generales de estilo:

- Se recomienda utilizar frases cortas con punto y seguido sin abusar de los nexos entre frases ya sean adverbios, preposiciones o gerundios que alargan demasiado las frases.
- En los trabajos científicos resulta más adecuado utilizar la tercera persona en formato neutro (se realiza, se muestra, se describe) que la primera persona (realizamos, mostramos o describimos).
- Es recomendable reservar la negrita o el subrayado para los títulos o subtítulos y evitarlo en el texto.
- Las abreviaturas deben evitarse en la medida de lo posible. La primera vez que se utiliza en el texto debe definirse su significado entre paréntesis. En el resumen y en el título no deben aparecer abreviaturas.
- En el caso de incluir en el trabajo productos o fármacos concretos se debe indicar el nombre genérico del fármaco o producto y si procede la marca comercial del mismo.

Estructura:

Independientemente del tipo de artículo que se envíe para revisión, todos los manuscritos deben incluir un resumen del trabajo y cumplir el sistema IMRYD, es decir, debe incluir:

Introducción, Metodología, Resultados y Discusión y Conclusiones. A continuación se detallan los diferentes contenidos imprescindibles en todos los artículos:

- **Resumen:** Se debe presentar preferiblemente un resumen estructurado que constará de una breve reseña de la introducción, el/los objetivos, la metodología y los resultados. Preferiblemente no debe superar las 300 palabras. Es recomendable (no imprescindible para publicación) la presentación del resumen en inglés (abstract).
- **Palabras clave:** Deben incluir entre 3 y 10 palabras clave. Si es posible las palabras clave deben estar normalizadas según el tesauro Medical Subject Heading (MeSH) o en su versión española (Descriptores en Ciencias de la Salud, DeCS).
- **Objetivo/s:** Descripción del objetivo u objetivos que pretende conseguir el estudio.
- **Introducción:** Debe incluir el estado actual de conocimiento del tema del trabajo y su contextualización. Esta parte debe ir correctamente referenciada e incluir la justificación y pertinencia del mismo.
- **Metodología:** Debe definir el diseño del estudio, la población y muestra con sus criterios de inclusión y exclusión, las variables estudiadas y el modo en el que han sido medidas, instrumentos de medida y procedimiento detallado de recogida de datos y captación de sujetos. En este apartado se deben incluir los aspectos éticos relativos a cada estudio.
- **Resultados:** La exposición de resultados debe comenzar por la descripción de la muestra y posteriormente, describir los resultados del análisis de las variables.
- **Discusión y conclusiones:** Se deben comparar los resultados expuestos (sin repetirlos) con otros estudios similares y otras líneas de investigación comentando las coincidencias o las discrepancias en los resultados. En las conclusiones de debe incluir si procede las limitaciones del estudio y otras posibles líneas de investigación si las hubiere.
- **Bibliografía:** Incluir todas las referencias bibliográficas consultadas conforme a las normas APA o Vancouver.

En el caso de tratarse de **una revisión narrativa, sistemática o metaanálisis** relacionados con algún tema concreto se debe tener en cuenta que debe incluir los mismos apartados que el resto de los trabajos teniendo en cuenta que:

- En la metodología se debe incluir el sistema de búsqueda de artículos incluyendo bases de datos, palabras claves y booleanos utilizados, así como los criterios de inclusión y exclusión de publicaciones.
- En los resultados se debe exponer las publicaciones encontradas de manera general y sus características (tipo de estudio, etc.), las excluidas y los motivos de la exclusión y las finalmente seleccionadas. Es recomendable incluir una tabla resumen de cada artículo seleccionado que incluya autores, año, tipo de estudio, variables estudiadas y breve resumen de las conclusiones del mismo.

En el caso de tratarse de un **caso clínico concreto/implantación de un protocolo/puesta en marcha de actividades o similares** se debe tener en cuenta que debe incluir los mismos apartados que el resto de los trabajos teniendo en cuenta que:

- La metodología debe describir el caso clínico, procedimiento o implantación de protocolo realizado y desarrollo del proceso.
- Los resultados y discusión pueden presentarse conjuntamente como consideraciones finales comentando el resultado en la práctica clínica y el impacto de la actividad realizada en comparación con otras publicaciones.

En el caso de tratarse de un **caso clínico tipo plan de cuidados** se debe tener en cuenta que debe incluir los mismos apartados que el resto de los trabajos teniendo en cuenta que:

- La metodología debe incluir la presentación del caso clínico (en la introducción se debe haber abordado previamente la patología en cuestión), valoración de enfermería, descripción del plan de cuidados (utilizando taxonomía NANDA-NIC-NOC e incluyendo también problemas de colaboración si los hubiera).
- El apartado de resultados será sustituido por Evaluación del plan de cuidados



seecir

sociedad española
de enfermería en cirugía

HAZTE SOCIO



DISFRUTA DE LAS VENTAJAS

Publica en nuestra Revista SEEcir Digital

Descuentos en cursos de formación

Descuentos en actividades SEEcir

Participa en nuestros Grupos de Trabajo:

- Docencia
- Investigación
- Cirugía Pediátrica
- Ostomías y Curas Complejas
- Web y Redes Sociales

www.seecir.es

