

# SEECir Digital

Volumen 6 – Noviembre 2016



## EQUIPO EDITORIAL

**Director: Núñez Crespo, Fernando**

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.  
Profesor Universidad San Rafael Nebrija. Madrid. Doctor por la URJC.

**Subdirección: Tarín Pereira Virginia**

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada.  
Diplomada en Puericultura.

### COMITÉ EDITORIAL:

**Espín Faba, Jose Antonio**

Diplomado en Enfermería. Supervisor Unidad de Críticos. Hospital Clínico San Carlos.  
Profesor Universidad Alfonso X el Sabio. Doctorando UAX

**Granados Martín, Mónica**

Grado en Enfermería. Máster en ciencias de la Salud. Doctorando en Enfermería.  
Universidad Alicante. Enfermera de consultas externas. Hospital de Fuenlabrada.  
Madrid

**Jardón Huete, Clara**

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

**Martín Rodríguez, Francisco**

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

**Moldes Moro, Regina**

Diplomada en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Profesor Universidad  
Alfonso X el Sabio. Doctoranda Universidad Alfonso X el Sabio

**Palacios Ceña, Domingo**

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

**Soto Arnáez, Francisco**

Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Doctor por la URJC

**Torres González, Juan Ignacio**

Diplomado en Enfermería. Unidad críticos I. Hospital Clínico San Carlos. Profesor  
Asociado Clínico de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y  
Podología. UCM. Doctorando UCM

<b>Equipo Editorial</b>	<b>Pág. 02</b>
<b>Artículo 1: “Manifestaciones del Dolor en Recién Nacidos con Atresia de Esófago “</b>	<b>Pág. 04-10</b>
<b>Congreso SEECir 2017</b>	<b>Pág. 11</b>
<b>Artículo 2: “Protocolo de Instrumentación Quirúrgica en Nefrectomía Radical”</b>	<b>Pág. 12-15</b>
<b>Artículo 3: “Plan de Cuidados Estandarizado en la Cirugía Esofágica: Caso Clínico”</b>	<b>Pág. 17-19</b>
<b>Resumen Taller de Anestesia Local y Avanzado de Suturas - SEECir</b>	<b>Pág. 21-22</b>
<b>Normas de Presentación</b>	<b>Pág. 23-24</b>
<b>Hazte Socio de SEECir</b>	<b>Pág. 25</b>

Aquí está el sexto número. Próximos al periodo Navideño, queremos despedir el último tramo del año con esta portada, tomada por una socia de SEECir que desde Central Park en Nueva York, se acordó de “SEECir Digital”.

Animamos a todos a participar con la revista, con imágenes que puedan ser portada y con vuestros artículos científicos.

Desde la Sociedad se ha organizado este semestre el “Taller de anestesia local y avanzado de suturas”, que queda recogido en este número. Se está trabajando intensamente en el congreso del próximo año, que se celebrará en la ciudad de Málaga y que estará lleno de sorpresas. Os animamos a participar.

Felices Fiestas navideñas.

El equipo Editorial.

**ISSN: 2341-0957**

# “MANIFESTACIONES DEL DOLOR EN RECIÉN NACIDOS CON ATRESIA DE ESÓFAGO”

Guillén Garijo, Noelia. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

[noelia.1905@hotmail.com](mailto:noelia.1905@hotmail.com)

## **RESUMEN:**

Es objeto de este estudio conocer las actuaciones más apropiadas para el manejo del dolor, como síntoma principal de la atresia de esófago. Estudio cualitativo, estudio de caso, de un neonato de 39+1 semana de gestación, con atresia de esófago. Se utilizó la valoración enfermera Marjory Gordon y se elaboró un plan de cuidados mediante Taxonomía NANDA, NOC, NIC. El estudio se ha realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal de un Hospital de la Región de Murcia. La contribución de este trabajo es el conocimiento de que el neonato percibe los estímulos dolorosos, los expresa y los manifiesta. Finalmente, el control del dolor es valorado por enfermería con diferentes escalas que miden la intensidad del dolor, la localización y la descripción.

## **PALABRAS CLAVE:**

Atresia Esofágica, Dolor, Recién Nacido, Enfermería, Sistema Digestivo Y Alteraciones.

## **METODOLOGÍA:**

### **Introducción**

La atresia de esófago es una malformación genética producida durante el desarrollo embrionario del feto, por un error en la división y separación del intestino primitivo durante la 3ª semana de gestación. Es de etiología desconocida, donde existe compromiso de la continuidad esofágica quedando interrumpida, caracterizada por la falta de continuidad de un segmento esofágico y por la frecuencia que asocia una fístula traqueoesofágica.<sup>1</sup>

La herencia multifactorial es responsable de la mayoría de las malformaciones mayores. Afectan entre un 2% al 3% de los recién nacidos al momento del parto, aunque al final del primer año de vida se detectan hasta en un 7%.<sup>2</sup> Los neonatos con atresia esofágica presentan una supervivencia entorno al 77,9 % y aumenta a 88,5 % durante el último período, y los datos internacionales afirman que existe una supervivencia cerca del 90 % debido al desarrollo de los cuidados intensivos neonatales.<sup>3</sup>

El dolor en los neonatos a menudo no se reconoce por existir cierta dificultad para comunicarse y por tanto no se da al niño el debido tratamiento. La evaluación del dolor en el neonato es compleja, por eso se realiza por medio de la observación de sus cambios.<sup>4</sup> Las principales manifestaciones de los niños al experimentar dolor se identifican por medio del llanto, cambios en la expresión facial, y con movimientos corporales.<sup>5</sup>

Kamel C<sup>6</sup> en su artículo hace referencia a la inadecuada verbalización por parte de los recién nacidos para expresar el dolor, por lo que la mejor fuente para visualizar el dolor son las respuestas fisiológicas como la frecuencia cardíaca, respiratoria, saturación de oxígeno, y principalmente las actitudes comportamentales. La expresión facial es considerada una de las medidas de evaluación de conducta en el dolor, por ser el indicador más fiable. Entre las expresiones faciales en los niños se encuentran las siguientes: ojos fuertemente cerrados, cejas fruncidas, alas nasales amplias y abultadas y surco labial más profundo.<sup>7</sup>

El dolor tiene consecuencias en los neonatos, estos cambios pueden ser fisiológicos, y comportamentales conduciendo a un aumento de la mortalidad. Por lo que la prevención del mismo debe ser fundamental para todos los profesionales.<sup>8</sup>

(Tabla 1)

<b>1. Respuestas fisiológicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones en la frecuencia cardíaca</li> <li>• Alteraciones en la frecuencia respiratoria</li> <li>• Aumento de la presión intracraneal</li> <li>• Alteraciones en la tensión arterial</li> <li>• Desaturación de oxígeno</li> <li>• Náuseas y vómitos</li> <li>• Midriasis</li> <li>• Disminución del flujo sanguíneo periférico</li> </ul>	<b>2. Respuestas bioquímicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipermetabolismo</li> <li>• Hipercoagulación</li> <li>• Hiperproducción de adrenalina</li> <li>• Hipoprolactinemia</li> <li>• Hipoinsulinemia</li> </ul>
	<b>3. Respuestas conductuales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Agitación</li> </ul>

Tabla 1. Respuestas al estímulo doloroso en el recién nacido

El dolor infantil requiere un abordaje especializado, donde el conocimiento y la comprensión de los aspectos evolutivos adquieren una

relevancia determinante. El objetivo de la valoración del dolor es obtener datos precisos que permitan emprender acciones terapéuticas y evaluar la eficacia de las mismas. La valoración debe ser continua dado que el proceso patológico y los factores que influyen sobre el dolor cambian con el transcurso del tiempo.<sup>9</sup>

Los cuidados se centran única y exclusivamente en el niño, para mejorar su adaptación al entorno los profesionales intentamos reducir el ruido, mantener una iluminación tenue, cubrir las incubadoras, cambios de posición, el uso del rollo para simular la postura que tendrían dentro del útero de la madre para sentirse protegidos, la necesidad de hablarle, acariciarlos y masajear las zonas y todos estos procesos requieren la implicación de los padres, junto con el tratamiento prescrito. 10

### **OBJETIVOS:**

- Conocer las formas de expresión del dolor por parte de los neonatos.
- Analizar las actuaciones más apropiadas por parte de los profesionales implicados en el cuidado.
- Elaborar un plan de cuidados en un neonato de 39 + 1 semanas con atresia de esófago, utilizando metodología enfermera NANDA, NOC, NIC.

### **MÉTODO:**

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se ha diseñado una investigación cualitativa, tipo estudio de caso. El sujeto de estudio es un neonato, de 39+1 semana de gestación, diagnosticado de atresia de esófago.

El procedimiento de recogida de la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

- La observación directa del recién nacido.
- La historia clínica del niño.
- Los registros de evolución médica y enfermera.
- La valoración de enfermería según los patrones de Marjory Gordon.<sup>11</sup>
- La revisión de la evidencia científica.
- Como fuente de información secundaria se utilizó a la familia del neonato.

La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Dialnet, Pubmed, Medline, Cinhal, Scielo, Sciencedirect. Para la realización de este estudio han sido revisados también otros documentos

como: atlas de anatomía, guías y protocolos hospitalarios.

### **RESULTADOS:**

La realización del proceso enfermero permitió identificar como diagnóstico principal (00132) Dolor r/c agentes lesivos (biológicos y físicos) m/p expresión facial. Asociado la complicación potencial principal Sepsis, además de proporcionar y favorecer la mejora de la calidad asistencial y de vida del paciente. Anexo nº 1: Modelo Área Bifocal

### **CONCLUSIONES:**

Las alteraciones congénitas producen cambios en el sistema morfológico, estructural, funcional o molecular del feto y obstaculizan el mecanismo para la adaptación a la vida extrauterina. El control del dolor en los niños es una intervención necesaria y básica en cualquier unidad de hospitalización. Enfermería, mediante intervenciones enfermeras, debe mantener la estabilidad del recién nacido, reducir los factores ambientales y los internos que puedan afectar al neonato, minimizar los procedimientos agresivos, ofrecer cuidados integrales, cumplir el tratamiento quirúrgico y por último, interactuar con los progenitores.

### **DISCUSIÓN:**

Tras la revisión de la literatura sobre el tema de estudio podemos decir que el neonato percibe los estímulos dolorosos. Como refieren González Fernández y Fernández Medina “el neonato es capaz de guardar memoria de las experiencias dolorosas, por lo que manifiesta mayor sensibilidad y menor tolerancia al dolor que en edades posteriores de la vida”.<sup>11</sup> Además, durante el desarrollo embrionario disponen de la percepción de los estímulos dolorosos, esto es debido a que los recién nacidos disponen de memoria para guardar las experiencias dolorosas.<sup>12</sup>

El dolor es algo que en edades tempranas necesita una buena observación, esto es posible en parte a las manifestaciones en las conductas del neonato tales como movimientos corporales, cambios en la expresión facial, patrones de llanto y otros cambios en el comportamiento.<sup>13</sup>

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Maldonado J, Royo Y, Pueyo G, Skrabski R, Di Crosta I. Urgencias quirúrgicas en la vía digestiva. En: Junta directiva de la sociedad

- española de neonatología (SEN). 2º edición. Asociación Española de Pediatría: Neonatología Protocolos AEP; 2008: 470-472.
2. Bonino A, Gómez P, Cetraro L, Etcheverry G, Pérez W. Malformaciones congénitas: incidencia y presentación clínica. Arch Pediatr Urug. 2006 Octubre; 77(3):225-228.
  3. Velázquez G, Trinchet R, Hidalgo Y, Figueredo R, Velázquez S. Comportamiento de la atresia esofágica en el Servicio de Neonatología del Pediátrico de Holguín durante diez años. CCM. 2014 octubre diciembre; 18(4)
  4. Calixto D, Medeiros L, , Barbosa de Oliveira G, Roque de Souza A, dos Santos Freitas V. Nursing intervention for pain control in newborns; effectiveness of non pharmacological actions. Nurs UFPE on line. 2015 Aug; 9(8): 8784-91.
  5. Gómez Gómez M, Danglot Banck C. Dolor en el niño recién nacido hospitalizado. Rev Mex Pediatr . 2007; 74(5); 222-229.
  6. Kamel C. Dolor en el Recién Nacido. INFOR MED. 2008; 10 (7): 375-386
  7. Sellán Soto MC, Díaz Martínez ML, Vázquez Sellán A. Valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, en contextos asistenciales hospitalarios. Rev cubana Enfermer. 2012 Jun; 28(2):144-155.
  8. Carvalho G, Oliveira Miranda J, Vital D, Laura C, Lopes C, Oliveira D. Dolor en los recién nacidos: identificación, evaluación e intervenciones. Revista Baiana de Enfermagem. 2015 Jul- sept; 29(3): 261-270.
  9. Gallegos J, Salazar M. Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Enf Neurol. 2010; 9(1): 26-31.
  10. Ginovart G. Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. Aloma. 2010; 26:15-27.
  11. González CT, Fernández IM. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. En: revista de enfermería. 2012; 6(3).
  12. Narbona E, Contreras F, García F, Miras MJ. Manejo del dolor en el recién nacido. En: Junta directiva de la sociedad española de neonatología. 2º edición. Asociación Española de Pediatría: Neonatología Protocolos AEP. 2008; 461- 469
  13. Ana Tovar M. Dolor en niños. Colombia Médica. 2005 octubre-diciembre; 36(suplem3):62-68.



**Anexo Nº 1: MODELO ÁREA BIFOCAL****Valoración o datos:**

**Patrón Nº 1: Percepción de salud- manejo de la salud.** Varón de 39+1 semanas de gestación, ha sido un embarazo normal, sin presencia de malformaciones en ecografías en el período prenatal. Portador de vía central (yugular) con nutrición parenteral. En cuanto a su tratamiento el médico pauta: ampicilina 430 miligramos(mg) intravenoso (iv) c/12 horas, gentamicina 1mg iv c/24horas, gluconato cálcico 2,6 ml + 2,6 ml de agua para inyección (API) iv c/ 8h, suero base al 7,5, Paracetamol 25 mg c/12 h y nutrición Parenteral a un ritmo de 12 ml. **Patrón Nº 2: Nutricional-metabólico.** Paciente de 2,850 kilos, mide 49 centímetros, con perímetro craneal de 33 centímetros. Temperatura de 36.1º C. Portador de sonda trananastomótica abierta a bolsa, para dejar un tiempo que cicatrice la herida y cuando el pediatra lo valore ir pasando tolerancia, coloración sonrosada y piel hidratada. **Patrón Nº 3: Eliminación Diuresis normal** tanto de frecuencia como de volumen entre 8-16 mililitros, presencia de color amarillo-ámbar. Deposiciones de meconio frecuentes, dos al día de abundante consistencia. Abdomen blando sin presencia de masas. Presencia concordancia toraco-abdominal. Drenaje pleural a -10 mmHg, con herida quirúrgica en mediastino derecho. **Patrón Nº 4: Actividad-Ejercicio.** FC: 139 lpm (latidos por minutos), FR: 56 rpm (respiraciones por minuto), SatO<sub>2</sub>: 100 %, Tensión arterial: 71/32 mmHg. Tono muscular con cierto grado de hipertonia fisiológica (flexión de brazos y piernas). Cráneo normoconfigurado y fontanela normotensa. **Patrón Nº 5: Sueño - Descanso.** El paciente se despierta con llanto, es por el dolor referido, por lo tanto, presenta un sueño intermitente y precisa medicación para cesar el dolor. **Patrón Nº 6: Cognitivo- Perceptual.** Conducta de llanto por el dolor que cesa con la administración de medicación intravenosa. Presencia de agitación de cuerpo frecuente, cuando refiere este dolor, tiene dificultad para dormir y el contacto es fácil. **Patrón Nº 7: Autopercepción-Autoconcepto.** Por la observación directa se observan los rasgos y movimientos de su cuerpo. **Patrón Nº 8: Rol- Relaciones.** Visita de sus padres todos los días. Su red de apoyo en su familia, en este momento los cuidadores principales son los profesionales sanitarios y secundariamente sus padres. **Patrón Nº 9: Sexual - Reproductivo.** Genitales normales, testes en bolsa. **Patrón Nº 10: Adaptación- Tolerancia al estrés.** La comunicación familiar no es limitada, sus padres le hablan al niño y lo tocan. Paciente con llanto excesivo manifestado por el dolor, cierta inquietud e irritabilidad. **Patrón Nº 11: Valores- Creencias.** Lo más importante para los padres es la recuperación del niño.

**Diagnósticos**

- (00043) Protección ineficaz r/c extremos de edad m/p agitación.
- (00044) Deterioro de la integridad cutánea r/c cambios en la pigmentación m/p invasión de las estructuras corporales.
- (00166) Disposición para mejorar la eliminación urinaria m/p diuresis dentro de los límites de la normalidad.
- (00165) Disposición para mejorar el sueño m/p uso de medicación para inducir el sueño.
- (00096) Deprivación de sueño r/c disconfort prolongado m/p irritabilidad.
- (00132) Dolor r/c agentes lesivos (biológicos y físicos) m/p expresión facial.
- (00214) Disconfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad m/p irritabilidad.
- (00146) Ansiedad r/c estrés m/p inquietud e insomnio.

**Complicaciones Potenciales:**

- Cp. Sepsis.
- Cp. Dehiscencia de la anastomosis esofágica.
- Cp. Estenosis esofágica.
- Cp. Derrame Pleural.

**DIAGNÓSTICO ENFERMERO (DxE) PRINCIPAL:**

(00132) Dolor r/c agentes lesivos (biológicos y físicos)  
m/p expresión facial

**COMPLICACIÓN POTENCIAL (Cp):**  
Sepsis



**NOC del DxE principal:**

(2102) Nivel del dolor

**NOC de la Cp:** (0708)  
Severidad de la infección:  
recién nacido

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
210204 Duración de los episodios de dolor	2	5	5	20 días
210217 Gemidos y gritos	3	5	5	20 días
210206 Expresiones faciales de dolor	1	5	5	20 días
210208 Inquietud	2	5	5	20 días
210223 Irritabilidad	2	5	5	20 días

Escala: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
210210 Frecuencia respiratoria	4	5	5	20 días

Escala: 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal.

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
070801 Inestabilidad de la temperatura	4	5	5	20 días
070825 Drenaje purulento	5	5	5	20 Días
070829 Colonización de cultivo en la herida	4	5	5	20 Días

Escala: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno



**INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES**

**(668o) Monitorización de los signos vitales:** Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. - Observar las fluctuaciones de la presión arterial. **(140o) Manejo del Dolor:** Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. - Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor. - Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.

**(4190) Punción intravenosa:** Utilizar una técnica aséptica estricta. - Verificar que el niño tenga una postura cómoda. - Seleccionar una vena apropiada para la venopunción. - Determinar la correcta colocación mediante la observación de la sangre en el sistema. **(2314) Administración de medicación por vía intravenosa:** - Seguir las cinco reglas de administración correcta de medicación. - Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación. - Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter intravenoso en la vena.- Administrar la medicación a la velocidad adecuada. - Rellenar la etiqueta de medicación y colocarla en el recipiente. **(3660) Cuidado de las heridas:** Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. - Limpiar con solución salina fisiológica. - Aplicar un vendaje apropiado al tipo de herida. **(1872) Cuidados del drenaje torácico:** Controlar el funcionamiento correcto de los dispositivos, la colocación adecuada y la permeabilidad del tubo. - Mantener el recipiente de drenaje al nivel adecuado, por debajo del tórax. - Monitorizar y registrar la cantidad, color y la consistencia del drenaje que sale por el tubo. **(3440) Cuidados del sitio de inserción:** Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia. - Observar las características del drenaje. - Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica. - Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

**Evaluación: DxE principal:** Según los indicadores de la tabla, tal y como tenemos hemos cogido seis indicadores para medir en mi paciente, referente al DxE (00132) Dolor r/c agentes lesivos (biológicos y químicos)m/p expresión facial. De ellos partíamos de una puntuación inicial de 1 en el indicador 210206 expresiones faciales de dolor, una puntuación de 2 en los indicadores 210204 duración de los episodios de dolor, 210208 inquietud, 210223 irritabilidad y una puntuación de 3 en el indicador de 210217 gemidos y gritos y por último partíamos de una puntuación de 4 en el indicador 210210 frecuencia respiratoria. La puntuación de estos indicadores la hemos mejorado en parte gracias al trabajo realizado con las intervenciones necesarias para manejar todos los indicadores afectados en el paciente para conseguir solucionar el diagnóstico principal. Referente a esto, las intervenciones las he realizado durante 20 días para lograr mi objetivo principal, siendo este eliminar el dolor, siendo efectiva la realización de las mismas en tiempo y lugar. Cp. Tal y como se observa los indicadores seleccionados para el control de la complicación potencial de mi paciente se han mantenido en los límites de la normalidad, partí de una puntuación de 5 en 070825 drenaje purulento, y una puntuación de 4 en el indicador 070829 colonización de cultivo en la herida y en 070801 inestabilidad de la temperatura y realizando las intervenciones planificadas he conseguido llegar a una puntuación de 5 en el tiempo establecido, tal y como lo había planeado, para mantener a mi paciente en los límites de la normalidad sin alterar los indicadores seleccionados y tratar la complicación potencial.

**REFLEXIÓN PROFESIONAL:** En relación al plan de cuidados de mi paciente creo que está bien planteado y he conseguido los objetivos planificados y con ello se ha visto reflejada la evolución de mi paciente gracias a las intervenciones llevadas a cabo por parte del personal de enfermería, contando con la colaboración del médico. Creo que los datos aportados en el caso, eran suficientes para sacar un DxE principal y posteriormente programar las intervenciones en base a los indicadores seleccionados. Por ello, se ha cumplido con el objetivo marcado desde el primer día, y cuando las pruebas den los resultados esperados y no haya ningún otro síntoma que agrave la mejoría del paciente, se procederá a darle el alta por parte del médico, entregándole un plan de cuidados más minucioso a la familia que deberá seguir durante los próximos días. Al llevar a cabo este plan de cuidados, puedo decir que la enfermería aporta a la metodología una satisfacción profesional, y por otro lado también los cuidados planificados son resultado de un trabajo en equipo, y aumenta la comunicación entre diversos profesionales de diferentes ámbitos sanitarios.

**REFLEXIÓN PERSONAL:** Desde mi punto de vista la metodología enfermera es necesaria tanto para la profesión como a nivel personal del usuario, ya que el paciente, en este caso la familia, recibe atención de calidad centrada en las necesidades de su niño. Es muy importante integrar a la familia desde el primer momento en sus cuidados y tener presente que se trata de un ser humano y como tal debe ser considerado.





31 de mayo – 02 de junio  
2017

Málaga



seecir  
sociedad española  
de enfermería en cirugía

# 6º Congreso Nacional de Enfermería en Cirugía

## Un Mar de Evidencias



Hacienda de Nadales

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

## “PROTOCOLO DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA EN NEFRECTOMÍA RADICAL”

Martín González, María Jesús\*; Alonso Gutiérrez, Inmaculada\*; Pendón Nieto, Elena\*\*.

\*Enfermeras de Bloque Quirúrgico-Urología. \*\*Supervisora de Bloque Quirúrgico.

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

### RESUMEN

Una nefrectomía radical es la extracción quirúrgica de un riñón completo junto con la fascia de Gerota que lo rodea, la glándula suprarrenal y los ganglios linfáticos adyacentes. La indicación para practicar este procedimiento se establece cuando hay tumores renales, si el riñón se encuentra gravemente alterado por ciertas enfermedades benignas como la hidronefrosis, la existencia de cálculos, o tras un traumatismo que ocasione lesiones renales graves<sup>1</sup>. Esta intervención también se practica para realizar un trasplante de un donante vivo<sup>2</sup>. El objetivo de este trabajo es la elaboración de un protocolo práctico de instrumentación quirúrgica en nefrectomía, que sirva como apoyo a todo aquel profesional de la enfermería que pretenda adentrarse en el campo de la instrumentación quirúrgica. Para el desarrollo de dicho protocolo se han utilizado cuadernos de anotaciones prácticas de profesionales, así como literatura científica específica. También se han realizado fotografías para ilustrar el procedimiento de una forma visual y clara.

### PALABRAS CLAVE:

Nefrectomía, Instrumentación, Quirófano, Urología.

### ESPECIALIDAD:

Urología

### PROCEDIMIENTO:

Nefrectomía radical abierta

### DESCRIPCIÓN:

Extirpación de un riñón completo junto con la fascia de Gerota que lo rodea, la glándula suprarrenal correspondiente y los ganglios linfáticos adyacentes.

### PATOLOGÍAS QUE LLEVAN A ESTE PROCEDIMIENTO:

**Hidronefrosis:** es la dilatación del sistema colector renal debida a una dificultad para eliminación de la orina, a causa de la existencia de un obstáculo en el algún punto del sistema urinario, de tipo mecánico o funcional. Los obstáculos mecánicos más habituales son la existencia de un cálculo o litiasis, infecciones,

tumoraciones benignas o malignas, estenosis congénitas, compresión por una tumoración abdominal o por aumento de tamaño de la próstata. Las alteraciones funcionales más frecuentes son la vejiga neurogénica y el reflujo vesicoureteral.<sup>3</sup>

**Tumores renales:** el carcinoma de células renales es la forma más frecuente de cáncer de riñón, especialmente en adultos. El tratamiento inicial es quirúrgico pues tiene la peculiaridad de ser consistentemente resistente a la radioterapia y la quimioterapia, aunque algunos casos han respondido favorablemente a la inmunoterapia.<sup>4</sup>

**Traumatismo renal:** la actitud ante un traumatismo contuso y de un traumatismo penetrante es de indicación absoluta de exploración quirúrgica en los casos de inestabilidad hemodinámica asociada con el traumatismo renal, sangrado persistente, lesión vascular o destrucción parenquimatosa extensa, avulsión del tronco vascular renal.<sup>1</sup>

### MATERIAL:

- Equipo universal de un solo uso (contiene dos paños y dos sábanas)
- Funda de mesa de Mayo
- 1 apósito adhesivo transparente de 45 x 55 cm aproximadamente para el campo quirúrgico (se coloca sobre el campo quirúrgico tras haber colocado los paños y sábanas)
- Batas
- Guantes
- 5 paquetes de compresas radiopacas
- 2 paquetes de gasas radiopacas
- 2 paquetes de torundas de gasa esféricas con contraste radiopaco
- Cintas vasculares elásticas, para identificación-oclusión-tracción de nervios y vasos
- Bisturí eléctrico
- Aspirador y *yancauer* sin agujero (en caso de que tenga agujero, añadir tiritas estériles para taparlo)

- Raspador de bisturí
- Contenedor imantado de agujas
- Bolsa marsupial para bisturí eléctrico y aspirador
- 2 mangos de lámpara
- 1 tubo de drenaje
- 1 cazoleta de 1 litro
- Jeringas de 50 para lavado del subcutáneo con agua oxigenada al 50 % antes del cierre final de subcutáneo y piel
- Caja de Laparotomía
- Separador de Ricard
- Caja de clamps vasculares
- Caja de campos profundos en previsión
- Pinza de ligaclips largo de ángulo recto y cargas
- 1 hoja de bisturí frío del número 23
- Ligaduras de seda de 0
- Ligaduras de poliglicólico precortadas de 0
- Poliglicólico cilíndrico del 1, aproximadamente 5
- Polipropileno loop<sup>5</sup>
- 1 seda triangular del 0 para fijar el drenaje
- 1 poliglicólico rápido de 2/0 de aguja grande para subcutáneo
- Grapadora
- Compresa sin contraste radiopaco para apósito
- Esparadrapo
- Povidona iodada
- Agua oxigenada
- Suero fisiológico

### Mobiliario quirúrgico necesario

Mesa de instrumentación y mesa de mayo

### Aparataje quirúrgico

Bisturí eléctrico y Aspirador

### Posición quirúrgica

La elección de la vía de acceso debe adaptarse en función de la enfermedad renal así como de la morfología y el estado general del paciente. La exposición de la zona quirúrgica debe ser máxima. Existen numerosas variedades, con vías anteriores, posteriores y anterolaterales.

Se describirán las vías anterolaterales que son las que se utilizan con mayor frecuencia. Las ventajas son la facilidad de disección y la posibilidad de empujar el peritoneo hacia delante, permitiendo el

acceso rápido al retroperitoneo. En caso de desgarro, la pleura o el peritoneo pueden repararse fácilmente. Aunque a veces la exposición puede ser limitada, es posible aumentarla realizando una resección costal. El principal inconveniente se encuentra en el hecho de que se debe diseccionar el riñón y movilizarlo antes de aislar y ligar los vasos. Para acceder por esta vía, habrá que colocar al paciente en decúbito lateral. La mesa se abre para ampliar el espacio situado entre la cresta ilíaca y el borde inferior de la 12ª costilla. La rodilla del paciente más cercana a la mesa quirúrgica está flexionada 90º por debajo de la pierna inferior, que se mantiene en hiperextensión. Se sujeta al paciente y se le mantiene con soportes anteriores y posteriores. Antes de abrir la mesa, se protegen todos los puntos de presión<sup>2</sup>.

### Instrumental

En la mesa de mayo:

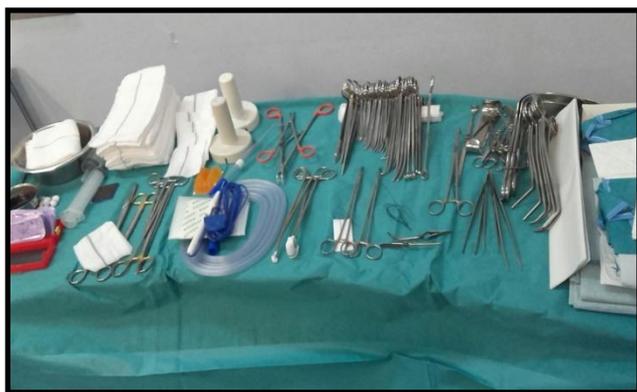
- Mango de bisturí nº 4 con hoja del 23 montada
- Pinzas de disección con dientes
- 2 Kocher curvos
- 4 micro-Halsted<sup>6</sup> curvos (mosquitos)
- Tijeras de Metzenbaum largas
- Pinzas de disección sin dientes medianas
- 1 Separador Roux grande
- Separador bivalvo Ricard
- Pinzas de disección sin dientes largas
- 2 disectores largos
- Pinzas largas vasculares
- Tijeras de Mayo curvas
- 2 Pinzas de Duval para montar torundas medianas hechas con gasas
- 2 Pinzas fuertes para montar las torundas esféricas
- 2 Bengoleas para montar las ligaduras
- 1 Foerster



Figura nº 1: Disposición del instrumental sobre la mesa de Mayo

En la mesa de instrumental:

- Cazoleta
- Gasas, compresas y torundas
- Suturas
- Portaagujas largos y medianos para agujas gruesas y finas
- Tijeras de mayo rectas
- 2 pinzas bulldog curvos (clamps vasculares)
- Ligaclips
- En la zona más limpia y alejada, el resto del instrumental de las cajas



**Figura nº 2:** Disposición del resto de material e instrumental sobre la mesa

### PROCEDIMIENTO:

El principio de la nefrectomía reside en la ablación del riñón, liberado de sus adherencias. El uréter se identifica al comienzo de la intervención al igual que el pedículo vascular que se liga después de separar la vena y la arteria.

**Incisión:** Después de hacer una incisión en la piel y el tejido subcutáneo con el bisturí frío, se disecciona el músculo con el bisturí eléctrico. Se coloca el separador de Ricard, protegiendo con compresas húmedas. Desde este momento se utilizarán pinzas sin dientes y largas. Se coloca el prolongador de bisturí eléctrico.

**Abertura de la cavidad renal:** Se abre incidiendo en la fascia de Zuckerkandl que corresponde a la hoja posterior de la cavidad. Esa abertura puede ampliarse con las tijeras de Metzenbaum o con el dedo y dejará salir la grasa perirrenal. Servirá de ayudar el disector.

**Movilización del riñón:** El desprendimiento se hace suavemente y la manipulación se puede facilitar colocando una pinza de Duval a nivel de la laminilla anterior de esta cavidad.

Suele ser necesario efectuar hemostasia del tracto fibroso, mediante bisturí eléctrico y pinzas largas finas.

**Identificación del uréter:** Esta identificación es muy importante ya que servirá de hilo conductor en dirección al pedículo vascular renal. Se disecciona el uréter, se aísla y se coloca sobre lazos vasculares elásticos. Después se lleva la disección hacia arriba en dirección de la pelvis renal y del pedículo vascular renal.

**Ligadura del pedículo renal:** El uréter se liga y se secciona. Se procede a la ligadura separada del pedículo vascular empezando por la arteria y a continuación la vena. Para ligar se utilizarán ligaduras de seda del o montadas en Bengoleas, así como ligaclips. La sección se realizará con tijeras de Metzenbaum.

**Liberación del riñón:** Una vez seccionado el pedículo vascular y liberado el uréter, se extrae el riñón de su cavidad. Se hace una cuidadosa comprobación de la hemostasia. Se colocará un drenaje con ayuda del bisturí frío de piel y una pinza fuerte y se sujetará a la piel mediante una seda del o triangular. El drenaje sale por una contraincisión abdominal situada debajo de la herida operatoria.

**Cierre:** El cierre abdominal se efectúa generalmente en dos planos, uno profundo que toma en monobloque el músculo transverso y el oblicuo menor con puntos sueltos de poliglicólico del 1 y otro superficial que toma el oblicuo mayor y su aponeurosis con un polipropileno loop. Es necesario poner al paciente en un plano, con la mesa operatoria horizontal. En función de la morfología del paciente puede ser necesario aproximar el tejido subcutáneo con poliglicólico rápido del 2/0, pero antes de ello, se lavará con una solución de agua oxigenada al 50 % con suero fisiológico. Finalmente la piel se cerrará con grapas.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Broseta E, Budía A, Burgués JP, Luján S. (2015) Urología práctica. 4ª ed. Elsevier. Barcelona.
2. Dujardin T, Salomé F et Perrin P- Néphrectomie simple et néphrectomie élargie pour cancer. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Techniques chirurgicales-Urologie-Gynécologie, 41-020, 1993, 10 p.
3. J.F. Jiménez Leiro, A. Sampietro Crespo: Uropatía obstructiva. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes, cap. 73. Consultado el 10 de enero de 2013.

4. Por MedlinePlus (noviembre de 2007). [«Carcinoma de células renales»](#). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 16 de noviembre de 2016.
5. Karim Qayumi, A. (2012) Técnicas quirúrgicas básicas. El Manual Moderno. México.
6. Serra Guillén, Isabel. (2015) Manual práctico de instrumentación quirúrgica en enfermería. 2ª ed. Elsevier. Barcelona.



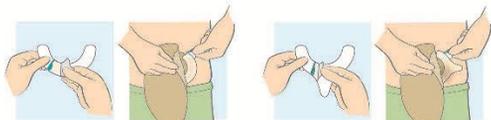
“El arco de sujeción elástico aumenta la fijación de mi disco adhesivo.  
Con él me siento más segura”



**Brava®**

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

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



Muestras gratuitas con el kit domiciliario PACE

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

Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S.A. Condesa de Venadito 5, 4ª planta - 28027 Madrid, España.  
Tel: 91 91 41 802 - Fax: 91 91 41 465 - Email: esme@coloplast.com  
www.coloplast.es Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S. © 2014/11



### Brava® Arco de Sujeción elástico para Cinturón

Ayuda a fijar el disco proporcionando una seguridad extra.

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

Presentación: 20 unidades



### Brava® Arco de Sujeción elástico

Ayuda a fijar el disco proporcionando una seguridad extra.

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

Presentación: 20 unidades

\* Productos no reembolsados por el Sistema Nacional de Salud

 **Coloplast**

**specir**  
**DIGITAL**

## PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA CIRUGÍA ESOFÁGICA:

### CASO CLÍNICO

Rodríguez Sánchez, Alba\*; Varona Ortega, Andrea\*; Senent López, Rosa María\*; Liste Turigas, Alba\*; Ortiz Rubio, Montserrat\*. \*DUE Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)  
[andreavarona@gmail.com](mailto:andreavarona@gmail.com)

#### RESUMEN:

El cáncer de esófago torácico representa una enfermedad grave de mal pronóstico<sup>1-2</sup>. Afecta aproximadamente a 5 de cada 100.000 personas<sup>1</sup>.

La aplicación de un plan de cuidados estandarizados<sup>3</sup> nos permite cuidar al paciente garantizando la seguridad clínica del mismo.

Los objetivos consisten en analizar los cuidados postquirúrgicos aplicables al paciente en el postoperatorio siguiendo el protocolo y determinar si el plan de cuidados estandarizado es adecuado para este tipo de paciente.

Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo simple seleccionando la historia clínica de un paciente intervenido de cáncer de esófago durante el mes de abril del año 2013, aleatoriamente. Se estudiaron las variables<sup>4</sup>: dolor, temor, drenajes, vías centrales y educación sanitaria alimentaria y de la medicación.

El paciente cursó con un buen postoperatorio donde se realizó un seguimiento del plan individual de cuidados.

En conclusión, el plan de cuidados protocolizado es eficaz para este tipo de paciente.

#### PALABRAS CLAVE:

Cuidados, Enfermería, Cáncer Esofágico.

#### INTRODUCCIÓN:

El cáncer de esófago torácico representa una enfermedad grave de mal pronóstico<sup>1-2</sup>. Afecta aproximadamente a 5 de cada 100.000 personas<sup>1</sup>, con una supervivencia inferior al 25% a los 5 años<sup>1</sup> en tumores localmente avanzados.

La exéresis quirúrgica (incluyendo el cáncer de esófago cervical y el adenocarcinoma de cardias) constituye una de las áreas más complejas de la cirugía digestiva<sup>5</sup>. La calidad del proceso asistencial es muy importante, la cual, se relaciona directamente con los resultados clínicos y la mortalidad tras la esofagectomía.

La aplicación de un plan de cuidados estandarizados<sup>3</sup> que engloba diagnósticos y problemas de riesgo, incluyendo la educación sanitaria, nos permite cuidar al paciente desde una perspectiva bio-psico-social, garantizando la seguridad clínica del paciente.

Con el fin de profundizar en los cuidados de enfermería de este tipo de paciente, se plantearon los siguientes objetivos:

- Analizar los cuidados postquirúrgicos y educación sanitaria que se le deben hacer al paciente en el postoperatorio siguiendo las pautas del protocolo.
- Determinar si el plan de cuidados estandarizado es adecuado e individualizado para este tipo de paciente.
- Evaluar la eficacia del plan de cuidados protocolizado a través de un caso clínico.

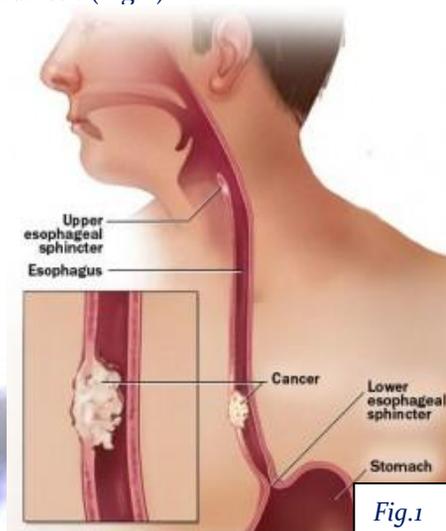
#### MATERIAL Y MÉTODO:

Mediante un estudio tipo observacional descriptivo simple, se seleccionó la historia clínica de un paciente intervenido de cáncer de esófago durante el mes de abril del año 2013 ingresado en la unidad de curas intermedias del servicio del aparato digestivo, de forma aleatoria.

Se realizó una revisión del plan de cuidados estandarizados<sup>3</sup> y se estudiaron las variables: dolor, temor, drenajes, vías centrales y educación sanitaria tanto de la alimentación como de la medicación.

#### CASO CLÍNICO:

Se trata de un varón 52 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes patológicos previos de interés que se diagnosticó el 18 de diciembre de 2012 de Neoplasia Maligna de Esófago Distal sobre Barret<sup>6</sup>. (Fig. 1)





### **RESULTADOS:**

Durante su estancia en la unidad del servicio del Aparato Digestivo el paciente permaneció afebril con constantes mantenidas. Se le aplicó el Plan estándar de paciente intervenido de cirugía esofágica, individualizando los cuidados según sus necesidades y se añadieron los cuidados derivados de los drenajes torácicos y la yeyunostomía, ampliando la educación sanitaria sobre la alimentación y la medicación.

### **CONCLUSIÓN:**

La aplicación del plan de cuidados enfermeros junto con la implicación del equipo multidisciplinar permite evitar complicaciones en el postoperatorio, favoreciendo la autonomía del paciente y mejorando su calidad de vida del mismo tras la intervención.

Además, el plan de cuidados protocolizado es eficaz para este tipo de paciente y su cumplimiento disminuye la morbimortalidad, las estancias hospitalarias y los costes sanitarios.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Bernal M.M. Incidencia y supervivencia del cáncer de esófago en la provincia de Zaragoza. Med Clin (Barc). 2012 Jun 2; 139(1):5-9. Publicación: 2011 May 24. Bezerra.
2. Utrillas Martínez, A C; Del Val Gil, JM. Cáncer de esófago. Servicio de Cirugía del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Boletín Oncológico. 2009; 1 (26).
3. Juve ME. Grup d'infermeres del Programa ARES. Plans de cures Estandaritzats per a malalts hospitalitzats. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2013.
4. Protocolo oncología: Cáncer d'esòfag toràcic. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat (Barcelona). 1ª edición diciembre 2006.
5. Sauvanet A. Cáncer de esófago: vías de acceso del esófago y de la faringe. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. París: Elsevier. 2003.
6. Hernández Lozòain JL. Cáncer de esófago. Departamento de cirugía general y digestiva. Navarra 2012.



# 95 años

Marcando  
la Diferencia  
en el Viaje  
de la Vida



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



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

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

## RESUMEN CURSO AVANZADO DE SUTURAS Y ANESTESIA LOCAL - SEECIR

El 24 y 25 de noviembre de 2016, la Sociedad Española de Enfermería en Cirugía (SEECir) celebró el CURSO AVANZADO DE SUTURAS Y ANESTESIA LOCAL, contando con la colaboración 3M España y sus instalaciones en el edificio de su sede central.

El taller de gran contenido práctico, contó con los profesores José Antonio Galiana, Francisco Javier Pérez y Manuel Domínguez, del Grupo Andaluz para el Desarrollo y la Investigación de la Cirugía Menor (GADICIME).



Imagen de la sede central de 3M junto con alumnos practicando suturas.

Durante el día 24 de 9:00h a 14:30h. se recordaron los límites legales de la Cirugía Menor realizada por Enfermería.



A continuación se trataron aspectos relacionados con la anestesia local:

- Conceptos básicos sobre los anestésicos locales
- Tipos de anestesia local
- La anestesia perilesional y troncular distal.
- Complicaciones de la anestesia local
- Accidentes anestésicos
- Prevención e identificación de las complicaciones
- Tratamiento de las complicaciones
- La infusión de lípidos (Intralipid)

Taller de técnicas anestésicas:

Los alumnos realizaron un taller práctico de las diversas técnicas de anestesia local y troncular



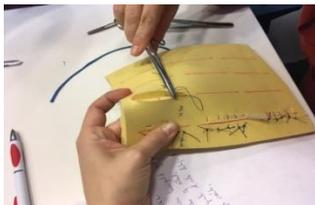
Imágenes de la sesión práctica de técnicas anestésicas.

En la sesión de tarde se trataron:

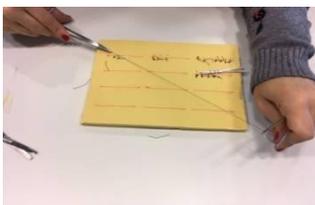
- Los principios básicos de la sutura quirúrgica
- Materiales e instrumental de suturas
- Adhesivos cutáneos de uso quirúrgico: criterios de uso
- Anudado quirúrgico manual e instrumental



Imágenes de los principios básicos de la sutura quirúrgica.



Imágenes de sutura continua simple.



Imágenes de materiales e instrumentos de sutura.

Durante el día 25 de 9:00h a 14:30h se abordaron las suturas discontinuas de aplicación en Cirugía Menor:

- Puntos simples (en un gesto quirúrgico y en dos gestos).
- Sutura de Blair-Donatti (vertical y horizontal)
- Sutura de Blair-Donatti , apoyada
- Sutura de Algoter vertical
- Sutura de Algoter horizontal. Punto apical en colgajos cutáneos
- Punto invertido
- Punto por transfijión



Imágenes de alumnos realizando la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos.

El taller fue un éxito de participación, contando con una valoración muy positiva de la actividad tanto por los alumnos como por los profesores de GADICIME.

Desde nuestra Sociedad trabajamos para impulsar el desarrollo de competencias en Enfermería a través de una formación diseñada específicamente para nuestros objetivos y seleccionando a los mejores docentes en la materia.

## NORMAS DE PRESENTACIÓN

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

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

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

### Formato envío artículos:

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

### Estructura de presentación Artículo científico:

#### 1. Título y Autor/res

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

#### 2. Resumen y palabras clave

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

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

### 3. Metodología:

Se recomienda seguir la estructura de la escritura científica:

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

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

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

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



se



seecir

sociedad española  
de enfermería en cirugía

## **HAZTE SOCIO**

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

Descuentos en Congresos y Actividades SEECir

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

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

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

Acceso a Recursos de Salusplay y Becas en Masters

Descuento de un 50% en los Cursos de FORMALVIZ

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

