

XIV Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Torácica (SECT)

Málaga, 15-17 de mayo de 2024

PÓSTERES ENFERMERÍA

PE-01. BIOPSIA PULMONAR VATS CON MASCARILLA LARÍNGEA

Sarai Bedoya Cruzado, Sergio Leiva Aldana, Marina Díaz Amores, Marta Coronado Fernández, María del Carmen Gómez Cerezo, Susana Aguayo Serrano y Ana Belén Leiva Alcoholicado

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Exponemos el caso clínico de un paciente con sospecha de enfermedad intersticial en el que se decide realizar una biopsia pulmonar mediante sedoanalgesia y ventilación con mascarilla laríngea por elevada morbilidad.

Caso clínico: Paciente de 73 años en estudio por Neumología por cuadros de insuficiencia respiratoria secundaria a Neumonía organizada criptogénica o causa microbiológica con sospecha de tuberculosis (la cual se descarta ante falta de pruebas certeras). Es comentado en comité de tumores torácicos decidiéndose realización de biopsia quirúrgica para diagnóstico de certeza. A la exploración el paciente presenta disnea de moderados esfuerzos y acude a consulta prequirúrgica de Cirugía Torácica con oxigenoterapia. En el estudio preoperatorio se realizan pruebas de función respiratoria con resultados subóptimos, por lo que se le informa del elevado riesgo quirúrgico, pero el paciente decide operarse. Tras valoración por equipo de anestesia, y evaluando el elevado riesgo de intubación selectiva unipulmonar por las malas pruebas funcionales respiratorias, se decide realizar procedimiento con anestesia local y sedación utilizando mascarilla laríngea. Se realiza una biopsia de lóbulo superior y otra de lóbulo inferior mediante videotoracoscopia uniportal sin complicaciones. El paciente se mantiene estable hemodinámicamente durante el procedimiento y se consigue una adecuada retirada de la mascarilla laríngea. No precisó revertir sedación con farmacoterapia. En el posoperatorio inmediato mantiene saturación de oxígeno del 97% con gafas nasales a bajo flujo y permanece estable hemodinámicamente en todo momento siendo dado de alta en su primer día tras la cirugía.

Discusión: El manejo de la vía aérea mediante mascarilla laríngea ha permitido la realización con éxito de la cirugía, minimizando el tiempo y los riesgos para el paciente.

PE-02. ABORDAJE ENFERMERO EN QUIRÓFANO DE URGENCIAS AL PACIENTE CON TRAUMATISMO TORÁCICO PENETRANTE

Raquel López Alcoholicado, María Victoria Gálvez Díaz y Ana María Montañez Sánchez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: El traumatismo de tórax penetrante es aquel que ha perdido continuidad en la pleura con o sin presencia de lesiones intratorácicas producidas por arma blanca, arma de fuego y diversos objetos. Abordar la

estandarización de las actuaciones enfermeras en el manejo específico del paciente con traumatismo torácico en quirófano de Urgencias.

Métodos: Revisión bibliográfica de estudios de investigación aplicada a la práctica clínica, consultando las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Liliacs, Ginahl y Medline.

Resultados: Destacamos la importancia de la actuación del personal enfermero en el proceso del paciente con traumatismo torácico penetrante, teniendo una visión general de la situación a la que debemos enfrentarnos. Actuaciones enfermeras: información detallada al paciente sobre su proceso quirúrgico y la actuación de enfermería en cada etapa del mismo; manejo adecuado del control del dolor; monitorización hemodinámica y mantenimiento de sus constantes vitales; canalización de accesos vasculares para asegurar un adecuado aporte de volumen; mantenimiento de la vía aérea permeable para conseguir saturación de oxígeno por encima de 95%; manejo y control estricto del drenaje torácico.

Conclusiones: Las actuaciones enfermeras de calidad en el área de quirófano de urgencias, garantiza la seguridad integral del paciente, ofreciendo una atención global y favoreciendo la continuidad de cuidados.

PE-03. PROTOCOLO DE RECONVERSIÓN DE CIRUGÍA ROBÓTICA A CIRUGÍA ABIERTA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Inés Luque Vázquez¹, Cristina Jiménez Ruiz¹, Alejandra de la Fuente Año¹, Inés Marín Marqués¹, Consuelo Vargas Fernández¹, Inés Centeno Tamame², Lucía Milla Collado³, Valerio Perna Perna² y María Rodríguez Pérez¹

¹Clinica Universidad de Navarra, Madrid; ²Clinica Universidad de Navarra, Pamplona; ³Hospital Militar Central Gómez Ulla, Madrid.

Objetivos: Creación de un protocolo de conversión de cirugía robótica a abierta en situaciones de emergencia.

Métodos: Para abordar este objetivo se analizaron los aspectos críticos del proceso, así como aquellos a mejorar. Se organizó una reunión de expertos en la materia, que comprendían 4 cirujanos torácicos, 2 enfermeras de quirófano y 2 enfermeras de consultas externas.

Resultados: Población diana: pacientes en los cuales exista imposibilidad de continuar la cirugía robótica en condiciones de seguridad, sangrado no controlable o la necesidad de realizar RCP. Desarrollo del procedimiento. Una vez que el cirujano comunica al equipo que se ha producido o está a punto de producirse una situación de emergencia, se llevan a cabo las siguientes actuaciones: anestesta solicita ayuda, incluyendo los productos sanguíneos. La enfermera circulante solicita refuerzos y comienza a preparar el material que pudiera ser necesario y que no se encuentre en el campo quirúrgico. El cirujano de consola comprime el sangrado hasta evaluar la gravedad del mismo y las posibilidades de solución del mismo sin conversión. En caso de que no se solucione, se elige el abordaje de la conversión: si toracotomía posterolateral: se comprime con el brazo más anterior. Si toracotomía lateral o anterior: se comprime con el brazo más posterior. Una vez controlado el sangrado mediante compresión, cirujano asistente e instrumentista comienzan a retirar los instrumentos asegurándose de que no se encuentran manipulando tejidos. Se realiza la toracotomía y una vez realizada o bien se retira el brazo

Tabla PE-03

Responsabilidades de cada miembro del equipo

Enfermería (preparación del material necesario)	Material para comprimir (cigarros, gasas o compresas, torundas) Aspiración de emergencia preparada (yankauer y aspirador de laparoscopia) Material de toracotomía Suturas de monofilamento no reabsorbibles Suturas vasculares robóticas, grapadoras vasculares
Cirujano asistente	Tener un puerto accesorio para succión y permitir visibilidad en caso de sangrado Tener puertos accesorios listos para el posible uso de la grapadora
Cirujano consola Anestesia	Se comunica constantemente con el equipo sobre el progreso y los riesgos que se presenten Asegurar al menos un acceso IV de gran diámetro. Colocar suficientes llaves de tres pasos cerca del paciente para usar con medicación para reanimación. Productos sanguíneos listos para transfusión (en caso de alto riesgo de sangrado, en quirófano) y calentadores de sangre listos
Banco de sangre	Productos sanguíneos combinados y listos para transfusión

compresor desde la mesa o desde la consola. A lo largo de todo el proceso es fundamental asegurar un liderazgo claro del equipo, así como la comunicación entre todos sus miembros.

Conclusiones: En cirugía robótica es esencial que todos los miembros del equipo quirúrgico estén involucrados en la planificación y ejecución de la estrategia de conversión. Para ello debemos reforzar la preparación del equipo, para así minimizar el riesgo para el paciente. Los protocolos ayudan al profesional a la toma de decisiones evitando variabilidad clínica, sobre todo en situaciones estresantes. También nos sirve de guía para evaluación de la calidad de nuestra actuación.

PE-04. ANALGESIA EPIDURAL EN EL MANEJO DEL DOLOR POSTORACOTOMÍA

Sergio Leiva Aldana, Marina Díaz Amores, Sarai Bedoya Cruzado, Ana Belén Leiva Alcoholado, María del Carmen Gómez Cerezo, Susana Aguayo Serrano y Marta Coronado Fernández

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Obtener una síntesis de la evidencia lo más actualizada posible sobre la efectividad de la analgesia epidural para tratar el dolor postoracotomía.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, Cochrane, Cinahl y Epistemonikos, entre otras, incluyendo estudios publicados en español e inglés entre los últimos 5 años (2019-2023). Se aceptaron estudios primarios como secundarios, entre ellos, revisiones sistemáticas.

Resultados: Entre los hallazgos encontrados, se observó una reducción de la intensidad del dolor agudo en las primeras 72 horas posquirúrgicas y una baja incidencia de dolor crónico durante los 6 meses posteriores. Se observaron mejores efectos analgésicos en aquellos pacientes en los que se utilizó la analgesia epidural de forma preventiva.

Conclusiones: La analgesia epidural es una de las técnicas más utilizadas para minimizar el dolor tras una toracotomía. Consiste en la introducción de un catéter en el espacio epidural para la administración intermitente o continua de analgesia. Existe evidencia científica favorable hacia el uso de la analgesia epidural como prevención del dolor agudo y crónico en pacientes sometidos a toracotomía. Sin embargo, hay una amplia variabilidad de resultados entre los estudios encontrados, lo que implica una evidencia científica de calidad baja. Se requieren más estudios científicos que sustenten los resultados obtenidos.

PE-05. TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA EN PACIENTES CON DERRAME PLEURAL MALIGNO

Antonia María Quirante Botia¹, Natalia Gómez Sarabia², Carmen López Bonilla¹, David Fernández Fernández¹, Patricia Martínez Martínez¹, Beatriz Carmen Alloza Vicente¹, Mari Luz Fernández Jiménez¹ y Lucía Gambin González¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar (Murcia);

²Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Diseñar protocolo para el tratamiento con quimioterapia hipertérmica (HITHOC) en pacientes con derrame pleural maligno que pre-

senten mesotelioma en estadio inicial, timoma en estadio III-IV o enfermedad pleural maligna.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes operados con el procedimiento HITHOC durante el año 2022 y 2023 en un hospital de tercer nivel. Para tener en cuenta unas recomendaciones en el diseño de este protocolo, hemos realizado una búsqueda bibliográfica basada en la evidencia utilizando las palabras clave: enfermera, HITHOC en las bases de datos de PubMed y Crossref. Para diseñar este protocolo se ha escogido el protocolo utilizado en HIPEC intraperitoneal de cirugía general y se ha adaptado a cirugía torácica HITHOC intrapleural.

Resultados: Tras este exhaustivo trabajo llevado a cabo entre las fechas de febrero 2022 y enero 2023 a 4 pacientes (3 mujeres y 1 hombre) de edades comprendidas entre 50-65 años con derrame pleural maligno de origen desconocido, se ha conseguido la elaboración de un protocolo de trabajo para el tratamiento con quimioterapia hipertérmica en pacientes con derrame pleural maligno. Este protocolo se basa en anestesia general, ventilación unipulmonar, posición en decúbito lateral; abordaje quirúrgico mediante toracoscopia (dos puertos de 10 mm, uno de entrada del citostático y otro de recogida). Administración de fármacos para disminuir el edema pulmonar y vómitos y administración del citostático (cisplatino) mediante un circuito extracorpóreo de perfusión hipertérmica de citostáticos a 43 °C durante 60 min. Transcurrido el tiempo, se elimina el citostático y se coloca tubo de drenaje a pleure-evac aspirativo. Tras alta hospitalaria, revisión a los tres meses.

Conclusiones: El procedimiento HITHOC requiere de la participación y coordinación multidisciplinar destacando la labor imprescindible de la enfermería, tanto desde el punto de vista anestésico, del manejo del instrumental y dispositivos accesorios así como del papel insustituible del perfusionista.

PE-06. DRENAJE TORÁCICO CON SELLO DE AGUA. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Marina Díaz Amores, Sarai Bedoya Cruzado, Sergio Leiva Aldana, Susana Aguayo Serrano, M^a del Carmen Gómez Cerezo, Marta Coronado Fernández y Ana Belén Leiva Alcoholado

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Conocer los cuidados de enfermería que requiere un paciente portador de drenaje torácico con sello de agua.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica y lectura crítica de los estudios publicados entre los últimos 5-10 años en español e inglés entre diferentes bases de datos como PubMed, Cochrane, Scielo y Cinahl. Se utilizaron los términos DeCS: drenaje torácico, patología pulmonar, atención/cuidados de enfermería, chest drainage.

Resultados: La correcta manipulación del drenaje torácico con sello de agua por parte del personal de enfermería minimiza las complicaciones en el posoperatorio inmediato. Entre los cuidados principales para su manejo se encuentran: no pinzar el drenaje de forma sistemática durante la movilización del paciente; mantener la cámara recolectora en posición declive con respecto al paciente; la cámara de sellado de agua debe de permanecer en -20 cmH₂O, vigilar que la conexión entre el tubo y el sistema no se acode.

Conclusiones: El drenaje torácico con sello de agua facilita la eliminación del contenido líquido o gaseoso formado en la pleura a través de la

colocación de un tubo endotorácico. El conocimiento de las diferentes partes y funciones del drenaje y su correcto manejo, así como unos cuidados específicos por parte de enfermería determinarán la evolución del paciente.

PE-07. PROTOCOLIZACIÓN POR ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN CIRUGÍA TORÁCICA

María Dolores Castro Fernández, Sonia Gallardo Toledo, Germán Valdés Zafra y Carlos Ávila Zurita

Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga.

Objetivos: Se abordará la crucial temática de la actuación ante una vía aérea difícil en cirugía torácica. El resumen destaca las estrategias y protocolos que los profesionales de enfermería deben emplear para garantizar una gestión efectiva y segura de este escenario clínico específico, subrayando la importancia de la preparación, la comunicación interdisciplinaria y la aplicación de técnicas especializadas.

Métodos: Para ello se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática y aplicado a la práctica clínica diaria de nuestro centro hospitalario.

Resultados: Se ha realizado una aplicación del árbol terapéutico ante VAD conforme al material presente en nuestro hospital y nuestra experiencia clínica. Existiendo dos ramas principales, la primera vía aérea difícil prevista y una segunda, vía aérea difícil imprevista que marcaran el inicio de este. Posteriormente se ira aplicando cada rama del árbol usando nuestro material propio (C-MAC, Airtraq, bloqueador Arndt), con el fin último de llegar al control de la vía aérea más segura para el paciente.

Conclusiones: Es fundamental a la hora de afrontar una situación crítica conocer las posibles situaciones, así como los potenciales factores de riesgo para optimizar cada rama del árbol terapéutico. Con el único fin de poder garantizar la seguridad del paciente y poder aportarle el mejor tratamiento.

PE-08. PROCEDIMIENTO Y CUIDADOS EN LA INFUSIÓN DE PLASMA A TRAVÉS DE DRENAJE ENDOTORÁCICO EN PACIENTES POSOPERADOS CON FUGA AÉREA PERSISTENTE

Cristina González Blanco, María del Carmen Alfonsín Serantes, Isabel Ulloa Taboada, Tamara Ventura Álvarez y Sonia Rodríguez García

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Objetivos: Proporcionar una herramienta de trabajo que permita unificar y coordinar las actuaciones de enfermería en la administración de plasma fresco congelado (PFC) a través de un drenaje endotorácico.

Métodos: A través de la revisión de otros protocolos, de nuestra propia experiencia y de la revisión bibliográfica realizada, recogemos todos los datos necesarios para elaborar este trabajo.

Resultados: Realización de un procedimiento de administración de PFC a través de un drenaje endotorácico para mejorar los cuidados de enfermería y así disminuir las posibles complicaciones que puedan ocurrir. Debido a la pequeña muestra de pacientes de la que disponemos, no se ha podido realizar un estudio detallado sobre el mismo, por lo que continuaremos recogiendo información para, si fuera necesario, mejorar nuestro procedimiento.

Conclusiones: Dado que el procedimiento de infusión de PFC a través de un drenaje endotorácico es de nueva implantación en nuestro hospital, consideramos necesario realizar un protocolo para unificar criterios en cuanto a la técnica de administración, el material necesario y los cuidados de enfermería que se llevan a cabo.

PE-09. INSTRUMENTAL Y SUTURAS EN CIRUGÍA TORÁCICA DE ALTA COMPLEJIDAD

Miriam Cerdeira Carreiro, Jesús Cantos Tejero, Fernando Jiménez Ojeda, Alejandro Cansino Duran, Leyre Gascón Martín, Sonia Gallardo Toledo, Paula Bravo Carmona, Carlos Guerrero Martín y Roberto Mongil Poce

Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga.

Introducción: La instrumentación en cirugía torácica de alta complejidad requiere del uso de material y de suturas específicas, además del que se usa habitualmente. Con este póster se pretende proporcionar herramientas para instrumentar este tipo de cirugías. Se trata de un estudio

descriptivo donde se expone un caso real en el que, tras realizar una videotoracoscopia con dos portales, se termina realizando una toracotomía para el mejor abordaje de la bronco-angioplastia (o doble sleeve) en un paciente que presentaba un carcinoma que obstruía el bronquio lobar superior derecho con infiltración en la arteria pulmonar; también se trata el material específico que se usó para este tipo de procedimientos.

Caso clínico: Tras la intubación con tubo de doble luz izquierdo, se realiza videotoracoscopia con doble portal o biportal por tratarse de un abordaje menos invasivo para el paciente, menos doloroso y con un período de recuperación más corto y menos complicaciones. Durante la misma se localizan y suturan la vena para LSD y la cisura mayor delimitando el lóbulo superior. Tras análisis de las zonas afectadas se decide realizar toracotomía para poder realizar la bronco-angioplastia con mayor control y seguridad. Este cambio de proceder lleva consigo un cambio en el material a utilizar, así como de las suturas, que difieren de las que se usan normalmente. Entre el material a tener preparado nos encontramos con pinzas tipo Bulldogs (en este caso se usarán para el tramo arterial hacia LM y LID) para control vascular; clamp tipo Satinsky para la arteria principal. Se usarán pinzas DeBakey que permiten el trabajo con estructuras delicadas y tijeras de Potts para realizar el corte de forma más controlada en la arteria; de no disponer de una puede usarse una tijera metzembaum. No está de más tener a mano un clamp Cooley largo y lazos de silicona que pueden ser útiles si existen vasos que puedan estar enfermos y que no soporten el daño endotelial que pueden causar los clamps. En cuanto a las suturas, en nuestro centro se utilizan suturas de polipropileno monofilamento no absorbible que poseen una superficie suave y atraumática para los tejidos. Estas son de doble aguja y punta redonda: 3/0 o 4/0 para vasos sanguíneos y 5/0 para el bronquio; no obstante, cabe destacar que en la literatura no existe evidencia científica que pueda explicar este uso. Tras realizar las anastomosis (primero bronquial y luego arterial) y comprobar que no existen fugas ni sangrado, se cierra por planos y se coloca drenaje conectado a sistema de drenaje torácico bicaudal conectado a aspiración.

Discusión: Prever el material que puede precisarse durante una cirugía compleja y tenerlo a mano puede minimizar el tiempo de actuación durante el transcurso de la misma al mismo tiempo que puede proporcionar tranquilidad a quien instrumenta.

PE-10. PLAN DE CUIDADOS: LOBECTOMÍA PULMONAR

Ainize Junquera Manrique, Joana Fernández Miguel e Iratxe de la Cruz Martínez

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Principal: realizar un plan de cuidados enfermero estándar para pacientes intervenidos de lobectomía pulmonar. Específicos: identificar los principales problemas que se pueden desarrollar en el posoperatorio inmediato y tardío.

Desarrollar una herramienta válida para la práctica clínica según la última evidencia.

Métodos: Criterios de inclusión: < 5 años; inglés o español; artículos completos y gratuitos; y pacientes adultos. Criterios de exclusión: > 5 años; otros idiomas; artículos de pago; y pacientes pediátricos. Términos MeSh: Pulmonary Surgical Procedures; Postoperative Complications; Care plan; nursing. Booleanos: AND y NOT. Sitios web: NNNconsult.

Caso clínico: Varón de 81 años que ingresa para intervención quirúrgica a cargo del equipo de cirugía torácica. Se lleva a cabo lobectomía superior derecha (LSD). Tras 3 días en el servicio de reanimación ingresa en planta. A su llegada a planta, estable a nivel hemodinámico, afebril, mantiene saturación de oxígeno (93-94%), que no precisa oxigenoterapia. Consciente y orientado. Portador de drenaje pleural conectado a Thopaz con aspiración continua a -40 mmHg. Fugas de aire hasta 1.000. Contenido de aspecto serohemático y con 150 cc de débito. Apósitos limpios. A su llegada secreciones que no consigue movilizar. Trae incentive respiratorio, se refuerzan conocimientos y se insiste en su importancia. Valoración según dominios. Promoción de la salud: no alterado. Nutrición: no alterado. Eliminación e intercambio: no alterado. Actividad/reposo: alterado. Percepción/cognición: alterado. Autopercepción: no valorable. Rol/relaciones: no alterado. Sexualidad: no valorable. Afrontamiento y tolerancia al estrés: alterado. Principios vitales: no valorable. Seguridad y protección: alterado. Confort: alterado. Crecimiento/ desarrollo: no valorable. Diagnósticos de enfermería asociados: (00085) Deterioro de la movilidad física r/c malestar y retención a iniciar el movimiento m/p limitación de la capacidad para las habilidades motoras. (00126) Conocimientos deficientes: enfermedad y tratamiento r/c

falta de exposición (C) m/p seguimiento inexacto de las instrucciones y verbalización del problema por parte del paciente. (00132) Dolor agudo r/c intervención quirúrgica reciente m/p conducta defensiva, expresión facial y verbal del dolor. (00146) ansiedad r/c factores estresantes, hospitalización y su estado de salud m/p inseguridad o inquietud, preocupación o nerviosismo. (00206) Riesgo de sangrado r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento (cirugía) m/p pérdida visible de sangre, alteración de los signos vitales. (00212) Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal m/p implicación en su autocuidado, expresión de deseo de mejorar la capacidad de recuperación. (00246) Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica r/c dolor persistente. (00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c procedimientos terapéuticos invasivos.

Discusión: Un PCE es una herramienta útil para el manejo clínico del paciente. Ofrece de manera ordenada recomendaciones clínicas para lograr los objetivos fijados. Estandariza los cuidados, teniendo en cuenta los diagnósticos y definiendo los objetivos e intervenciones adecuadas para su mejor manejo. Ante cualquier caso, los diagnósticos a los que más atención debemos prestar son aquellos que se encuentren alterados, manteniendo el estado basal de los que no lo estén. Siempre promoviendo una participación del paciente.

PE-11. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DE LA LOBECTOMÍA UNIportal VATS

Marina Díaz Amores¹, Sergio Leiva Aldana², Sarai Bedoya Cruzado¹, Ana Belén Leiva Alcohado¹, Susana Aguayo Serrano¹, Marta Coronado Fernández¹ y María del Carmen Gómez Cerezo¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ²Clínica El Ángel, Málaga.

Objetivos: Describir las actividades a realizar por parte del personal de enfermería en una lobectomía de cirugía torácica asistida por vídeo uniportal (uniportal VATS).

Métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y lectura crítica de los estudios publicados entre enero de 2014 hasta enero de 2024 en los idiomas español e inglés en las siguientes bases de datos: Cochrane, PubMed, CINAHL, Sciente Direct. Los términos DeCS utilizados fueron: Lobectomía, Lobectomía uniportal VATS, cuidados de enfermería, cuidados intraoperatorios.

Resultados: Un correcto abordaje del procedimiento favorece la evolución del paciente. Entre las actividades a llevar a cabo por enfermería se

encuentra desde recepcionar al paciente a su llegada al área quirúrgica, hasta su acompañamiento a la unidad de recuperación posanestésica. Focalizando en la lobectomía uniportal VATS se describe estructuradamente las intervenciones a seguir en el área de anestesia, posición quirúrgica, instrumental y fungibles.

Conclusiones: La lobectomía uniportal VATS es una de las últimas técnicas mínimamente invasiva, segura y eficiente utilizada en cirugía torácica. Por ello, los profesionales de enfermería deben estar formados sobre los pasos a seguir, abordando el procedimiento con una participación activa durante toda la cirugía, disminuyendo por tanto las posibles complicaciones que pudiesen ocurrir.

PE-12. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PROCEDIMIENTO DE LA MEDIASTINOSCOPIA POR VATS

Sarai Bedoya Cruzado¹, Marina Díaz Amores¹, Sergio Leiva Aldana², María del Carmen Gómez Cerezo¹, Susana Aguayo Serrano¹, Marta Coronado Fernández¹ y Ana Belén Leiva Alcohado¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ²Clínica El Ángel, Málaga.

Objetivos: Describir las actividades a realizar por parte del personal de enfermería en la intervención quirúrgica de mediastinoscopia por VATS.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y lectura crítica de los estudios publicados desde 2018 a 2023 en los idiomas español e inglés en las siguientes bases de datos: Science, PubMed, Cochrane, CINAHL, entre otras. Los términos DeCS utilizados fueron: mediastinoscopia, cuidados de enfermería, mediastinoscopia por VATS.

Resultados: Favorecer la evolución del paciente a través de un correcto abordaje del procedimiento. Entre las actividades a llevar a cabo por enfermería de forma general, se encuentran recepcionar al paciente a su llegada al área quirúrgica o el acompañamiento a las unidades de recuperación posanestésica. Centrándonos en la mediastinoscopia por VATS, se describe estructuradamente las intervenciones a seguir en el área de anestesia, posición quirúrgica, instrumental, fungible o cura de la herida quirúrgica.

Conclusiones: La intervención quirúrgica de mediastinoscopia por vídeo es una técnica mínimamente invasiva, más segura y eficiente en comparativa con la intervención abierta. Los profesionales de enfermería deben conocer y estar formados sobre los pasos a seguir abordando el procedimiento con una participación activa durante la cirugía, disminuyendo, por tanto, las posibles complicaciones que pudiesen ocurrir.