

**CUADERNO DE PRACTICAS SEMINARIOS ENFERMERIA**  
**MEDICOQUIRURGICA I**

**PROFESOR: David Casero Benavente**

**Año 2023/24**

**Universidad CEU San Pablo**



Grupo y aula

Nombre de los alumnos:

## **INDICACIONES DE LA EXPOSICIÓN**

- 1- Exposición del caso y explicación de la cirugía en grupo.
- 2- Se permite PPT, pizarra (normal y digital), no se permiten videos. Tamaño de letra 22-24, títulos 36. No más de 6-8 líneas por presentación. Debe de ser claro y verse bien (cuidado con los colores).
- 3- La exposición seguirá este guión:
  - a. Introducción al caso
  - b. Anatomía y explicación de la cirugía
  - c. Explicación de los patrones de Gordon y los diagnósticos NANDA
  - d. Explicación de los NOC Y NIC
  - e. Actividades y cuidados del paciente y cirugía
  - f. Conclusión y puntos importantes
  - g. Bibliografía

### **CRITERIOS DE VALORACION**

1. Trabajo en grupo y la nota será en grupo la misma para todos en ambos trabajos.
2. Se valora la exposición, se elegirá dentro componentes a sorteo para exponer la parte del guion que le toque.
3. Cada apartado es un punto con un máximo de 6 puntos
4. Tiempo de exposición 35 minutos. Tras esto 15 min de preguntas si las hay.

### **Indicaciones del cuaderno:**

1. Debe entregarse dentro del plazo para la actividad, fuera de este plazo se considerará como no entregado y nota 0.
2. Debe estar escrito en Times New Román 12, justificado y a espacio 1 de interlineado en formato docx (Word).
3. Nomenclatura Vancouver para la bibliografía se recomienda usar gestor bibliográfico.
4. Más de un 35% de plagio se considerará suspensa la entrega, sin opción de corrección
5. 5 faltas de ortografía se calificarán suspenso el ejercicio.
6. Es obligatorio el uso de NNN Consult, artículos académicos y/o libros exclusivamente, que muestren los cuidados y/o justifiquen, con su referencia y citación.
7. La copia/pega y el uso de IA si es detectado por el programa de plagio será suspenso con un 0 en el ejercicio. Máximo de plagio permitido 35%.
8. El máximo son 12 hojas por caso clínico, donde deberá identificar y valorar los 11 patrones de Gordon, identificar mínimo 1 NANDA por patrón y desarrollar los NANDA, NOC Y NIC que tengan que ver con médico quirúrgica. Mínimo para este apartado 2 NANDA, 2 NOC por NANDA, 2 NIC por NOC y 3 actividades por NIC.
9. Los diagnósticos se desarrollarán dentro de cada patrón funcional que deberá evaluarse.
10. Criterios de valoración:
  - a. Lenguaje profesional 0,5 puntos.
  - b. Citación y bibliografía correcta 0,5 puntos.
  - c. Uso adecuado de criterios de formato 0,5 puntos
  - d. El desarrollo adecuado de cada patrón de Gordon y su relación con los diagnósticos NANDA, 1,5 puntos
  - e. elección justificada del Diagnostico enfermero, relación adecuada NANDA, NOC, NIC, ACTIVIDADES y horario de actividades de enfermería del caso. 2 puntos

11. Los casos se deberán entregar en esta misma hoja/plantilla.
12. No se permite ningún escrito a mano.
13. 15 días ambos incluidos para la presentación, la entrega será el día 13° como máximo para poder evaluar el contenido de la exposición. La no entrega en tiempo restara 2 puntos de nota. **NO ENTREGAR O PRESENTAR ES SUSPENSO.**
14. HAY QUE ENTREGAR 5 PREGUNTAS TIPO TEST, CON 4 ALTERNATIVAS Y SUBRAYADA EN AMARILLO LA RESPUESTA CORRECTA, QUE ENTRARAN A EXAMEN. LAS PREGUNTAS DEBEN TENER DIFERENTES DIFICULTADES.

Las dos partes tienen que estar aprobadas para hacer media con 2,5 puntos, por cada parte. Se enviará en PPT, PAE y el documento DE PREGUNTAS TEST en la misma entrega en 3 archivos manteniendo sus formatos.

## CASOS CLÍNICOS ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA I

### **1. Caso clínico traqueotomía.**

El paciente es un hombre de 56 años que ingresa en el hospital por un cuadro de disnea severa, tos con expectoración sanguinolenta y fiebre de 39°C. Tiene antecedentes de tabaquismo, EPOC y diabetes mellitus tipo 2.

A la exploración física se observa una respiración superficial y rápida, con uso de músculos accesorios y tiraje intercostal. Se auscultan estertores crepitantes y sibilancias en ambos campos pulmonares. El paciente presenta cianosis peribucal y distal, y una saturación de oxígeno del 82%. Se le realiza una gasometría arterial que muestra una hipoxemia e hipercapnia severas, con un pH de 7,28, una PaO<sub>2</sub> de 50 mmHg, una PaCO<sub>2</sub> de 65 mmHg y un HCO<sub>3</sub> de 26 mEq/L. También se le extrae una muestra de sangre para realizar un hemograma y un cultivo. El hemograma revela una leucocitosis con neutrofilia y una elevación de los reactantes de fase aguda. El cultivo muestra un crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa* sensible a ciprofloxacino.

Ante estos hallazgos, se establece el diagnóstico de una exacerbación aguda de EPOC con sobreinfección bacteriana y se inicia el tratamiento con oxigenoterapia, broncodilatadores, corticoides y antibióticos. Sin embargo, el paciente no mejora y presenta una progresiva dificultad respiratoria que le impide hablar y deglutir. Se decide realizar una traqueotomía de urgencia para facilitar la ventilación mecánica y la aspiración de secreciones.

#### CIRUGIA TRAQUEOTOMIA

### **2. Caso clínico cirugía pulmonar**

La paciente es una mujer de 35 años que acude al médico por presentar tos persistente, pérdida de peso, dolor torácico y hemoptisis. Tiene antecedentes de exposición al humo de tabaco y a asbestos. Se le realiza una radiografía de tórax que muestra una masa en el lóbulo superior derecho del pulmón. Se le practica una biopsia bronquial que confirma el diagnóstico

de un carcinoma de células escamosas, un tipo de cáncer de pulmón no microcítico. Se le realiza un estudio de extensión que revela que el tumor está localizado en el pulmón derecho, sin afectar a los ganglios linfáticos ni a otros órganos. Se le clasifica como un cáncer de pulmón en estadio IIA.

Se le propone como tratamiento una neumonectomía derecha, que consiste en la extirpación quirúrgica de todo el pulmón derecho. La paciente acepta y se le practica la intervención bajo anestesia general. La cirugía tiene una duración de unas tres horas y se realiza mediante una toracotomía, que es una incisión en el tórax. Se le extrae el pulmón derecho junto con los ganglios linfáticos regionales y se le coloca un tubo de drenaje en el espacio pleural. Se le envía una muestra del pulmón extirpado al laboratorio para realizar un análisis histológico y confirmar los márgenes quirúrgicos.

La paciente se recupera en la unidad de cuidados intensivos, donde se le monitoriza la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y el drenaje pleural. Se le administra analgesia, antibióticos y anticoagulantes. Se le realiza una gasometría arterial que muestra una PaO<sub>2</sub> de 80 mmHg, una PaCO<sub>2</sub> de 40 mmHg y un pH de 7,40, lo que indica una adecuada oxigenación y ventilación. Se le extrae una muestra de sangre para realizar un hemograma y una bioquímica. El hemograma muestra una hemoglobina de 12 g/dL, un hematocrito de 36%, un recuento de leucocitos de 8.000/mm<sup>3</sup> y un recuento de plaquetas de 250.000/mm<sup>3</sup>. La bioquímica muestra unos niveles normales de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, proteínas totales, albúmina, bilirrubina, transaminasas, fosfatasa alcalina y gammaglutamiltransferasa. También se le mide el nivel de antígeno carcinoembrionario (CEA), un marcador tumoral que se eleva en algunos casos de cáncer de pulmón. El nivel de CEA es de 2 ng/mL, lo que se considera normal.

La paciente evoluciona favorablemente y se le retira el tubo de drenaje al tercer día postoperatorio. Se le realiza una radiografía de tórax que muestra una buena expansión del pulmón izquierdo y la ausencia de complicaciones como neumotórax, atelectasia o derrame pleural. Se le da el alta hospitalaria al quinto día postoperatorio y se le indica que debe seguir un programa de rehabilitación pulmonar, que consiste en ejercicios respiratorios, fisioterapia y educación sanitaria. Se le cita para una revisión en el servicio de oncología, donde se le informa del resultado del análisis histológico, que confirma que los márgenes quirúrgicos están libres de tumor y que no hay afectación ganglionar. Se le recomienda que se someta a un seguimiento periódico con radiografías de tórax, análisis de sangre y pruebas de función pulmonar. Se le explica que la neumonectomía es una cirugía curativa para el cáncer de pulmón en estadio IIA, pero que tiene un riesgo de recidiva de alrededor del 20%. Se le aconseja que deje de fumar y que evite la exposición a agentes carcinógenos.

## [CIRUGIA PULMONAR 1](#)

### **3. Caso clínico cirugía válvulas cardiacas**

El paciente es un hombre de 40 años que practica ciclismo de forma aficionada. Tiene antecedentes de una cardiopatía congénita, una estenosis aórtica severa, por la que se le implantó una prótesis valvular mecánica hace 10 años. Desde entonces, ha estado tomando anticoagulantes orales para prevenir la formación de trombos en la prótesis. Hace un mes,

empezó a notar una disminución de su rendimiento físico, con fatiga, palpitations y disnea de esfuerzo. También ha tenido episodios de mareos y síncope. Acude al médico y se le realiza un electrocardiograma, que muestra una arritmia, una fibrilación auricular. Se le practica una ecocardiografía, que revela que la prótesis valvular está disfuncionante, con una obstrucción parcial por un trombo. Se le indica que necesita una cirugía urgente para reemplazar la prótesis valvular.

La cirugía consiste en abrir el tórax, detener el corazón y conectar al paciente a una máquina de circulación extracorpórea, que asume la función de bombear la sangre. Se extrae la prótesis valvular defectuosa y se implanta una nueva, de tipo biológico, que tiene la ventaja de no requerir anticoagulación permanente, pero la desventaja de tener una menor duración. Se cierra el tórax y se reinicia el corazón. La cirugía tiene una duración de unas cuatro horas y se realiza bajo anestesia general. La cirugía tiene riesgos como sangrado, infección, daño a otras estructuras cardíacas, accidente cerebrovascular o muerte.

El paciente se recupera en la unidad de cuidados intensivos, donde se le monitoriza la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y el gasto cardíaco. Se le administra analgesia, antibióticos y anticoagulantes. Se le realiza una gasometría arterial que muestra una PaO<sub>2</sub> de 90 mmHg, una PaCO<sub>2</sub> de 35 mmHg y un pH de 7,45, lo que indica una buena oxigenación y ventilación. Se le extrae una muestra de sangre para realizar un hemograma y una bioquímica. El hemograma muestra una hemoglobina de 13 g/dL, un hematocrito de 39%, un recuento de leucocitos de 9.000/mm<sup>3</sup> y un recuento de plaquetas de 300.000/mm<sup>3</sup>. La bioquímica muestra unos niveles normales de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, proteínas totales, albúmina, bilirrubina, transaminasas, fosfatasa alcalina y gammaglutamiltransferasa. También se le mide el nivel de troponina, un marcador de daño miocárdico, que es de 0,01 ng/mL, lo que se considera normal.

El paciente evoluciona favorablemente y se le retira la máquina de circulación extracorpórea al primer día postoperatorio. Se le realiza una radiografía de tórax que muestra una buena posición de la prótesis valvular y la ausencia de complicaciones como neumotórax, derrame pleural o insuficiencia cardíaca. Se le da el alta hospitalaria al séptimo día postoperatorio y se le indica que debe seguir un programa de rehabilitación cardíaca, que consiste en ejercicios aeróbicos, fisioterapia y educación sanitaria. Se le cita para una revisión en el servicio de cardiología, donde se le informa del resultado del análisis histológico, que confirma que el trombo era el causante de la obstrucción de la prótesis valvular. Se le recomienda que se someta a un seguimiento periódico con electrocardiogramas, ecocardiografías y análisis de sangre. Se le explica que la prótesis valvular biológica tiene una duración estimada de 10 a 15 años, y que puede requerir un nuevo reemplazo en el futuro. Se le aconseja que modifique sus hábitos de vida, que controle su peso, su presión arterial y su colesterol, que deje de fumar y que limite su consumo de alcohol y sal. Se le advierte que debe evitar los deportes de alta intensidad, que pueden dañar la prótesis valvular, y que opte por actividades físicas moderadas, como caminar, nadar o andar en bicicleta.

#### PROTESIS VALVULA AORTICA

### **4. Caso clínico aneurisma de aorta.**

Paciente de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia y tabaquismo activo de 40 paquetes/año. Acude a su médico de familia por presentar

dolor abdominal de tipo cólico, irradiado a la espalda, de inicio súbito y de intensidad creciente, que no cede con analgésicos habituales. Refiere también sensación de mareo y sudoración fría. No presenta fiebre, vómitos, diarrea ni hematuria.

A la exploración física, el paciente se encuentra pálido, sudoroso y taicárdico (120 rpm). La presión arterial es de 180/110 mmHg en el brazo derecho y de 160/90 mmHg en el izquierdo. La auscultación cardiopulmonar es normal. El abdomen está distendido, con una masa pulsátil en la línea media, dolorosa a la palpación, de unos 8 cm de diámetro. No se palpan los pulsos femorales ni pedios. El resto de la exploración es normal.

Ante la sospecha de un aneurisma de aorta abdominal roto, el médico de familia solicita una ecografía abdominal urgente, que confirma la presencia de un aneurisma de aorta infrarrenal de 9 cm de diámetro máximo, con signos de rotura y hematoma retroperitoneal. Se activa el código ictus y se traslada al paciente al hospital más cercano, donde se realiza una angiografía que muestra una disección aórtica tipo B, que afecta a las arterias renales, mesentérica superior e ilíacas. Se decide realizar un tratamiento endovascular con colocación de una endoprótesis aórtica.

El paciente evoluciona favorablemente tras la intervención, con resolución del dolor y normalización de la presión arterial y de la función renal.

#### CIRUGIA ANEURISMA AORTICO

### **5. Caso clínico diverticulitis y cirugía abdominal.**

La paciente es una mujer de 65 años que acude al médico por presentar dolor abdominal, fiebre, náuseas y estreñimiento. Tiene antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diverticulosis. Se le realiza una analítica de sangre que muestra una leucocitosis con neutrofilia y una elevación de la proteína C reactiva, indicativos de una inflamación. Se le practica una colonoscopia, que revela la presencia de múltiples divertículos inflamados y perforados en el colon sigmoide, con signos de peritonitis. Se le diagnostica una diverticulitis complicada y se le indica que necesita una cirugía urgente para extirpar la parte afectada del colon.

La cirugía consiste en hacer una incisión en el abdomen, localizar el segmento del colon sigmoide con los divertículos perforados y resecarlo. Se realiza una anastomosis entre los extremos del colon, para restablecer la continuidad del intestino. Se limpia la cavidad abdominal y se cierra la incisión. La cirugía tiene una duración de unas dos horas y se realiza bajo anestesia general. La cirugía tiene riesgos como sangrado, infección, lesión de otros órganos, fístula, obstrucción o estenosis intestinal.

La paciente se recupera en la unidad de cuidados intensivos, donde se le monitoriza la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la saturación de oxígeno y el drenaje abdominal. Se le administra analgesia, antibióticos y líquidos por vía intravenosa. Se le realiza una gasometría arterial que muestra una PaO<sub>2</sub> de 85 mmHg, una PaCO<sub>2</sub> de 38 mmHg y un pH de 7,42, lo que indica una adecuada oxigenación y ventilación. Se le extrae una muestra de sangre para realizar un hemograma y una bioquímica. El hemograma muestra una hemoglobina de 11 g/dL, un hematocrito de 33%, un recuento de leucocitos de 12.000/mm<sup>3</sup> y un recuento de plaquetas de 280.000/mm<sup>3</sup>. La bioquímica muestra unos niveles normales de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, proteínas totales, albúmina, bilirrubina, transaminasas,

fosfatasa alcalina y gammaglutamiltransferasa. También se le mide el nivel de albúmina sérica, un marcador de nutrición, que es de 3,5 g/dL, lo que se considera bajo.

La paciente evoluciona favorablemente y se le retira el drenaje abdominal al tercer día postoperatorio. Se le realiza una radiografía de abdomen que muestra una buena posición de la anastomosis y la ausencia de complicaciones como absceso, fístula o íleo. Se le inicia una dieta oral progresiva y se le da el alta hospitalaria al séptimo día postoperatorio. Se le indica que debe seguir una dieta rica en fibra, líquidos y proteínas, que evite los alimentos que puedan irritar el colon, como las semillas, los frutos secos o las especias, y que tome laxantes suaves si tiene estreñimiento. Se le cita para una revisión en el servicio de cirugía, donde se le informa del resultado del análisis histológico, que confirma que los divertículos eran la causa de la perforación y la peritonitis. Se le recomienda que se someta a un seguimiento periódico con colonoscopias, análisis de sangre y pruebas de función intestinal. Se le explica que la cirugía de resección de colon por diverticulitis tiene una tasa de éxito de alrededor del 90%, pero que tiene un riesgo de recurrencia de alrededor del 10%.

## CIRUGIA Y COLOSTOMIA

### **6. Caso administración paciente shock toxico.**

El paciente es un hombre de 50 años que acude al servicio de urgencias por presentar vómitos, diarrea, dolor abdominal, ictericia, encefalopatía y coma. Refiere haber consumido setas silvestres hace dos días, sin saber identificarlas. Se le realiza una analítica de sangre que muestra una elevación de las transaminasas, la bilirrubina, la creatinina, el amoníaco y la lactato deshidrogenasa, indicativos de una insuficiencia hepática y renal. También se observa una disminución de la hemoglobina, el hematocrito, las plaquetas y los factores de coagulación, lo que sugiere una coagulopatía. Se le practica una prueba de toxicología, que detecta la presencia de amatoxinas, unas sustancias tóxicas que se encuentran en algunas especies de setas del género Amanita, como la Amanita phalloides o la Amanita virosa. Se le diagnostica un shock tóxico por intoxicación por setas amanita y se le indica que necesita un tratamiento urgente para evitar la muerte.

El tratamiento consiste en administrar al paciente líquidos por vía intravenosa, para mantener la presión arterial y la hidratación. Se le administra también silibinina, un antídoto específico para las amatoxinas, que se extrae de la planta Cardo mariano. Se le realiza una hemodiálisis, para eliminar las toxinas del torrente sanguíneo y mejorar la función renal. Se le transfunde sangre, para corregir la anemia y la coagulopatía. Sin embargo, el paciente no mejora y presenta una progresiva deterioro de la función hepática, con riesgo de fallo multiorgánico. Se decide realizar un trasplante hepático de emergencia, para sustituir el hígado dañado por uno sano procedente de un donante compatible. El trasplante hepático consiste en extirpar el hígado enfermo y conectar el hígado donado a las venas, arterias y conductos biliares del paciente. El trasplante hepático tiene una duración de unas seis horas y se realiza bajo anestesia general. El trasplante hepático tiene riesgos como sangrado, infección, rechazo, trombosis o complicaciones biliares.

El paciente se recupera en la unidad de cuidados intensivos, donde se le monitoriza la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la saturación de oxígeno y el nivel de conciencia. Se le administra analgesia, antibióticos e inmunosupresores. Se le realiza una gasometría arterial que muestra una PaO<sub>2</sub> de 95 mmHg, una PaCO<sub>2</sub> de 36 mmHg y un pH de 7,44, lo que indica una

buena oxigenación y ventilación. Se le extrae una muestra de sangre para realizar un hemograma y una bioquímica. El hemograma muestra una hemoglobina de 14 g/dL, un hematocrito de 42%, un recuento de leucocitos de 10.000/mm<sup>3</sup> y un recuento de plaquetas de 320.000/mm<sup>3</sup>. La bioquímica muestra unos niveles normales de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, proteínas totales, albúmina, bilirrubina, transaminasas, fosfatasa alcalina y gammaglutamiltransferasa. También se le mide el nivel de albúmina sérica, un marcador de nutrición, que es de 4 g/dL, lo que se considera normal.

El paciente evoluciona favorablemente y se le retira la máquina de circulación extracorpórea al primer día postoperatorio. Se le realiza una ecografía abdominal que muestra una buena posición y perfusión del hígado trasplantado y la ausencia de complicaciones como hematoma, absceso o fístula. Se le inicia una dieta oral progresiva y se le da el alta hospitalaria al vigésimo día postoperatorio. Se le indica que debe seguir un control periódico con análisis de sangre, ecografías y biopsias. Se le recomienda que tome los inmunosupresores de forma regular, que evite las infecciones y que siga una dieta equilibrada y baja en sal. Se le explica que el trasplante hepático es la única opción terapéutica para la insuficiencia hepática fulminante por intoxicación por setas amanita, pero que tiene una mortalidad de alrededor del 10%.

### [CIRUGIA Y TRASPLANTE HEPÁTICO](#)