

# Escuela universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna.



Universidad  
de La Laguna

¿Son útiles los materiales educativos en cirugía sin ingreso, en la disciplina de traumatología y ortopedia, en los pacientes y cuidadores para afrontar el cuidado tras el alta?

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia.

Memoria de Trabajo de Fin de Grado para optar al título de Graduado en Enfermería.

Curso académico: 2016-2017

Nombre del alumno: Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega.

Nombre del tutor: M<sup>a</sup> Inmaculada Sosa Álvarez.

Titulación: Grado en Enfermería.

Sede: Tenerife

Santa Cruz de Tenerife, a 17 de mayo de 2017.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	
DOCUMENTO 1	SOLICITUD

**NOMBRE:** Elba María Vargas Ortega

**NIF:** 79088570B

**CORREO ELECTRÓNICO:** elba.vargas.ortega94@gmail.com

**DIRECCIÓN:** Santa Cruz de Tenerife C\Zurbarán Nº 21 Piso: 1º A-B

**TÍTULO DEL PROYECTO:** ¿Son útiles los materiales educativos en cirugía sin ingreso, en la disciplina de traumatología y ortopedia, en los pacientes y cuidadores para afrontar el cuidado tras el alta?

**ÁREA Y LÍNEA TEMÁTICA DEL PROYECTO:** Ámbito clínico y educación sanitaria.


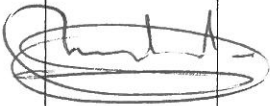
**DURACIÓN DEL PROYECTO:** 8 (meses)

**DEDICACIÓN AL PROYECTO (horas/semana):** 15 horas/ semana.

UNICA, COMO IP (INVESTIGADOR PRINCIPAL)

COMPARTIDA CON OTRO PROYECTO

**RELACIÓN DE MIEMBROS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN PARTICIPANTES**

Nombre	NIF	(1)	(2)	(3)	Centro	Horas (4)	Aceptación (firma)
Elba M <sup>a</sup> Vargas Ortega	79088570B	IP	A	P	Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia	15	
M <sup>a</sup> Inmaculada Sosa Álvarez	43622869B	A	P	P	Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia	3	

(1) PARTICIPACIÓN: investigador principal (IP), investigador colaborador (I), investigador asesor (A)



(2) CATEGORÍA: Alumno (A), profesor-tutor (P), experto-externo (E)

(3) DEDICACIÓN: Tiempo completo (C), tiempo parcial (P)

(4) HORAS: tiempo de dedicación al proyecto en horas a la semana

**HAGO CONSTAR (señalar lo que proceda):**

- Que no hemos recibido ayudas o subvenciones con el mismo objeto de cualquier Administración o Ente Público.
- Que son ciertos todos los datos que figuran en esta solicitud.

<p>Investigador Principal</p>  <p>(firma y nombre): Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega</p>	<p>Tutor del trabajo</p>  <p>(firma y nombre): M<sup>a</sup> Inmaculada Sosa Álvarez</p>
---	--

En Santa Cruz de Tenerife, a 17 de mayo de 2017.

## ÍNDICE.

Resumen .....	5
Antecedentes y estado actual del tema.....	8
Referencias bibliográficas.....	12
Justificación del proyecto .....	14
Problema del proyecto.....	14
Objetivos .....	14
Hipótesis.....	14
Metodología.....	15
Aspectos éticos.....	18
Plan de trabajo .....	18
Resultados previsibles y aplicabilidad .....	20
Instalaciones, instrumentos y técnicas para la realización del proyecto.....	21
Justificación de la ayuda económica.....	22
Otras consideraciones.....	22
Anexos .....	24

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	
DOCUMENTO 2	MEMORIA DEL PROYECTO

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega.

**TÍTULO:** ¿Son útiles los materiales educativos en cirugía sin ingreso, en la disciplina de traumatología y ortopedia, en los pacientes y cuidadores para afrontar el cuidado tras el alta?

**PALABRAS CLAVE:** Autocuidados, Cirugía Mayor Ambulatoria, traumatología, cuidadores, CMA y COT.

## RESUMEN

La búsqueda bibliográfica realizada muestra un gran avance en la Cirugía Mayor Ambulatoria, especialmente en el área de traumatología y ortopedia.

**Objetivos:** Generar una herramienta educativa, en la cual, se recojan las recomendaciones y complicaciones más frecuentes de las intervenciones de traumatología y evaluar dicha herramienta mediante la elaboración de un cuestionario a rellenar por los participantes en el estudio.

**Diseño:** Se trata de una investigación tipo cuantitativo descriptivo cuasi-experimental longitudinal.

**Metodología:** Se realizó una estimación de la cantidad de personas intervenidas en un mes de la especialidad de traumatología y ortopedia, obteniendo una muestra de 64 pacientes, con el mismo número de cuidadores, empleando para ellos los datos numéricos de cirugías traumatológicas en la Cirugía Mayor Ambulatoria de los últimos 5 años en el Hospital Universitario de Canarias. Se obtuvo un tamaño muestral de 384 participantes, incluyendo a los cuidadores.

La herramienta educativa se le entregará a toda la muestra, se realizará una intervención educativa, en la cual, se explicará los cuidados que deben seguir en el domicilio durante el postoperatorio. Se citarán a los pacientes y cuidadores, posteriormente, haciéndolo coincidir con la primera cita control postoperatoria, para pasarles el cuestionario.

### **Variables a estudiar:**

- Sociodemográficas (Edad, sexo, rol, hábitat, ocupación laboral, nivel sociocultural).
- Tipo de operación: Cirugías en régimen ambulatorio, en la disciplina de COT.
- Las extraídas del propio cuestionario de satisfacción sobre la utilidad de la herramienta educativa.

**Resultados previsibles:** Con este estudio se espera demostrar que el aporte de una herramienta educativa en el postoperatorio, en domicilio tras el alta ayuda a los pacientes y cuidadores principales, a hacer frente a las posibles complicaciones que puedan aparecer, por tanto, como aplicabilidad a corto plazo se espera poder divulgar los resultados obtenidos. Como aplicabilidad a medio plazo que se generen protocolos de información sanitaria en las unidades del Hospital Universitario de Canarias y en los distintos hospitales de la isla de Tenerife. También poder realizar herramientas educativas desde la multidisciplinariedad y contactar con Atención Primaria para establecer una continuidad de cuidados. Por último, como aplicabilidad a largo plazo, elaborar páginas web con información sanitaria, un chat on-line y un teléfono de contacto que puedan consultar cuando lo necesiten.

**TITLE:** Are educational materials in surgery without admission, in the discipline of trauma and orthopaedics, useful in patients and caregivers to face the care after the discharge?

**KEYWORDS:** Self-care, Ambulatory Major Surgery, traumatology, caregivers, AMS and OTS.

## SUMMARY

The bibliography search showed a big improve in the Ambulatory Major Surgery, especially in traumatology area.

**Objectives:** To generate an educative tool which traumatology recommendations and more frequents complications are reflected and generate a questionnaire to evaluate that educative tool.

**Design:** It is a longitudinal quantitative descriptive quasi - experimental study.

**Methodology:** It was made an estimation of the quantity of intervened patients during a month of the traumatology and orthopaedic speciality, getting a sample of 64 patients, with the same number of caregivers, using for that the numerical data of the traumatology surgeries in the Ambulatory Major Surgery in the last 5 years in the University Hospital of Canary Islands, It was determined the sample size with 384 participants, including caregivers.

The educational tool will be given to the whole sample, the main researcher will explain the cares that the patients and caregivers should follow at their homes while the postoperative. Patients and caregivers will be cited at the same time they have de first appointment postoperative control in the hospital for answering the questionnaire.

### **Variables to study:**

- Sociodemographic variables (Age, gender, role, habitat, job occupation, sociocultural level).
- Type of surgery (Outpatient surgeries, in the discipline of traumatology and orthopaedics).
- Extracted variables of the questionnaire.

**Expected results:** It is expected with this study to show that contributing an educational tool to patients and caregivers will help them to face their postoperative. As short – term applicability it is expected to divulge the results. As medium – term applicability it is expected to generate protocols of sanitary information in several unities in the University Hospital of the Canary Islands and different hospitals of Tenerife. Also, to be able to make educative tools from the multidisciplinary and to contact to Primary Care to establish a continuity of care. As long – term applicability it is expected to generate web pages with sanitary information, with access to a chat on-line with a nurse and a phone contact which they can consult every moment the need it.

## ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) o también conocida como la cirugía sin ingreso (CSI) es una modalidad asistencial en la cual el paciente es sometido a una intervención mayor y/o menor con una duración no superior a 90 minutos. En los últimos años esta modalidad ha evolucionado ya que ha habido una ampliación de los criterios de inclusión, por los avances en el ámbito anestésico, analgésico y tecnológico, pudiéndose emplear tanto la anestesia general como la locoregional. En esta modalidad se hace imprescindible que el paciente esté acompañado en todo momento por un familiar/ cuidador, ya que requiere de un postoperatorio de corta estancia en la unidad hospitalaria y en un espacio corto de tiempo regresan a sus domicilios.

Este tipo de modalidad surgió por primera vez en Inglaterra, en el Hospital Royal Glasgow Hospital for sick Children en el año 1909, debido a que el cirujano James Nicoll detectase que los pacientes tenían ingresos de muy larga estancia, suponiendo un gran gasto económico para el hospital.<sup>1</sup> A raíz de ese avance médico, la cirugía mayor ambulatoria se ha extendido por todo el mundo recibiendo críticas positivas por parte de los pacientes debido a la corta estancia postoperatoria llegando a numerosos países, destacando entre ellos México, Estados Unidos, Canadá y España.

Su evolución a lo largo de los años ha tenido un gran impacto económico para los hospitales, debido a la corta estancia que supone el postoperatorio de esta modalidad, lo que permite una mayor liberación de camas para otras demandas más severas, y el bajo coste de la intervención, además de ofrecer numerosas ventajas como son: “la disminución del riesgo de infección por infección nosocomial, una rápida incorporación al medio familiar y laboral, una atención más personalizada, acortamiento de las listas de espera y disminución de la ansiedad del paciente”.<sup>2</sup>

La CMA llegó por primera vez a España en el año 1992 pero no fue hasta 1999 cuando alcanzó su máximo desarrollo y se expandió a varios hospitales españoles. Según el estudio realizado por Francesca Vergara sobre la evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña realizado entre 2001 – 2011, apoya la aceptación que ha habido entre la población con respecto a esta modalidad asistencial, debido a que a lo largo de esos años el número de operaciones sin ingresos aumentaron notoriamente suponiendo una disminución de los ingresos (Anexo I).<sup>3</sup>

Desde su llegada a España ha estado en continuo análisis para determinar el grado de aceptación por parte de la población, como queda recogido en el estudio de F. Martínez Rodenas realizado en Badalona, en el que se explica que la Australian Council on Healthcare Standards indicó estos 4 indicadores como los más importantes a la hora de obtener los datos sobre la calidad asistencial, como son: “las anulaciones de intervenciones quirúrgicas, las reintervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios no esperados y el retraso superior a 1 hora en la salida de la Unidad de la CMA”(Anexo II).<sup>4</sup>



También se han registrado datos de una alta satisfacción por parte de los pacientes en hospitales de las Islas Canarias, como fueron publicados en el año 2015 por el Gobierno de Canarias del Hospital Dr. Negrín de Gran Canaria realizando una encuesta de satisfacción a los pacientes asistidos con esta modalidad obteniendo una puntuación de 9,10 sobre una puntuación máxima sobre 10 puntos con respecto a la calidad asistencial percibida.<sup>5</sup>

Con respecto a la isla de Tenerife, en el Hospital Universitario de Canarias se incorporaron nuevos quirófanos de esta misma modalidad en 2005, los cuales en el año 2013 realizaron un total de 4.414 cirugías ambulatorias. Como queda recogido también en el gobierno de Canarias a estos pacientes se les pasó una encuesta de satisfacción en la que valoró el tiempo de espera antes de la intervención, las instalaciones, la información ofrecida, el personal médico y de enfermería y de la atención general recibida que aportó datos de gran satisfacción con respecto a la calidad del servicio prestado.<sup>6</sup>

Como queda recogido en el Manual de la cirugía mayor ambulatoria publicado por el Ministerio de España de Sanidad y Consumo publicado en 2008, para que la cirugía tenga lugar debe haber unos estándares de seguridad y calidad hacia el paciente y los familiares que se deben cumplir durante todo el proceso quirúrgico maximizando así la seguridad en cada operación.

Estos estándares son: Protocolos de prevención de enfermedades nosocomiales, protocolos de alertas epidemiológicas, gestión y control de los fármacos de la Unidad de la CMA, identificación del paciente, gestión de la seguridad de los aparatos tecnológicos y el plan de autoprotección que garantiza la posibilidad de evacuación de la unidad en caso de accidente o catástrofe entre otros.<sup>7</sup>

Asimismo, en el origen de la cirugía mayor ambulatoria existían unos criterios estrictos de los pacientes que eran candidatos para acceder a esta modalidad asistencial, que han ido variando desde entonces, permitiendo que una mayor cantidad de pacientes también sean incluidos y especificando actualmente los criterios de los pacientes que sean excluidos; como queda reflejado en el manual de la cirugía mayor ambulatoria publicado por el Ministerio de España de Sanidad y Consumo nombrado anteriormente.<sup>7</sup> En la tabla siguiente se muestran los criterios de inclusión y exclusión actualmente establecidos.

Criterios de inclusión.	Criterios de exclusión.
Pacientes ASA I.	Pacientes ASA III y IV.
Pacientes ASA II.	Pacientes que requieran monitorización compleja.
Pacientes ASA III únicamente si su enfermedad ha estado bien controlada, dependiendo del tipo de operación y la disponibilidad postoperatoria domiciliaria.	Obesos mórbidos.
Pacientes pediátricos acompañados de un adulto.	Pacientes que requieran tratamiento complejo para el control del dolor.
	Pacientes psiquiátricos.
	Pacientes sin apoyo social.
	Prematuros.
	Niños con enfermedades graves.
	Pacientes que rechacen este tipo de modalidad.

En la cirugía mayor ambulatoria hay una alta variedad de disciplinas quirúrgicas según especialidades haya, pero cabe destacar el enorme impacto que ha tenido en el área traumatológica y ortopédica (COT), debido al empleo de la anestesia locorreional y a los avances tecnológicos, que han permitido realizar técnicas cada vez menos invasivas pero asegurando las mismas condiciones de seguridad y calidad como si se realizase en la modalidad con ingreso y un ejemplo de esto está demostrado en el artículo del Dr. Fernando Sancho Barroso y sus colaboradores, en el cual, demuestran la posibilidad de corrección del Hallux Valgus mediante la anestesia troncular de tobillo<sup>8</sup> o como también se demuestra en los avances realizados en la técnica, tanto con fines terapéuticos como con fines diagnósticos, de la artroscopia, lo que la ha convertido en una de las técnicas más utilizadas en esta modalidad, presentando numerosas ventajas, lo que favorece la mínima invasión y una rápida recuperación por parte del paciente.<sup>9</sup>

Durante todo el proceso es importante mantener una escucha activa con el paciente y los familiares/cuidadores para entender en todo momento cuáles son sus necesidades y fomentar su capacidad de afrontamiento, ya que en muchas ocasiones es una situación desconocida para ellos, pero sobre todo, hay que mantener una actitud informativa y comunicativa tras la intervención. Esta función debe recaer en todo el equipo de salud que atiende al paciente. La enfermera forma parte de este equipo multidisciplinar encargado de la atención del paciente, por tanto, en el papel educativo la enfermera debe ofrecer la información de forma estructurada, organizada y adecuada,

especialmente en el postoperatorio inmediato, ya que a las pocas horas los pacientes regresan a sus domicilios, delegando la responsabilidad del cuidado en el propio paciente y en el familiar/ acompañante. El único reconocimiento de enfermería durante el postoperatorio es una llamada telefónica a las 24 horas al domicilio para verificar el estado del paciente, pero este hecho no implica que el paciente tenga toda la información disponible o que sepa detectar las complicaciones propias de las operación y qué hacer al respecto.

Haciendo referencia a los cuidadores, normalmente son personas integrantes del núcleo familiar del paciente, que debido a un acontecimiento, como es en este caso la cirugía ambulatoria, han adquirido el rol de cuidador de forma obligatoria, por lo que en muchas ocasiones esta nueva responsabilidad puede ser abrumadora si no se tienen los conceptos necesarios sobre cómo cuidar, lo que reafirma la necesidad de los pacientes y cuidadores de obtener toda la información disponible para favorecer el cuidado y el autocuidado.<sup>10</sup>

Por último, como queda recogido en la Ley 41/2002 del Boletín Oficial del Estado (BOE), cuya última modificación se realizó en el año 2015, en el capítulo 2, artículo 4 se establece que los pacientes tienen el derecho de ser informados sobre su evolución sanitaria, de conocer el proceso de la enfermedad, de las técnicas a realizar, etc., al igual que hay que respetar su autonomía de no ser informado. La información ofrecida por los profesionales, a los cuales, dicha ley los obliga a comunicársela a los pacientes, debe ser lo más comprensible, clara posible, y que le facilite la toma de decisiones con respecto a su salud.<sup>11</sup>

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

- <sup>1</sup> Rojas Pérez E. Evolución de la cirugía ambulatoria. Rev Mex De Anesthesiol. [Internet] 2012 abril-junio [Consultado 23 de noviembre de 2016]; 35(supl 1): p. S108-S111. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=34610>
- <sup>2</sup> Cruz Rodríguez J. Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en coordinación con el equipo de la Atención Primaria de Salud. Medisur. [Internet] 2015 [Consultado 3 de diciembre de 2016]; 13(5): p. 681-707. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000500016&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000500016&script=sci_abstract)
- <sup>3</sup> Vergara F, Freitas Ramírez A, Gispert R, Coll José J, Saltó E, Trilla A. Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña, 2001-2011. Gac Sanit. 2015; 29(6): 451-453.
- <sup>4</sup> Martínez Rodenas F, Codina Grifell J, Deulofeu Quintana P, Garrido Corchón J, Blasco Casares F, Gibanel Garanto X et al. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). Rev Calid Asist. 2014; 29(3): 172-179.
- <sup>5</sup> Gobierno de Canarias [Internet]. [Actualizado 29 de junio de 2015; consultado 28 de diciembre de 2016]. Disponible: <http://www.gobiernodecanarias.org/noticias/s/Hospitales/63978/alta-satisfaccion-pacientes-operados-cirurgia-mayor-ambulatoria-hospital-dr-negrin>
- <sup>6</sup> Gobierno de Canarias [Internet]. [Actualizado 21 de marzo de 2014; consultado 28 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.gobcan.es/noticias/historico/Sanidad/54864/huc-acoge-primeras-jornadas-anestesia-cirurgia-mayor-ambulatoria>
- <sup>7</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- <sup>8</sup> Sancho Barroso F, Sandoval García JP, Athié García JM, Martínez Rosete V. Anestesia troncular de tobillo para la corrección de hallux valgus por cirugía mínima invasiva. Acta Med. [Internet] 2016 [Consultado 29 de diciembre de 2016]; 14(4): p. 206-210. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=69004>
- <sup>9</sup> Sánchez Alepuz E, Lucas García F, Carratalá Baixauli V, Calero Ferrándiz R, Sovalbarro Tardecilla B. El presente de la cirugía artroscópica. ¿Dónde está el límite?. Rev Esp Cir Osteoart. 2014; 257(49): 31-42.

<sup>10</sup> López García, EP. Cuidar a los que cuidan. Ciencia y Salud Virtual. Rev CSV [Internet] 2016 [Consultado 8 de marzo de 2017]; 8(2):62-70. Disponible: <http://revistas.curnvirtual.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/672>

<sup>11</sup> Ley 41/2002 de 14 de noviembre de 2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15 -11-02).

<sup>12</sup> De Castro Peraza, ME. Programa Educativo Centrado en el Paciente de Cirugía Oncológica Colorrectal. [Tesis doctoral]. Tenerife: Universidad de La Laguna; 2012.

### **JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTGACIÓN.**

Con este trabajo se pretende conocer la utilidad de una intervención educativa que recoja la información de cuidados, que precise tanto el paciente como el cuidador principal, con respecto al período postoperatorio en su domicilio o institución en la que se encuentre, además de suponer una herramienta terapéutica para completar la atención hacia el paciente, al mismo tiempo que se aporta materiales educativos estables donde queden recogidas las complicaciones y cómo actuar, que se pueda consultar en cualquier momento en el que el paciente tenga dudas con respecto a su evolución.

### **PROBLEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

Haciendo referencia al problema, los pacientes y cuidadores no profesionales reciben la información sobre los cuidados posteriores a la cirugía en domicilio de manera oral pero no disponen de un documento estable que describa las posibles complicaciones y cómo actuar frente a ellas. Por tanto, la pregunta del proyecto es: ¿Son útiles los materiales educativos en cirugía sin ingreso, en la disciplina de traumatología y ortopedia, en los pacientes y cuidadores para afrontar el cuidado tras el alta?

### **OBJETIVOS CONCRETOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

#### **Objetivos generales:**

- 1). Generar la herramienta educativa.
- 2). Realizar una intervención educativa para los pacientes y cuidadores en la fase postoperatoria en domicilio.
- 3). Evaluar la utilidad de la herramienta educativa.

### **HIPÓTESIS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

Mediante el aporte de un material estable educativo tanto los pacientes como los cuidadores van a disponer de la información necesaria para hacer frente al posoperatorio en el domicilio y serán capaces de detectar y actuar ante las complicaciones de las intervenciones traumatológicas que puedan aparecer.

**METODOLOGÍA (sujetos de estudio, diseño, variables, recogida y análisis de datos, etapas de desarrollo, limitaciones del estudio)**

Este trabajo de investigación se trata de un proyecto tipo cuantitativo descriptivo cuasi-experimental longitudinal, en el que se estudiará si aportando un material estable, en formato papel, como herramienta educativa donde se recojan los cuidados postquirúrgicos y las complicaciones posibles de las intervenciones de traumatología en CMA, favorece que los pacientes y/o cuidadores no profesionales las detecten y puedan actuar frente a ellas.

**Estrategias de búsqueda:** La mayoría de los datos extraídos para la elaboración de este proyecto, que han servido como contextualización y visión actual del tema, han sido buscadas en fuentes primarias. Se han empleado diversos artículos científicos publicados en la Revista de Cirugía Española, Revista Mexicana de Anestesiología, Revista de Calidad Asistencial, Revista Acta Médica, Revista Española de Cirugía Osteoarticular, Revista Gaceta Sanitaria y el Manual de la Cirugía Mayor Ambulatoria publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo publicada en 2008.

Para la obtención de los datos numéricos sobre el nivel de aceptación de la población con respecto a la CMA se visitaron las páginas Web del Gobierno de Canarias.

Como buscador se empleó Google académico y como bases de datos el punto Q, aportada por la biblioteca de la Universidad de La Laguna, Elsevier y CINAHL. También se consultó la página web del hospital de Palma de Mallorca, Son Llätzer.

Para buscar la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se consultó el Boletín Oficial del Estado.

Para recabar datos de la unidad de CMA, se acudió a la unidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario de Canarias y poder hacer la estimación de pacientes intervenidos en la especialidad de traumatología.

**Población, muestra y muestreo:** La población seleccionada para el estudio son los pacientes intervenidos en la modalidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario de Canarias en la especialidad de COT y el cuidador principal del paciente. Se ha llevado a cabo una estimación del tamaño muestral de pacientes intervenidos durante un mes obteniendo una cifra de 64 pacientes y el mismo número de cuidadores, empleando para ello los datos del número de cirugías traumatológicas en la CMA de los últimos 5 años. La duración de la entrega es de 3 meses (entre febrero y abril), obteniendo una muestra total de 384 personas, sumando pacientes y cuidadores.

A toda la muestra obtenida se le entregará la herramienta educativa y posteriormente se le pasará la encuesta, ambos documentos elaborados por la investigadora principal del proyecto, que se adjuntan como anexos en el proyecto.

**Limitaciones:**

- a). La población puede variar ligeramente en función de las posibles cancelaciones de las intervenciones.
- b). Negativa a la cooperación por parte de los pacientes y familiares.
- c). Incapacidad de los pacientes para responder la encuesta.
- d). Veracidad de las respuestas de los pacientes por el sesgo de complacencia.
- e). Los pacientes no se lean la herramienta educativa.

**Criterios de inclusión y exclusión:** Se incluirán a todos los pacientes mayores de edad, comprendidos entre los 18 – 65 años, intervenidos en el Hospital Universitario de Canarias, en la modalidad de la CMA, de la especialidad de traumatología durante el tiempo establecido para el estudio. Con respecto a los cuidadores, los criterios de selección empleados serán estar en el mismo rango de edad que las personas intervenidas y ser el cuidador responsable tras la intervención. Por último, se incluirán también a aquellos que estén de acuerdo con la colaboración en el estudio.

Se excluirán a aquellos pacientes que hayan sido intervenidos de otra especialidad no traumatológica, aquellos que presenten barreras idiomáticas por las que dificulte el aporte de datos, limitaciones cognitivas (demencia, Alzheimer, deficiencia mental, etc...) y/o físicas (sordos, ciegos...), los pacientes que vivan solos o no tengan cuidadores, aquellos que sean profesionales sanitarios, otro criterio de exclusión sería que el paciente precise de ingreso hospitalario. Con respecto a los cuidadores se excluirán aquellos que también presenten barreras idiomáticas, limitaciones cognitivas y/o físicas como las ya nombradas, los que sean profesionales sanitarios y por último, también se excluirán a los pacientes y acompañantes que no deseen colaborar con la investigación.

**Variables a estudiar:** Las variables de este estudio son:

- Sociodemográficas (Edad, sexo, rol, hábitat, ocupación laboral, nivel sociocultural).
- Tipo de operación: Cirugías en régimen ambulatorio, en la disciplina de COT.
- Las extraídas del propio cuestionario de satisfacción sobre la utilidad de la herramienta educativa.

**Tratamiento estadístico:** Se volcarán los datos en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, cuya versión más actualizada es la 24.0, para obtener los resultados de las variables del estudio, que se expresarán en porcentajes.

**Fases del estudio.**

**Pre-intervención:** En la primera fase del estudio se llevará a cabo una revisión bibliográfica para la contextualización del tema, se planteará el problema a estudiar, se determinarán los objetivos y la hipótesis de la investigación.



Por un lado, la investigadora principal del proyecto redactará el cuestionario, a rellenar por los participantes del estudio, la cual cuenta con un total de 17 preguntas, en la que se especificarán varios ítems, será totalmente anónima y de carácter autogestionada por los participantes. De estas preguntas hay cuestiones sobre la edad, el rol, el género, el hábitat y el nivel sociocultural. Hay 7 preguntas con respuestas dicotómicas (Sí/No), 1 pregunta tipo Likert, donde el 1 significa nada útil y el 5 muy útil 1 pregunta referente a la persona que le ha aportado la información sobre cuidado y la última es una pregunta con respuesta abierta, en la que el paciente podrá expresar cómo se sintió con respecto a la información ofrecida (Anexo III).

Por otro lado, se elaborará la herramienta educativa, también por la investigadora principal del proyecto, que se le entregará a la muestra seleccionada, que se recogerá las recomendaciones y complicaciones más frecuentes de las intervenciones de COT (Anexo VII). Para la creación de esta herramienta, en formato documento en papel, se ha apoyado en otras herramientas similares, tales como la guía educativa que sirvió para la tesis doctoral sobre el cáncer colorrectal, titulada: "Programa Educativo Participativo Centrado en el Paciente de Cirugía Oncológica Colorrectal"<sup>12</sup>. Una vez finalizada su elaboración, se entregará a una comisión de expertos para su aprobación. Una vez haya finalizado este proceso, se elaborará una nueva herramienta incluyendo las modificaciones propuestas por dicha comisión.

Seguidamente, se procederá a la redacción de los permisos dirigidos hacia la dirección del Hospital Universitario de Canarias, hacia las enfermeras participantes del estudio y los pacientes y cuidadores (Anexos IV, V y VI).

Se acudirá a la unidad de la CMA para informar a la supervisora de la unidad sobre el carácter de la investigación que se desea desarrollar y seleccionar a los pacientes únicamente intervenidos de COT. A estos pacientes se les informará sobre la naturaleza del estudio, los objetivos propuestos así como la confidencialidad de los datos y se les entregarán los consentimientos para la aceptación en la colaboración del mismo.

Para mantener el secreto profesional y el respeto a la dignidad humana los cuestionarios se mantendrán custodiados en el despacho de la supervisora de la unidad.

**Intervención:** La segunda fase del trabajo se realizará tras la intervención quirúrgica y el paciente esté completamente recuperado para llevar a cabo la intervención educativa en la que la investigadora principal le explicará la herramienta educativa, los cuidados y las recomendaciones a seguir en su domicilio.

Para la realización del cuestionario se citarán a los pacientes y cuidadores en la consulta de enfermería de la unidad de la CMA, haciéndolo coincidir con la primera consulta control postoperatoria en dicha unidad y serán recogidos por la supervisora de la CMA, la cual deberá custodiarlos hasta finalizar cada mes, momento en el que la investigadora principal acudirá a recogerlos.

**Post-intervención:** En la tercera y última fase de la investigación, una vez finalizada la fase de intervención se reunirá toda la información obtenida, se analizarán los datos y se obtendrán los resultados.

#### ASPECTOS ÉTICOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Haciendo referencia a los aspectos éticos se le pedirá autorización a la dirección del Hospital Universitario de Canarias para poder realizar el estudio. También se elaborarán consentimientos para la colaboración de las enfermeras, de la enfermera responsable de custodiar los cuestionarios de los pacientes y cuidadores que participen en el estudio.

#### PLAN DE TRABAJO (cronograma, lugar de realización, fases de desarrollo y reparto de tareas)

El trabajo se realizará en los meses de noviembre del año 2016 hasta junio del año 2017. Durante el período del postoperatorio, en el que los pacientes están ingresados en la unidad de la CMA se mantendrá una entrevista oral donde se les explicará el carácter del estudio y se le explicará la herramienta educativa que se llevarán a sus domicilios o instituciones. Como se explicó anteriormente, se les citará en la consulta de enfermería de la unidad de la CMA para realizar el cuestionario y se valorará su utilidad. Durante el último mes del estudio se analizarán los datos obtenidos y se establecerán los resultados para determinar en porcentajes. Toda la cronología del trabajo queda reflejada en la tabla siguiente.

**Área de trabajo:** La unidad de la CMA se encuentra en la planta -2 del edificio de actividades ambulatorias (EAA) del Hospital Universitario de Canarias. Cuenta con un total de 4 quirófanos, más 1 radiológicamente protegido en la planta -4, una sala de preanestesia, un vestuario destinado únicamente para los pacientes, un zona pediátrica y una sala de postanestesia con un total de 21 cubículos, de los cuales 9 son camas para los postoperatorio inmediato y los 11 restantes están destinados para la reintegración al medio.

**Fases de desarrollo:** Ver la tabla del cronograma.

Tabla de la cronología.

	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Búsqueda bibliográfica.								
Redacción de permisos para la dirección del hospital, los participantes y el cuestionario.								
Generación de la herramienta educativa.								
Entrega de la herramienta.								
Realización del cuestionario.								
Tabular los resultados.								

### Reparto de tareas.

La investigadora principal del proyecto es Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega, la cual se ha encargado de la búsqueda bibliográfica, la contextualización del tema, la elaboración de la metodología, el cuestionario y la herramienta educativa.

La recogida de datos también sería realizada por la investigadora principal, al igual que su interpretación.

La tutora del proyecto, M<sup>a</sup> Inmaculada Sosa Álvarez ha colaborado en el proyecto como investigadora asesora.

### RESULTADOS PREVISIBLES, APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS (indicar si a corto, medio o largo plazo)

Se estima que los resultados del estudio sean los siguientes:

Según la bibliografía consultada se espera coincidir con los autores como Francesca Vergara o el Dr. Fernando Sancho en la aceptación de la CMA, especialmente en el área de traumatología. Por tanto, se estima que por un lado, las mujeres jóvenes, con edades comprendidas entre los 25 – 40 años hayan utilizado la herramienta y les haya servido de ayuda durante el autocuidado en el domicilio. En cambio las mujeres de 50 años hasta los 65 años no habrán empleado la herramienta, ya que a diferencia de las mujeres jóvenes opinarán que con la información dada en la unidad será suficiente.

Por otro lado, los hombres en edades entre los 30 – 50 años demandarán más información de la recibida. Mientras, que los hombres entre los 60 -- 65 años también opinarán que la información recibida en la unidad será suficiente para el autocuidado en el domicilio.

En ambos géneros se registrará que se llevan a cabo los autocuidados en el domicilio en aquellas personas que vivan en zonas capitalinas, mientras que habrá un menos registro de los que vivan en zonas rurales o pueblos.

Tanto los hombres y mujeres con un nivel sociocultural alto (universitario) se registrará un mayor empleo de la herramienta que en aquellas personas que tengan un nivel sociocultural bajo o medio. Con respecto a la situación laboral, los participantes que actualmente estén desempleados dedicarán más tiempo al empleo de la herramienta, al contrario que aquellos que actualmente trabajen.

Haciendo referencia a los cuidadores principales, se espera que en todos los casos manifiesten que la herramienta les haya sido útil durante el postoperatorio aunque se reportarán más casos en las cuidadores femeninas que en los cuidadores masculinos. Se espera que los cuidadores en edades superiores a los 50 años utilicen la herramienta frente a los cuidadores con edades más jóvenes.

Se espera que un 93% de la muestra encuestada puntúe la herramienta como muy útil, un 5 en la escala de Likert. Un 5% la puntúe como bastante útil, un 4 y el 2% restante la puntúe como útil, que corresponde a un 3. Estos datos se han estimado extrapolándolos de los resultados de la tesis doctoral "Programa Educativo Participativo Centrado en el Paciente de Cirugía Oncológica Colorrectal".<sup>12</sup>

La herramienta educativa sería entregada en prácticamente el 100% de los casos por las enfermeras.

Por último, el tipo de intervención no influirá en el postoperatorio, se espera obtener un resultado similar entre los pacientes que hayan sido intervenidos de miembros superiores y miembros inferiores.

Con respecto a la aplicabilidad:

**A corto plazo:** Se espera concienciar sobre la importancia de la información aportada a los pacientes y cuidadores, a todos los profesionales de la salud, divulgando los resultados obtenidos de la investigación en congresos, charlas, campañas de formación profesional, etc.

Por otro lado, se espera que la información además de ofrecerse de manera oral del profesional al paciente, se generen documentos estables que servirán tanto de apoyo como de consulta para los pacientes.

**A medio plazo:** Se espera que la unidad de la CMA adapte un protocolo de información sanitaria para el cuidado postoperatorio en el domicilio. También se espera que otras unidades del Hospital Universitario de Canarias acojan el mismo modelo para ofrecer la información.

Se propone que en el futuro se trabaje este tipo de materiales educativos desde la multidisciplinariedad, donde se incluyan las aportaciones de todo el equipo de salud que atienda a estos pacientes.

Además se espera contactar con atención primaria, con el cual, se informará a los enfermeros sobre la importancia de la continuidad de los cuidados para constatar la buena evolución del paciente y el estado emocional del cuidador principal.

Por último, como aplicabilidad a medio plazo, se hablarán con otros hospitales de la isla de Tenerife para explicar las características del estudio, los resultados obtenidos y llegar a un acuerdo para programar talleres de orientación hacia todo el equipo multidisciplinar sanitario.

**A largo plazo:** Se contactarán con profesionales informáticos para la elaboración de páginas web con toda la información disponible para que los pacientes, desde su domicilio, puedan consultar en cualquier duda que les surja, incluyendo un chat on-line con un enfermero. También se incluirá un número de contacto para las consultas telefónicas.

## **INSTALACIONES, INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DISPONIBLES INICIALMENTE PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO.**

### **Instalaciones.**

La investigación se llevará a cabo en la Unidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria del edificio de Actividades Ambulatorias del Hospital Universitario de Canarias.

### **Instrumentos.**

El cuestionario, la herramienta educativa aportada a los participantes del estudio y por último, un ordenador portátil, en el cual, se almacenará la información obtenida y se tabularán los datos.

**JUSTIFICACIÓN DETALLADA DE LA AYUDA ECONÓMICA (indicar la categoría: material inventariable, material fungible, viajes y dietas, otros gastos...)**

**Material inventariable**

Ordenador portátil	400 €
Impresora	300 €
Subtotal	700 €

**Material fungible**

5 paquetes de 500 folios	15 €
384 bolígrafos	460,8 €
Subtotal	475,8 €

**Viajes**

Desplazamientos al hospital	130 €
Subtotal	130 €
Total de la ayuda económica	1305,8 €

**OTRAS CONSIDERACIONES QUE DESEE HACER CONSTAR.**

Ninguna.

<b>PROYECTO DE INVESTIGACIÓN</b>	
<b>DOCUMENTO 3</b>	<b>SELECCIÓN DE ÁREAS TEMÁTICAS</b>

SELECCIONAR LAS MATERIAS EN LAS QUE SE ENCUADRA EL PROYECTO:

- Epidemiología y Bioestadística.
- Evaluación de los servicios sanitario y nuevas tecnologías.
- Calidad asistencial y bioética.
- Desarrollo y/o aprendizaje de técnicas y procedimientos de aplicación clínica.
- Organización y gestión de servicios sanitarios.
- Organización, gestión y evaluación profesional.
- Salud pública y promoción de la salud.

## ANEXOS.

Anexo I.

Tabla 1.

Intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes. Cataluña, 2001-2011

Año	CH/1.000 hab	CMA/1.000 hab	IA/1.000 hab	Total/1.000 hab
2001	61,5	21,6	25,9	108,9
2002	58,2	23,3	28,2	109,8
2003	63,0	25,5	31,0	119,4
2004	58,4	26,9	32,4	117,7
2005	57,8	30,3	31,2	119,2
2006	55,8	31,2	30,4	117,4
2007	55,4	32,9	32,7	121,0
2008	52,5	35,0	31,4	118,9
2009	52,4	36,8	33,1	122,4
2010	48,5	36,6	38,8	123,9
2011	47,0	34,5	39,5	121,0
PC	-23,5% <sup>a</sup>	60,3% <sup>a</sup>	52,4% <sup>a</sup>	11,1% <sup>a</sup>

CH: cirugía con hospitalización; CMA: cirugía mayor ambulatoria; IA: intervenciones ambulatorias menores;  
PC: porcentaje de cambio.

a.-->Coeficiente de correlación de Spearman estadísticamente significativo:  $p < 0,05$ .

Anexo II.

Tabla 3 Ingresos no previstos el mismo día de la operación

	2010		2011		2012		p
	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%	
Cirugía General y Digestiva	19	5,5	7	2,3	9	3,3	0,25
Traumatología y Ortopedia	25	3	17	2,7	7	0,9	< 0,01
Ginecología	2	1,7	2	1,4	1	0,8	0,90
Oftalmología	2	0,2	1	0,1	1	0,1	0,90
Otorrinolaringología	1	1,3	1	1,3	-	0	0,90
Urología	1	0,2	-	0	-	0	0,90
Cirugía Vascular	1	3,3	-	0	2	3,9	0,90
Total	51	1,8	28	1,1	20	0,7	< 0,01

%; porcentaje de ingresos. Se consigue de dividir el número de pacientes ingresados entre el número de intervenciones en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y multiplicarlo por 100.



**Tabla 4** Motivos de los ingresos no planificados de los pacientes con admisión en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

	2010		2011		2012		p
	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%	
<i>Selección inadecuada</i>							
Enfermedad asociada	1	2	-	0	-	0	0,90
Complejidad de la cirugía	6	11,8	9	32,1	13	65	0,50
Falta de soporte familiar	5	9,8	-	0	1	5	0,50
<i>Complicaciones</i>							
Tiempo de recuperación anestésico excesivo	17	33,3	9	32,1	1	5	<0,01
Náuseas/vómitos	7	13,7	1	3,6	1	5	0,10
Dolor mal controlado	5	9,8	3	10,7	2	10	0,50
Complicaciones de la cirugía	3	5,9	2	7,2	1	5	0,90
Complicaciones médicas	5	9,8	3	10,7	1	5	0,50
[0,1-8]Otros motivos <sup>a</sup>	2	3,9	1	3,6	-	0	0,75

%; porcentaje de ingreso anual de cada motivo. Se consigue de dividir el número de pacientes ingresados por dicho motivo entre el número total de ingresos no planificados del año correspondiente y multiplicarlo por 100.

<sup>a</sup> Incluye por petición familiar y por inclemencias atmosféricas.

**Tabla 5** Anulaciones el mismo día de la operación

	2010		2011		2012		p
	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%	
Cirugía General y Digestiva	12	3,5	7	2,3	9	3,3	0,75
Traumatología y Ortopedia	11	1,3	16	2,5	11	1,5	0,25
Ginecología	2	1,7	4	2,7	1	0,8	0,90
Oftalmología	7	0,7	9	0,9	14	1,3	0,50
Otorrinolaringología	1	1,3	5	6,5	2	2,7	0,75
Urología	1	0,2	7	1,9	1	0,2	<0,01
Cirugía Vasculat	-	0	3	7,9	-	0	0,90
Total	34	1,2	51	2	38	1,3	0,04

%; porcentaje de anulaciones. Se logra de dividir el número de pacientes anulados entre el número de intervenciones en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria y multiplicarlo por 100.

Anexo III.

Encuesta a realizar por los pacientes y acompañantes.

Mi nombre es Elba María Vargas Ortega. Soy estudiante de 4º del grado de Enfermería y este cuestionario forma parte de un proyecto de investigación, como trabajo final de grado, que tiene como objetivo determinar la utilidad de la aportación de una herramienta educativa que recoja las complicaciones más frecuentes y recomendaciones de la especialidad de traumatología en la unidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Esta encuesta es totalmente anónima.

1.- ¿Qué edad tiene?

2.- ¿Cuál es su género?

Hombre.

Mujer.

3.- ¿Cuál es su nivel sociocultural?

Estudios primarios.

Estudios secundarios.

Universidad.

4.- ¿Cuál es su rol en este proceso?

Paciente.

Cuidador.

5.- ¿Cuál es su lugar de residencia?

Ciudad.

Pueblo.

6.- ¿Cuál es su situación laboral actual?

No trabaja actualmente.

Trabajando actualmente.

7.- ¿Ha sido usted operado en la modalidad de la CMA, en la especialidad de traumatología?

Sí.

No.

8.- ¿Cuál ha sido su tipo de operación?

9. ¿Le han dado información sobre el cuidado que debe seguir en su domicilio?

Sí.

No.

(En caso afirmativo responda a la pregunta siguiente)

10.- ¿Quién le dio la información sobre el cuidado postoperatorio?

Médico.

Enfermera.

Administrativa.

11.- ¿Ha tenido usted complicaciones tras la operación?

Sí.

No.

12.- ¿Ha necesitado utilizar la herramienta?

Sí.

No.

13.- ¿La herramienta ofrecida le ha ayudado a comprender lo que le ocurría?

Sí.

No.

14.- ¿La información del documento le ha parecido clara?

Sí.

No.

15.- ¿Volvería a utilizar el documento?

Sí.

No.

16.- ¿Cuál es la valoración que le pondría a esta herramienta educativa?

1 (Nada útil)

2 ( Poco útil)

3 (Útil)

4 (Bastante útil)

5 (Muy útil)

17.- ¿Fue suficiente la información obtenida o necesitó más información?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo IV.

Permiso para el director del Hospital Universitario de Canarias.

A/A. Director Gerente del Hospital Universitario de Canarias.

Estimado señor:

Soy Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega. Soy estudiante de 4º curso del grado de enfermería y pretendo realizar una investigación como trabajo final de grado sobre la utilidad de la aportación de una herramienta educativa en formato papel ayudaría a los pacientes que han sido intervenidos de la especialidad de traumatología en la modalidad asistencial de Cirugía Mayor Ambulatoria y a sus acompañantes durante los meses de febrero hasta mayo del año 2017, en los que se procederá a explicarles la naturaleza del estudio, la función de la herramienta educativa y la realización de los cuestionarios sobre la utilidad de la misma.

Firmado:

Firma del director:

Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega.

Anexo V.

Permiso sobre la aceptación para participar en el estudio.

Estimado señor o señora:

Me llamo Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega. Soy estudiante de 4<sup>o</sup> del grado de enfermería y me gustaría saber si usted estaría dispuesto/a en participar en una investigación que pretendo realizar, como trabajo de fin de grado, durante los meses de febrero y mayo, en los cuales, durante el período postoperatorio tras la intervención se les explicará el estudio, se le ofrecerá una herramienta educativa con las complicaciones traumatológicas más frecuentes y recomendaciones para poder actuar ante ellas de la manera más óptimamente posible y, por último, se les citará para realizar un cuestionario relacionado con la utilidad de la herramienta educativa haciéndolo coincidir con la primera cita control, en el Hospital Universitario de Canarias, tras la intervención.

La participación en el estudio es totalmente anónima.

Firmado:

Firma del/la participante:

Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega.

Anexo VI.

Permiso para la enfermera responsable de custodiar las encuestas.

Yo....., enfermera/o de la Unidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario de Canarias, comprendo la responsabilidad que requiere esta investigación, como trabajo de fin de grado, dirigido por Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega, estudiante de 4º de Enfermería y me comprometo a custodiar los cuestionarios realizados por los pacientes intervenidos en la Unidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria, de la especialidad de Traumatología y Ortopedia, del Hospital Universitario de Canarias, y por los cuidadores.

Firmado:

Firma de la enfermera/o.

Elba M<sup>a</sup> Vargas Ortega.



Anexo VII.

Herramienta educativa.

**Guía de información y recomendaciones para los pacientes y cuidadores sobre las complicaciones postquirúrgicas de las cirugías traumatológicas sin ingreso.**

Esta guía informativa recoge las complicaciones y recomendaciones más frecuentes que pueden aparecer tras una intervención quirúrgica traumatológica y ortopédica.

**Recomendaciones:**

➤ Si toma tratamiento domiciliario, debe continuarlo con la pauta habitual.

➤ Inicie el tratamiento pautado tras la cirugía.

➤ En la primera noche, tras de la intervención, haga una dieta blanda.



➤ Coloque la zona operada (Brazo/ pierna) en alto para evitar que se inflame.

➤ No moje o retire el vendaje.



➤ No realice actividades que puedan poner el peligro su vida, como por ejemplo: cocinar, conducir, etc.

➤ Puede bañarse con normalidad pero para evitar mojar la venda, yeso, apósito, férula, etc., cubrirla con una bolsa de plástico.

➤ No realice movimientos bruscos con la extremidad intervenida.

➤ Duerma de manera normal, cuidando no apoyarse sobre la extremidad intervenida y que sea una postura cómoda para usted.

➤ No toque la herida de manera innecesaria para no favorecer la infección o la caída de los puntos de sutura.

➤ Si lo necesita utilice zonas de apoyo o muletas con las que ayudarse a la hora de desplazarse sin riesgo de caerse.

➤ En la cicatriz es recomendable no dejar que le dé el sol.



- Se recomienda no fumar ni beber.



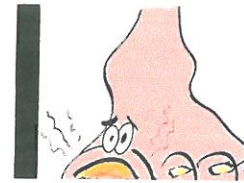
- Donde tiene colocado el vendaje puede picarle debido al sudor acumulado en la zona. No se rasque porque puede provocarse heridas. .



- Estar acompañado las primeras horas tras la intervención.
- Vigilar la temperatura de la zona afectada, por si está muy caliente o muy fría.

**Complicaciones más frecuentes:**

- Inflamación de la pierna o brazo operado. →



- Dolor. →



- Fiebre.

- Frialdad del miembro.

- Excesivo sangrado. →



- Entumecimiento.

- Enrojecimiento de la piel.

- Afectación de la movilidad. →



➤ Coloración azul en la punta de los dedos. →



**SÍNTOMAS ALARMANTES POR LOS QUE DEBE ACUDIR AL HOSPITAL.**



- Siente que la extremidad (Brazo/ pierna) que le hayan operado está fría y pálida.
- Dolor incontrolable.
- Sangrado, cuando vea el vendaje notablemente manchado.
- Coloración azulada de los dedos de la mano o de los pies.
- Entumecimiento (Sensación de hormigueo) en el brazo o pierna operada.
- Inflamación de la extremidad en cuestión.
- Náuseas y vómitos.
- Si siente dificultad al respirar.



Si tiene dudas sobre lo que le está pasando o con cualquier aspecto del cuidado del postoperatorio, es recomendable que las escriba en un cuaderno para consultárselas al médico y la enfermera en la próxima cita de revisión.

**¡Su salud es importante para nosotros!**