enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 100. Diciembre 2006

Crónica del XVIII Congreso y Simposio Nacional de la AEEU celebrados en Lleida

Tumores germinales testiculares, «reacción de adaptación»

Procedimiento enfermero en criocirugía prostática

Reeducación del suelo pélvico

Planes de cuidados de enfermería en litotricia extracorpórea por ondas de choque

Artículo de opinión: Reeducación vesical y enfermería

ENFURO
nº 100 / Octubre/Noviembre/Diciembre 2006
Tercera Etapa

JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidenta: Ana Quintanilla Sanz
Vicepresidente: Francisco Estudillo González
Secretario: Luis Alfonso Aparcero Bernet
Tesorero: Vicente Carrasco Rozalén
Vocal 1º: Concepción Martinez Casamayor (Zaragoza)
Vocal 2º: Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)
Vocal 3º: Ana Isabel García Martín (Madrid)

REDACCIÓN
Directora: Ana Quintanilla Sanz
Jefe de Redacción:
Francisco Estudillo González
Consejo de Redacción:
Luis Alfonso Aparcero Bernet
Vicente Carrasco Rozalén
Concepción Martínez Casamayor
Mercedes Martín Valenciano
Ana Isabel García Martín

Consejo Asesor:
Mª Pilar García Maynar (Zaragoza)
Ascensión Crespo García (Zaragoza)
Asunción Garrido Mora (Elche-Alicante)
Cecilia Piquer Bosca (Valencia)

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología

Depósito legal: M-18042-1980
ISBN: 0210-9476
Soporte válido S.V.R. 246
Realización: QAR Comunicación (Madrid)

ENFURO - Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Urología-Andrología e Incontinencia Urinaria)
C/ Conde de Peñalver 96- 2º A
28006 Madrid
Correo electrónico: enfuro@enfuro.org

SUMARIO

- Editorial 5
- Tumores germinales testiculares «reacción de adaptación». F. Cuadrillero Martín, F. Cuadrillero Rodríguez, F. Rodríguez Hernández, A. Sanz Rubiales, Mª L. del Valle Rivero 6
- La Enfermería urológica en el siglo XVII según el manuscrito del enfermero Simón López (año 1668). M.J. García Martínez, O. Romero Mora, J.M.Ramos Suárez, M.J. Fernández Romana, F. de Paula Olivares Bellón 9
- Crónica del XXVIII Congreso y Simposio Nacional de la AEEU celebrados en Lleida 20
- Procedimiento Enfermero en Criocirugía Prostática. Pellón Arrollo, D.; De Nicolás Gaya, P.; García Haro, M. 21
- Reeducación del suelo pélvico. García Martín, A.I.; Del Olmo Cañas, P.; Carballo Moreno, N.; Medina Varela, M.; González Lluva, C.; Morales de los Ríos Luna, P. 27
- Planes de cuidados de enfermería en litotricia extracorpórea por ondas de choque. L. Ramírez Rodríguez, J. Rubio Revueltas, M. Martínez Cordero 30
- OPINIÓN: Reeducación vesical y enfermería. F.J. Milla España. 35
- Relación de artículos publicados en ENFURO 36
- Noticias 42

La Junta Directiva y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas por los autores en sus artículos.
ENFURO tiene la propiedad de los artículos que contiene. Cualquier reproducción total o parcial de sus contenidos deberá ser autorizada por su autor y el Consejo de Redacción, haciendo expresa mención de la fuente.

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Próximos a comenzar a recibir una nueva remesa de trabajos para publicar, presentamos las normas de publicación por las que se rige ENFURO, y a las que nos debemos atener para darle rigor y prestigio a la misma, basadas en las normas internacionales de Vancouver. Se presenta un extracto, recomendamos la lectura de su totalidad en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm

1. La revista ENFURO es el órgano de difusión de la Asociación Española de Enfermería en Urología, y en ella se podrán publicar artículos de opinión, artículos científicos, trabajos de investigación y trabajos presentados a los Congresos Nacionales e Internacionales de la Asociación. Está abierta tanto a los socios como a los que no lo son.

2. **Sistema de revisión por expertos (peer-review).** ENFURO somete la mayoría de los artículos que publica a la evaluación de revisores-asesores, expertos en la materia, y que no forman parte del Consejo Editorial de la revista. Éstos figuran en los créditos y recibirán los artículos para su análisis y evaluación. Podrán variar a criterio del Consejo.
   El Consejo de Redacción priorizará la publicación de aquellos artículos relacionados con la urología, andrología e incontinencia urinaria y de contenidos eminentemente enfermeros. No se excluyen, en principio, los relacionados con otras especialidades de enfermería.

3. **Artículos en disquete o e-mail.** Los artículos y trabajos se enviarán en soporte electrónico (en disquete o CD) o por e-mail, en procesador de texto Word versiones 97 - 2000. Al presentar los disquetes, los autores deben:
   - Cerciorarse de que se ha incluido una sola versión del artículo en el disquete.
   - Incluir en el disquete solamente la versión última del artículo.
   - Especificar claramente el nombre del archivo.
   - Etiquetar el disquete con el formato y nombre del fichero.
   - Enviar para revisión y cotejo una copia impresa en papel.

   El material se enviará por correo postal (preferentemente certificado) a:
   Francisco Estudillo González. C/ Profesor Antonio Ramos, 4-6º. San Fernando (Cádiz). Correo electrónico: pacoestudillo@ono.com

4. **Encabezamiento: título y autores**
   a) El título del artículo debe ser conciso, pero informativo.
   b) El nombre de cada uno de los autores, acompañado de su grado académico más alto y su afiliación institucional.
   c) El nombre del departamento o departamentos e institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
   d) El nombre y la dirección del autor responsable de la correspondencia.

   Cada autor deberá haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo.
   El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores deben citarse en la sección de agradecimientos.

5. **Resumen y palabras clave.** Se incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Haciendo hincapié en lo más novedoso o de mayor importancia.
   Se identificarán de tres a cinco palabras clave que faciliten a los documentalistas el análisis documental del artículo y que se publicarán junto con el resumen.

6. **Método IMRYD y extensión:**
   - Introducción.
   - Métodos.
   - Resultados.
   - Discusión.

   La extensión máxima del trabajo será de 10 folios, interlineado sencillo y letra fuente tamaño 12.

7. **Referencias bibliográficas.** Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto.

8. **Ilustraciones (figuras).** Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se deberán enviar preferentemente en disquetes o CD o por e-mail, escaneadas a alta resolución.
   En caso de ser imposible el escaneado, se enviarán junto con el disquete del texto por vía postal.
   Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para la ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto.

9. **Abreviaturas y símbolos.** Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.

10. El Consejo de Redacción y la AEEU no se hacen responsables de las opiniones ni de los resultados obtenidos en los trabajos. La alusión y/o fotografías de personas y entidades debe estar controlada por el autor/es, con el compromiso de haber respetado la privacidad, imagen y confidencialidad de los interesados.

EDITORIAL

Año nuevo, ilusiones nuevas...

CON 2007 iniciamos también una nueva etapa en la dirección de nuestra Asociación. Nuestro primer deseo es felicitar y agradecer a la anterior Junta el gran trabajo realizado, ya que su exhaustiva labor ha hecho posible que hayamos llegado hasta aquí.

Estrenamos nuevo equipo, formado por personas de la candidatura anterior y otras de reciente incorporación, a todos nos unen las ganas de trabajar y la ilusión de llevar a cabo nuevos proyectos impulsados por la constancia y la experiencia de las personas veteranas y el ímpetu de las nuevas y, sobre todo, vosotros: socios y lectores.

Pretendemos dirigir la gestión de la Asociación hacia nuevas actividades como la creación de cursos de formación acreditados para la carrera profesional, el consenso de planes de cuidados estandarizados, artículos de nueva creación para la revista (realizados por profesionales de reconocida trayectoria) y sobre todo potenciar la autoafirmación de nuestra profesión y nuestra especialidad.

Es para nosotros un gran honor asumir la responsabilidad y comunicaros que nuestro primer objetivo es estar a vuestra entera disposición: atendiendo todas las propuestas, sugerencias y opiniones que nos hagáis llegar. Y, sin más, apelamos a vuestra colaboración ya que sin vuestras ideas, vuestra participación y vuestra voz, no es posible este proyecto.

Desde este equipo, gracias a todos, amigos y compañeros, y expresar una efusiva bienvenida a los nuevos socios.

¡Feliz, feliz, feliz AÑO NUEVO!

Asociación Española de Enfermería en Urología

Les ruego reciban esta solicitud de admisión como socio/a de la **Asociación Española de Enfermería en Urología**, con derecho a recibir la revista ENFURO y todos los demás reflejados en los estatutos vigentes.

Asociación Española de Enfermería en Urología

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP..... TELÉFONO.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

Solicita la admisión como socio de la Asociación **(Asociación Española de Enfermería en Urología)** por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La cuota de socio anual es por un importe de 48,08 euros mediante pago en cuenta corriente.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BANCO/CAJA:..... OFICINA.....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la Asociación Española de Enfermería en Urología

Fecha: Firma

Asociación Española de Enfermería en Urología
C/ Conde de Peñalver, 96 - 2º A. 28006 Madrid
Teléfono y fax 91 402 42 74. E-mail: enfuro@enfuro.org

F. Cuadrillero Martín, F. Cuadrillero Rodríguez, F. Rodríguez Hernández, A. Sanz Rubiales, Mª L. del Valle Rivero
Hospital Clínico Universitario Valladolid

Tumores germinales testiculares «reacción de adaptación»

Palabras clave: Tumores testículo, reacciones de adaptación, cuidados de Enfermería.

Key words: Testes tumors, adaptation reactions, Nurse cares

Introducción

Los tumores germinales de testículo son neoplasias poco frecuentes que se caracterizan por una gran sensibilidad a los tratamientos antineoplásicos (quimioterapia, radioterapia). Esto se traduce en un porcentaje muy elevado de curaciones, también en pacientes con neoplasias metastásicas, lo que los ha convertido, junto con los tumores hematológicos, en el paradigma de enfermedad curable incluso en estadios avanzados.

Epidemiología

Los tumores malignos de origen testicular son poco frecuentes. Representan tan sólo cerca del 1% de las neoplasias del varón, con una incidencia anual de 5 a10 por 100.000, mayor en los países del norte de Europa y una mortalidad inferior a 0,5 por 100.000. Aun así, es el tumor maligno más frecuente en la franja de edad entre los 15 y los 35 años.

Los factores que se asocian a un mayor riesgo de padecer un tumor germinal testicular son:

- Trastornos del descenso testicular, principalmente la criptorquidia, que aparece como antecedente en el 10% de los pacientes.
- Tumor en el testículo contralateral. Hasta el 2% de los pacientes presentan tumores en ambos testículos.
- Bajo peso al nacer.
- Relación familiar, el 2% de los casos.

Clínica

En la mayoría de los pacientes, los tumores se detectan como un aumento no doloroso del tamaño testicular, si bien no es extraño que se presenten como nódulos relativamente bien delimitados, induración global del testículo o como lesiones dolorosas. En ocasiones la primera clínica deriva de la diseminación a distancia del tumor: dolor lumbar, disnea, síndrome constitucional, etc. También pueden aparecer trastornos tumorales en sangre, como ginecomastia inducida por HCG.

La autoexploración testicular periódica permite un diagnóstico precoz de los tumores testiculares.

El aumento del tamaño o la aparición de un nódulo o una masa testicular sin otra sintomatología, suele llevar directamente a sospechar un tumor testicular. Sin embargo, más dudas crea el diagnóstico diferencial con los procesos inflamatorios. Por este motivo, en los casos de sospecha de orquitis o epididimitos que no se resuelven en un plazo prudencial de dos semanas se aconseja realizar una valoración urológica específica. En todo caso, la demora desde el primer síntoma hasta el diagnóstico supera los tres meses en cerca del 40% de los pacientes.

Clasificación

Los diferentes subtipos histológicos de los tumores germinales se dividen en:

- Seminoma (40%):
  - Clásico.
  - Espermatocítico.
- No seminoma (60%):
  - Puro: carcinoma embrionario, coriocarcinoma, tumor del seno endodérmico, teratoma (maduro, inmaduro, maligno).
  - Mixto: en dos de cada tres tumores se describen una histología mixta, compuesta por dos o más estirpes histológicas distintas.

La división de los tumores germinales testiculares entre seminoma y no seminoma orienta la actitud terapéutica, ya que el tratamiento depende tanto del estadio como de la variedad histológica del tumor.

Diagnóstico

Ante una lesión testicular que hace sospechar la presencia de un tumor germinal es aconsejable realizar una sistemática de estudio que incluye:

1. Historia clínica completa, que incluya posibles antecedentes de interés, como criptorquidia y problemas de descenso testicular.
2. Exploración clínica sistémica y del área escrotal.
3. Ecografía testicular.
4. Analítica completa que incluya: hemograma, función renal (creatinina), iones, enzimas hepáticas y bilirrubina.
5. Niveles de marcadores séricos:
   - Específicos:
     - AFP: alfa fetoproteína.
     - HCG: gonadotropina coriónica humana.
   - No específicos:
     - LDH: deshidrogenasa láctica.

   La AFP y la HCG se caracterizan por una sensibilidad y una especificidad elevadas: el 20% de los seminomas y el 80% de los no seminomas se asocian a la elevación de, al menos, uno de estos marcadores.
6. Radiografía de tórax.
7. TAC torácica, abdominal y pélvica.
8. TAC cerebral, gammagrafía ósea, etc.

Estadificación y tratamiento

La estadificación de los tumores germinales testiculares se adapta a las directrices que se indican en la clasificación TNM.

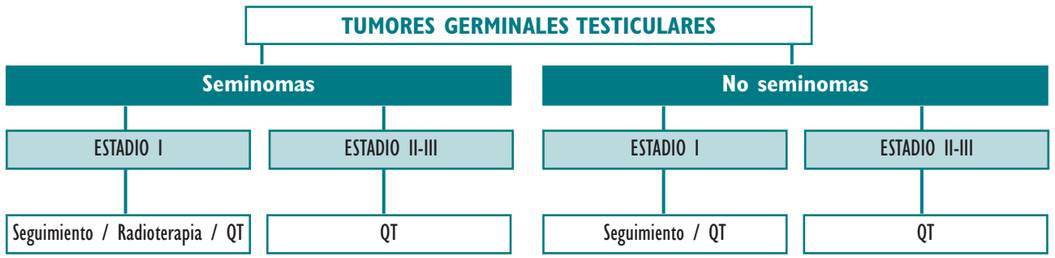
Se incluyen los tres factores principales de esta clasificación:

– T: características del tumor primario.
– N: número y tamaño de los ganglios afectados.
– M: metástasis a distancia.

Asimismo se valora el parámetro «S» que define la concentración de marcadores tumorales en sangre.

El tratamiento principal de comienzo es la quirúrgica: orquiectomía. Realizándose por vía inguinal, con lo que se puede resecar el epidídimo y se respeta el drenaje linfático natural del testículo. Si se lleva a cabo un abordaje a través del escroto, puede producirse una diseminación de células tumorales a la piel.

A continuación, en función del estudio de estadificación y del estudio histológico, se administra quimioterapia y radioterapia manteniendo el siguiente esquema:



Reacciones de adaptación

La primera reacción del paciente al recibir la noticia es de perplejidad, ¿por qué yo?, ¿qué he hecho mal? La reacción de los padres o familia es mucho peor, no lo entienden, es como un castigo, una adversidad difícil de superar. El concepto de cáncer es todavía sinónimo de muerte. Están poco animados a los tratamientos que les proponen, la orquiectomía, la pérdida testicular conlleva una alteración de su imagen corporal, el tratamiento con una quimioterapia agresiva, la posible radioterapia. Se encuentran desanimados.

Pero los pacientes son jóvenes, con ganas de vivir y sobre todo de luchar y a partir de este momento la información que les damos es primordial para que el enfermo consiga salir adelante.

Informarles de que existen problemas de esterilidad al administrar tratamientos con citostáticos, por eso hay que recomendarles los bancos de semen, por si aparecen problemas de reproducción después de los tratamientos.

Apoyarles con ejemplos «positivos» de personas de alguna forma conocidos como Armstrong, Molina, Penev, que han conseguido vencer el tumor y que han vuelto a su vida cotidiana e incluso a ser el número uno en su especialidad, en éstos deportiva.

Se les informa del tipo de quimioterapia que van a recibir, que será dura, con muchos sueros, con efectos secundarios importantes como alopecia, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, trombopenia, etc.

Pero el paciente empieza a confiar en nosotros, en la información que van recibiendo, en las ganas que tienen por vivir y luchar, fuerza que van contagiando a sus padres, a su familia e incluso levantando la moral a su entorno.

Cuidados de enfermería

La enfermería está en primer lugar a la hora de informar, convencerles de lo importante que es el tratamiento, empiezan a confiar en nosotros, en nuestro trabajo y se hacen grandes colaboradores nuestros y se vuelven muy agradecidos e incluso participan con las enfermeras/os a la hora de informar a otros pacientes para contar sus experiencias.

Informar de todos los efectos secundarios que van a aparecer en los distintos tratamientos que van a sufrir: cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.

Conclusiones

Los tumores germinales testiculares son cánceres poco frecuentes que, sin embargo, son los primeros en incidencia en varones en la franja de edad entre los 15 y los 35 años. Hay dos subtipos histológicos: seminoma y no seminomatosos, con diferente enfoque terapéutico. La mayor parte de ellos se diagnostican en estados iniciales, es decir, limitados al testículo. En todo caso, la probabilidad de curación, principalmente gracias a la quimioterapia, supera el 90%.

Es fundamental que en el tratamiento se combinen diferentes estamentos: Urología, Enfermería Urológica, Oncología Médica y Radioterápica, Enfermería Oncológica, psicólogos e incluso la familia, para mejorar las perspectivas terapéuticas y personales. ▼

Bibliografía

Likourezos A, Chalfin DB, Murphy DG, Sommer B, Darcy K, Davidson SJ. Physician and nurse satisfaction with an Electronic Medical Record system. J Emerg Med. 2004 Nov; 27 (4): 419-24.

Manual de Urología General. E. Fernández del Busto. Universidad de Valladolid.

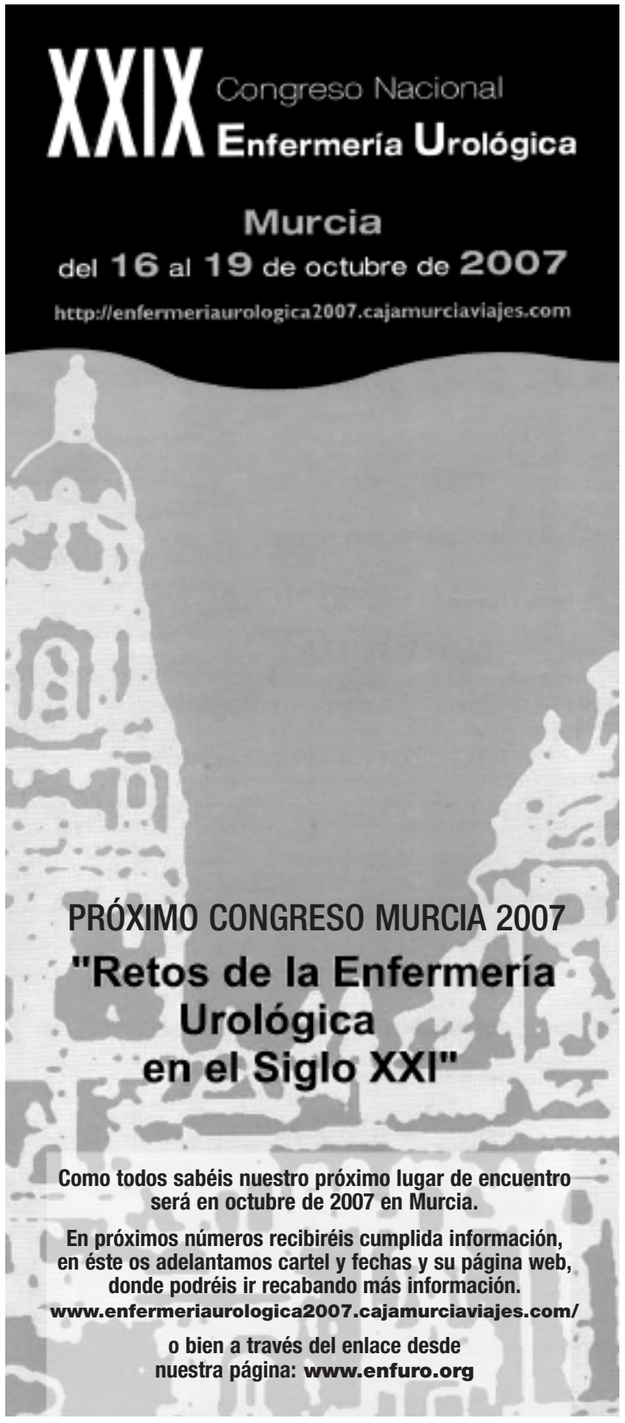
Manual de Enfermería Urológica. E. Fernández del Busto, J. Martínez de Iturrate. Universidad de Valladolid.

Manual de Oncología Clínica. F. López-Lara Martín. Universidad de Valladolid.

El cáncer, proceso oncológico integral. J.A. Álvarez Rodríguez.

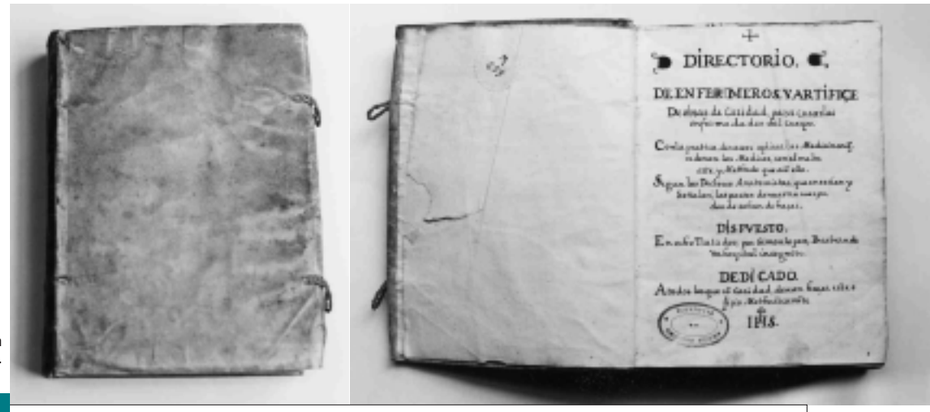
Enfermería y cáncer. J. Estapé. Doyma.

Nuestra página web:
www.enfuro.org



Manuel Jesús García Martínez, Obdulia Romero Mora, José Manuel Ramos Suárez, María Jesús Fernández Romana, Francisca de Paula Olivares Bellón. Servicio de Urología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

La Enfermería urológica en el siglo XVII según el manuscrito del enfermero Simón López (año 1668)



En la imagen, encuadernación en pergamino y portada de la obra.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es profundizar en el conocimiento de la Enfermería urológica practicada en la España del siglo XVII, en base, fundamentalmente, a un tratado docente escrito por un enfermero, Simón López (año 1668), titulado *Directorio de Enfermeros*, que dedica un número importante de sus páginas a abordar los cuidados urológicos de la época. A través de este tratado docente para la formación de enfermeros podemos conocer la Enfermería practicada a finales del siglo XVI y primeras décadas del XVII, y, dentro de ella, lo relativo a la Enfermería urológica. El estudio se complementa con otras consultas de textos redactados en ese siglo, algunos de ellos escritos por otros enfermeros. Se reproducen citas textuales y se analizan.

Palabras clave: Historia de la Enfermería, Manuscrito docente.

Introducción: tema, propósito y objetivo

Una mirada desde la evolución de la Enfermería, en general, y la Enfermería urológica, en particular, pone de manifiesto la constante preocupación del profesional enfermero por su formación, por prestar unos cuidados de calidad y alcanzar, en definitiva, la excelencia en su ámbito profesional. La investigación histórica de los cuidados, parcela que va consolidándose y adquiriendo un reconocimiento cada vez mayor, incluso más allá de la propia profesión enfermera, aporta una interesante información sobre, en el caso que nos ocupa, la actividad desarrollada por el enfermero en materia de urología en una época determinada: qué conocimientos tenía, patologías tratadas, técnicas que empleaba, tratamiento que aplicaba, materiales utilizados. Desde que, en 1975, se constituyó la Especialidad de Urología y Nefrología para ATS (Decreto 2233/1975, de 24 de julio), hasta el momento presente, han sido muchos los avances de la profesión: creación de la Asociación Española de Enfermería en Urología, aparición de revistas y manuales especializados, celebración de diversos eventos –cursos, jornadas, congresos–, entre otros logros. Pero aún sigue habiendo un gran vacío en el conocimiento del trabajo desarrollado por los profesionales de hace siglos en este campo.

La Urología como especialidad médica no se constituye en España hasta finales del siglo XIX y primeras décadas del XX, siendo ejercida hasta entonces por los cirujanos generales. La definitiva independización de la Urología como práctica profesional quirúrgica, según el historiador de la Medicina Granjel[1], tiene lugar tras la creación de servicios asistenciales especializados, jugando en este sentido un papel primordial el Instituto de Terapéutica Operatoria fundado por el Dr. Federico Rubio, fundador asimismo de la primera Escuela de Enfermería en España en 1896. El primer urólogo con exclusiva dedicación al ejercicio urológico fue Enrique Suender, destacando asimismo Víctor Azcárate. Posteriormente, en las dos primeras décadas del siglo XX, ganarían merecido prestigio en este campo Pedro Cifuentes Díaz, Leonardo de la Peña Díaz, Salvador Gil Vernet y Benigno Oreja Elósegui. En 1910 se constituye la Asociación Española de Urología, creada a sugerencia de Luis González Bravo, sucesor de Suender en el Instituto Rubio.

Remontándonos al siglo XVI, es obligado hacer referencia a la obra *Tratado de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina*, del cirujano Francisco Díaz, publicada en el año 1588, la más importante aportación de la medicina española renacentista al saber urológico. Entre sus aportaciones se encuentran las técnicas urológicas que propone y la práctica de confirmaciones anatomopatológicas.

Un siglo después, el XVII, las enfermedades y dolencias urológicas siguen apareciendo descritas en los textos médicos generales (tratados de Pedro García Carrero, Cristóbal Pérez de Herrera, Pedro Miguel de Heredia y Henríquez de Villacorta, por citar algunos). El proceso urológico más pormenorizadamente descrito por estos autores es la litiasis renal y vesical, así como las alteraciones de la micción, la estranguria, la disuria, la iscuria (retención urinaria) y la hematuria. Entre los procesos genitales se describen el priapismo, la orquitis y el hidrocele, definido como «hernia aquosa»[2].

El objetivo del presente trabajo es profundizar en el conocimiento de la Enfermería urológica practicada en la España del siglo XVII, en base, fundamentalmente, a un tratado docente escrito por un enfermero, Simón López (año 1668), titulado *Directorio de Enfermeros*, que dedica un número importante de sus páginas a abordar los cuidados urológicos de la época.

Material y método

Para la realización de la presente comunicación se ha empleado el método histórico: búsqueda y localización de las fuentes, el citado manuscrito de Simón López y otros textos enfermeros de la época; su transcripción y análisis del contenido, centrándonos fundamentalmente en aquella parte que guarda relación con el trabajo que desarrollaba el enfermero en materia urológica. El estudio se complementa con otras consultas de textos redactados en ese siglo, algunos de ellos escritos asimismo por enfermeros, que nos permiten adentrarnos en el conocimiento de la enfermería urológica de esa época.

La obra analizada, *Directorio de Enfermeros*[3], es un texto manuscrito identificado con la signatura M259 y que pertenece a los fondos de la Biblioteca Universitaria de Salamanca. El primer borrador[4] se concluyó, en palabras de su autor, Simón López, en 1651, y el definitivo en 1668.

El que nos ha llegado, listo para pasar a imprenta, hecho del que no tenemos constancia, está fechado en 1668 e incorpora las censuras y presentaciones correspondientes. Se trata de un texto escrito por Simón López, barbero y posteriormente enfermero con dilatada experiencia –cuenta que ejerció el oficio en distintos hospitales castellanos durante 26 años–, fundamental para conocer la Enfermería desarrollada en la España del siglo XVII. Estructurado en 565 páginas manuscritas, ocho tratados y 150 capítulos, el autor nos muestra las tareas y funciones que realizaba el enfermero, las técnicas que empleaba y los conocimientos que poseía sobre distintas materias –medicina, botánica, terapéutica-.

Es un libro en buen estado de conservación, con unas dimensiones de 210 x 160 mm, encuadernado en pergamino de escasa calidad. Su organización interna queda conformada por 30 cuadernos de entre cuatro y siete bifolios cada uno (esto es, entre ocho y catorce folios), si bien predomina el cuaderno de cinco bifolios (quinión). Los folios carecen de picado y pautado; el manuscrito posee paginación en la parte superior derecha, para los rectos de los folios, y en la parte superior izquierda en el caso de los vueltos. Se aprecian bastantes correcciones en la paginación, con tachado de los números originales y la escrituración junto a ellos de otros nuevos. Por la diferencia de color existente entre la tinta del texto y primera paginación, y el color de la tinta de los números corregidos y otras alteraciones del texto, se deduce que el manuscrito experimentó retoques posteriores efectuados por la misma mano. El libro posee sistema de cierre a dos cuerdas en forma de lazo en la portada, aunque carece de los broches correspondientes que encajaban en ellas. El manuscrito está escrito a línea tirada por una sola mano, a excepción de los índices, que aparecen en dos columnas, incluyendo correcciones, numeración y reclamos.

Incluye el libro, junto con la portada, las aprobaciones y pareceres de los doctores en Medicina Juan de Río Noriega, Juan Lázaro y Geromo Pardo, el prólogo y unos extensos índices ordenados alfabéticamente.

Resultados

El análisis de la obra, en la cual se condensa el trabajo de un enfermero desarrollado durante más de un cuarto de siglo, nos ha permitido conocer el grado de conocimiento, en relación con la enfermería urológica, sobre: *términos anatómicos relacionados con urología*; *patologías que trataba el enfermero en su labor diaria*: «nefrítica passión», «estangurria», «ardor de la orina»...; *técnicas empleadas*: unturas...; *material empleado* y los *cuidados administrados*. Su autor es un enfermero con una gran formación clínica en distintos campos, entre ellos el urológico, fruto de unos conocimientos teóricos, de una atenta observación y de una práctica clínica continuada en el hospital donde trabajaba.

Sin entrar en un análisis detallado de las aportaciones de este tratado docente para enfermeros al conjunto de la Enfermería, pues escaparía al objetivo del presente trabajo, sí creemos oportuno dejar constancia del interés de Simón López por ejercer una **enfermería metódica**, es decir, empleando un método de trabajo «científico»[5], y transmitir dicha idea a los futuros enfermeros, explicándoles el por qué las técnicas y los cuidados se han de llevar a cabo de una determinada manera y no de otra. Son múltiples los textos que podríamos traer a estas páginas. Sirva, a modo de ejemplo, el siguiente, en el que se insiste en el empleo de una metodología:

> «*De las raçones que ay para administrar estos cáusticos de la manera dicha*. E bisto muchas beçes la ignorançia que en esto tienen algunos, que por raçón de su ofiçio debrían saberlo, que me pareçió abrirles los ojos (y aquí no con cáustico) con **raçones**, para que en fuerça de ellas procuren haçer esto que se ha dicho con el arte y **Método** que pide la Medicina»[6].

El presente trabajo se estructura en los siguientes apartados:

I. Términos anatómicos relacionados con la Urología citados en *Directorio de Enfermeros.*
II. Patologías urinarias tratadas por el enfermero.
III. Técnicas y cuidados desarrollados por el enfermero en materia urológica.
IV. Ejemplo de un plan de cuidados: la purga.

I. Términos anatómicos relacionados con la Urología citados en *Directorio de Enfermeros*

Entre los términos anatómicos manejados por el enfermero Simón López en su obra, encontramos los siguientes:

– Orina (o urina).
– Piedras (en la «vexiga» y en los riñones).
– Riñones.
– Uréteras.
– Vías orinales.
– Bexiga (o vexiga) de la orina.

Además de los términos relacionados con la patología urinaria que se mencionan en el siguiente apartado.

Llama la atención el gran conocimiento que el enfermero, autor de la obra, muestra en relación a la materia que estudiamos. Así, en relación a la orina o «urina», contabilizamos un total de nueve menciones, correspondiéndose cada una con una determinada patología o dolencia urinaria. Los términos que aparecen recogidos son: orina blanca, orina cruda, orina encendida, orina muy roja, orina negra, orina parda, orina bermeja, orina verde y orina de color azafrán.

De cada uno de los términos citados se hace la correspondiente descripción, haciéndose hincapié especialmente en su localización, para que el enfermero no hierre a la hora de aplicar un tratamiento o cuidados. Así, al referirse a los riñones, se dice:

> «Sitio de los riñones. Los riñones [...] es su sitio en los lomos y están en los dos lados del espinazo, que bienen a caer a los dos lados de los hijares y quatro dedos ençima de la çintura y pegados a las últimas costillas falsas. Los quales son dos, derecho y hizquierdo, y que el derecho está más alto que el hizquierdo, pero que no en todos, lo qual pende de la grandeza del hígado y, por el consiguiente, con el mesmo orden en el baço [...]. El largo y hancho de los riñones, según este Doctor çitado [Valverde], son quatro o çinco dedos de largo y dos y medio de ançho, todo de trauessía y por la mano del enfermo [...]»[7].

El autor, en sus descripciones anatómicas, suele emplear recursos didácticos como la comparación, el ejemplo, los refranes y sentencias populares, entre otros, todo ello encaminado a que el enfermero entienda correctamente el texto expuesto. En la cita textual anterior, Simón López insiste en que la referencia para localizar los riñones ha de ser la mano del enfermo y no la del enfermero, señalándose el «dedo» como medida a emplear. En otras ocasiones, se alude a objetos como el «real de a ocho», moneda de la época, para conocer la longitud o tamaño de un órgano concreto.

En cuanto a la bexiga, antes de proceder a explicar las enfermedades y problemas que padece y la administración de los correspondientes cuidados, como emplastos, fomentos, unturas y otros remedios, describe su localización del siguiente modo:

> «Sitio de la bexiga. La bexiga de la orina está situada en lo más baxo del vientre y donde naçe el pelo y empeçando desde el miembro viril açia la parte de ariua, cosa de çinco dedos o seys de trauessía por lo largo y quatro por lo hancho, de la mano del enfermo»[8].

Y, citando al Dr. Valverde y su obra, precisa aún más el lugar donde el enfermero puede encontrar este órgano, con objeto de que la localice fácilmente:

> «Dize más Valuerde (Valuerde, Libro 3, capítulo 11): La vexiga está situada entre el hueso petén y el intestino recto, que acaba allí luego, assí como en qualquiera animal se puede ber, la qual es de figura obada y más ancha del ondón que açia la boca, donde acaba en un cuello estrecho y más largo en los hombres»[9].

El capítulo 108 de la obra trata de forma monográfica la orina: su definición, tipos y características, tanto en personas sanas como enfermas. Se define la orina como:

> «Urina es la serosidad de la sangre y demás humores atrayda por la facultad de los riñones y imbiada a la bexiga de la urina por unas venas que llaman los anatomistas *uréteras* [...]»[10].

En cuanto a las características de la orina[11], Simón López advierte que éstas irán en función del «temperamento y pulso de cada uno». Entra a analizar los cuatros tipos de temperamento que desde la Antigüedad se venía reconociendo, asociándole a cada uno de ellos una orina característica. Advierte nuestro autor que conociendo la orina de las personas sanas nos será más fácil identificar la de los enfermos. Así, en los **sanos**, si el individuo fuere de temperamento «colérico», la orina será muy roja porque «con su demasiado calor caliente coçerá la urina demasiado». La persona flemática, que es de temperamento frío, húmedo y tardo en sus acciones, según refiere este enfermero, «tendrá la urina a su declinación, que será blanca, notando que si la urina del color que la tiene el colérico se hallare en el felmático, podremos deçir que tiene este tal algún acçidente [...]». Y, por el contrario, «si la urina del flemático tubiere el colérico, se puede juzgar la mala con cocción del ventrículo o de los demás basos, porque también es argumento de enfermedad estar la urina cruda como demasiadoençendida». El individuo melancólico no tendrá la orina, en palabras de este autor, «tanençendida como el colérico ni tan blanca como el flemático, por ser la melancolía fría y seca y, assí, según su temperamento, será la urina parda que declina a negra». Finalmente, la persona sanguina tiene la orina del color de la sangre, «aunque no tanençendida como la del colérico ni tan blanca como la del flemático ni parda como la del melancólico, porque esta urina es muy templada, correspondiendo a su temperamento que es de la templança».

Al tratar de la orina de los **enfermos**[12], precisa que si la orina fuere muy roja, ello significa que el enfermo tiene calentura, diaria o efímera «o de las demás fiebres de otrra espeçie». Al tema de las calenturas o fiebres dedica Simón López no pocas páginas de su tratado, diferenciando varios tipos: aguda, pestilencial, crónica, ética, flemática, cuartana, terciana, terciana interpolada, tísica, etc., dando cada una de ella un tipo de orina.

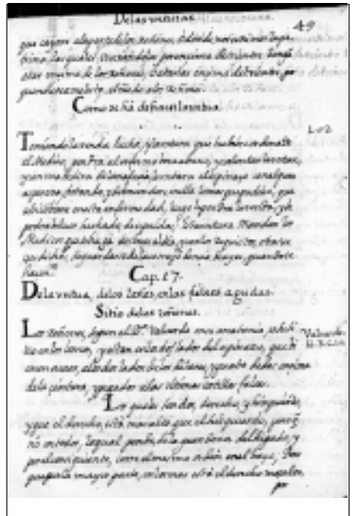
Cuando, después de la orina bermeja saliere orina verde, significa «grande adustión, que es lo mesmo que quemamiento profundo, y esta urina sea muy peligrosa». La orina negra, continúa, suele ser mortal, muy peligrosa, aunque hay una excepción: «suele ser señal de salud quando el humor melancólico, que estaua en alguna parte del cuerpo, se expele o purga, obrando naturaleza con vigor con esta natural ebacuación». Si la orina tuviese color de azafrán y oliere mal, significa «hicteriçia, que es una enfermedad que se haçe de cólera y la causa es que quando la vía por donde baxa la cólera a la bexiga de la hiel se tapa por alguna causa interna o externa, aquella cólera que abía de ir a la bexiga de la hiel se derrama por todo el cuerpo y a los tales enfermos les sobrebiene, por esta causa, la hicteriçia y, por la mesma, se les ponen los ojos y todo el cuerpo amarillo».

Como hecho significativo, relacionado con la orina, destacamos el siguiente texto, cuando Simón López aborda los cuidados a pacientes encamados, personas mayores o con problemas de incontinencia urinaria. Se trata de una medida higiénica como era la de evitar el paso de la orina al colchón, por las malas consecuencias que de ello se podrían derivar para el enfermo encamado, todo ello descrito con gran detalle y de manera amena, proponiendo soluciones prácticas, como la siguiente:

> «Para que la orina no pase los colchones se ha de usar de unas mantas berriondas pardas, muy peludas, que las haçen en Palençia y en Valladolid, que suelen servir de arpilleras para traer las otras mantas buenas; de una de estas hará quatro y, haçiendo de cada una quatro dobleçes, la meterá en una funda de lienço, a la medida del pedazo doblado de la manta, lo qual meterá debajo de las asentaderas para que se empape en ella la orina y no pase a los colchones y, en estando esto suçio, mudarlo y poner otro»[13].

II. PATOLOGÍAS URINARIAS TRATADAS POR EL ENFERMERO

Simón López, a lo largo de las páginas de su tratado, muestra tener una gran formación, quedando ello demostrado por las frecuentes citas textuales que hace de diversos autores, antiguos –Hipócrates, Galeno, Aristóteles...–, medievales –Avicena...– y coetáneos –Lovera de Ávila, Andrés Laguna, Juan Fragoso, Francisco Vallés...–. En relación a la literatura urológica, el autor más frecuentemente citado es Francisco Díaz y su tratado sobre la orina y las enfermedades urológicas. De este notable médico renacentista reproduce varios textos, describiendo signos y síntomas de diversas enfermedades y dolencias urinarias.



Capítulo 17 del libro, dedicado a la orina.

Las patologías urinarias recogidas en *Directorio de Enfermeros* son las siguientes:

1. *Patología relacionada con el riñón:*

– Nefrítica passión.
– Piedras en los riñones.
– Apasionado[14] de riñones.
– Arenas de riñones.
– Dolores de riñones.
– Dolor nefrítico.
– Encendido[15] de riñones.
– Inflamación en los riñones.
– Llagas de riñón.
– Mal de riñones.
– Opilación[16] de riñones.

2. *Patología relacionada con la vejiga urinaria y la micción:*

– Piedras en la vexiga.
– Mal de vexiga.
– Pasión de vexiga.
– Ventosidades de la vexiga.
– Tener la vexiga muy llena.
– No poder orinar.
– Retención de orina.
– Supresión de orina.
– Ardor de la orina.
– Dificultad de orina.
– Estangurria –estranguria–.
– Mal de orina.

La «estangurria»[17] es la micción lenta y dolorosa debida a un espasmo de la uretra o de la vejiga. Entre los tratamientos específicos para esta afección urinaria citados en *Directorio de Enfermeros* se encontraba el de ingerir bellotas, hechas polvo y bebidas con vino blanco o con agua de regaliz[18].

Para cada una de las patologías nombradas anteriormente, el enfermero Simón López describe el tratamiento prescrito por el médico y los correspondientes cuidados y técnicas enfermeros, consistentes en baños –"generales y particulares», según la zona que se introduzca en el agua–, unturas, fomentos, purga, enema, vendajes y emplastos, principalmente.

III. TÉCNICAS Y CUIDADOS DESARROLLADOS POR EL ENFERMERO EN MATERIA UROLÓGICA

Por no hacer demasiado extenso el presente trabajo, se van a describir brevemente algunos de estos cuidados.

1. *La untura en riñones*

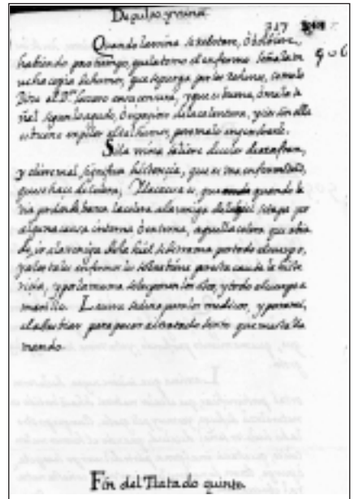
La untura era uno de los remedios más frecuentemente empleado por el enfermero y su composición variaba según la patología a tratar. Cuando debía hacerse en la región renal, para tratar una dolencia que recibía el nombre de «mal de riñones», causado por fiebres agudas, el enfermero debía proceder del siguiente modo:

> «De la untura de los riñones en las fiebres agudas.

En las calenturas agudas, quando el enfermo es apasionado de mal de riñones, suelen los Médicos mandar untar, quando es por causa de calor, con el Ungüento refrigerante de Galeno o con el ungüento rosado, o el sandalino, o el de calabaça y otros que ellos imbentan, mezclando unos con otros, todo lo qual no hará sin orden de el Médico, porque no hierre.

(104) Si mandaren untar los riñones con algunas de las cosas dichas, y en causa caliente, y en tiempo de calor, tomará el ungüento con una hoja de parra o de lechuga y untará ligeramente los riñones y, después de hecha, le pondrá un par de hojas de parra ençima, o de lechuga, y estése assí boca abajo o de lado todo quanto pudiere, como se a dicho en la untura del espinazo, en el capítulo 15.

(105) Si fuere imbierno, se calentará un poco la untura y se pondrá ençima hoja de berza, o un lienço o papel blanco, y se lo ligará para que no se le cayga; las quales unturas se pueden haçer tres o quatro beçes al día, o las que el Médico dijere, informándole primero»[19].



Capítulo 108, que aborda el sitio de los riñones y las medidas terapéuticas administradas por el enfermero, entre ellas la untura.

2. *Los tratamientos y cuidados para la vejiga urinaria*

Después de explicar la localización de la vejiga y las enfermedades más frecuentes que tienen su asiento en ella –retención urinaria, cálculos o «piedras», ventosidades, dolores graves «y otras muchas que no se diçen»-, Simón López expone al enfermero los remedios más usuales, consistentes en aplicar unturas, emplastos y fomentos, según la patología a tratar.

De entre ellas, citamos la retención y la anuria o supresión urinaria. Sirvan éstas para comprobar la forma en que este enfermero llevaba a cabo las descripciones y explicaciones, utilizando en ocasiones, como la que presentamos, su experiencia personal y sus observaciones en su trabajo diario («Un Médico sabio aplicaba en esta ocasión...»):

> «(92) De las unturas en la retençión o supresión de orina y cómo se aplican.
>
> En la retençión o dificultad en el orinar, lo más ordinario 45/ y a los prinçipios, es untar con el açeite de alacranes y de almendras dulçes, de aquél onça y media y, désta, una onça, mézclese y, calentándolo, se hará la untura ençima de la bexiga y con una bedixa de lana suçia y mucha suauidad, espeçialmente si ay inflamaçión, pero, si no la ay, se puede haçer irrigación áspera, porque con ella se conmuebe la orina.
>
> (93) Con esta mesma untura se podrá también untar (y es muy combeniente según el Doctor Lázaro, en su çensura) aquel espaçio que ay desde el sieso hasta los testículos, que los Çirujanos llaman pirineo.
>
> (94) Un Médico sabio aplicaba en esta ocasión un emplasto hecho con ojas de perexil y de berros y parietaria, de cada uno un buen puño, mágese todo junto muy bien y, luego, se calentará en una sartén con un poquito de vino blanco generoso, y aplicarlo caliente ençima de la bexiga, tres o quatro beçes al día, o las que el Médico le pareçiere si mandare que se ponga, porque, si ay inflamaçión, no combendrá el ponerlo.
>
> Aora digamos la ligadura que se ha de poner sobre estos emplastos, porque es de mucha importançia.
>
> (95) La ligadura que se ha de usar ençima de los emplastos y unturas que se hiçieren en la bexiga.
>
> Es tan neçesaria la ligadura que se ha de poner ençima de la bexiga para tener los emplastos que, sin ella, podemos deçir que no haçemos nada. Y, assí, es menester buscar tanto lienço como una quartilla de papel que sea reçio. Este lienço se ha de cortar con unas tixeras, de la mesma forma y 46/ manera que una beleta de texado, y, en las dos esquinas que no está abierto el lienço, se han de coser dos baras de trençaderas, en cada esquina la suya, las quales poniendo este lienço ençima de la bexiga y cruzándolas por ençima de los riñones, benga a atarlos ençima del vientre.
>
> (96) Lo abierto deste lienço, después de puesto ençima de la bexiga, biene a caer ençima del miembro viril, dejando aquel hueco para que quede libre para las operaçiones naturales; las dos puntas de este lienço han de venir a caer forçosamente a los lados de la bolsa de los testículos, y en estas dos puntas se han de coser otras dos baras de trençaderas, en cada una la suya, las quales han de benir a entrar por dentro de los muslos y, dando una buelta por ellos, se han de venir a atar con las trençaderas que están ençima del vientre; con la qual ligadura estará segura qualquier untura o emplasto que allí se pusiere, sin que se le cayga, aunque se lebante»[20].

Una de las patologías descritas por Simón López en su tratado docente era la de «piedras en la vexiga», cuyo tratamiento se abordaba desde una doble perspectiva: médica –aplicación de clísteres, unturas...y otras medidas– y quirúrgica, consistente esta última en la extracción del cálculo por diversos métodos. Con respecto al tratamiento quirúrgico, que era competencia del cirujano, lógicamente, y no del enfermero, acudimos a uno de los más famosos urólogos españoles del siglo XVI, el Dr. Francisco Díaz, médico y cirujano real, que dejó compuestas varias obras, entre ellas su famoso *Tratado de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina*, publicado en 1588. De este libro se reproduce el siguiente texto, y lo hacemos para conocer el lenguaje empleado por los médicos dedicados a la urología en esa época, en el que se hace referencia a un aparato o instrumento, inventado por él, utilizado para extraer los cálculos vesicales. Afirma el citado doctor:

«[...] Tengo hecho un instrumento de mi inuención, cuya forma es esta [...]. Tenaça nueua. Especulum pudendi. El uso desta tenaça es desta manera. Tomarla cerrada y meterla en la verga, y, luego, con su tornillo, abrirla y procurar asirla y, quando ya entendamos que está asida, tenemos de apretarla y tirar a la parte de afuera con gran tiento. Y, por que acontece muchas vezes ser mayorcilla la piedra que la boca del caño, entonces por euitar mayores dolores y pesadumbres, tenemos de abrirle un poquito con una punta de lançeta, por el ojuelo que está en el bálano, y para la tal abertura, curarse como la más simple herida que se pueda pensar [...]»[21].

3. *Administración de los enemas o clísteres*

Empleado para todo tipo de patología, entre ella la urinaria, el enema o clíster se venía administrando desde los tiempos antiguos. Así, cuando el enfermo tenía la «vexiga muy llena» y no podía orinar, con las consiguientes molestias e intensos dolores, el enfermero debía proceder administrándole un enema cuya composición era variada: cocimientos de cebada, azúcar negro y yema de huevo desleída, entre otros elementos medicinales, cuya procedencia mayoritariamente era del reino vegetal, aunque, en menor grado, también encontramos medicamentos procedentes del mineral.

Andrés Fernández, autor del manual *Instrucción de Enfermeros*, cuya primera edición salió de imprenta en Madrid en 1617, describe minuciosamente la técnica de la aplicación del enema y la composición de éste para aquellos enfermos que tenían graves dolencias urinarias, como era la mencionada anteriormente de tener «la vexiga llena». Cuando éste era prescrito por el médico, a veces el enfermero encontraba serias dificultades para aplicarlo por encontrar alguna obstrucción. Entonces, indica Simón López, debía proceder en principio con una jeringa sin contenido alguno y aspirar varias veces hasta lograr la total desobstrucción:

«Acontece hallar a un enfermo que, por muchas ventosidades o por tener graues accidentes de no poder orinar, por estar la vexiga muy llena y atapar el camino por donde se ha de passar el cocimiento de la enema, no la pueden echar ni él recebirla.

Y a semenjantes enfermos suelen mandar los médicos ponerles la xeringa en seco, sin que tenga cocimiento ni humidad, y poco a poco sacar el mango o el palo de la xeringa, como si huuiese de sacar alguna humidad de las tripas y henchir la xeringa de la ventosidad; pero esto se haze en una grande necessidad, porque hay temor no trayga alguna tripa con la ventosidad, y assí es menester que haga esto persona que lo sepa hazer y lo haya hecho otras vezes»[22].

Para los casos de que el enfermo presentase serias dificultades para orinar o no lo podía hacer, se empleaban, por prescripción médica, los «remedios prouocatiuos de orina que llaman diuréticos», advirtiéndose que, para que éstos fueran efectivos, se debería haber «vaciado todo el cuerpo por sangrías y purgas [...], además de usar de clísteres y de cosas comidas y beuidas que hagan deriuación por el vientre»[23].

En relación a la *purga*, remedio considerado desde la Antigüedad como uno de los mayores, junto a la sangría y la dieta, y dado que el presente congreso dedica varias sesiones y talleres a planes de cuidados, hemos creído conveniente exponer la metodología para su administración empleada por el enfermero Simón López hace casi cuatro siglos. Como podrá verse seguidamente, se trata de un plan de cuidados, un protocolo perfectamente estructurado, siguiendo una metodología muy similar a la empleada en nuestros hospitales actualmente. El autor era consciente de la importancia de que el enfermero, al aplicar una determinada técnica o cuidado, como era el caso de la administración de la purga, siguiera un orden y método si quería que el resultado fuese efectivo.

IV. EJEMPLO DE UN PLAN DE CUIDADOS EN EL SIGLO XVII: LA PURGA

Dentro del conjunto de cuidados prestados por el enfermero de esta época, ocupaba un lugar central, como queda dicho, la administración de la purga. Ésta se venía empleando para un gran número de patologías, entre ellas las de origen urinario y renal. Consistía en la toma de un preparado medicinal, cuya composición dependía lógicamente de la patología a tratar –digestiva, ginecológica, renal...–, siendo su finalidad la de limpiar el vientre, evacuar el intestino, facilitando con ello la correcta función fisiológica de los órganos –hígado, riñón, vejiga...–. Esta práctica se venía utilizando ya desde Hipócrates y Galeno, siendo muy empleada asimismo durante la Edad Media y los primeros tiempos modernos. En *Directorio de Enfermeros*[24] se describe minuciosamente la técnica empleada por el enfermero, un plan de cuidados aplicado de manera rigurosa y «científica»: desde las medidas previas (dieta el día anterior...) hasta los posibles efectos secundarios o indeseados tras su administración y el papel jugado por el enfermero. El plan de cuidados constaba de los siguientes pasos:

1. *Prescripción de la técnica por parte del médico. Composición y tipos de purgas*

En primer lugar, Simón López advierte al enfermero que no ha de llevar a cabo este o cualquier otro remedio importante sin la debida prescripción médica. Una vez prescrita, se detalla la composición de la purga y la forma correcta de administrarse, así como el tipo más idóneo, según la enfermedad a tratar: «purgas minoratiuas», para fiebres tercianas dobles y sencillas; «purgas çiuales lenitiuas», para niños, mujeres preñadas y personas delicadas; «purgas de açúcar rosado alexandrino», para todo tipo de enfermo, entre otras.

2. *Preparación del enfermo el día previo a la administración de la purga*

En la obra se titula *Cómo se ha de preparar el enfermo el día antes de tomar la purga*, haciendo notar la dieta a seguir, reposo y, en algunos casos, aplicarle una lavativa, en función de si ha defecado o no esa tarde. Reproducimos unas líneas:

«[...] Todo enfermo que se hubiere de purgar, el día antes por la tarde reciba una ayuda y çene no más de unos hueuos soruidos y unas borraxas coçidas. Y, si es enfermo que anda leuantado, que se recoxa temprano para haçer lo que se ha dicho [...]»[25].

3. *Preparación del enfermo el día de la purga. Preparación del material. Entrevista con el enfermo. Empleo de medidas preventivas para el buen desenlace de la técnica*

Debía tener en cuenta el enfermero, entre otras cosas, si hacía frío o calor, si debía administrarse caliente o a temperatura ambiente, si el enfermo ha presentado algún problema la noche anterior –vómitos, «cámaras», «sudor grande», «fluxo de sangre»-, pues ello sería motivo para suspender la purga. Igualmente, la purga debía protegerse del frío o del sereno. Toda esta información la obtenía mediante preguntas al enfermo, es decir, una **entrevista**. He aquí un fragmento:

«*Lo que ha de preparar el enfermero para dar las purgas*. El día que se hubiere de dar la purga al enfermo que hubiere reçetado el Médico, ha de notar el enfermero si es tiempo de frío o de calor, si la ha de tomar como biene de la botica o caliente, si ay nobedad o incombeniente en el enfermo para no se la dar después que la reçetó el Médico. Digo esto porque de la noche a la mañana suelen sobrevenir nuevos acçidentes por donde no se puede dar sin avisar primero al Médico [...]»[26].

Asimismo, el enfermero debía preparar todo el material necesario, y, en caso de prescribirse dar la purga caliente, debía prepararla a baño maría, explicándose la técnica detalladamente. En cuanto al material a usar, dejemos a Simón López que nos lo diga:

«Antes de dar la purga, ha de preuenir vinagre blanco, o tinto si no lo hubiere blanco, y un lienço para mojarlo en él, y un palillo para reboluer la purga quando se la ba a dar, y un baso de agua para enjaguarse después de tomada la purga, y una almofía[27] en que lo heche, la qual se quedará a la cabeça de la cama por si la tracare y para haçer juicio de lo que trocó con la purga [...]»[28].

Llama poderosamente la atención, por su similitud con la Enfermería ejercida en nuestros días, la insistencia del autor por la obtención de datos que pudieran ser útiles para el buen desarrollo de la técnica y evitación de complicaciones. Equivaldría ello, en cierto sentido, a la primera fase del Proceso de Enfermería, la valoración. Valga el siguiente texto como muestra:

«Y, assí, el enfermero prudente haga las preguntas siguientes, antes de dársela [la purga]. Si se ha purgado alguna uez, si retiene las purgas que le han dado otras ueces o si las vomita [...] y, de las respuestas, sacará el enfermero lo que deue haçer [...]»[29].

Para prevenir los vómitos, imprescindible para la efectividad de la purga, Simón López aconseja al enfermero una serie de medidas, unas de carácter dietético, otras físicas, como la aplicación de una yema de huevo duro, envuelta en un lienzo caliente, en el «oyo que tenemos debaxo de la nuez del pescuezo», o la aplicación asimismo en el abdomen, a la altura del estómago, de una rebanada caliente de pan tostado, remojada en vinagre de vino tinto, antes de administrarse la purga.

4. *Realización de la técnica. Colocación del enfermo. Medidas para retener la purga.*

La ejecución de la técnica conlleva, en primer lugar, la colocación correcta del paciente, y, después, el empleo de las medidas correspondientes para la retención de la purga administrada. Con todo detalle, el autor nos lo describe del siguiente modo:

«Preuenidas todas las cosas dichas, le dirá el enfermero al enfermo que se siente en la cama y, si es invierno y biexo, que se ponga el jubón[30], medias y escarpines[31], porque todo este reparo es menester en este tiempo, como io lo e experimentado. Luego, se reboluerá la purga con un palillo y el paño mojado en vinagre le pondrá ençima de la boca del baso, dejando libre la mitad dél para que la tome y para que no huela la purga, que todo es menester para que admitan el orror que causa una purga y, más, si es melindroso; otros no haçen caso destas cosas y la toman sin tantos reparos»[32].

Tras la administración de la purga, el enfermo debía enjuagarse la boca con agua o con vino aguado y tomaba, si le apetecía, algunos alimentos, debiendo guardar cama y permanecer algo incorporado. Si presentaba náuseas o «bascas», se aconsejaba al enfermero aplicar en la nariz del enfermo el paño mojado en vinagre que tenía prevenido tanto tiempo como durasen las náuseas; se reprendía al enfermero si no lo hacía correctamente:

«[...] y el paño mojado en vinagre le tendrá allí çerca para que quando le vinieren bascas le aplique luego a las narices, oliéndole con alguna fuerça para que haga boluer los humos de la purga abajo, no como algunos haçen que desde que toman la purga hasta que obran con ella no quitan el paño de vinagre de las narices, lo qual es ignorancia de enfermeros que sauen poco, fuera de que le puede haçer daño estar oliendo tres o quatro horas el vinagre»[33].

5. *Prevención de complicaciones. Medidas para tratar los posibles efectos secundarios*

Entre las medidas para retener la purga y que ésta hiciera el efecto deseado, se recomendaba al enfermero administrar, entre otras, media cucharada de anís o un bocado o dos de membrillo, pero, camuesa, lima dulce o «tres aceitunas sin son sevillanas o seys de las otras [...]»[34]. Con respecto a si era aconsejable que el paciente durmiera tras la administración de la purga, dice Simón López que en esto hay discrepancia entre los médicos, y que se procederá según éste prescriba.

Otra medida bastante eficaz era que el paciente colocara su mano justo encima del estómago tras haberse purgado, explicando el por qué se debía hacer así –según la teoría hipocrática y galénica, el calor que recibe con ello el cuerpo hace que cobren efectividad los medicamentos–. Es igualmente interesante la serie de medidas que el enfermero debía tomar sobre el entorno del enfermo –recordemos este punto en la teoría de Florence Nigthingale–, resumiéndose en las siguientes:

«aposento recogido y abrigado, mayormente si es invierno»

«brasero de lumbre respecto de la capacidad del aposento»

«çerrar puertas y ventanas, dejando alguna luz de ençerado... por la correspondencia del ayre»

«este día prohíben los Médicos todo género de negociaciones y de hablar y divertirse con otros hasta que aya purgado bien, porque todas estas cosas estorban mucho para que purgue»

«este día ni se da salsa en la comida de qualquier género que sea ni se da vino, ni agua fría con nieue [...]»[35].

Como puede verse, y ello está presente a lo largo de toda la obra, la preocupación del autor por los factores ambientales que puedan afectar al enfermo e influir directa o indirectamente sobre la resolución de la enfermedad es grande, traduciéndose ello en las medidas anteriormente reseñadas: una habitación recogida, agradable, sin corrientes de aire, con una calefacción adecuada, tranquilidad y no molestar al paciente, una dieta ligera, entre otras. Todo este conjunto de medidas ayudarían, evidentemente, a la eficacia de los cuidados enfermeros y evitar posibles efectos secundarios.

6. *Evaluación de los resultados*

Según fueren los resultados obtenidos, es decir, si la purga fue o no efectiva, si hubo o no efectos secundarios o complicaciones, como las descritas anteriormente –vómitos, náuseas, diarreas...–, el enfermero debía proceder de una u otra forma. Así, si en el plazo recomendado de tres horas el enfermo no evacuaba, el enfermero debía proceder con otra serie de medidas: colocación de paños calientes en el estómago y en la vejiga con un intervalo de un cuarto de hora, aconsejarle un paseo, ingesta de caldo de puchero sin grasa, con sal y azúcar y, en casos rebeldes, administrarle un clíster o lavativa compuesta. Por último, el enfermero debía informar al médico sobre las incidencias acaecidas.

En resumen, puede observarse en la obra de Simón López, como ha quedado demostrado por los textos reproducidos, el empleo de una metodología de trabajo, de un método a la hora de ejecutar una determinada técnica, con una serie de pasos o fases perfectamente delimitados:

- Prescripción médica de la técnica.
- Entrevista inicial con el enfermo.
- Descripción detallada de la técnica.
- Preparación previa del paciente.
- Preparación del enfermo el día en que se lleva a cabo la técnica.
- Preparación del material a emplear.
- Ejecución de la técnica, colocación correcta del paciente.
- Previsión de posibles complicaciones o efectos secundarios.
- Administración de los cuidados correspondientes tras la realización de la técnica.
- Evaluación e información al médico de los resultados obtenidos.

Esta metodología de trabajo impregna el contenido de las obras, de la primera a la última de sus páginas, hallándose presente tanto a la hora de exponer una técnica, caso de la purga, como al tratar de una patología, entre ellas las urinarias –retención de orina, dificultad urinaria...–.

Conclusiones

El libro del enfermero Simón López, *Directorio de Enfermeros*, concluido a mediados del siglo XVII, es un fiel exponente de la Enfermería practicada a finales del siglo XVI y primeras décadas del XVII, recogiéndose en él los principios básicos del oficio enfermero. Dentro de los cuidados que se describen se hallan los relativos a los prestados en las diversas patologías urinarias. De entre los considerados como generales, hemos seleccionado un procedimiento como era el de la administración de la purga, a modo de ejemplo de desarrollo de unos planes de cuidados específicamente enfermeros. Se concluye, respetando el contexto y conocimientos de la época, hace cuatro siglos, que el enfermero empleaba ya una metodología en su trabajo que podríamos calificar de «científica», siguiendo una serie de pasos tendentes a la consecución de unos resultados efectivos.

Los conocimientos, en base a la obra consultada, que el enfermero poseía sobre Urología, especialidad médica ésta que no se ha constituido hasta hace aproximadamente un siglo, abarcaban desde las descripciones de órganos y regiones anatómicas –riñones, vejiga urinaria...–, las patologías urinarias a las que se tenía que enfrentar más frecuentemente en su trabajo diario –«nefrítica passión», «piedras en los riñones», «apasionado de riñones», «llagas en los riñones», «piedras en la vexiga», «ventosidades de la vexiga», «supresión de la orina», «estangurria»...– y los cuidados enfermeros que debía aplicar en cada una de estas patologías. Entre los remedios más utilizados por el enfermero para tratar los problemas urológicos se encontraban los baños –«generales y particulares»–, unturas, fomentos, purga, enema, vendajes y emplastos, principalmente, además de los tratamientos farmacológicos prescritos por los médicos –diuréticos...–, de procedencia mayoritariamente vegetal.

Por último, deseamos manifestar que los conocimientos actuales en Enfermería, en general, y la urológica, en particular, son fruto del trabajo de enfermeros/as a lo largo del tiempo. Se hace necesario, pues, una búsqueda y posterior análisis, riguroso y sistemático, de fuentes históricas, textos y documentos que duermen en bibliotecas y archivos, como las obras que analizamos en el presente trabajo.

Agradecimientos

Al personal, médico y enfermero del Servicio de Urología de los HH.UU. Virgen del Rocío (Sevilla) por su colaboración en el presente trabajo. Asimismo, a la Biblioteca Universitaria de Salamanca, a cuyos fondo bibliográfico pertenece la obra *Directorio de Enfermeros,* por las facilidades dadas para su reproducción.

Las fotografías que se aportan se han extraído del libro manuscrito analizado, *Directorio de Enfermeros*, de Simón López. ▼

El libro del enfermero Simón López, *Directorio de Enfermeros*, concluido a mediados del siglo XVII, es un fiel exponente de la Enfermería practicada a finales del siglo XVI y primeras décadas del XVII, recogiéndose en él los principios básicos del oficio enfermero.

Fuentes y bibliografía consultadas

Fuentes

Fernández, Andrés, *Instrucción de enfermeros para aplicar los remedios a todo género de enfermedades, y acudir a muchos accidentes que sobreuienen en ausencia de los médicos.* Imprenta del Reino. Madrid, 1625. Biblioteca Universitaria de Sevilla, signatura 187/6. Otros ejemplares de esta obra se encuentran en:

1. Madrid. Biblioteca Nacional. Sig.: U/7048.
2. Madrid. Real Academia Española. Sig.: 17-X-25.
3. Madrid. Real Academia Española. Sig.: 17-X-65.
4. Madrid. Universidad Complutense. Facultad de Filología. Sig.: 22177.
5. Londres. British Library. Local information: Humanities. St. Pancras Reading Rooms. Sig.: 1039.c.6.(1,2.).

López, Simón, *Directorio de Enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo*. Este manuscrito lleva la signatura Ms 259 y pertenece a los fondos de la Biblioteca Universitaria de Salamanca, a la cual agradecemos su colaboración por permitirnos su reproducción. Fecha de conclusión: mediado el siglo XVII.

Díaz, Francisco, *Tratado de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina. Impresso en Madrid por Francisco Sánchez. Año 1588.* Edición facsímil editada por Aventis Pharma. MRA, Creación y Realización Editorial, S. L. Barcelona, 2000.

Bibliografía

García Martínez, Antonio C. y otros, *Aproximación a la Enfermería española de los siglos XVI-XVII. Presentación y análisis de la obra Instrucción de enfermeros, de Andrés Fernández, 1625.* Edición a cargo del Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería. Madrid, 1993.

García Martínez, Manuel J., «El método en la Enfermería. Una mirada desde la Historia (siglo XVII)». En *Metas de Enfermería*, vol. 7, n.º 10, diciembre/enero de 2005, pp. 58-64.

Granjel, Luis S., *La Medicina española contemporánea*. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca, 1986.

Granjel, Luis S., *La Medicina española del siglo XVII*. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca, 1978, p. 207.

Herrera, M.ª Teresa (Dir.), *Diccionario español de textos médicos antiguos.* ARCO/LIBROS, S. L. Madrid, 1996.

López, Simón, *Directorio de Enfermeros y artífice de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo*. Estudio, transcripción e índices a cargo de Antonio C. García Martínez y Manuel J. García Martínez. Consejo General de Enfermería. Enfermundi. Madrid, 2001.

1 Granjel, Luis S., *La Medicina española contemporánea*. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca, 1986, pp. 198-199.

2 Granjel, Luis S., *La Medicina española del siglo XVII*. Ediciones Universidad de Salamanca. Salamanca, 1978, p. 207.

3 Su título completo es: *Directorio de Enfermeros y artífce de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Con la prática de saber aplicar las Mediçinas que ordenan los Médicos con el mejor arte y método que ai en ella. Según los Doctores, Anatomistas, que enseñan y señalan las partes de nuestro cuerpo donde se han de haçer*. En el año 2001 se ha editado el mismo por el Consejo General de Enfermería, con estudio, transcripción e índices a cargo de Antonio C. García Martínez y Manuel J. García Martínez.
El texto se estructura en 846 parágrafos o párrafos, debidamente numerados. Las referencias que hagamos en el presente trabajo serán del manuscrito original, citándose el parágrafo correspondiente.

4 Afirma Simón López en la primera de las aprobaciones que lleva la obra, a cargo del Dr. Juan de Río Noriega, catedrático de Anatomía por la Universidad de Salamanca: «El año de 1651, auiendo yo acabado este libro en borrón, supliqué al Doctor ariua çitado que, como amigo, se siruiese de berle y çensurarle y mirarle con quidado particular si acaso lo que en él ba escrito es conforme a buenas reglas de Mediçina, para que los enfermeros que asisten a la cura de los enfermos puedan aplicar todos los remedios que mandan los médicos, con el arte y método que ahí ban escritos». López, Simón, *Directorio de Enfermeros y artífce de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo. Con la prática de saber aplicar las Mediçinas que ordenan los Médicos con el mejor arte y método que ai en ella. Según los Doctores, Anatomistas, que enseñan y señalan las partes de nuestro cuerpo donde se han de haçer*, p. III, «Aprobación».

5 Sobre el tema del método en enfermería, desde una proyección histórica, remitimos a nuestro trabajo García Martínez, Manuel J., «El método en la Enfermería. Una mirada desde la Historia (siglo XVII)». En *Metas de Enfermería*, vol. 7, n.° 10, diciembre/enero de 2005, pp. 58-64.

6 Obra citada *Directorio de Enfermeros...*, p. 154, parágrafo n.° 125.

7 Obra citada, López, Simón, *Directorio de Enfermeros y artífce de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo...*, capítulo 17, parágrafo 102.

8 Ibídem, capítulo 14, parágrafo 91.

9 Ibídem, capítulo 14, parágrafo 91.

10 Ibídem, capítulo 108, parágrafo 503.

11 Recogido en el capítulo 108 anteriormente citado.

12 Ibídem, parágrafo 505.

13 Ibídem, capítulo 49, parágrafo 295.

14 Apasionado: aquejado, enfermo, afligido, que padece. Herrera, M.ª Teresa (Dir.), *Diccionario español de textos médicos antiguos*. ARCO/LIBROS, S. L. Madrid, 1996, p. 125.

15 Encendido: ardiente, que causa ardor o parece que abrasa. Inflamación y alteración producidas por una combustión orgánica. Ibídem, p. 594.

16 Opilación: obstrucción de un órgano, cerrramiento. Ibídem, p. 1.144.

17 Ibídem, p. 688. En la literatura médica se viene utilizando desde hace siglos, recibiendo el nombre, además, de «istranguria», «estrangurria», «stranguria», «estrangurea», según la época que se trate.

18 Obra citada, López, Simón, *Directorio de Enfermeros y artífce de obras de caridad para curar las enfermedades del cuerpo...*, capítulo 150, parágrafo 703.

19 Ibídem, capítulo 17, parágrafos 103, 104 y 105.

20 Ibídem, capítulo 14, parágrafos 91 a 94.

21 Díaz, Francisco, *Tratado de todas las enfermedades de los riñones, vexiga y carnosidades de la verga y urina. Impresso en Madrid por Francisco Sánchez. Año 1588.* Capítulo sexto: «En el que se trata de la cura de la piedra de vexiga», f. 4. Edición facsímil editada por Aventis Pharma. MRA, Creación y Realización Editorial, S. L. Barcelona, 2000.

22 Fernández, Andrés, *Instrucción de enfermeros para aplicar los remedios a todo género de enfermedades, y acudir a muchos accidentes que sobreuienen en ausencia de los médicos.* Madrid, 1625. En García Martínez, Antonio C. y otros, *Aproximación a la Enfermería española de los siglos XVI-XVII*. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería. Madrid, 1993, p. 36.

23 Ibídem, p. 42.

24 Simón López dedica nada menos que tres capítulos de su obra a este tema: los capítulos 133, 134 y 135.

25 Obra citada *Directorio de Enfermeros*, p. 330, parágrafo n.° 574.

26 Ibídem, p. 330, parágrafo n.° 575.

27 La **almofía** o **jofaina** es una vasija en forma de taza grande y poco profunda, destinada a contener agua para lavarse la cara y las manos.

28 Obra citada *Directorio de Enfermeros*, p. 331, parágrafo n.° 578.

29 Ibídem, p. 331, parágrafo n.° 578.

30 El **jubón** es una especie de chaleco, ajustado al cuerpo, que cubre desde los hombros hasta la cintura.

31 Los **escarpines** son los zapatos de una suela y de una costura, calzado interior, de abrigo.

32 Obra citada *Directorio de Enfermeros*, p. 332, parágrafo n.° 580.

33 Ibídem, pp. 332-333, parágrafo n.° 580.

34 Ibídem, p. 334, parágrafo n.° 585.

Berlin 2007

European Association of Urology

22nd Congreso EAU y 8º Encuentro EAUN

Berlín, del 21 al 24 de marzo de 2007

El 8º encuentro de Enfermería Europea en Urología tendrá lugar el año que viene en Berlín, del 21 al 24 de marzo.

El lugar de reunión científica será en el ICC / Messe (Messedamm 22, 14055 Berlín, www.icc-berlin.de).

El programa previsto para Enfermería es el siguiente:

WEDNESDAY, 21 MARCH

16.00 - 16.05	EAUN Opening
16.05 - 16.45	State-of-the-art lecture History of stone surgery. T. Esen, Istanbul (TR)
16.45 - 17.45	Champagne Reception. Sponsored by HOLLISTER EUROPE LTD.

THURSDAY, 22 MARCH

09.00 - 13.00	Hospital visit to Charité Campus Mitte*
08.30 - 10.00	Symposium Penile sheaths
10.00 - 10.45	State-of-the-art lecture Incontinence
10.45 - 11.00	Break
11.00 - 12.00	ESU Course Metastatic prostate cancer (Part I)
12.00 - 13.00	Lunch
13.00 - 14.00	ESU Course Metastatic prostate cancer (Part 2)
14.00 - 14.45	State-of-the-art lecture Preservation of sexuality in urologic oncology. S. Horenblas, Amsterdam (NL)
14.45 - 15.00	Break
15.00 - 16.30	Oral abstract session Chairs: R. Pieters, Ghent (BE), U. Lindström, Malmö (SE)
16.30 - 17.15	State-of-the-art lecture Uro-radiology for nurses. H. Heynemann, Halle/Saale (DE)
17.15 - 18.00	After session drinks. Sponsored by ASTRA TECH AB.

FRIDAY, 23 MARCH

09.00 - 12.30	Hospital visit to Charité Campus Mitte*
08.30 - 09.30	Lecture with cases The pelvic floor: Sexual and medical co-morbidities. A. Graziottin, Milan (IT)
09.30 - 10.00	State-of-the-art lecture Female UTI. V. Geng, Nottwil (CH)
10.00 - 10.15	Break
10.15 - 10.45	Poster viewing
10.45 - 12.00	Poster abstract session Chairs: V. Geng, Nottwil (CH), J. Marley, Portadown (IE)
12.00 - 13.00	Lunch
13.00 - 14.30	Symposium Urinary tract dysfunction in MS. Why do patients go untreated? Sponsored by ASTRA TECH AB
14.30 - 15.30	Workshop Female sexual dysfunction: Clinical approach, A. Graziottin, Milan (IT)
15.30 - 15.45	Break
15.45 - 17.00	EAUN General Assembly and Awards. Awards are generously sponsored by HOLLISTER EUROPE LTD.

- Se prevé traducción simultánea del inglés al alemán.
- Visita opcional a las unidades de urología y consultas externas, incluida la unidad de litotricia.
- Plazas limitadas, por lo que se recomienda inscribirse con tiempo desde la página web del congreso.
- El precio de las inscripciones sigue siendo el mismo que los años anteriores:

	ANTES DEL 15/01/07	DEL 15/01/07 AL 15/02/07	DESPUÉS DEL 15/02/07
EAUN MEMBER	150	200	200
NURSE/HEALTHCARE PROFESIONAL	250	300	300
ACCOMPANYING PERSON	200	200	200

Berlin 2007

LoFric® Primo™ es la nueva alternativa para sondaje intermitente.

La sonda lleva incluida el agua, por lo que no es necesario buscar una fuente segura de agua. El envase es tan pequeño y flexible que se puede guardar hasta en un bolsillo. Y se puede abrir de muchas maneras diferentes, adaptándose a cada persona.

La Tecnología de Superficie Urotonic, disponible en todas las sondas LoFric, es el único sistema en el mundo que aporta la seguridad de un sondaje sin problemas a largo plazo. Es el único sistema que asegura que la fricción sea mínima tanto en la introducción como en la retirada, para evitar las sorpresas cuando la retiras.

LoFric, LoFric Primo y la Tecnología de Superficie Urotonic son marcas registradas de AstraTech, una compañía del grupo AstraZeneca. AstraTech, S.A. Ciencies 73, Nave 9, Pol.Ind. Rubricio 08908 L'Hospitalet de Llobregat. Tf. 93 264 35 60 Fax: 93 336 32 31 www.es.astratech.com

LoFric® Primo™

Sin concesiones

Crónica del XXVIII Congreso y Simposio Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Urología celebrados en Lleida

Los pasados días 25, 26, 27 y 28 de octubre celebramos en Lleida nuestro XXVIII Congreso Nacional. Ciudad al pie del Pirineo, pequeña, pero bonita, bien cuidada y acogedora, que recibió en estos días la visita de más de 250 congresistas que acudieron a su convocatoria y además, y por primera vez, celebrábamos también el ultimo día ,28 de octubre, un Simposio Nacional sobre Incontinencia y Disfunciones Pelviperineales, que posteriormente comentaremos más en detalle.

Iglesia románica de Sant Climent.

DESDE la primera jornada del miércoles, el programa científico tuvo calidad y poder de convocatoria, comenzando con una magnifica conferencia inaugural y dos mesas redondas, a cual más interesante, que supieron mantener durante toda la tarde un salón de actos del Edificio Biblioteca de la Universidad de Lleida prácticamente llenos.

Posteriormente fuimos recibidos en la sala de plenos del Palacio de la Paeria, sede de su ayuntamiento, donde después de una bellas palabras de acogida de su concejal de Cultura, fuimos agasajados con un magnífico *lunch* de bienvenida en las restauradas mazmorras del mismo.

El segundo día fue dedicado al aspecto lúdico, quedando la actividad científica condensada en el primer y tercer día. Marchamos todos al Pirineo leridano, visitamos Taull y sus iglesias románicas de Sant Climent y Santa María, donde celebramos nuestra Asamblea general de Socios. Después del almuerzo marchamos a Caldes de Boi, para visitar su balneario de fuentes termales y sus jardines. Por último llegamos a El Pont de Suert, donde pudimos realizar compras, y de aquí regreso a Lleida.

La última jornada del Congreso fue dedicada por entero a actividades científicas, siendo presentadas un total de 23 comunicaciones orales y 21 pósters, amén de una tercera mesa redonda sobre temas tan de actualidad como la formación de grado y posgrado, la convergencia europea, las competencias y especialidades de enfermería así como la controvertida prescripción enfermera, temas tan candentes que originaron un animado debate.

Posteriormente fueron culminados los actos científicos con una conferencia de clausura sobre «Autocuidados globales para especialistas en Urología», sin desperdicio.

Finalmente nuestros compañeros de Murcia nos presentaron lo que será nuestra próxima cita en Murcia, el XIX Congreso de nuestra asociación.

Ya en la cena de clausura, celebrada en el Nou Forn del Nastasi, fueron entregados los premios a la mejor comunicación, póster y plan de cuidados presentados en el Congreso, otorgados por el comité científico, así como el trabajo más votado por el público y, por último, el premio Enfuro al mejor trabajo publicado en nuestra revista en los dos últimos años.

Al día siguiente comenzaba el I Simposio Nacional sobre Incontinencia y Disfunciones Pelviperineales, que reunía tanto a enfermeras/os como fisioterapeutas y médicos. Las dudas con respecto a la afluencia de público se disiparon desde un primer momento con la sala prácticamente llena desde las 8 de la mañana; después de una interesante introducción, dos mesas redondas de lo más atractivas y dinámicas que mantuvieron el interés intacto hasta finalizar esta primera sesión. Ya por la tarde tuvieron lugar los talleres que tanta expectación habían levantado entre los congresistas, se celebraron 12 con un constante ir y venir de congresistas de un edificio a otro para no perder ninguno de los elegidos y que creemos satisficieron a todos.

Como colofón, una cena de gala donde brindamos por el éxito y nos despedimos hasta el próximo año en Murcia.

Desde estas líneas nuestro agradecimiento a los Comités Científico y Organizador, encabezados por Mª Abel Cucurull y Ana Quintanilla, por su buen hacer y atenciones para con todos los que formamos esta gran familia de la Enfermería Urológica. ▼

Un momento del simposio.

En la imagen de la izquierda: Mesa inaugural.

En la imagen central: premiadas a la mejor comunicación.

En la foto de la derecha: la presidenta, la directora técnica y el concejal de Cultura del Ayuntamiento de Lleida.

Pellón Arrollo, d.*; de Nicolás Gaya, P.**; García Haro, m.*
* Enfermeras Quirófano Urología. ** Supervisora Quirófano Urología. Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Procedimiento enfermero en criocirugía prostática

RESUMEN

Se nos presenta una técnica de cirugía mínimamente invasiva que, sin perder eficacia, ofrece múltiples ventajas para el paciente y para la Administración. De la adopción de esta técnica nace una serie de cuestiones como el aprendizaje de la técnica y su aparataje y la necesidad de crear una herramienta de trabajo (procedimiento enfermero) con un triple objetivo claro y definido, consistente en ayudar a la enfermera quirúrgica en su trabajo, aumentar el beneficio para el paciente y coordinarse correctamente con el resto del equipo quirúrgico. Dicho proceder se desarrolla a lo largo del artículo, concluyendo los autores que el trabajo de enfermería es fundamental e insustituible en el equipo quirúrgico para conseguir resultados óptimos con alta calidad y coordinar todos los recursos humanos y materiales capaces de proporcionar cuidados sanitarios a la población.
Palabras clave: Cáncer de próstata, criocirugía, procedimiento enfermero.

SUMMARY: A technique of minimumly invasive surgery appears to us, that without losing effectiveness, offers manifold advantages for the patient and the administration. Of the adoption of this technique a series of questions like the learning of the technique and its instruments is born and the necessity to create a tool of work (procedure nurse) with three clear and defined objective triple, consisting of helping to the surgical nurse in their work, increasing to the benefit the patient and to coordinate itself correctly with the rest of the surgical team.Concluding the authors who the work of infirmary is fundamental and irreplaceable in the surgical team to obtain optimal results with high quality and to coordinate all the human and material resources able to provide sanitary cares to the population.
Keywords: Prostate Cancer, Criotherapy, Nurse procedure.

Introducción

En los últimos años han aparecido terapias alternativas para el tratamiento del cáncer de próstata como es la criocirugía prostática. Esta terapia, al ser mínimamente invasiva sin perder fiabilidad ni eficacia, presenta una serie de ventajas frente a la cirugía abierta tradicional (prostatectomía radical), que se resumen en la minorización del riesgo quirúrgico, periodos más reducidos de sondaje, menores casos de incontinencia urinaria y tiempos pre y posoperatorios mucho más reducidos, con lo que se acortan las estancias hospitalarias y con ello se consigue el abaratamiento de la asistencia sin reducir la calidad ni la satisfacción del paciente. Según el artículo publicado por el Instituto de Cirugía Urológica Avanzada, el 97% de los pacientes con indicación para criocirugía al año presentan BTR negativa, el 1% quedan incontinentes, y se cifra en un 35% los casos de impotencia.

Pero como todos los nuevos tratamientos, éste precisa de una formación específica de los profesionales sanitarios en el manejo de la técnica y el aparataje que se emplea. El aprendizaje debe incorporarse de una forma sistemática y metódica por lo que nos hemos propuesto hacer este procedimiento con el objetivo de divulgar nuestros conocimientos a todos los enfermeros que se incorporen a esta cirugía, facilitándoles el camino hacia la excelencia de los cuidados.

Al ser nuestra profesión abierta y dinámica nos debemos ir adaptando y formando a medida que van apareciendo nuevos avances tecnológicos y tendencias quirúrgicas, dentro de nuestro área, sin que las innovaciones interfieran en la alta calidad de los cuidados enfermeros, dando una atención integral al paciente.

La experiencia y los resultados obtenidos en estas cirugías nos obligaron a preguntarnos qué método sería el más adecuado para los pacientes que se ven obligados a pasar por nuestro servicio de urología, y esto nos llevó a realizar una guía práctica de actuación presentada como un procedimiento enfermero con un triple objetivo claro y definido, consistente en ayudar a la enfermera quirúrgica en su trabajo, aumentar el beneficio para el paciente y coordinarse correctamente con el resto del equipo quirúrgico.

Objetivos

1. Difusión y formación de enfermería en el tratamiento con criocirugía prostática.
2. Unificación de criterios de actuación, protocolizando y optimizando resultados obtenidos.
3. Mejorar la práctica interdisciplinaria entre todos los componentes del equipo quirúrgico.
4. Aumentar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente/cliente.

Método

Llamamos criocirugía prostática al tratamiento de elección para el adenocarcinoma de próstata consistente en la destrucción de tejidos tumorales mediante su congelación, salvaguardando las estructuras limítrofes.

ANESTESIA

Estas intervenciones permiten la anestesia regional consistente en la infiltración en el espacio subaracnoideo, por medio de punción lumbar, de un agente anestésico que al entrar en contacto con el líquido cefalorraquídeo del canal medular, bloquea las sensaciones dolorosas antes de que lleguen al sistema nervioso.

Antes de iniciar la anestesia se canalizará una vía periférica para perfusión continua de un suero cristaloide tipo Ringer Lactado, se colocará una mascarilla Ventimask al 35% con un volumen entre 3-5 litros y se realizará la monitorización básica:

- Electrocardiograma (ECG).
- Presión arterial (PANI).
- Pulsioximetría.

Una vez concluida la monitorización se procederá a la anestesia regional colocando al enfermo en decúbito lateral para la punción y posterior infiltración. Para ello dispondremos del material estéril habitual, consistente en:

- Equipo de biopsia.
- Jeringas de 5 y 10 cc.
- Agujas de insulina e IM.
- Trocar de punción raquídea.
- Gasas.
- Guantes estériles.
- Apósito.
- Povidona yodada.

El agente anestésico utilizado será el de elección por el anestesista que realice la punción. Los más habituales son la Mepivacaína al 1% o Lidocaína al 1% para piel y la Bupivacaína Hiperbárica al 0,5% para canal medular.

Terminado el proceso anestésico y colocando al enfermo de nuevo en decúbito supino, se procede al tiempo quirúrgico.

PREPARACIÓN Y POSICIÓN QUIRÚRGICA

El paciente llegará a quirófano tras haber practicado una ducha de arrastre con un jabón antiséptico y haber hecho una preparación intestinal con enemas el día anterior a la cirugía.

Estará en dieta absoluta desde al menos 6 horas antes.

Se habrá despojado de prótesis móviles dentales, lentillas, audífono y de cualquier objeto metálico.

Colocaremos al enfermo en posición de Litotomía procediendo al rasurado antes de la antisepsia, ya que la eliminación del pelo puede dar lugar a pequeñas lesiones donde la proliferación de microorganismos es rápida.

Dicha posición es responsabilidad de todo el equipo y se coordinarán esfuerzos para conseguir el bienestar del enfermo y la comodidad del cirujano no interfiriendo en la accesibilidad del anestesista. Por ello, la posición final debe reunir una serie de condiciones como son:

- Seguridad del paciente para evitar caídas, luxaciones, etc.
- Impedir presiones que puedan obstaculizar la circulación sanguínea, manteniendo una buena presión arterial y facilitar el retorno venoso.
- Vigilar la presión sobre algún nervio, principalmente en MMII.
- Observar que exista una mínima presión sobre la piel.
- Comprobar que no existen obstáculos que puedan impedir unas vías respiratorias libres, ya que, como sabemos, el enfermo se encuentra en respiración espontánea.
- Conseguir fácil accesibilidad para la administración de fármacos anestésicos, vías periféricas y tubos endotraqueales, si fuesen necesarios.
- Fácil acceso al área a intervenir colocando la mesa en la altura y posición idóneas.
- Esta cirugía disminuye la temperatura corporal, por lo que utilizaremos sobre el tórax la manta térmica para evitar la hipotermia y un excesivo gasto metabólico.
- Y por último, pero no menos importante, proporcionar la mayor comodidad al paciente salvaguardando su intimidad en la medida de lo posible.

Con el cumplimiento de estas condiciones estaremos en situación optima para comenzar la cirugía.

APARATAJE Y COLOCACIÓN DURANTE LA CIRUGÍA

La enfermera quirúrgica tiene entre sus funciones la comprobación del aparataje, revisando su estado y su correcto funcionamiento antes y durante su utilización.

Aparataje anestésico básico:

Como en todas las cirugías, los monitores y el respirador deben encontrarse a la cabecera del paciente. Como ya dijimos, la anestesia empleada en la mayoría de los casos es raquídea, pero en ocasiones se realiza general debido a patologías asociadas que impidan la regional como son alteraciones en la columna.

También se dispondrá de un palo de goteo y el carro de medicación anestésica repuesto del material indispensable.

Columna con monitor y aparato de vídeo y DVD

En nuestro Servicio de Urología se están recogiendo en discos DVD y cintas VHS todas las cirugías realizadas, tanto los datos ecográficos como los tratamientos crioterápicos.

No siendo indispensable, tiene un gran valor documental a nivel médico.

La colocación de la columna que contiene estos aparatos será a la derecha del paciente a la altura de su MID.

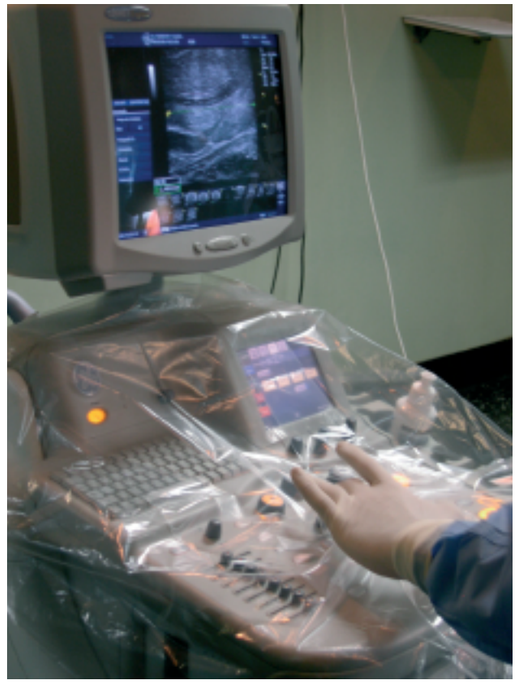


Fig. 1. Ecógrafo transrectal durante criocirugía.

Fig. 2. Sistema calentador de uretra ya en funcionamiento.

Ecógrafo

Este ecógrafo dispondrá de un transductor rectal.

Su utilización durante la cirugía nos obliga a forrar el teclado con un protector estéril transparente.

Tanto el transductor como su cable deberán también permanecer estériles y para ello utilizaremos un guante lubricado con gel conductor en el extremo que facilite la transmisión de la señal y una funda de cámara que proteja el cable.

La ubicación de este aparato será, si el cirujano es diestro, a su izquierda, de tal forma que pueda manejarlo con comodidad y fácil acceso.

Calentador de uretra

Como el fin último de esta técnica quirúrgica es la destrucción de los tejidos tumorales salvaguardando estructuras adyacentes, es imprescindible y de gran importancia mantener la uretra a una temperatura idónea y para ello utilizamos un aparato de circuito cerrado que calienta una mezcla de suero salino con azul de metileno (1000 cc SSF 0,9% + 1/2 amp. Azul de metileno) metidos en una bolsa de presión. La temperatura del calentador debe colocarse a 41º C y un bombeo continuo para que no descienda y contrarrestar el descenso en esa zona.

Para su colocación dispondremos de una guía de 0,35, que previamente se habrá introducido en vejiga ayudados por citoscopia.

Este complejo se colocará a la izquierda del paciente.

Citoscopio

El material empleado no difiere del habitual para este procedimiento:

- Cistoscopio flexible.
- Fuente de luz.
- Sistema de suero para entrada.
- Suero salino.
- Lubricante urológico.

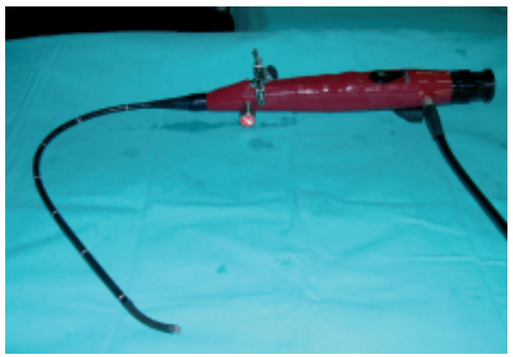


Fig. 3. Cistoscopio flexible.

Aparato de criocirugía

El aparataje para la criocirugía se compone de unas balas que contienen los gases argón y helio para el enfriamiento y formación de esferas de hielo y posterior calentamiento, conectadas por una serie de circuitos al aparato que controla su entrada a través de unas criosondas colocadas por el cirujano de forma percutánea en periné.

Este aparato será manejado por la enfermera circulante dando el porcentaje de frío o calentamiento a cada criosonda según las indicaciones del cirujano, utilizando para ello el teclado del que dispone.

Dato importante a tener en cuenta es la comprobación de que cada una de las criosondas está correctamente conectada a la parte trasera del aparato, así como los termosensores que nos dará una orientación clara del grado de congelación alcanzado. Con esta correcta utilización se conseguirá una optimización de los resultados del tratamiento.

Se puede ir visualizando a través del monitor la situación de temperatura de cada termosensor en la gráfica que aparece.

Fig. 4. Sistema Cryocare® de crioterapia.

Su ubicación en el quirófano será al lado izquierdo del paciente, junto a las balas de gases, teniendo la precaución de no alejarlo demasiado para que la conexión de las criosondas y los termosensores a la parte trasera del aparato pueda realizarse sin dificultad. Cada conexión debe enchufarse en la entrada que tiene señalizada para tal efecto, de tal forma que los datos que manejamos se ajusten a la realidad. Se especifica la numeración de las criosondas y las siglas de cada uno de los termosensores.

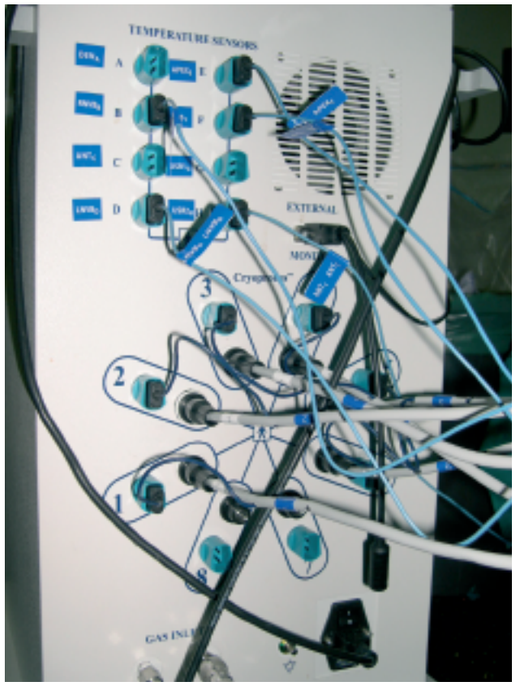


Fig. 5. Parte trasera del sistema de crioterapia con conexiones.

MATERIAL EN CRIOCIRUGÍA

Material textil

- Equipo de campo habitual (sábana fenestrada, 3 sábanas cerradas y 6 paños).
- Sábana plastificada.
- Batas.
- Gasas y compresas.

Material fungible

- Funda plástico transparente para forrar teclado ecógrafo.
- Funda de cámara para forrar cable de transductor ecográfico.
- Op-site para forrar con ayuda de un paño el palo de goteo donde irá la gradilla que soporte las criosondas antes de su colocación.
- 3 jeringas de 60 cc cono grande. Dos de ellas con suero caliente para recto y la tercera con gel conductor.
- 1 jeringa de 60 cc cono Luer con alargadera de 50 cm. Y llave de tres pasos conectado a la vaina exterior de una aguja rosa de nefrostomía (17,5 x 150). Todo ello montado y purgado con una solución de antibiótico que habitualmente es de 2 gr. de Cefazolina diluidos en 100 cc de SSF 0,9%. A este montaje se le conoce como Denonvilliers.

Fig. 6. Montaje Denonvilliers.

- Sistema de suero para entrada de cistoscopio.
- Guantes estériles de diferentes medidas.
- Hoja de bisturí n.º 11.
- Recipiente desechable para utilizar con povidona yodada en el pintado del campo.
- Venda de hilo de 10 cm.
- Grapadora para hacer campo.
- Guía 0,35 recta, para sondaje con calentador uretral.
- Esparadrapo.

Material para sondaje vesical

- Bolsa de diuresis de circuito cerrado.
- Sonda de Foley dos vías CH 16.
- Jeringa 10 cc con suero para inflar el balón.
- Lubricante urológico.
- Tapón de sonda.

INSTRUMENTAL EN CRIOCIRUGÍA

Instrumental básico

- Mango de bisturí nº 3.
- Cápsula grande para suero caliente.
- 2 cápsulas medianas. Una con la solución antibiótica y la otra con suero frío.
- 1 pinza de Crille recta para pintar.
- 2 pinzas de Crille curvas.
- 2 mosquitos.
- 2 pinzas de campo o cangrejos.
- 1 tijera de Mayo.
- 1 portagujas de Mayo.

Fig. 7. Mesa de riñonera con parte del instrumental.

Instrumental específico

- Gradilla portadora de criosondas.
- Pesa, se encargará de ayudar en la perpendicularidad del transductor ecográfico.
- Termosensores que se colocan en el siguiente orden:
  1. Esfínter (ESF).
  2. Apex (APEX).
  3. Paquete neurovascular derecho (RNVB).
  4. Paquete neurovascular izquierdo (LNVB).
  5. Metido en la cápsula grande ayudará a la instrumentista a mantener el suero para calentamiento a una temperatura de 42º C.

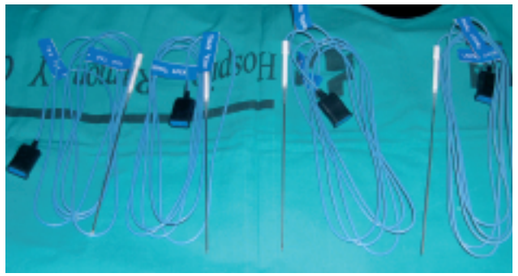


Fig. 8. Termosensores de crioterapia.

- Criosondas, lo más habitual es que se coloquen seis, pero pueden ponerse hasta ocho dependiendo de las características prostáticas del paciente. Vienen numeradas al igual que los cables de conexión al aparato y para su colocación en la gradilla debe ser escrupuloso el orden. Una vez extraídas de la caja, se retirará el protector de la punta y los tutores de los cables para ir colocándolas sobre la gradilla, ya que antes de utilizarlas se debe comprobar su perfecto funcionamiento. Sabremos que es correcto cuando sumergiendo las puntas en la cápsula del suero y seleccionando la función Steck se forman unas esferas de hielo consistentes en cada una de las criosondas.

Figs. 9 a) y 9 b). Criosondas en gradilla y criosondas con esferas formadas.

Una vez hecha la comprobación, se pueden retirar las esferas y pasar a la colocación en zona perineal bajo control ecográfico por parte del cirujano.

Terminada la intervención, y al ser de un solo uso, se desecharán en un contenedor de residuos biológicos impidiendo así riesgos por punción del personal sanitario.

Finalización de la intervención

Dadas las habituales dos sesiones de crioterapia por tratamiento o las tres ocasionales, se pone un apósito compresivo con esparadrapos cruzados en la zona perineal y se le traslada al despertar manteniendo el calentador de uretra durante, al menos, unos 15 a 20 minutos más.

Ya en el despertar se le retira el calentador de uretra y se le practica un sondaje vesical con sonda de silicona CH 18 a bolsa, con la que se irá a planta.

En la zona perineal se le aplicará hielo local.

Es importante vigilar por si apareciese hematuria, sangrado o cualquier otra complicación que debamos comunicar a su urólogo.

Recuperada la movilidad en MMII y encontrándose hemodinámicamente estable, el anestesista le dará el alta y podremos trasladarle a su planta de hospitalización de referencia.

Conclusión

El trabajo de enfermería es fundamental e insustituible en el equipo quirúrgico para conseguir resultados óptimos con alta calidad y coordinar todos los recursos humanos y materiales capaces de proporcionar cuidados sanitarios a la población.

La formación continuada es fundamental para mantener una profesión técnico-científica como la nuestra, creando procedimientos y protocolos destinados a la educación y el aprendizaje que mejoren nuestras habilidades y destrezas en los cuidados enfermeros.

Todo ello dirigido a mantener nuestra profesión en los más altos escalones profesionales en la atención a una población cada vez con más expectativas y calidad de vida.

LA FORMACIÓN CONTINUADA ES FUNDAMENTAL PARA MANTENER UNA PROFESIÓN TÉCNICO-CIENTÍFICA COMO LA NUESTRA, CREANDO PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DESTINADOS A LA EDUCACIÓN Y EL APRENDIZAJE QUE MEJOREN NUESTRA HABILIDADES Y DESTREZAS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS.

TODO ELLO DIRIGIDO A MANTENER NUESTRA PROFESIÓN EN LOS MÁS ALTOS ESCALONES PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN A UNA POBLACIÓN CADA VEZ CON MÁS EXPECTATIVAS Y CALIDAD DE VIDA.

Agradecimientos

No quisiéramos cerrar este procedimiento sin dar las más sinceras gracias al urólogo Fernando Arias Fúnez, del hospital Ramón y Cajal, por su ayuda desinteresada en nuestra formación durante los primeros tratamientos de criocirugía, así como a Juan Ramón, comercial de Medipro, en el manejo técnico del aparataje. Tampoco quisiéramos olvidarnos de Raquel González, residente de urología, por su colaboración en la toma de imágenes. Y por último, pero no por ello menos importante, queremos dar las gracias a nuestro jefe de Servicio Dr. Escudero Barrilero, ya que es el artífice de que la criocirugía prostática haya sido posible en el hospital en el que trabajamos. ▼

Bibliografía

Enfermería de quirófano; Amparo García; Edición 2005; Tomo 1.

Prevención de la infección en áreas quirúrgicas; Gruendemann B.J.; Edición 2005.

Técnicas quirúrgicas básicas; Kirk, R.M.; Edición 2003.

Revista de la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica; n.º 14; «Actuación de enfermería en las nuevas tecnologías»; M. Elena Bertoline y Georgina Vidal Sans.

ICUA (Instituto de Cirugía Urológica Avanzada). *Criocirugía prostática. Tratamiento del cáncer de próstata*; Site: www.urologia.tv /icua/es.

Archivos Españoles de Urología. Principios técnicos de la criocirugía prostática (1ª parte), Tomo 56, N.º 10, publicado en Oct/ 2003. A. Escudero Barrilero, R. Rodríguez-Patrón y F. Arias Fúnez.

Archivos Españoles de Urología. Criobiología y lesiones anatomopatológicas inducidas por congelación-deshielo en el tejido prostático (2ª parte), Tomo 57, n.º 10, publicado en Oct/2004. A. Escudero Barrilero, F. Arias Fúnez, R. Rodríguez-Patrón, R. García González y C. Cuesta Roca.

Archivos Españoles de Urología: Criocirugía (3ª parte), artículo resumen. Tomo 58, n.º 9 y 10, Dic/2005; A. Escudero Barrilero, F. Arias Fúnez, R. Rodríguez-Patrón, R. García González.

Soporte informático con asistencia en diversas páginas de internet relacionadas con la crioterapia prostática.

García Martín, A.I.; Del Olmo Cañas, P.; Carballo Moreno, N.; Medina Varela, M.; González Lluva, C.; Morales de los Ríos Luna, P. Servicio de Urología del HGU Gregorio Marañón

Reeducación del suelo pélvico

RESUMEN

La disfunción del suelo pélvico, que incluye principalmente la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso pélvico, afecta al menos a un tercio de las mujeres adultas. La identificación de factores de riesgo, el desarrollo de programas preventivos y el abordaje terapéutico de esta patología son por lo tanto una prioridad en el campo de la salud de la mujer.

Kegel (1951) fue el primero en introducir el concepto de programa de ejercicios de los músculos del suelo pélvico para el tratamiento de la incontinencia urinaria. Aunque la práctica de estos ejercicios es fácil y se puede realizar en cualquier momento y posición, el proceso de aprendizaje es lento, pero la mayoría de los pacientes mejora de forma significativa el tono de los músculos pélvicos y en consecuencia la funcionalidad de los órganos pélvicos, principalmente vejiga y recto.

Palabras clave: suelo pélvico, músculo pubococcígeo, Kegel.

Keywords: Kegel, Pelvis floor, pubococcigeo muscle.

Introducción

ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico o periné es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión los órganos pélvicos en contra de la fuerza de la gravedad.

Los músculos que lo componen son ocho y se disponen alrededor del dorsal del clítoris, la base de la vejiga urinaria, la apertura vaginal y el recto.

La figura muestra los tres diagramas bajos del suelo pélvico: los músculos más superficiales, los del diafragma urogenital y el pubococcígeo.

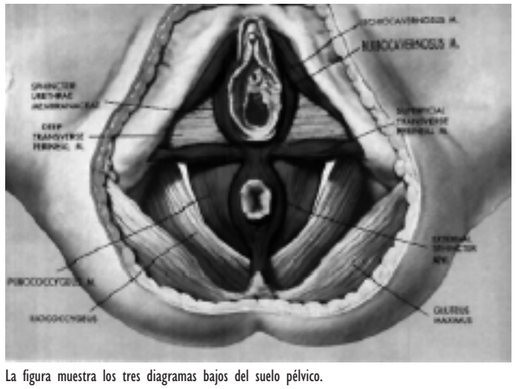
De su correcta conservación anatómica depende un buen desarrollo de su función como sostén y arco protector de estas estructuras.

La base pelviana parece más una hamaca que un piso cuya función muscular tiene participación en los mecanismos esfinterianos uretral y anal, interviene en la progresión del feto durante el parto, tiene un importante papel en la sexualidad y constituye el hiato de la porción terminal de los aparatos urogenital y digestivo.

El debilitamiento del suelo pélvico provoca uno o varios de los siguientes trastornos:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Prolapsos.
- Disfunciones sexuales.

El músculo pubococcígeo es el principal músculo del suelo de la pelvis. Tiene una conexión nerviosa que alcanza el nervio pélvico (del sistema parasimpático que conlleva la contracción del detrusor), una ramificación que conecta el útero y la vejiga de la mujer. En el caso del hombre conecta la vejiga y la próstata con la parte inferior de la columna vertebral. Si el músculo pubococcígeo es fuerte, se convierte entonces en el mayor transmisor de energía.

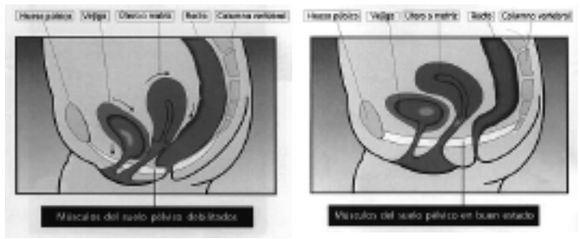


La figura muestra los tres diagramas bajos del suelo pélvico.

CAUSAS QUE DEBILITAN EL SUELO PÉLVICO

- Embarazo: por el peso del útero.
- Parto: al pasar el bebé a través de la vagina.
- Posparto: practicar precozmente abdominales, realizar saltos, practicar deportes o llevar pesos.
- Deportes: en especial los de «saltos» y de «impactos».
- Menopausia: por los cambios hormonales que provocan pérdidas de flexibilidad, atrofia e hipotonía.
- Herencia: dos de cada diez mujeres tienen debilidad innata en los músculos del suelo pélvico.
- Hábitos cotidianos: retener orina, vestir prendas muy ajustadas…
- Otras causas: obesidad, estreñimiento, tos crónica, estrés.

En un corte lateral podemos ver las estructuras anatómicas que conforman la parte baja del abdomen y los músculos del suelo pélvico representados como una banda blanca.



En un corte lateral podemos ver las estructuras anatómicas que conforman la parte baja del abdomen y los músculos del suelo pélvico representados como una banda blanca.

Material y métodos

TÉCNICAS BÁSICAS PARA LA REEDUCACIÓN PERINEAL

1. Cinesiterapia.
2. Biofeedback.
3. Electroestimulación.
4. Técnicas de modificación de conducta.

La decisión sobre qué técnica utilizamos o a cuál dedicamos más tiempo debe basarse más en el paciente (tipo de incontinencia que presenta, estado del periné, predominio de uno u otro tipo de fibras musculares, capacidad de aprendizaje, motivación, perseverancia en la realización de ejercicios de mantenimiento) y debe seguir siempre una pendiente ascendente, desde las medidas más sencillas e inocuas a las más agresivas, pero consiguiendo siempre los objetivos terapéuticos preestablecidos.

1. Cinesiterapia (ejercicios musculares del suelo pélvico)

Los ejercicios del suelo pélvico constituyen una parte fundamental en los tratamientos de reeducación vesicoesfinteriana. Fueron descritos inicialmente por J.W. Davis, aunque fue Arnold Kegel quien los detalló en 1948, conociéndose desde entonces como «ejercicios de Kegel».

■ **Indicaciones:**

– Problemas de incontinencia urinaria de esfuerzo.
– Problemas de incontinencia urinaria mixta y motora.
– Problemas de incontinencia tras una cirugía de próstata.
– Problemas de incontinencia fecal.

■ **Objetivos:**

Varían según la patología con la que nos encontramos:

● En los trastornos de la estática pélvica:
– Reforzar el sistema de sostén.
– Asegurar la protección instantánea durante el esfuerzo o situaciones de riesgo.

● En los trastornos vésicoesfinterianos:
– La inhibición vesical mediante la contracción perineal voluntaria (activación del reflejo inhibidor perineodetrusoriano).
– La continencia activa durante el esfuerzo.
– Restablecimiento instantáneo del cuello vesical en el eje de presión.

■ **Fases:**

1. Fase de información:

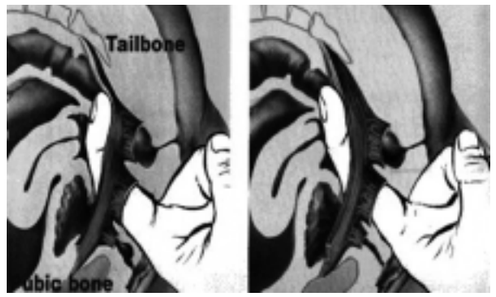
Es muy importante explicar al paciente, de la forma más comprensible posible, la fisiopatogenia de la incontinencia, los componentes anatómicos básicos y la función de la musculatura perineal. Es imprescindible crear un clima de confianza con el enfermo e implicarlo de forma activa en el tratamiento.

2. Fase de identificación:

Es una parte fundamental y difícil ya que muchos pacientes no saben localizar correctamente su periné y ante la orden de contracción activan grupos musculares diferentes.

Para aprender cuáles son, resulta de gran utilidad seguir las siguientes instrucciones de forma ordenada:

– Lubricarse un dedo con un poco de agua y colocarlo en la vagina o ano.
– Contraer los músculos abdominales y centrarse en las sensaciones que se experimentan. Informar que eso no es lo que se debe sentir cuando se contraen los músculos apropiados.
– Con los músculos abdominales relajados y mientras se expulsa aire por la boca poco a poco, apretar alrededor del dedo como si se tratase de parar el movimiento de los intestinos (controlar una defecación o diarrea). Explicar que recuerde esa sensación, ya que ésta sí es la que debe sentir cuando se contraen los músculos apropiados (este es el ejercicio básico de entrenamiento).



Podemos utilizar otras estrategias para enseñar al paciente:

a) Interrupción del chorro de orina: si es una mujer se sentará en el inodoro con el tronco inclinado hacia delante y las piernas separadas al máximo. Debe comenzar a orinar y parar en la mitad, luego volver a orinar y parar de nuevo. Después, seguir orinando hasta acabar.
b) Se realizará una vez por micción.
c) No en todas las micciones.
d) Sólo en esta fase de terapia.

– Visualización perineal en un espejo: observando cómo asciende el periné o cómo se cierra el introito de modo simultáneo a la contracción perineal.

3. Fase de terapia activa:

Consiste en la realización de una serie de contracciones lentas, rápidas y contra resistencia de la musculatura perineal.

– Contracciones lentas: mantenidas durante 5 segundos en series de 10. Progresivamente se irá incrementando el tiempo de mantenimiento de la contracción y el número de repeticiones por serie.
– Contracciones rápidas: a modo de sacudida, en series de 10 intercaladas entre las series anteriores.

Se realiza un mínimo de 2-3 series de cada, teniendo en cuenta que cada contracción debe ir seguida siempre de, al menos, el mismo tiempo de relajación. Habitualmente se utiliza una relación trabajo-reposo de 1-2 y en caso de músculos muy débiles el tiempo de reposo será mayor.

– Contracciones contra resistencia: se introduce en el entrenamiento cuando el periné ha adquirido ya un cierto tono. Para ello podemos utilizar los dedos del terapeuta que, mediante tacto vaginal con la palma orientada hacia la camilla, ejerce una fuerza que se opone al movimiento. Algunos autores utilizan tubos de Pyrex lastrados con cargas progresivas o conos vaginales para estos ejercicios.

En la foto, conos vaginales y en la figura de la derecha su correcta colocación en la vagina.

Cómo se practican los ejercicios de Kegel:

Para facilitar el aprendizaje, se puede probar inicialmente:

– Sentarse bien atrás en una silla, con los pies y piernas cómodamente apoyadas, las piernas ligeramente separadas, inclinándose hacia delante, apoyando los codos o antebrazos sobre los muslos.
– Contraer los músculos de la vagina tres segundos y luego relajar. Debe repetirse diez veces.
– Contraer y relajar lo más rápido que se pueda y repetirlo veinticinco veces.
– Imaginar que se sujeta algo en la vagina, manteniendo esa posición durante tres segundos y relajar. Repetir diez veces.
– La frecuencia de estos ejercicios debe ser tres veces diarias.

Cómo se practican los ejercicios de Kegel en iniciadas:

– Tumbarse en el suelo con las rodillas dobladas y las plantas de los pies cara a cara.
– Mantener los músculos del abdomen y la vagina en posición relajada.
– Imaginar las paredes interiores de la vagina e intentar acercarlas contrayendo los músculos.
– No flexionar los músculos del abdomen ni presionar los glúteos.
– Contraer lentamente contando hasta diez.
– Mantener los músculos contraídos con la vagina cerrada, contando hasta diez.
– Continuar la contracción contando hasta diez.
– Relajar contando hasta diez y volver a empezar.

4. Fase de mantenimiento:

Es necesario mantener los ejercicios de forma regular, ya que la mejoría que se obtiene en la fase activa puede perderse en 10-20 semanas si se abandonan los ejercicios.

La pauta de ejercicios de mantenimiento es dos veces cada veinticuatro horas, preferentemente al levantarse y al acostarse, mínimo diez minutos cada vez.

Errores más comunes al realizar los ejercicios de Kegel:

Un 40% de las mujeres no saben contraer su periné aún después de haber recibido minuciosas instrucciones individuales. Es importante hacer los ejercicios correctamente; la forma incorrecta puede causar que la incontinencia empeore. Los errores más comunes incluyen:

– La contracción de los glúteos, aductores y, sobre todo, los músculos abdominales.
– Aguantar la respiración o apretar e tórax mientras se contraen los músculos.
– Aumentar el número y la frecuencia del ejercicio.
– Peor aún es que un 25% de las mujeres invierten el orden y, en vez de contraer, empujan.

Esto debe ser eliminado antes de empezar la terapia activa ya que puede tener serias consecuencias puesto que agrava la incontinencia y los prolapsos incipientes, con mayor motivo si se da en el posparto.

2. Biofeedback

Es un método de reforzamiento positivo. Consiste en el empleo de electrodos que se colocan en el abdomen y a lo largo de la zona anal para hacer conscientes funciones biológicas que habitualmente no lo son, haciendo posible su control o modificación por parte del sujeto.

3. Electroestimulación

Consiste en la estimulación de las fibras nerviosas y musculares mediante la aplicación de estímulos eléctricos. En el campo de la incontinencia urinaria pretende establecer el equilibrio vesicouretral actuando sobre los diferentes elementos musculares implicados y los reflejos miccionales alterados.

4. Técnicas de modificación de conducta

Serie de estrategias sencillas en su utilización y de gran interés en este tipo de pacientes:

– Programación miccional.
– Alarmas de cama húmeda.
– Técnicas de relajación.

Conclusiones y resultados

La reeducación perineal:

■ Es una solución terapéutica no invasiva.
■ Ofrece una alternativa a la cirugía convencional.
■ Mejora la función del esfínter uretral y/o rectal.
■ Aumenta la calidad de vida. ▼

Bibliografía

Kegel A. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. An J Obst Gyn 1948; 56.

Llorca Miravet A. Tratamiento funcional en la incontinencia urinaria. En: Martínez Agulló E, ed. Incontinencia Urinaria: Conceptos Actuales. 3ª ed.Valencia.

Vallejo Ruiloba J. Terapias de modificación de conducta. En: Vallejo J, ed. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Salvat 1985.

De Lancey JOL: Anatomy and mechanics of structures around the vesical neck: How vesical neck position might affect its closure. Neurourol Urodyn 1988;7

Carrobles JA, Godoy J. Biofeedback. Principios y aplicaciones. Barcelona: Martínez Roca, 1987.

L. Ramírez Rodríguez, J. Rubio Revueltas, M. Martínez Cordero. Hospital Virgen de Valme, Sevilla

Planes de cuidados de enfermería en litotricia extracorpórea por ondas de choque

RESUMEN

El diagnóstico médico ya nos viene dado por el médico que lo remite a nuestra unidad, y es el de litiasis renal o ureteral y sus distintas localizaciones. Pero el diagnóstico enfermero es otro muy distinto, pues se basa en la conducta del paciente frente a la enfermedad y al tratamiento, y en otros factores que influyen negativamente o tienen la posibilidad de afectar perjudicialmente a la obtención de un resultado óptimo del tratamiento de ondas de choque.

Para que las actuaciones de enfermería sean llevadas a cabo mediante un método científico y el resultado del tratamiento sea lo más eficaz posible, hay que hacer en un principio la identificación de las alteraciones que presenta el paciente, es decir, hacer un diagnóstico. Para posteriormente describir las actuaciones que se deben llevar a cabo según los diagnósticos, y finalmente hacer una valoración de los resultados obtenidos.

Así, realizando el método científico mediante la NANDA, el NIC y el NOC, haremos los siguientes diagnósticos y actuaciones.

Palabras clave: Actividades de enfermería, litotricia.

SUMMARY: The medical diagnosis or comes dice by the doctor who sends to our unit, and is a renal or ureteral litiasis and its different locations. But the diagnosis nurse is very different other, because it is based as opposed to on the conduct of the patient the disease and to the treatment, and in other factors that influence negatively or have the possibility detrimentally of affecting the obtaining of an optimal result of the treatment of shock waves.

So that the infirmary performances are carried out by means of a scientific method and the result of the possible most effective treatment, it is necessary to make at first the identification of the alterations that presents the patient, that is to say, make a diagnosis. Later to describe the performances that are due to carry out according to the diagnoses, and finally to make a valuation of the obtained results.

Thus, making the scientific method by means of the NANDA, the NIC and the NOC we will make the following diagnoses and performances.

Keywords: Nurse activities, Lithotripsy.

Introducción

La Unidad de Litotricia, desde el punto de vista de las actuaciones de Enfermería, hay que concebirla no como una unidad en la que solamente se aplica el tratamiento con ondas de choque, sino que hay que describirla como una unidad en la que se da un tratamiento integral al paciente para el tratamiento de la litiasis urinaria.

Los equipos litotriptores de segunda generación utilizan las ondas de choque para la fragmentación de los cálculos en las sesiones de Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC). Además, vienen dotados de escopia y dispositivos para la realización de radiografías y para llevar a cabo en el paciente todas aquellas actuaciones dirigidas a un mejor diagnóstico para la localización del cálculo, y a prevenir los efectos no deseados.

Objetivos

Asentar de una forma científica, mediante la taxonomía unificada, las actuaciones de enfermería en la Unidad de Litotricia del Servicio de Urología del Hospital Virgen de Valme de Sevilla.

Material y métodos

La presente presentación se ha realizado aplicando la NANDA, el NIC y el NOC.

RELACIÓN DE TAREAS

Las actuaciones de Enfermería en la Unidad de Litotricia podríamos dividirlas en varios apartados:

1º. Actividades previas al tratamiento

a) Recepción del paciente con su historial en la unidad.
b) Detectar necesidades que pudieran aparecer, para intentar solucionarlas:
   – Miedo.
   – Ansiedad.
c) Detectar signos y síntomas no deseables, que se trasladarán al urólogo para su valoración:
   – Dolor.
   – Fiebre.
   – Hipertensión.
   – Vómitos.
d) Comprobar la correcta preparación del paciente:
   – Preparación intestinal.
   – Ayunas.
   – Tratamientos previos (especial interés en pacientes anticuagulados).
   – Antecedentes (HTA, cirugía renal, embarazos, etc.).
e) Comprobar que la historia clínica del paciente está completa:
   – Carpeta de historia con todas las hojas necesarias.
   – Radiografías anteriores.
   – Analítica actualizada (si no la tiene, se procederá a la extracción, según las prescripciones).
   – Consentimiento firmado (en caso de no tenerlo, informar al urólogo para que se lo dé).
f) Toma de constantes.

2º. Actividades durante el tratamiento

a) Colocación del paciente sobre la mesa de tratamiento
b) Realizar Rx previa (según protocolo).
c) Manejar la mesa y sus técnicas, para focalizar el cálculo, de forma idónea en los monitores de seguimiento.
d) Realizar las técnicas necesarias para focalizar el cálculo en la zona de impacto de las ondas de choque (según protocolo).
e) Realización del isocentro, centraje del cálculo y colocación del cañón.
f) Canalización de vía venosa periférica, según prescripciones.
g) Administración de medicación (analgésicos, antibióticos, etc.), según prescripciones.
h) Realizar las técnicas necesarias para aplicar los Kv de potencia, frecuencia y número de ondas que es preciso aplicar (según protocolo).
i) Hacer seguimiento de control de tratamiento, mediante disparos digitales y pedal de escopia, sobre el cálculo.
j) Rectificar desplazamientos en la localización del cálculo.
k) Toma de constantes, periódicamente, durante todo el proceso.
l) Atender al paciente en la aparición de:
   – Dolor.
   – Vómitos.
   – HTA.
   – Hipotensión.
   – etcétera.

3º. Actividades de colaboración con el equipo de urólogos

En aquellas pruebas diagnósticas o de tratamiento que por su complejidad y desarrollo en un medio estéril, el enfermero debe hacer las veces de instrumentista, sobre todo en la endourología (colocación y retirada de catéteres, nefrostomías percutáneas, etc.).

Deberá preparar al paciente y el material necesario, para que la técnica se desarrolle en condiciones de máxima esterilidad.

4º. Actividades para realizar las técnicas radiográficas

Prescritas por el urólogo, tendentes a la ayuda al diagnóstico, tales como:
   – Cistografías.
   – Uretrografías.
   – Urografías.
   – Urografía ascendente.
   – Nefrostogramas.
   – Radiografías simples del aparato urinario.

5º. Actividades ante la aparición de síntomas graves

Se actuará según protocolos, ante la aparición de:
   – Parada cardiorrespiratoria.
   – Shock anafiláctico.
   – Hemorragias.
   – Reacciones vegetativas (náuseas, sudoración, vómitos, hipotensión).

6º. Una vez terminado el tratamiento

   – Bajar cañón de ondas.
   – Realizar Rx de control (según protocolo).
   – Retirar sueroterapia, si se había prescrito.
   – Registrar en la hoja de observaciones de Enfermería las actividades realizadas, los controles y las incidencias surgidas durante el tratamiento.
   – Informar al paciente de los cuidados al alta.

Todas estas tareas que realiza enfermería son cruciales para alcanzar el objetivo final, que es la fragmentación del cálculo con el mínimo de molestias y riesgos para el paciente.

RIESGOS QUE CONLLEVA EL TRATAMIENTO CON LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE

Los riesgos que se han de prevenir en la aplicación de las ondas de choque, en orden de gravedad, son:
– Hematoma renal extracapsular.
– Hematoma renal subcapsular.
– Septicemia producida por la destrucción de cálculos infectivos.
– Obstrucción de los uréteres por calle litiásica.
– Signos vágales (sudoración, náuseas, hipotensión).

Diagnósticos de enfermería (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC)

PATRÓN 1: INTERCAMBIO

■ **Riesgo de infección (00004)**

Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores de riesgo:
– Procedimientos invasivos.
– Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental (la destrucción de los cálculos infectivos y la formación de pequeñas heridas como efecto de la acción de las ondas de choque pueden propiciar una septicemia).
Resultados:
– Control del riesgo (1902).
– Estado de infección (0703).
Intervenciones de enfermería:
– Control de las infecciones (6540).
– Control de infecciones durante la cirugía (6545).
– Prevención de infecciones (6550).
– Administración de medicamentos por vía parenteral (2305).
– Administración de medicamentos por vía oral (2304).

■ Alteración de la eliminación urinaria

Definición: Trastorno de la eliminación urinaria. Retención urinaria.
Resultados:
– Permeabilización de las vias urinarias.
– Eliminación urinaria (0503).
Intervenciones de enfermería:
– Gestión de la eliminación urinaria (0590).
– Promoción del ejercicio (0200).
– Cateterización urinaria (0580).

■ Riesgo de lesión (00035) [riesgo de traumatismo]

Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.
Factores de riesgo:
– Físicos.
Resultados:
– Respuesta alérgica: sistémica (0706).
– Integridad tisular: membrana cutánea y mucosas (1101).
– Control de síntomas (1608).
– Control de riesgos (1902).
– Estado de seguridad lesión física (1913).
Intervenciones de enfermería:
– Precauciones quirúrgicas (2920).
– Vigilancia (6650).
– Identificación del riesgo (6610).

■ Alteración de la protección/riesgo de lesión tisular

Definición: Aumento del riesgo de lesión tisular accidental.
Factores de riesgo:
– Exposición a máquina peligrosa.
Resultados:
– Control de síntomas (1608).
– Ideas sobre la salud: capacidad percibida de actuar (1701).
– Conocimiento: régimen de tratamiento (1813).
– Conocimiento: procedimientos de tratamiento (1814).
– Severidad de los síntomas (2103).
Intervenciones de enfermería:
– Prevención quirúrgica (2920).
– Prevención de la hemorragia (4010).
– Prevención del shock (4260).
– Gestión del shock volumen (4258).

■ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

Resultados:
– Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
– Control de riesgos (1914).
– Estado de seguridad: lesión física (1913).
Intervenciones de enfermería:
– Vigilancia de la piel (3590).
– Cuidado de las heridas (3660).

PATRÓN 5: ELECCIÓN

■ Manejo efectivo del régimen terapéutico (00077)

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta satisfactorio para alcanzar los objetivos específicos de salud.
Características definitorias: Elección de actividades de la vida diaria apropiadas para alcanzar los objetivos del tratamiento o programa de salud.
Factores relacionados:
– Déficit de conocimientos.
Resultados:
– Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609).
– Tolerancia a la actividad (0005).
– Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803).
– Conocimiento: procedimiento(s) del tratamiento (1814).
Intervenciones de enfermería:
– Modificación de la conducta (4360).
– Aumentar afrontamiento (5230).

PATRÓN 8: CONOCIMIENTO

■ Conocimientos deficientes

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el tratamiento a que va a ser sometido.
Características definitorias:
– Verbalización del problema.
– Seguimiento inexacto de las instrucciones.
– Comportamientos inapropiados o exagerados (histeria, hostilidad).
Factores relacionados:
– Falta de exposición.
– Falta de memoria.
– Mala interpretación de la información.
Resultados:
– Conocimiento del régimen terapéutico (1810).
Intervenciones de enfermería:
– Enseñanza individual (5606).
– Enseñanza procedimiento (5610).

PATRÓN 9: SENSACIONES

■ Dolor agudo (00132)

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.
Características definitorias:
– Información verbal o codificada.
– Gestos de protección.
– Conducta de defensa.
– Conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, irritabilidad, etc.).
Factores relacionados:
– Agentes lesivos físicos, en este caso las ondas de choque.
Resultados:
– Control del dolor (1605).
– Tolerancia a la actividad (0005).
– Estado de los signos vitales ((0802).
– Dolor: respuesta psicológica (1306).
Intervenciones de enfermería:
– Administración de analgésicos (2210).
– Administración de medicamentos por vía parenteral (2305).
– Instruir en la analgesia controlada por el paciente (2400).
– Administración de medicamentos por vía oral (2304).
– Gestión del dolor (1400).

■ Náuseas (00134)

Definición: Sensación desagradable, como oleadas en la parte posterior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen que puede o no conducir al vómito.
Características definitorias:
– Informes de náuseas o de tener revuelto el estómago.
– Se acompaña de palidez, piel fría y sudorosa, aumento de la salivación, taquicardia, éxtasis gástrico y diarrea.
Factores relacionados:
– Irritación del sistema gastrointestinal (por estimulación de las ondas de choque).
Resultados:
– Severidad de los síntomas (2103).
– Estado de los signos vitales ((0802) (signos vágales).
Intervenciones de enfermería:
– Administración de medicación (2300).

■ Ansiedad (00146)

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.
Características definitorias:
– Conductuales: Inquietud.
– Afectivas: Nerviosismo. Temor.
– Fisiológicas: Aumento del pulso.
Factores relacionados:
– Estrés.
Resultados:
– Control de la ansiedad (1402).
Intervenciones de enfermería:
– Disminución de la ansiedad. (5820).
– Enseñanza individual (5606).
– Técnicas de relajación (5880).
– Aumentar el afrontamiento (5230).

■ Temor (00148)

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza
Características definitorias:
– Informe de: aprensión, reducción de seguridad, alarma, etc.
– Identifica el objeto del miedo.
– Aumento del estado de alerta.
– Aumento del pulso.
– Aumento de transpiración.
– Aumento de tensión arterial sistólica.
Factores relacionados:
– Falta de familiaridad con experiencia vivida
– Situación potencialmente estresante.

Normalmente, el temor se produce por la falta de información sobre el tratamiento a que va a ser sometido. Y en las segundas sesiones, por la experiencia dolorosa de sesiones anteriores.
Resultados:
– Control del miedo (1404).
– Control de la ansiedad (1402).
– Control de impulsos (1405).
Intervenciones de enfermería:
– Aumentar el afrontamiento (5320).
– Fomento de la seguridad (5380).
– Reducción de la ansiedad (5820).
– Distracción (5900).

Conclusiones

Los patrones que se han visto afectados en el tratamiento de Litotricia por Ondas de Choque son los siguientes:
PATRÓN 1: INTERCAMBIO.
PATRÓN 5: ELECCIÓN.
PATRÓN 8: CONOCIMIENTO.
PATRÓN 9: SENSACIONES. ▼

Bibliografía

Conceptos de Enfermería en la práctica, «Modelo de Orem». Dorotea E. Orem Edit. Masson-Salvat Enfermería. 1993.

Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA. Traducción: Mercedes Ugalde Apalategui y Assumta Rigol i Cuadra. Edit. Masson. 1997.

Diccionario de Medicina Artel.

Enciclopedia Práctica de Enfermería.

Enfermería Práctica Artel. Brunner Suddarth.

Plan general de intervención enfermera ante pacientes ingresados para intervención quirúrgica programada. Muñoz de Alba. J. HUPR. 1995.

Planes de cuidados de Enfermería. Modelo de referencia, métodos e instrumentos. Antonia María Tomás Vidal. Edit. Olalla Ediciones. 1996.

Planes de cuidados estandarizados. Curso de Calidad, Hospital Valme. 1998.

Uología: Libro del residente. Asociación Española de Urología. 1998.

Cirugía urológica. Roger S. Kirby.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación. Harcourt. 2001-2002.

Proyecto de Intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Tercera Edición. Harcourt. 2002.

Proyecto de Resultados IOWA. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Marion Johnson, Maridean Maas, Sue Moorhead. Segunda Edición. Harcourt. 2002.

«Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados». Carpenito L.S. McGraw-Hill Interamericana. 1994.

«Manual Signo II». Club de enfermería. Dirección General del INSALUD. Subdirección General Atención Especializada. 1995.

«Planes de cuidados de enfermería, modelos de referencia, métodos e instrumentos». Tomás Vidal A.M. Olalla Ediciones. 1996.

«Aplicación del proceso enfermero, guía paso a paso». Alfaro-Lefevre R. Springer. 1998.

«Manual de enfermería médico-quirúrgica». Pamela L. Swearingen. Harcourt. Brace. 1998.

«Enfermería quirúrgica. Planes de cuidados». Guillement Lloveras A.; Jerez Hernández J.M. Springer. 1999.

«Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica». Luis Rodrigo M.T. Masson. 2000.

«Manual de enfermería urológica». Fernández del Busto E.; Martínez de Iturrate Arín J. Secretariado de Publicaciones e Intercambio editorial. Universidad de Valladolid. 2000.

Miralles, F.S.; Robles, E. e Iranzo, J.: «Dolor visceral», en Aliaga, L., Baños, J.E., Barutell, C., et al. Eds., Dolor y utilización clínica de los analgésicos, Barcelona, MCR, 1996, 287-302.

Aliaga, L. y Santacana, E. (eds.): «Protocolos», Dolor, Madrid, Idepsa. 1994.

Galvez, R.: «Urgencias álgicas en atención primaria», en Gálvez, R. (ed.), Manual Clínico: Manejo práctico del dolor en atención primaria, Madrid, EGRAF, 1995, 139-150.

Palou, J.; Massanas, J. y Miralles, F. S.: «Dolor genitourinario y del parto», en Aliaga, L. Baños, J. E., Barutell, C, et al., Tratamiento del dolor: teoría y práctica, MCR, Barcelona, 1995, 279-296.

Stamm, W. E. y Turck, M.: «Infecciones de las vías urinarias, pielonefritis y enfermedades relacionadas», en Petersdorf, R. G., Adams, R. D., Braunwald, E., et al. (ed.), Harrison, Principios de Medicina Interna, 6ª ed., español. Mcgraw-Hill, México, 1986, 2303-2313.

Miranda, A.: «Valoración del Dolor» , en Miranda, A. (eds), Dolor posoperatorio: estudio, valoración y tratamiento, Barcelona, Jims, 1992, 27-56

Montrone, V.; Petruzzella, O. y Petrosino, R.: El dolor, un síntoma multidisciplinar, Haropharma, Barcelona, 1992.

Zuluaga Gómez, A.: «Litiasis Urinarias», Urología Vesalio, ENE Ediciones, Madrid 1992.

Valdivia Uría, J.G.: «Uropatía obstructiva», Urología Vesalio, ENE Ediciones, Madrid 1992.

Leal López, A.: «Fisiopatología: De la obstrucción urinaria inferior», en Jiménez Cruz, J.F. y Rioja Sanz, L.A., Tratado de Urología, JR Prous Editores, Barcelona 1993.

Bonet, J.: «Tratamiento antiálgico en Urología», en Leiva, O. y Resel, L., Urología, Vesalio, Ed. ENE, 1992, 721-738.

Ruiz Loper, R.: «Dolor crónico de origen no oncológico», Rev. Clin. Esp., 1995, 195 (monográfico 1): 214-222.

Muriel Villoria, C y Madrid Arias J.L.: «Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico», segunda edición, ELA, Madrid 1995.

J. Alcober, A. Rousaud: Efectos adversos de las ondas de choque. Actas Urológicas. LVII Congreso Nacional de Urología. Sept. 1992.

M. Arrabal, J. A. Lancia, M. García. Criterios clínicos y tratamiento actual de las Litiasis Urinarias. Actas Urológicas. 1990.

Granados A. «El litotriptor y su difusión. Un ejemplo de ausencia de evaluación de las tecnologías médicas.» Med. Clin. (Barcelona). 1990.

Rodríguez Vela L.: «Litotricia extracorpórea por ondas de choque. Estudio de la resistencia a la fragmentación de los cálculos urinarios y efectos sobre la función renal». Tesis doctoral 1989.

Rousad A. y Pedrajas A. «Estudio epidemiológico de la Urolitiasis en España. Asociación Española de Urología. Grupo de Urolitiasis. 1986.

Rousad A. «Tratamiento actual de las litiasis urinarias con litotricia extracorpórea por ondas de choque». Curso internacional de Urología. Salvador de Bahía. Brasil 1991.

Ruiz Marcellán F. J., Ibarz Servio L. «Evaluación del daño renal en la litotricia extracorporea por ondas de choque». Actas Urológicas. 1986.

Ruiz Marcellán F. J., Ibarz Servio L. «Nuevos aspectos en el tratamiento de la litiasis renal». Barcelona. Pulso Ediciones S.A. 1988.

Ruiz Marcellán F. J., Ibarz Servio L. «Riesgo de hipertensión arterial después de la litotricia extracorpórea por ondas de choque» 2ª reunión de Urolitiasis y Endoscopia. Alicante 1989.

Ruiz Marcellán F. J.; Arrabal Martín M. «Litiasis Urinarias». Grupo Masson. Editorial Garsi, S.A. 1999.

Navarro Sánchez, F.; Megías Castillón, I. «Litiasis renal, recordatorio» Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología.

Aparcero Rodríguez, E.; Pérez Fernández, C. «Tratamiento Quirúrgico de la Litiasis». Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología.

Artículo de OPINIÓN

Francisco J. Milla España. Enfermero Unidad de Urodinámica y Reeducación Vesical. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Reeducación vesical y enfermería

La incontinencia urinaria se ha convertido en un problema que afecta a un elevado número de mujeres, cada vez a más temprana edad; está considerada enfermedad por la OMS desde 1998, por su repercusión en la calidad de vida, por su frecuencia y por su afectación psicosocial[1]; aunque todavía hay en nuestro sistema sanitario quien sólo la interprete como un leve trastorno miccional, sin pensar en que destruye la vida social de quien la padece, hasta en algunos casos alcanzar límites insospechados.

En las Unidades de Urodinámica vemos a diario estos problemas. Las pacientes que nos llegan para filiar el tipo de incontinencia no sólo se quejan del escape de orina, también observamos cómo se desmorona su pirámide de Maslow. Si queremos, desde allí podemos comenzar a solucionar estos problemas dando a la paciente las pautas adecuadas de tratamiento, independientemente del diagnóstico clínico.

Llevo desde ese mismo año desarrollando, desde la Unidad de Urodinámica en la que trabajo (Hospital Virgen de la Victoria de Málaga), un trabajo de recuperación de la incontinencia, basado fundamentalmente en la reeducación vesical y perineo-esfinteriana, y desarrollando herramientas de evaluación. La Enfermería, y en especial la urológica, está obligada a dar una respuesta efectiva al problema, solucionándolo, no sólo recomendando el tipo más adecuado de absorbentes, que indiscutiblemente en ocasiones es también lo correcto si lo acompañamos de la información necesaria para que nuestra paciente asuma su utilización.

Este es un tren que no debemos perder. Hay otras disciplinas sanitarias que intentan por todos los medios asumir esta parcela, lo que por otra parte es perfectamente lógico, pero de nuestra actitud y aptitud depende que tengamos el papel que nos corresponde. La reeducación vesical y perineo-esfinteriana (para la fisioterapia, rehabilitación del suelo pélvico) necesita de técnicas enfermeras y también de técnicas fisioterápicas que son complementarias en determinados casos. Pero no debemos olvidar que el primer contacto de la paciente es Enfermería y que la primera observación urodinámica también la realizamos nosotros, lo que nos permite orientar el tratamiento más adecuado para nuestra paciente, independientemente del tratamiento médico. Si hemos decidido asumir este trabajo, lo ideal es presentar un Proyecto de Actuación Enfermera en las unidades en que sea necesario. Desde aquí estoy a disposición de quien lo precise para ayudar a elaborarlo, aportando la documentación científica que lo sustente.

La incontinencia de orina NO es la consecuencia normal de una mujer que ha parido varias veces, ni tampoco está en relación directa con su edad. Se debe a una desestructuración del suelo pelviano, y simplemente recuperando de nuevo esa funcionalidad, solucionamos el problema en su totalidad en el 90% de los casos.

La recuperación es fácil y espectacular, enormemente motivadora (y en nuestra profesión necesitamos elementos de motivación que nos animen a seguir trabajando con alegría) y además es barata, por lo que ya nos estamos ahorrando un escollo importante para su puesta en marcha. Solo necesitamos ganas de trabajar y la formación adecuada, que sin duda desde esta asociación supongo que se puede organizar.

La evidencia científica disponible pone de relevancia la utilidad del entrenamiento en el suelo pélvico como tratamiento efectivo en la incontinencia urinaria femenina. La primera revisión de la Cochrane, en 2001, señalaba este aspecto en el caso de mujeres adultas con incontinencia por estrés o mixta, detallando que el entrenamiento muscular era mejor que no tratar o administrar placebo[2]. En la segunda revisión, de enero de 2006, los autores consideran que, a pesar de la heterogeneidad de los datos estadísticos revisados, la educación de suelo pélvico debe ser una de las primeras medidas adoptadas, como tratamiento conservador, en el manejo de estas pacientes[3].

Por otro lado, en el sexo masculino este tipo de actuaciones ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la incontinencia urinaria tras prostatectomía, logrando hasta un 90% de recuperaciones de hábito miccional en un periodo entre nueve y doce meses en pacientes que también sufren dependencia y malestar físico y psicológico[4].

Mi objetivo ahora mismo es animaros a desarrollar este trabajo, egoístamente por nuestro bien, por nuestro desarrollo profesional, porque es un trabajo altamente motivador, porque los resultados son altamente positivos y finalmente porque la satisfacción de las pacientes sólo se podría describir al mirarla a la cara. ▼

[1] Press Release WHO/49, 1 July 1998. http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-49.html.

[2] Hay-Smith EJ, Bo Berghmans LC, Hendricks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. «Pelvis floor muscle training for incontinente in women». *Cochrane Database Syst Rev 2001*; CD001407.

[3] Hay-Smith EJ, Dumoulin C. «Pelvis floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments for urinary incontinente in women». *Cochrane Database Syst Rev 2006*, jan 25; CD005654.

[4] Saiz Lecue I, Zurita Herrera MM, Oleada Humea I, Sulibarria Ojembarrena I. «Reeducación vesical tras prostatectomía». *Oiñarri 2006*, jun 47:9-13.

Relación de artículos publicados en ENFURO
números 77 a 99

Con motivo de la publicación del nº 100 de ENFURO, editamos a continuación la relación de artículos publicados en esta revista desde su cambio de denominación hasta la actualidad (números 77 a 99)

Nº 77

- **Radioterapia paliativa en el cáncer urológico.** Cuadrillero Martín, F.; Rodríguez Hernández, F.; Sandoval Cuadrado, P.; González San Segundo, C.
- **Cuidados paliativos en el enfermo con nefrostomía percutánea.** Calvo Ruiz, F.; Pierre-Louis Lauture, M.; Martínez Feruam, L.; Poza Urcelay, M.J.
- **La estimulación nerviosa periférica como alternatica terapéutica en las disfunciones vesicales del tipo no neurógenas: papel de enfermería.** Estudillo, F.; Sánchez-Ferragut, C.; Nieto, M.; Beltrán, V.
- **Protocolo enfermero en la ecografía transrectal con biopsia prostática dirigida**. Rodríguez Rodríguez, E.
- **Proyecto de educación sanitaria al paciente diagnosticado de esclerosis múltiple**. García Maynar, M.P.; Navaro Ledesma, D.; Cameo Rico, E.; Casasnovas Pena, V.; Constante Martí., C.
- **Diagnóstico de enfermería. Dolor. Codificación de las intervenciones enfermeras**. Cerezo Sanmartín, M.; Gómez González, G.; Caballero Guerrero, B.; López Porras, L.
- **Gestionando cuidados. ¡Un reto para enfermería!** Alfonso Maestre, J.A.
- **Cambio de nefrostomía sin control radiológico**. Estudillo, F.; Nieto, M.; Sánchez-Ferragut, C.; Bachiller, J.°
- **Pacientes urostomizados: evaluación de un programa de educación sanitaria**. Drou, G.; García, C.; Martínez, M.
- **La medicina paliativa.** Egea García, M.; Such Martínez, M.; Álvarez Escribano, E.; De Mena Casaseca, C.
- **Incumplimiento del protocolo terapéutico en quimioterapia intravesical.** Martí Cervera, A.; Arcas Pérez, M.J.
- **Crónica del 22 Congreso - Sevilla 2000**. Aparcero Bernet, L.A.

Nº 78

- **Neuromoduladores: Experiencia en el Hospital Universitario de Canarias**. Falcón Lecuona, M.L.; Chaves Pacheco, M.D.; Romera Ciriano, M.M.
- **Conocemos a: El Servicio de Urología del Hospital Juan Canalejo, A Coruña**. Del Corral Gómez, S.
- **Por dónde comenzar para poder publicar un artículo en una revista científica**. García Maynar, M.P.
- **Cuidados de enfermería intra y extrahospitalarios dirigidos a pacientes urostomizados**. Gracia Bercero, C.; Regueira, Morandeira, M.L.; García Díez, R.; Zabalza Martínez, D.; Martínez López, E.; Sánchez Martín, A.
- **Mejora de la calidad asistencial al paciente uro-oncológico terminal**. Pereda Arregui, E.; Ramírez Suberbiola, J.M.; Juárez Ruperto, N.; Blaya López, E.
- **Un caso para la reflexión**. Sagüillo Antolín,M.; Gómez Mazo,N.
- **Aspectos históricos en la aplicación de cuidados paliativos. Nuestra experiencia personal y expectativas de futuro**. Sianes Blanco, A
- **Valoración inicial psicofísica del paciente urológico terminal**. García Ausuero, C.; López Rodríguez, L.
- **Plan de cuidados estandarizados para pacientes con cáncer de vejiga terminales**. Lombardía Fernández, F.; López Castelao, L.; Morado Quiñoa, P.; López Arias, L.;

Nº 79

- **Importancia de la enfermería en el paciente sometido a inmunoterapia con BCG**. Castiñeiras Pérez, D.; Aldrey Rey, D.; Carbajosa Blanco, R.; Aldrey Rey, T.
- **Introducción a la escritura y lectura científica**. Seda Diestro, J.; Garrido Díaz, I.; López Rodríguez, L.
- **Cirugía paliativa desobstructiva: endoprótesis uretral**. Guijarro Sánchez, J.; Rueda Casero, M.T.; Morales de los Ríos Luna, P.; Aller Zamanillo, M.
- **La esperanza de vivir**. Cid Cervantes, M.T.; Rodríguez Garrido, M.S.; Zapata García, M.J.
- **Conocemos al: Servicio de Urología del Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz**. Estudillo González, F.
- **Plan de cuidados del paciente urológico terminal**. Castellano Valverde, M.J.; Guijarro Sánchez, J.; Márquez Guillén, A.; Rueda Casero, M.T.
- **El Síndrome de Münchausen en Urología: un caso clínico**. Aldrey Rey, T.; Carbajosa Blanco, R.; Paz Baña, A.; Castiñeiras Pérez, D.; Aldrey Rey, D.
- **Necesidad de continuidad de cuidados de enfermería al alta en la unidad de hospitalización de Urología**. González Lluva, C.; Del Olmo Cañas, P.; Rodríguez Pajares, A.; Martínez Vélez, F.J.; Pérez Martínez, T.
- **Características básicas de los artículos científicos: tipos, funciones y estructuras**
- **Estado actual de la investigación y la formación en Enfermería**. Garrido Díaz, I.; López Rodríguez, L.; Seda Diestro, J. Benavent Garcés, M.A.

Nª 80

- **Estado actual de la investigación y la formación en Enfermería**. Benavent Garcés, M.A.
- **Estructura y componentes de los artículos científicos**. López Rodríguez, L.; Aparcero Bernet, L.A.; Seda Diestro, J.; Garrido Díaz, I.
- **Resección transuretral del tumor vesical**. Bella Rando, A.
- **En busca de una informacion ética**. Sagüillo Antolín, M.; Gómez Mazo, N.
- **Elaboración de un alta de enfermería estandarizada para la resección transuretral de vejiga y de próstata**. Estudillo,F.; Solar Gutiérrez,C.; Iglesias Ruso,R.M.; Mira García,M.M.; Colombo Gaínza, I.
- **¿Es que ya no me quieres?** Jurado Hernández, R.; González Manzano, V.M.; Moreno Maudo, C.; González Burguillos, J.A.
- **Procedimientos y protocolos de enfermería en quirófano de urología**. Pérez Palomares, M.T.; Pacheco Calonge, P.; Vicedo Domínguez, F.; Bruxiola Cebollada, C.

Nº 81

- **Estandarización de procesos en un servicio de urología: evaluación de resultados**. Estudillo,F.; Del Solar Gutiérrez, C.; Iglesias Ruso, R.M.; Mira García, M.M.
- **Plan de cuidados estandarizado: Cistectomía radical tipo *Bricker***. Martín Moreno, J.; Caraballo Núñez, A.; Esquinas Torres, S.; Maestud Martín, G.; Guijarro Gómez, A.
- **Especialidades de enfermería. Una visión de futuro**. Macía Soler, L.
- **Mapas de cuidados, procedimientos de enfermería**. Remírez Suberbiola, J.M.; Pereda Arregui, E.; Delgado Aguilar, H.; Blaya López, E.
- **Protocolo informatizado de gestión en quimioterapia intravesical**. Martí Cervera, A.; Arcas Pérez, M.J.
- **Cuidados de enfermería en la cirugía de la incontinencia urinaria TVT**. Egaña Gorraiz, C.; Lara Bueno, M.C.; Napal Ros, M.C.
- **Avanzando en nuestro programa de formación sobre y para el paciente con esclerosis múltiple**. García Maynar, M.P.; Lacasa Marzo, R.; Navarro Ledesma, D.; Peydró Rico, M.J.

Nº 82

- **Plan de cuidados de enfermería en las neoplasias pélvicas femeninas**. Gutiérrez Rivero, R.; Campos Gómez, M.A.
- **Evaluación de los conocimientos adquiridos sobre Enfermería en Urología en las EUE de España**. González Manzano, V.; Macarro Espino, E.J.; González Burguillos, J.A.; Jurado Hernández, R.
- **Revisión de los cuidados en la hidrocelectomía en un hospital comarcal**. Gómez García, E.; Peñas Castillejo, E.; Horrilo Gutiérrez de Tena, M.A.; González Sánchez, P.M.
- **Implantación de un protocolo de sondaje vesical en cirugía mayor ambulatoria**. Agudo Domínguez, F.J.; Del Solar Gutiérrez, C.
- **Protocolo de actuación de enfermería ante pacientes ambulantes sometidos a prostatectomía radical**. Rodríguez Rodríguez, E.; López Rodríguez, E.M.; Taboada Tarrío, M.E.
- **Infecciones urológicas por Acinetobácter. Estudio de casos y aplicación del protocolo de actuación de enfermería**. González Grande, M.C.; Izquierdo Leal, A.; Luque Llaosa, M.B.; Sánchez Herranz, A.; Díaz Cócera, M.; Torres Jansá, M.

Nº 83

- **Protocolo de cuidados de enfermería en la prostatectomía radical**. Pierre-Louis Lauture, M.; Martínez Feria, L.; Poza Urcelay, M.J.; Calvo Ruíz, F.
- **Enfermería y litotricia extracorpórea por ondas de choque**. Ramírez Rodrírguez, L.A.; González Burguillos, J.A.; Rubio Revuelta, J.
- **Enfermeros en Italia**. Gutiérrez Rivero, R.; Escudero Márquez, A.I.; Campos Gómez, M.A.
- **Innovaciones tecnológicas en enfermería urológica: papel de enfermería**. Alarcón Polo, J.J.
- ***Burnout* en enfermería urológica**. Molina Arteaga, L.; Aranda Vizcaíno, J.L.; Martínez de Aramayona López, M.J.

Nº 84

- **Licenciatura, carrera profesional y especialidades**. Sanchís Ramos, B.
- **Educación para la salud en el paciente portador de un catéter de nefrostomía percutánea**. Huerta, M.
- **Cauterizaciones de la uretra por sustancias químicas**. Vázquez Díaz, J.
- **Innovaciones tecnológicas en enfermería**. Garrido Mora, A.
- **Puesta en marcha de un programa de mejora de calidad en un servicio de urología**. Martínez Casamayor, C.; Martín Valenciano, M.; Lacasa Marzo, R.; García Maynar, M.P.; Peydro Rico, M.J.
- **Resección transuretral de próstata**. Bella Rando, A.

Nº 85

- **Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado (*Bricker*)**. Berrio Galán, G.; Casanova Tardío, M.; Piqué Tió, N.; Tegido Valenti, M.
- **Implantación y análisis de la Guía Clínica: resección transuretral del tumor vesical superficial**. Lombraña Mencia, M.; Acebrón Antón, B.; Baixauli Puig, M.; Gómez Porcel, A.; Ramos, A.
- **Cuidados enfermeros en la instilación vesical de mitomicina-c**. Caraballo Núñez, M.A.; Boza Cachay, P.; Maestud Martín, G.; Romero Mari, E.; Esquinas Gómez, S.
- **Tabaco y cáncer de vejiga urinaria**. Jiménez Gutiérrez, C.; Lombraña Mencia, M.; Llorens Rovira, M.; Acebrón Antón, B.; García Marrón, I.
- **Informe de continuidad de cuidados en el paciente operado de RTU vejiga-próstata**. Del Solar Gutiérrez, C.; Iglesias Ruso, R.; Agudo Domínguez, F.J.
- **Cuidados de enfermería en el paciente neuromodulado**. Cid Cervantes, T.; Zapata García, M.J.

Nº 86

- **¿Somos capaces de ayudar a nuestros pacientes? Reflexión de un caso clínico**. J. Guijarro Sánchez, M.T. Rueda Casero.
- **Dolor en el paciente posquirúrgico**. A. Aboy García, C. Delgado Porto, I. Presedo Fariña, I. Rodríguez Castelo, S. del Corral Gómez.
- **Alergia al látex en urología**. A. Márquez Guillén, M.T. Rueda Casero, J. Guijarro Sánchez, M.J. Castellano Valverde.
- **Análisis de las necesidades de los pacientes intervenidos de RTU**. M.L. Armendáriz Olalla, D.N. Luque Guerrero.
- **Registro de Enfermería para Cirugía Urológica Endoscópica: RTUp, RTUv, TCP**. A.M. Gamayo Serna, M.R. Ruiz Marcos, F. Gil Alvanedo, C. Gadea Cruzado.

- **Análisis de las encuestas realizadas a los usuarios y al personal sanitario sobre una nueva bolsa para la recogida de orina en la micción para los hombres con dificultad de deambulación**. A. Real Romaguera, J. Buforn Valero, C. Piquer Bosca, A. Rubia Fernández, E. Ferrer Casares, A. Muñoz Izquierdo.
- **Experiencia de una consulta de Enfermería en una unidad de litotricia**. C.Muñoz Balaguer, V. Martí Peiró, C. Morillo Serrano, J.M. Devis Álvarez, E. Calatayud Suñer.

Nº 87

- **Cinta vaginal sin tensión. Cuidados de Enfermería**. Del Olmo Cañas, P.; González Lluvas, C.; Aller Zamanillo, Mª.M.; Freire García, E.; Morales de los Ríos Luna, P.
- **Introducción de sistemas informatizados hospitalarios y su repercusión en el trabajo de enfermería**. Pérez Palomares, Mª.T.; Vicedo Domínguez, F.
- **¿Coordinación de altas hospitalarias?** Pereda Arregui, E.; Blaya López, E.; Delgado Aguilar, H., Remírez Suberbiola, J.M.
- **Análisis de los Diagnósticos de Enfermería**. Gómez Mazo, N.; Sanguillo Antolín, M.
- **Análisis crítico de los cuidados de Enfermería a través de la gestión y la satisfacción de los usuarios en el Servicio de Urología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla**. Sena Orta, S.; Barrio Delgado, A.; Conejero Caballero, F.; Alonso Moreno, E.; Rivas Calderón, J.; Ramos Suárez, J.M.
- **¿Fumas? Paradojas Sanitarias**. Campos Gómez, M.A.; Gutiérrez Rivero, R.
- **Herramientas metodológicas en el avance de los cuidados**. Poza Urcelay MJ, Martínez Feria L, González Moreno MJ.
- **Litotricia extracorpórea y dolor**. Ramírez Rodríguez, L.A.; González Borguillos, J.A.; Morcillo Navarro-Casas, Pilar.

Nº 88

- **La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento para la calidad**. Aparcero Bernet L, Núñez García A., Ramos Fernández M., Zahíno Ruiz G., Olcina Santonja R, Romero Sánchez M., Bozzo Fernández A, Muñoz Luna L., Barea Monchón A
- **Evolución en los registros de los cuidados de enfermería en los niños intervenidos de hipospadias**. Gutiérrez Juárez M., Cuerva Molina, A.
- **Pasado, presente y futuro de la nefrectomía**. Lombraña Mencía, M.
- **Cuidados de Enfermería en el autocateterismo vesical en pacientes intervenidos de neovejiga**. Mª José Poza Urcelay; Mª José González Moreno; Laura Martínez Feria; Mario Pierre; Louis Lauture.
- **Prostatectomía radical: Estandarización de los cuidados al alta**. Caraballo Núñez, Miguel Ángel; Boza Cachay, Pedro; Maestud Martín, Gema; Romero Marí Elena; Álvarez Gregorio, Elena.
- **De la piedra a la litotricia**. Delgado Aguilar, H.; Remírez Suberbiola, J. M.;Pereda Arregui, E.; Blaya López, E.; Pérez Tomás, P

Nº 89

- **Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria**. Napal Ros, C.; Lara Bueno, C.; Echeandía Valencia, B.; Egaña Gorraiz, C.; Lezaún Arrón, R; Sancho Rey, B.; Recalde Yoldi, A.
- **La enfermería en el preoperatorio de las ureteroleostomías tipo *Bricker*: ¿qué tenemos que aportar?** Egea González, S.C.; Perales Martínez, E.; Zomeño Delgado, A.; Domínguez Barriales, M.
- **Urología, docencia y formación en los estudios de Pregrado**. Fernández Fraga, I.
- **¿Qué sabemos de la gestión del conocimiento?** Sagüillo, M.; San José, B.; Gómez, N.; De la Hoz, N.
- **Imagen social de la enfermería: un vistazo al espejo público**. Pedre Seoane, M.; Pita Barral, M.C.; Valiño Pazos, C.

Nº 90

- **Sondaje vesical. Protocolo de Enfermería**. Arcay Ferreiro, E.; Ferro Castaño, A.M.; Fernández González, B.; García Rodríguez, B.; González Gómez, J.M.; Rodríguez del Amo, M.D.; Viaño López, M.C.
- **Utilidad de la flujometría en pacientes tratados con braquiterapia prostática**. Rodríguez García, C.; Pazos Abal, I.; Méndez Rodríguez, C.
- **Plan estandarizado de cuidados intraoperatorio**. Varela Curto, M.D.; Villamisar Ferreiro, M.J.; Sanjurjo Gómez, M.L; Lamata Martínez, A.
- **Un instrumento para mejorar la calidad: Guía de cuidados estandarizados para pacientes alérgicos al látex**. Varela Curto, M.D.

Nº 91

- **Cinta vaginal sin tensión. Cuidados de Enfermería**. Del Olmo Cañas, P.; González Lluvas, C.; Aller Zamanillo, Mª. M.; Freire García, E.; Morales de los Ríos Luna, P.
- **Incontinencia urinaria en la mujer, ¿qué debemos saber?** Estudillo González, F.; Garrido Insua, S.; Sánchez-Ferragut, C.; Nieto Barea, M.; Rodríguez-Rubio Cortadellas, F.
- **Herramientas metodológicas en el avance de los cuidados**. Poza Urcelay, M.J.; Martínez Feria, L.; González Moreno, M.J.
- **Efectividad de las recomendaciones al alta en pacientes prostatectomizados del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria**. Servicio Urología Hospital Santiago Apóstol.
- **¿Coordinación de las altas hospitalarias?** Pereda Arregui, E.; Blaya López, E.; Delgado Aguilar, H., Remírez Suberbiola, J.M.

Nº 92

- **Análisis crítico de los cuidados de Enfermería a través de la gestión y la satisfacción de los usuarios en el Servicio de Urología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla**. Sena Orta, S.; Barrio Delgado, A.; Conejero Caballero, F.; Alonso Moreno, E.; Rivas Calderón, J.; Ramos Suárez, J.M.
- **Análisis de los Diagnósticos de Enfermería**. Gómez Mazo, N.; Sanguillo Antolin, M.
- **Técnica «HIFU» en el tratamiento del cáncer de próstata**. Carballo Moreno, N.; Del Olmo Cañas, P.; García Martín, A.I.; González Lluva, C.; García Merchán, P.
- **Innovación terapéutica en el tratamiento del dolor óseo pos metastización del carcinoma de próstata. Perspectiva de enfermería**. Machado Andrade, M.; Neves Sousa, C.; Nunes, V.
- **Experiencia en el uso de las trayectorias clínicas de la resección transuretral del tumor vesical y el adenoma de próstata**. Suero Suñez, B.; Lima Agraz, M.; Torrent Torrent, A.
- **Proceso enfermero: de la teoría a la práctica**. González Fernández, J.C.; Medina Cordero, A.; Avilés Sánchez, C.
- **Repercusión de las actividades de enfermería sobre la reducción de la estancia hospitalaria**. Cereijo Garea, C.; Pueyo González, B.; Bazarra Martín, A.; Fuente Moreno, C.; Gavín Bouso, H.; Vieito Estaviz, C.

Nº 93

- **¿Es preciso un apoyo nutricional a pacientes quirúrgicos urológicos?** Egea González, S.C.; Perales Martínez, E.; Jiménez Martínez, M.G.; Romero Mari, E.; Bravo Esteban, A.M.
- **El derecho a la intimidad en el paciente urológico**. García Pardo, L.; Díaz Plana, A.; García Millán, M.C.; Martínez Marín, M.; Piriz Marabaján, M.; Purcalla Mor, S.
- **Análisis y evaluación de buscadores en la web sobre información de Enfermería Urológica**. San José Montano, B.; Saguillo Antolín, M.; Gómez Mazo, M.
- **Carcinoma escamoso de uretra**. Gómez Porcel, A,; Lombraña Mencía, M.
- **Estrategia general de búsqueda de información**. Garrido Mora, A.
- **Atención integral al usuario intervenido de nefrectomía laparoscópica**. Cuenca García, J.A.; Díaz Rodríguez, F.; Fernández Fernández, J.L.; Moreno Azuaga, F.

Nº 94

- **Normalización de intervenciones de enfermería en urología**. Delgado Aguilar, H.; Pereda Arregui, E.; Delgado Aguilar, M.J.; Remírez Suberbiola, J.M.; Blaya López, E.
- **Estandarización de los cuidados de Enfermería**. Tobalina Quijano, I.; Arribas Arroazo, E.; Castro Amor, M.C.
- **Reeducación del suelo pélvico**. García Martín, A.I.; Del Olmo Cañas, P.; Carvallo Moreno, N.; Medina Varela, M.; González Lluva, C.; Morales de los Ríos Luna, P.
- **Plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes sometidos a RTU**. Cid Losada, P.; Rubio Revuelta, J.; De la Calle Gil, M.; Rodríguez Ríos, M.; Martínez Cordero, M.; González Burguillos, J.A.
- **Elaboración de un artículo original**. Garrido Mora, A.

Nº 95

- **Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal y hematuria**. Pons Prats, A.; Escoda Pellisa, T.; Brull Gisbert, L.; Anento Nolla, S.; Martínez Segura, E.; Porcar Domenech, E.
- **Protocolos de cuidados de enfermería quirúrgica en cirugía laparoscópica urológica**. Palmero Hernández, N.; Rodríguez Guaza, M.L.; Valderrama, M.J.
- **Plan de cuidados básicos estandarizados en hospitalización urológica: una visión desde el aprendizaje**. Luque Alaba, J.M.; Aragonés Domínguez, A.E.
- **Incontinencia urinaria «versus» calidad de vida**. Neves de Sousa, C,; Nascimento, A.; Machado Andrade, M.
- **Propuesta de diseño de programa de gestión de calidad para una unidad de enfermería: programa MARTE**. Aparcero Bernet, L.; López Rodríguez, L.; González Burguillos, J.A.; Rubio Revuelta, J.; Tejedor Fernández, M.

Nº 96

- **Estandarización de los cuidados de enfermería en las complicaciones de la poscirugía radical de próstata**. Quintanilla Sanz, Ana. Cucurull Llobet, Mª Abel. Serra Gubernet, Lidia.
- **Ablación por radiofrecuencia: Una alternativa en el tratamiento de tumores renales**. A. Sánchez Mucientes, R. Rivero Gutiérrez, F. Rodríguez Hernández, E. Calvo Domínguez, P. Muñoz Rubio, Y. Gómez Gutiérrez.
- **Síndrome pélvico en enfermos oncológicos**. L.A. Flores, C. García, E. Uña.
- **Nuestra experiencia con el *NMP22 BladderChek Tm Test***. J. Martínez de Iturrate Arin, C.R. Vicente Toriibio, E., Fernández del Busto, L. Sanz Justo.

Nº 97

- **Estandarización de los cuidados de enfermería en las complicaciones de la poscirugía radical de próstata**. I Zapatero Gatón, B Quilchano Gonzalo, J Ausin Gómez.
- **Educación al alta para paciente prostatectomizado radical**. D. Pérez Barreno, JM. González, E. Páves Lorenzo, D. Marrero del Castillo.
- **Manejo del dolor posoperatorio en cirugía radical urológica con analgesia epidural**. Nuñez Martínez G., de Miguel Santamaría I., Cuadrillero Rodríguez F., Calvo Domínguez M.E., Núñez Pérez S., Rodríguez Valtueña M.L., González de Zárate Apiñaniz, J.
- **Educación sanitaria en la unidad de hospitalización del servicio de urología**. M. León Bolívar, M. Lombraña Mencía, B Acebrón Antón.

Nº 98

- **Plan de cuidados al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena**. Aranda Alavrez de Iara MI, Pérez González J, Rosell Casarrubios, MC.
- **La función del auxiliar de enfermería en los planes de cuidados del anciano urológico**. Ivero Gutierrez R, Díaz García C, Ferrero Bernardino MJ, Cuadrillero Rodriguez F.
- **Eneuresis nocturna**. Delgado Aguilar H, Pereda Arregui E, Remirez Suberbiola JM.
- **Evolución de la actividad en los registros de enfermería en pacientes que ingresan para prostatectomía**. Hernández San Antonio N, Gorjón Hernández J, Martín Hernández I, Rasero Requejo A, Ortiz Sánchez R.
- **Endoprótesis ureterales**. Muñoz Rubio PL, Madrigal Ortego E, Rodríguez Hernández F, Calvo Domínguez E, Cuadrillero Rodríguez F, Fernández Samaniego E.

Nº 99

- **Desarrollo de una estación de trabajo electrónica multiuso para profesionales de la salud**. Blázquez Hernández R., Sánchez Ramos L., Herrero Cecilia I.
- **Manejo de los espasmos vesicales en una unidad urológica**. Alonso Frías MA, Sánchez Tovar MD, Cánovas Tomas MA, Urgoiti Badiola A, Pérez Rastrojo A, Pardo Leal AI.
- **Enfermería en la neuromodulación de las raíces sacras. Plan de cuidados**. García Murillo, MA, Cid Losada P, González Burguillos JA, Rubio Revuelta J.
- **Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica**. Sanguillo Antolín, M.
- **Mejorar la satisfacción del paciente durante su ingreso hospitalario**. Viñuela López R, Francha Llasat R, Mena Sanch Martí A, Annento Nolla S.

NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS

ELECCIONES A JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

Durante la Asamblea General de nuestra Asociación celebrada el pasado mes de octubre en Lleida, se procedió a la elección de nueva Junta Directiva que regirá los destinos de esta asociación los próximos cuatro años. La nueva Junta Directiva está formada por los siguientes asociados:

Presidenta:	Ana Quintanilla Sanz (Lleida)
Vicepresidente:	Francisco Estudillo González (Puerto Real-Cádiz)
Secretario:	Luis A. Aparcero Bernet (Sevilla)
Tesorero:	Vicente Carrasco Rozalem (Madrid)
Vocal I:	Conchita Martínez Casamayor (Zaragoza)
Vocal II:	Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)
Vocal III:	Ana Isabel García Martín (Madrid)

PREMIO ENFURO 2004/2006

Durante el acto de clausura del XVIII Congreso fue otorgado el premio ENFURO al mejor trabajo publicado en los dos últimos años en nuestra revista (números del 91 al 97) siendo ganador el titulado: «El derecho a la intimidad en el paciente urológico», cuyos autores son: García Pardo, L; Díaz Plana, A; Garcia Millán, MªC; Martínez Marín, M; Piriz Marabajan, M; Purcalla Mor, S. Enhorabuena a todos.

CAMBIO DE SECRETARÍA

La AEEU tiene su sede institucional y administrativa en Madrid, en la calle **Conde de Peñalver 96, 2º A- 28006**.

No obstante, a efectos prácticos, ya que el actual secretario reside en Sevilla y, una vez aprobado el cambio en la Asamblea celebrada en Lleida, la Secretaría de la Asociación pasa a estár ubicada a partir de ahora en el Colegio de Enfermería de Sevilla, donde los socios y todos los interesados pueden dirigirse por correspondencia, teléfono o fax.

Secretaría: **COLEGIO DE ENFERMERÍA. Avda. Ramón y Cajal, 20. 41005 Sevilla**
Teléfono: 95 493 38 00 Fax: 95 493 30 03 e-mail: enfuro@enfuro.org *(preguntar por Srta. Eva)*

CURSO PARA ASOCIADOS MARZO 07

Entre los objetivos de la nueva junta está el fomentar las **actividades formativas hacia los socios**; por ello, terminado el Congreso, la Junta Directiva se ha puesto manos a la obra para poder ofertar una **acción formativa**.

Dado que es de interés el fomentar la participación de calidad en los congresos y la publicación en la revista, se está diseñando un curso específico sobre esto éstas para la primera quincena de marzo.

De todo ello, forma de inscripción, plazos y contenido del curso, os informaremos puntualmente.

NUEVOS SOCIOS

La asamblea aprobó la inscripción de socios a los compañeros que aportaron producción científica al congreso en forma de comunicación oral y póster.

A estos participantes se les bonificará la cuota del primer año para participar de todas las ventajas de ser socio, revista, bonificación de cuota a congresos, participación en actividades docentes, etc., ofreciéndoles la oportunidad de continuar en la asociación pasado este periodo.

Esta acción motivó la inscripción de más de 30 compañeros, de los que esperamos continuidad en nuestra sociedad y una contribución efectiva por parte de ellos.