enfuro
Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 102. Junio 2007

XXIX Congreso Nacional de Enfermería Urológica (Murcia)

Detección de incontinencia urinaria

Protocolo de reeducación vesical en incontinencia urinaria

Beneficios del ejercicio físico en la recuperación del paciente intervenido de Bricker

ENFURO
nº 102 / Abril/Mayo/Junio 2007
Cuarta 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

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología
Depósito legal: M-18042-1980
ISSN: 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)
Secretaría: Colegio de Enfermería. Avda. Ramón y Cajal, 20. 41005 Sevilla
Teléfono: 954 93 38 00. Fax: 954 93 30 03
Sede Administrativa: C/ Conde de Peñalver, 96- 2º A. 28006 Madrid
Correo electrónico: enfuro@enfuro.org

SUMARIO

- Editorial 5
- Formación estratégica para el desarrollo de competencias: tutores de enfermería en el Servicio de Urología. Mª A. Pons Prats, Mª T. Escoda Pellisa, L. Brull Gisbert, S. Anento Nolla, I: Menasanch Martí, R. Franch Llasat, R. Viñuela López, C. Marsá Fadurdo 6
- Detección de incontinencia urinaria. Delgado Aguilar, H.; Remírez Suberbiola, J. M.; Pereda Arregui, E.; Delgado Aguilar, M. J. 10
- Protocolo de reeducación vesical en incontinencia urinaria. Francisco J. Milla España 14
- XXIX Congreso Nacional de Enfermería Urológica Murcia, 16 al 19 de octubre de 2007 18
- Necesidad de seguridad: ¿Está cubierta en los pacientes del Servicio de Urología? Estudio descriptivo. I. Menassanch, R. Franch Llasat, R. Viñuela López, S. Anento, Mª T. Ecoda, A. Pons, Ll. Brull, C. Marsá Fadurdo 26
- Beneficios del ejercicio físico en la recuperación del paciente intervenido de Bricker. A. Real Romaguera, C. Piquer Boscá, A. Rubia Fernández, H. Ferrer Casares 32
- Noticias 34

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

Rebasadas ya las 100 revistas de nuestra Asociación, os traemos a las páginas de este número el editorial de la revista número 1. Fue publicado en 1980 y en él se entremezclan frases esperanzadas y optimistas que hacían presagiar una larga vida a este medio difusor, como así ha sido.
Os le hemos reproducido tal cual aparece en el número y con el mismo sentimiento que quiso darle el presidente de aquella época.
Sirva este editorial como homenaje a todos los que hicieron posible que hoy, casi treinta años después, puedas tener en tus manos un órgano de difusión veterano entre las distintas publicaciones de enfermería de habla hispana.

Queridos amigos:

En la Asamblea General celebrada en el Centro Ramón y Cajal, de Madrid, el día 17-10-77 se decidió iniciar los trabajos encaminados a conseguir que nuestra Asociación pudiera disponer, en su día, de una Revista profesional.

Fui encargado, con José Cuadrado y Domingo de la Torre, de poner en marcha esta idea.

Se cumple, pues, con la aparición de este primer número de la REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE A. T. S. EN UROLOGÍA, una ilusión largamente acariciada.

La tarea no ha sido fácil. Por un lado estaban los condicionamientos económicos con que tropezábamos; por otro, las disposiciones oficiales y las limitaciones a que estaban sometidas las casas comerciales.

Pero quizá lo más difícil de entender es que nosotros vendíamos un producto sin tenerlo. Vendíamos una idea que era exclusivamente nuestra y en la que había que creer fiándose de nuestra palabra. Qué duda cabe que nos ayudó, de forma fundamental, el prestigio alcanzado por nuestra Asociación y el crédito y trabajo personal de la Junta Directiva, lo cual hizo posible lo que, en principio, no era más que una utopía.

Queríamos, además, que la Revista se autofinanciara, que el asociado no tuviera que hacer ninguna aportación económica y que la Asociación no corriera con más gastos que los derivados de la propiedad de la Revista. Y también esto se ha conseguido.

Si en estos momentos, mirando hacia atrás, recorriendo nuevamente el camino andado tuviera que explicaros puntualmente cómo se ha desarrollado todo, quizá el primer sorprendido fuera yo.

Sabíamos de la necesidad de un medio de comunicación entre todos los asociados y fue por ello que iniciamos nuestras Hojas Informativas, alevín de lo que en su día debería ser la Revista. Incluso se mantuvo, en cierto modo, la periodicidad que se pretendía darle.

En la primera de ellas, en noviembre de 1978, me comprometía públicamente, entre otras cosas, a que presidiendo esta Junta Directiva, ofrecer realidades concretas. En definitiva, a trabajar para la Asociación.

La Junta Directiva ha sido fiel a esta promesa hecha y la primera de las realidades está aquí, fruto de un trabajo consciente, programado y continuo.

Pero una revista profesional no es, no debe ser, solamente un medio de comunicación. Debe ser también el alma de la Asociación, que, en cierto modo, representa; la que vaya marcando las necesarias pautas a seguir; abriendo nuevos caminos; fijando metas, cada vez más ambiciosas, siempre dentro de una lógica razonada.

El que el primer número vea la luz no quiere decir que todo está conseguido en este terreno. En varias ocasiones os he dicho que esta Junta Directiva necesitaba vuestra colaboración y estímulo, vuestra crítica constructiva, vuestras sugerencias. En definitiva, esa aportación necesaria para que lo conseguido hasta el momento pueda ser mantenido, aumentado y mejorado.

Y esta realidad que es, en este momento, nuestra Revista, no podemos ya perderla. Mantenerla debe ser obligación de todos y cada uno de nosotros.

Queremos que sea, fundamentalmente, la Revista del A. T. S. Urólogo. Que en ella se expongan nuestras experiencias, nuestros problemas profesionales y sus soluciones, el comentario a nuevas técnicas, etc. Todo lo que significa la vida profesional del especialista en la vida hospitalaria, en la práctica de la Medicina rural, privada, en la empresa... Que nos haga estar al día, que nos estimule.

Pero, básicamente, que nos ayude a conocernos mejor y pasar de ser los miembros de una Asociación a lo que siempre ha sido mi gran ideal: la gran familia urológica. Que cada Congreso, cada Curso Intensivo, independientemente de sus jornadas de trabajo, sea la reunión de unos amigos entrañables, de diferentes regiones, con una idea común: la amistad.

Pedir, nuevamente, vuestra colaboración no entra en el terreno de la insistencia, sino del obligado recordatorio de que esta Revista no será posible de otra manera.

Vamos a seguir cubriendo el camino proyectado, quemando etapas, que sin olvidar el pasado, del cual adquirimos sus experiencias, nos hagan mirar hacia un futuro optimista, de metas cada vez más amplias, con objetividad, con claridad de ideas y con los pies firmemente puestos en el suelo.

En esta nueva etapa vamos a tener errores, fruto de nuestra inexperiencia, y quizá este primer número sea un ejemplo de ello. A todos nos corresponde corregirlos.

Al terminar este Editorial con el que me dirijo a todos vosotros no puedo dejar de recordar, emocionadamente, a quienes creyeron firmemente en nuestra Asociación, que nos apoyaron constantemente con su presencia, con su estímulo y su consejo, y que, desgraciadamente, no podrán ver este primer número: Alejandro del Llano Serrano y Francisco María Pérez de Arrilucea. Pero seguirán estando con nosotros.

Las metas previstas, tanto por la Junta Directiva de la Asociación como de la Revista, van a ser las prometidas desde el primer día de nuestra gestión: seguir trabajando, ofrecer realidades concretas que hagan nuestra Asociación más fuerte, respetada y admirada.

Mejorar lo conseguido con la mirada puesta en un futuro sin fronteras. Desde las páginas de la REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE A. T. S. EN UROLOGÍA, desde nuestra Revista, os envío, en nombre propio y en el de la Junta Directiva, un fuerte abrazo, esperanzado y optimista.

Luis A. JURJO ALONSO

Mª. A. Pons Prats; Mª. T Escoda Pellisa; L. Brull Gisbert; S. Anento Nolla; I. Menasanch Martí; R. Franch Llasat; R. Viñuela López; C. Marsà Fadurdo

Formación estratégica para el desarrollo de competencias: tutores de enfermería en el Servicio de Urología

Introducción

Hoy en día, el conocimiento es la materia prima en el nuevo sistema de creación de riqueza. ¿Cómo llegar al conocimiento? La vía principal es la formación. Una formación concebida con y para personas que trabajan juntas y aprenden juntas.

En enfermería tenemos que aprender a redescubrir del saber práctico de la enfermera, es decir de la enfermera como «constructora» de saberes y no sólo una mera «aplicadora».

Podríamos llamarlo conocimiento personal (Elbaz,1981) o conocimiento práctico reflexivo (Schön, 1983), que integraría el conocimiento producto de la biografía y experiencias pasadas de la enfermera, con conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica o con la comprensión del contexto de actuación profesional (Benner,1984).

Por otra parte, la calidad de los servicios sanitarios depende de la competencia de los profesionales. Así pues es imprescindible definir y evaluar las competencias profesionales para mejorar la formación, asegurar la calidad y gestionar a los profesionales por competencias.

La evaluación de las diversas etapas (al finalizar la formación de pregrado, la formación de posgrado o de especialización y durante el trabajo independiente) tiene propósitos, contenidos y métodos diferentes y las instituciones implicadas deben responsabilizarse para conseguir los profesionales que la sociedad necesita.

Así, la responsabilidad concedida a la formación nos obliga a reflexionar sobre su función y sus prácticas, buscando nuevas formas y enfoques que permitan garantizar el desarrollo de competencias. La formación se convierte en una inversión, y no en un gasto, para la organización.

Con esta idea, desde el Institut Català de la Salut (ICS) se está impulsando la formación de tutores de enfermería para una posterior formación de las enfermeras/os de nueva incorporación. Nos centraremos pues en este trabajo en la figura del tutor y más exactamente del tutor en un Servicio de Urología.

Objetivos

Garantizar la seguridad de los pacientes y minimizar el riesgo de errores durante los primeros días de trabajo.

Asegurar el conjunto mínimo de conocimiento, habilidades y actitudes que han de tener las enfermeras de nueva incorporación en un Servicio de Urología.

Aumentar en 1 punto su nivel competencial al finalizar la tutoría.

Metodología

El instrumento de evaluación de competencias en el contexto de la práctica habitual es el COM-VA (evaluación de competencias de la enfermería asistencial en el ámbito hospitalario).

Dicho instrumento se creó a partir de un proyecto de gran envergadura a principios del 2005 desde la División Hospitalaria del ICS, basado en los estudios de experiencia clínica de la Dra. Patricia Benner y en el Modelo de Adquisición de Habilidades de los hermanos Dreyfuss.

El COM-VA evalúa 6 competencias y cada una de ellas consta de 5 elementos competenciales. Dicho instrumento ha sido consensuado por un gran número de enfermeras de los 8 hospitales del ICS.

Las competencias a evaluar son:

• **Competencia 1: «Tenir cura»/ Cuidar.**

1.1. Establecer una relación terapéutica y estar presente.

1.2. Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos.

1.3. Preservar la dignidad, la confidencialidad y la intimidad, a pesar de las limitaciones estructurales y organizativas.

1.4. Suplir, ayudar o supervisar al paciente en la realización de actividades que contribuyan a mantener o mejorar su estado de salud (o una muerte digna).

1.5. Proporcionar información y soporte emocional.

• **Competencia 2: Valorar, diagnosticar y abordar situaciones cambiantes.**

2.1. Identificar el estado basal del paciente y planificar los cuidados adecuados.

2.2. Identificar cambios significativos en el estado del paciente y actuar en consecuencia.

2.3. Identificar precozmente señales de alarma: previsión de complicaciones antes de que se confirmen claramente las manifestaciones.

2.4. Identificar y ejecutar correctamente y a tiempo, actuaciones en casos de extrema urgencia con riesgo para la vida del paciente o, en el caso de una crisis o complicación grave, hasta la llegada del médico.

2.5. Preparar con antelación y abordar de forma ordenada y eficiente el desarrollo de situaciones graves o de alta intensidad de cuidados casi simultáneos o en cadena en diferentes pacientes.

• **Competencia 3: Ayudar al paciente a cumplir con el tratamiento y hacerlo partícipe.**

3.1. Realizar de forma adecuada procedimientos básicos.

3.2. Realizar de forma adecuada procedimientos complejos.

3.3. Realizar de forma adecuada procedimientos de alta complejidad o realizar de forma adecuada cualquier procedimiento en situaciones complejas o administrar de forma correcta multiterapia de alto riesgo simultánea en pacientes diferentes.

3.4. Administrar de forma correcta y segura los medicamentos.

3.5. Realizar correctamente los cuidados asociados a la administración de medicamentos.

• **Competencia 4: Contribuir o garantizar la seguridad y el proceso asistencial.**

4.1. Prevenir lesiones y/o abordar adecuadamente las respuestas emocionales que ponen en peligro la seguridad del paciente o de otros de su alrededor.

4.2. Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería.

4.3. Modificar los planes de cuidados y/o los planes terapéuticos según el estado del paciente y actuar en consecuencia.

4.4. Comunicarse con el médico para sugerir, obtener y/o pactar modificaciones del plan terapéutico mas adecuadas al estado del paciente.

4.5. Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente y/o comunicarse con los servicios de soporte para adecuar las intervenciones clínicas al estado del paciente.

• **Competencia 5: Facilitar el proceso de adaptación/afrontamiento.**

5.1. Valorar el estado y los recursos del paciente para afrontar el proceso.

5.2. Facilitar una interpretación adecuada de su estado y proporcionar pautas explicativas que favorezcan recuperar la sensación de control de la situación.

5.3. Influir en la aptitud del paciente para recuperarse y responder a las terapias. Enseñar al paciente a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo él mismo.

5.4. Valorar el estado y los recursos de la familia/cuidador para afrontar el proceso y potenciarlo si es necesario.

5.5. Influir en la aptitud de la familia/cuidador para afrontar el proceso.

Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas descritas que puedan llevar a cabo.

• **Competencia 6: Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante.**

6.1. Integrarse en el equipo de trabajo.

6.2. Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo dentro del equipo de enfermería,

6.3. Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo, con diferentes profesionales de múltiples disciplinas.

6.4. Delegar tareas al personal auxiliar o de soporte en base a: normativas asistenciales, el pacto en el servicio y la valoración de la capacidad para la realización de estas tareas.

6.5. Participar en el proceso de aprendizaje propio, de nuevos miembros del equipo y de los alumnos de enfermería.

Todos estos elementos se definen detalladamente mediante unos criterios de evaluación y conductas a valorar.

Al hacerse la valoración se puntuará la actuación o conducta habitual, cotidiana del profesional, que nos permitirá conocer su grado de experiencia y que según el «Modelo de adquisición de habilidades» de los hermanos Dreyfuss se divide en 5 niveles:

1. Aprendiz:
- Son los primeros meses.
- No tiene experiencia en la situación que debe afrontar.
- Necesita directrices y que vienen marcadas por la enseñanza teórica universitaria.

2. Principiante:
- De 1 a 2 años.
- Ejecución medianamente aceptable.
- Han afrontado «aspectos de situación» (Dreyfuss).
- Necesitan pautas o guías.
- Les cuesta hacerse cargo de la situación, precisan ayuda de un tutor o compañero más experimentado.

3. Competente:
- De 2 a 3 años.
- Tiene la sensación de conocer su oficio.
- Sabe organizar y empieza a planificar y coordinar situaciones complejas.
- Le falta presteza y flexibilidad.
- Le falta experiencia para identificar situaciones por aspectos globales.

4. Proeficiente:
- De 3 a 5 años.
- Tiene la percepción de un TODO y no por aspectos.

– Presenta perspectiva espontánea según su experiencia.
– Capaz de captar una «Señal de alerta precoz».

5. Experto:
– Más de 5 años.
– Capta intuitivamente las situaciones y se centra en el núcleo del problema.
– Parte de un profundo conocimiento global de la situación.

Y justamente el rol del tutor está en el desarrollo de la competencia del primer grupo (Aprendiz).

Desarrollo

Perfil del tutor
– Profesional incorporado a la plantilla
– Tener un nivel de experiencia clínica de PROEFICIENTE.
– Que presente actitud y aptitud pedagógica.
– Formación específica y actualizada en el ámbito asistencial.
– Con un tiempo mínimo de ejercicio profesional de 5 años y de 2 años en el servicio de urología.
– Se le valorará específicamente el punto 6.5 del COM-VA.

Funciones

1. Evaluar al profesional de nueva incorporación al iniciar la tutoría. Conocer sus conocimientos de pregrado y si ha tenido contacto con enfermos urológicos en sus periodos de prácticas.

2. Orientarlo y asesorarlo en el proceso de incorporación a la unidad. Situarlo en el servicio, explicarle los protocolos de las intervenciones y patologías más frecuentes, la informatización de las altas...

3. Ser el referente del profesional, el interlocutor, durante el desarrollo del programa.

4. Propiciar momentos de discusión, cuestionar hechos y plantear elementos que puedan servir para el análisis, la síntesis, la crítica y la creatividad. Ayudarlo a resolver problemas y dudas. Plantearle prácticas reflexivas como, por ejemplo, cómo actuar para realizar un lavado a un catéter ureteral, a una nefrostomía, o a una sonda vesical; cuál es la diferencia y la importancia de esta diferencia.

5. Facilitarle la adquisición de habilidades, conocimientos y actitudes en el ejercicio de la actividad asistencial.
– Habilidades: supervisar las técnicas y cuidados relacionados con el enfermo urológico.
– Conocimientos: proporcionarle bibliografía e información para ampliar y apoyar sus conocimientos, sobre todo en lo referido a patologías e intervenciones más frecuentes en nuestro ámbito hospitalario (adenomectomía, nefrectomía, uropatía obstructiva, cistectomía radical, hidroceles...), además de los protocolos de cuidados estandarizados.
– Actitudes: intentar ser un referente en el saber estar.

6. Tutorizar la práctica clínica mediante la observación participativa. El tutor forma parte del equipo asistencial, colaborando y participando en todo momento en la actividad asistencial.

7. Evaluar al profesional al finalizar el programa. Reevaluar con el instrumento COM-VAT.

COM-VAT DEFINICIÓN

A partir del instrumento de evaluación COM-VA se ha creado el instrumento de tutorización en el que se valoran las siguientes competencias, de éstas algunos elementos competenciales en concreto:

COMPETENCIA 2
2.1. Identificar el estado basal del paciente y planificar los cuidados adecuados.
2.2. Identificar cambios significativos en el estado del paciente y actuar en consecuencia.
2.4. Identificar y ejecutar correctamente y a tiempo actuaciones en casos de extrema urgencia con riesgo para la vida del paciente o, en el caso de una crisis o complicación grave, hasta la llegada del médico.

COMPETENCIA 3
3.1. Realizar de forma adecuada procedimientos básicos.
3.2. Realizar de forma adecuada procedimientos complejos
3.4. Administrar de forma correcta y segura los medicamentos.
3.5. Realizar correctamente los cuidados asociados a la administración de medicamentos.

COMPETENCIA 4
4.1. Prevenir lesiones y/o abordar adecuadamente las respuestas emocionales que ponen en peligro la seguridad del paciente o de otros de su alrededor.
4.2. Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería.
4.3. Modificar los planes de cuidados y/o los planes terapéuticos según el estado del paciente y actuar en consecuencia.

Periodo de la tutoría

– En un principio se propone una tutoría de 20 horas, como prueba piloto.
– Y se llevará a cabo en el periodo de incorporación de nuevos profesionales.
– Se incidirá especialmente en aquellos elementos competenciales en los que tenga una puntuación inferior a 3 puntos.

Conclusiones

Con la aplicación del instrumento se podrá ver:
– Si se ha garantizado la seguridad del paciente.
– Si es útil y aplicable la figura del tutor, porque le interesa a la institución para conseguir un más alto nivel de calidad y por tanto de profesionalidad, tal y como exige la sociedad.
– Si el aprendiz ha aumentado su nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en todo lo referente a la urología.

Discusión

La prestación de cuidados profesionales es el principal servicio que la enfermería ofrece al individuo y a la sociedad, por lo que dicha actividad no debe desvincularse del contexto socioeconómico y del marco legal vigente. Por otra parte la entrada en el Espacio Europeo, consecuencia de unos acuerdos firmados hace algunos años con deseos de «modernidad», nos conduce a reflexionar cóo nos afecta y como queremos que nos afecte esta entrada.

Todo esto crea la necesidad de definir qué servicios presta la enfermería en el ámbito hospitalario y el impacto de los cuidados de enfermería en los resultados de salud de los pacientes, lo que permitirá una mejor comprensión externa de nuestra tarea y caminar hacia una mejoría en la gestión de los cuidados y de los recursos.

Para que todo esto sea posible, es necesario madurar la reflexión sobre la naturaleza de la práctica asistencial enfermera, entendiéndola antes como praxis que como técnica.

Por tanto la prestación de cuidados profesionales implica un «saber hacer» que consiste en acertar al escoger una acción prudente y adecuada en situaciones complejas o inciertas, y también implica la capacidad de diseñar un cuidado que responda a las necesidades y características particulares de la persona.

Dicho «saber hacer» se adquiere con la experiencia profesional.

La tutorización forma parte de la base de la pirámide del cuidar, permitiendo una asistencia segura cuando aún somos profesionales sin experiencia adquirida.

Nos hemos dado cuenta que al reflexionar sobre la tutoría igual que los aprendices irán adquiriendo esta experiencia profesional, las enfermeras con más experiencia no debemos perder de vista el origen del cuidar y revivir esta ilusión de aprender cada día.

Esperamos que en un futuro no muy lejano podamos disfrutar de una gestión de los cuidados dependiendo del nivel competencial de los profesionales, ofreciendo así una mayor calidad asistencial a la sociedad.

Bibliografía

Patricia Benner; *Práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional*; Ediciones Grijalbo, S.A. 1987.
Medina Moya, JL; «Redescubrir el saber práctico de la enfermera. El difícil equilibrio académico y profesional de la España "Pre-Europea"(III)»; *Rev. ROL Enf* 2005.
Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Institut d'Estudis de la Salut; *El tutor d'infermeria. Perfil, funcions i competències;* 2003.

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

Delgado Aguilar, H; Remírez Suberbiola, J M; Pereda Arregui, E; Delgado Aguilar, M J
Hospital 12 de Octubre, Madrid

Detección de incontinencia urinaria

RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU) con frecuencia es responsable en los individuos que la padecen de disminución de autoestima, dificultades en las interrelaciones, produce sentimientos de desvalorización personal y favorece el aislamiento social.
La detección en consultas de Atención Primaria de IU en personas de riesgo (objetivo de nuestro trabajo) previene las complicaciones, contribuye a su tratamiento y facilita la continencia.

SUMMARY: The urinary incontinence (IU) frequently is responsible in the individuals that suffer it of diminution of self-esteem, difficulties in the interrelations, produces feelings of personal devaluation and favors the social isolation.
The detection in consultations of Primary Attention of IU in risk people (objective of our work) prevents the complications, contributes to its treatment and facilitates the continence.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, detección, calidad de valoración y cuidados de enfermería.

Key words: Urinary incontinence. Detection. Quality of valuation and nurse cares.

Introducción

La IU es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y en grado suficiente para constituir un problema social y/o higiénico. Puede ser congénita o adquirida, presentarse a cualquier edad y en ambos sexos. Es de alta prevalencia. Motiva escaso número de consultas por lo que se diagnostica, previenen sus complicaciones y trata poco. Afecta de forma importante a la calidad de vida.

Sólo consultan del 15 al 40% de las mujeres, porcentaje que es ligeramente más elevado que en varones.

En cuanto al gasto farmacéutico que origina, del 20 al 50% de las mujeres mayores de 65 años y el 4% de los varones requieren algún tipo de absorbente. En EEUU el gasto que origina es mayor que el dedicado a la cirugía coronaria y diálisis combinadas.

La prevalencia de la IU en el sexo femenino la padecen el 20/30% de las mujeres de edad media y el 30/50% en mujeres mayores de 65 años. Del 25% de las mujeres europeas mayores de 20 años no institucionalizadas, el 7% padecía IU moderada o severa. El 10,5% de los varones la padecen.

La prevalencia de IU aumenta con la edad, siendo hasta de un 50% en residencias geriátricas.

En España, la prevalencia de IU en mujeres de 20 a 65 años en el medio rural es del 40,6% y en el medio urbano del 20%, en mujeres mayores de 65 años en el medio rural es del 26,6% y en el medio urbano del 14,5/30 % (según los estudios consultados). Referente a los varones, en España no hay datos de prevalencia en el medio rural en menores de 65 años, sí en el medio urbano en el rango de 60 – 65 años que es del 23,9%. En varones mayores de 65 años es del 16,1/14%(según los estudios consultados).

Relacionando la presentación clínica y la frecuencia según el género de la IU permanente tenemos que:

SEXO	MUJER	HOMBRE
IU esfuerzo	50%	< 10%
IU urgencia	11 - 14%	40 - 80%
IU mixta	32 - 36%	10 – 30%
IU por rebosamiento	-	15%

Para intentar detectar las personas que presentan IU, hasta qué punto ésta les preocupa, de manera ágil está validado un test de cribado basado en el International Consultation on Incontinente Questionary – Short Form (ICIQ – SF). Debido a que solamente consta de 6 preguntas escuetas y de fácil entendimiento (incluida escala analógica) permite su utilización en consultas de enfermería. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a 0.

Objetivo

Detección de la IU en la población de riesgo para prevenir sus complicaciones y contribuir a su tratamiento facilitando la continencia.

Detección por test de cribado

– Evitar complicaciones:
– Físicas: alteración del estado de la piel.
– Conceptuales/psicológicas: fomentar autoestima, disminuir el estrés y ansiedad.
– Sociales: favorecer interrelaciones personales y prevenir aislamiento social.

Material y método

1. MATERIAL

– Programa informático OMI-AP. C. S. Almendrales. Madrid (Urbano).
– Cuestionario ICIQ-SF.

1. Por favor escriba la fecha de su nacimiento: … /…/… dd/mm/aa

2. Usted es: ☐ mujer ☐ varón

3. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta)

   ☐ Nunca 0
   ☐ Una vez a la semana 1
   ☐ 2-3 veces / semana..... 2
   ☐ Una vez al día..... 3
   ☐ Varias veces al día..... 4
   ☐ Continuamente 5

4. Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). (Marque sólo una respuesta)

   ☐ No se me escapa nada……...0
   ☐ Muy poca cantidad……2
   ☐ Una cantidad moderada……4
   ☐ Mucha cantidad……..6

5. ¿En qué medida estos escapes de orina que siente han afectado su vida diaria?

   1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
   nada mucho

6. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a usted

   ☐ Nunca
   ☐ Antes de llegar al servicio
   ☐ Al toser o estornudar
   ☐ Mientras duerme
   ☐ Al realizar esfuerzo físico / ejercicio
   ☐ Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
   ☐ Sin motivo evidente
   ☐ De forma continua

– Muestra de 25 varones y 75 mujeres mayores de 65 años de consulta de enfermería de AP en medio urbano.

2. MÉTODO

– Estudio descriptivo prospectivo.
– Realizamos la selección de la muestra independientemente del sexo, en función del criterio de edad, por orden de asistencia a consulta de enfermería, independientemente del motivo de consulta, que no figurara el diagnóstico de IU y al azar hasta completar un total de 100 cuestionarios cumplimentados en el periodo comprendido de enero a junio / 2006.

Resultados

Del total de 100 cuestionarios cumplimentados, en la muestra correspondiente a sexo femenino (75%), el 34% presentaron puntuación superior a 0 (diagnóstico de IU). De este 34%, el 69,23% fueron mayores de 70 años (18).

Analizando las respuestas al cuestionario:

Respecto a la pregunta 3

– En 12 casos las pérdidas se producían una vez a la semana.
– En 10 casos las pérdidas fueron de 2 -3 veces por semana.
– En 2 casos las pérdidas fueron 1 vez al día.
– n 2 casos las pérdidas fueron varias veces al día.

Respecto a la pregunta 4
- En 23 casos era muy poca cantidad.
- En 3 casos era una cantidad moderada.

Respecto a la pregunta 5
- En 20 casos la afectación de la vida diaria se evaluó menor de 5.
- En 6 casos la afectación de la vida diaria se evaluó mayor de 5.
- En ningún caso se puntuó 0 ni 10.

Respecto a la pregunta 6
- Mayoritariamente los escapes se produjeron al toser o estornudar, antes de llegar al servicio y al realizar ejercicio o esfuerzo físico.

En cuanto a los varones, de los 25 casos el 16% (4) se diagnosticaron de IU, de los cuales el 75% era mayores de 75 años.

Analizando igualmente las respuestas al cuestionario:

Respecto a la pregunta 3, en todos las pérdidas se producían varias veces al día.

Respecto a la pregunta 4, para todos era poca cantidad.

Respecto a la pregunta 5, la afectación en su vida diaria en todos los casos se evaluó como menor de 5.

Respecto a la pregunta 6, las pérdidas se producían antes de llegar al servicio y cuando terminaban de orinar y ya se habían vestido.

De las mujeres diagnosticadas de IU, el 42% (11) aceptó indicación sobre cuidados:
- higiene perineal;
- vigilancia de la piel;
- información respecto compresas de incontinencia;
- información ingesta hídrica;
- información respecto a alimentos diuréticos;
- evaluación de hábito intestinal para evitar el estreñimiento;
- revisión de posible medicación diurética;
- información de detección de síntomas de posibles ITUs intercurrentes;
- disminución de la ansiedad;

y tratamiento:
- ejercicios de suelo pélvico;
- manejo del pesario;
- entrenamiento vesical con diario miccional;
- enseñanza de medicación continente;
- técnicas de relajación;
- apoyo emocional.

El total de varones sólo aceptó consejos.

Conclusiones y discusión

En función de nuestros resultados, objetivamos una infradetección de IU motivada en el caso de las mujeres por una falta de exteriorización de su problema y en el caso de los varones por una clara infravaloración del mismo. Esto conlleva la imposibilidad de administración de cuidados y aplicación de tratamientos de enfermería para evitar las complicaciones consecuentes tanto físicas, psicológicas como sociales aumentando con ello la calidad de vida.

Hemos confirmado con nuestra experiencia, la rentabilidad coste-beneficio de la aplicación de un cribaje para la detección de la IU debido a que es fácil de implementar y no ha supuesto una sobrecarga significativa del trabajo en nuestra consulta, obteniendo por otra parte una mejora de la calidad de nuestra atención enfermera.

Bibliografía

International Continence Society, 1988.
Espuña. *Med. Clin.* 2004.
Bretones A. *Aten. Primaria* 1997.
Sánchez. *Aten. Primaria* 1999.
Weiss B.D., Am. F. Phys. 2005.
Hunskaar. 1998.
EPINCONT, 2000.
Minassian. *Int. J. Gynecol. Obstet*. 2003.
Zunzunegui, *Aten. Primaria* 2003.
Damian J. European Urology 1998.
Marion Moody. *Incontinencia: problemas del paciente y cuidados de enfermería.* 1997.
NIC, Nursing Interventions Classification, 1987.
CUIDEN, Base de datos de enfermería en español.

Direcciones de internet de revistas de enfermería con versión electrónica

http://www.seis.es/i_s/i_s16/i_s16h.htm
REVISTA DE LAS SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMATICA Y SALUD. SM, RS, TC

http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/3714/
AGENTES DE CAMBIO. REVISTA BASADA EN EL MODELO ENFERMERO DE D. OREM. CONTIENEN UN PAR DE CASOS PRACTICOS SOBRE EL MODELO. LLEVA AÑOS SIN ACTUALIZARSE. SOLO HAY UN NUMERO. TC

http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/indice.html
CULTURA DE LOS CUIDADOS. REVISTA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE. NO ESTA ACTUALIZADA. SM RS

http://www.a14.san.gva.es/hos/enfer/
BOLETIN INFORMATIVO DEL AREA DE SALUD Nº 14 ALCOY ALICANTE. CONTIENE ALGUNA INFORMACION DEL PROPIO HOSPITAL Y ALGUNOS ARTICULOS INTERESANTES. SM, RS TC.

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=35
ENFERMERIA CLINICA SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES.

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=142
ENFERMERIA INTENSIVA SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=156
GEROKOMOS. REVISTA SOBRE GERONTOLOGIA. SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=146
FISIOTERAPIA SUM RES

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=176
REVISTA IBEROAMERICANA DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA. SM RS

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=2
MEDICINA CLINICA SUM RES. . TC SOLO PARA SUSCRIPTORES

http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_home.home
PAGINA DE DOYMA EDICIONES CON LOS LINKS DE TODAS LAS REVISTAS DE LA EDITORIAL, ORGANIZADOS POR ESPECIALIDADES.

http://www.enfer.org/aeec/revista/eecsuma.htm
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA. RES SUM TC.

http://www.seeiuc.com/
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS. RES TC

http://www.seeo.org/revis.html
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA ONCOLOGICA. RE SUM

http://www.ocenf.org/granada/EnfermeriaG/revista.html
REV DEL COLEGIO DE ENFERMERIA DE GRANADA. SUM

http://www.valme.sas.junta-andalucia.es/fc/hermes/
REV DEL DEPARTAMENTO DE FORMACION HOSPITAL DE VALME. RE SUM TC

http://www.arrakis.es/~hiades/
REV DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA. SUM RES TC

http://www.index-f.com/
REV INDEX DE ENFERMERIA. SUM.

http://www.separ.es/areas/Enfermeria/Inspiracion_n3.htm
REV DE ENFERMERIA NEUMOLOGICA A TEXTO COMPLETO.

http://www.metas.org/revistametas/index.htm
REV METAS SUM RES .TC SOLO PARA SUSCRIPTORES

http://www.aep.es/castellano/revista.htm
REV DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PERFUSIONISTAS. TC (PDF) NO ESTA ACTUALIZADA.

http://www.interbook.net/colectivo/seden/revista.htm
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA NEFROLOGICA. SUM

http://rol.readysoft.es/
REV ROL SUM RES.

http://www.puntex.es/todohospital/Default.html
REV TODO HOSPITAL. TC

http://www.infodoctor.org/bandolera/
BANDOLERA. TRADUCCION DE LA REVISTA INGLESA BANDOLIER AL ESPAÑOL. REVISIONES SISTEMATICAS SOBRE DIVERSOS TEMAS. SUM RES.

http://www.secpal.com/revi_gral.html
REV MEDICINA PALIATIVA. SUM RES.

http://www.podonet.net/rep/rep.htm
REV DE PODOLOGIA SUM

http://www.sepr.es/sepr.html
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PROTECCION RADIOLOGICA SUM RES

http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_revistas.htm
DIRECTORIO CON CIENTOS DE DIRECCIONES DE REVISTAS EN ESPAÑOL ORDENADAS POR ESPECIALIDADES, INCLUYENDO ENFERMERIA

http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html
REV DE ENFERMERIA CUBANA SUM RES TC

http://www.evidencebasednursing.com/contents-by-date.0.shtml
EVIDENCE BASED NURSING. REVISTA DE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA SUM RE TC. INGLES.

http://www.adeci.org.ar/
VISION. REVISTA DE ENFERMERIA ARGENTINA SOBRE CONTROL DE INFECCIONES. SUM RE TC

http://infodoctor.org/dolor/#Acute
WEB DEL DOLOR DE OXFORD ESPAÑOL. CONTIENE INTERESANTES TRABAJOS DE REVISION SOBRE EL DOLOR EN TODOS SUS ENFOQUES. TC

http://www.enfersalud.com/
PAG PERSONAL DE JOSE MARIA DACAL. LA MAS COMPLETA RECOPILACION DE PAGINAS DE ENFERMERIA SOBRE TODOS LOS TEMAS, PERFECTAMENTE ORDENADOS Y CONSTANTEMENTE ACTUALIZADOS.

http://www.msc.es/revistas/home.htm
REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA. SM, RS TC

http://www.dolor.es/vol07111992.html
REVISTA SOBRE DOLOR, INVESTIGACION CLINICA Y TERAPEUTICA. CONTIENE SUN RS TC DE ARTICULOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA

http://histolii.ugr.es/journals.html
BUSCADOR DE REVISTAS DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. INTRODUCIENDO LA PALABRA "NURSING" SE OBTIENEN LOS LINNS DE REVISTAS EN INGLES.

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

Protocolo de reeducación vesical en incontinencia urinaria

RESUMEN

La incontinencia urinaria femenina se ha convertido en un problema que afecta a un número elevado de mujeres, cada vez a más temprana edad. Se trata de un problema que requiere un enfoque integral y multidisciplinar, ya que en este tipo de pacientes se hallan habitualmente afectadas las necesidades de eliminación, seguridad, autoestima y aceptación social. Se presenta un protocolo de actuación enfermera, se pormenorizan las diferentes acciones programadas y se muestran los resultados que se pueden obtener siguiendo este proceso protocolizado.

Introducción

Durante mucho tiempo se ha hablado de incontinencia urinaria, de sus diagnósticos NANDA, de las intervenciones NIC y los objetivos NOC, pero las personas que la sufren no llegan a entender el fondo de estos procedimientos y en realidad lo que necesitan son soluciones individualizadas y efectivas que les evite un problema de salud del que la sociedad en general aún no ha tomado plena conciencia.

La incontinencia urinaria está considerada enfermedad por la OMS desde 1998, por su repercusión en la calidad de vida, por su frecuencia y por su afectación psico-social (1); aunque todavía hay en nuestro sistema sanitario quien solo la interprete como un leve trastorno, sin pensar que destruye la vida social de quien la padece hasta, en algunos casos, alcanzar límites insospechados. Se le considera un importante problema de salud que tiene severas repercusiones en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen y, en algunos casos, supone un serio factor de riesgo en la aparición de úlceras por presión (2).

En su último informe de 2002, la ICS especifica que son necesarias dos definiciones y que deben ir unidas. Una para describir el impacto que produce la I.U. en el individuo que la padece: «Pérdida involuntaria de orina, que se puede demostrar objetivamente, y que constituye un problema social o higiénico», y otra para recoger la verdadera prevalencia de la enfermedad: «La manifestación o queja de cualquier pérdida involuntaria de orina.», Abrams (2002).

Se estima que cerca del 50% de las mujeres tienen incontinencia urinaria ocasional, que un 10% tiene incontinencia frecuente y que un 20% de las mujeres de entre 70 y 75 años tienen incontinencia diaria. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, dos de cada diez mujeres sufren este trastorno en el periodo de la menopausia.

En algunos casos se ha descrito la escasa implantación de programas enfocados a solucionar este problema (3). Es necesario considerar que, si bien la implantación de programas de educación sanitaria podría contribuir a un mejor control de este problema, las especiales características del mismo hacen que sea aconsejable utilizar herramientas individualizadas, debido sobre todo a la aparición de incontinencia en personas jóvenes. Este colectivo posee por sí mismo cualidades que lo diferencian de las personas de más edad a la hora de enfocar tanto el problema como las soluciones que pudieren adoptarse.

Se han descrito más de 150 técnicas quirúrgicas distintas, pero, posiblemente, cuando hay tantas es porque no son del todo efectivas. Hoy, las perspectivas quirúrgicas parecen que han mejorado con el uso de las mallas y bandas, pero aún está por ver, y si la solución a estas pacientes puede pasar por realizar tratamientos más conservadores y más baratos, los beneficios obtenidos repercuten tanto en ellas mismas como en el propio sistema sanitario público.

La reeducación de suelo pélvico debe ser una de las primeras medidas adoptadas, como tratamiento conservador en el manejo de estas pacientes, y es el tratamiento que parece ser más efectivo en mujeres entre 40-50 años (4).

El papel enfermero en la solución de este problema puede ser primordial. En este artículo se expone un protocolo de actuación llevado a cabo en la Unidad de Reeducación Vesical, integrada en la Unidad de Urodinámica del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, cuya implantación y desarrollo tiene una historia de siete años.

Protocolo de trabajo

Las pautas de trabajo que utilizo son variadas, adaptándolas a las peculiaridades de cada paciente y al diagnóstico de las necesidades básicas alteradas, detectadas previamente con el diagnóstico de enfermería.

El aprendizaje de una contracción es difícil. Buscamos una contracción del pubococcígeo, sin apnea y evitando la contracción de músculos agonistas o antagonistas (glúteos, aductores, rectos abdominales). Es una de las ventajas de la EMG frente a la presión. Ha quedado suficientemente demostrado por muchos autores (5,6,7,8,9) que la sola instrucción verbal no es suficiente para una respuesta adecuada, aunque acalle la conciencia de quien la prescriba. Las contracciones siempre deben ser aprendidas bajo palpación vaginal, o con electromiografía. Es un aprendizaje cualitativo que necesita al menos una o dos sesiones iniciales.

La evaluación forma parte del proceso de aprendizaje, y es el elemento de más fuerza para la motivación de la paciente y para ello tenemos muchas herramientas. Se exponen a continuación los diversos procedimientos que se han de realizar en la consulta, en su totalidad o no, ya que todos ellos van a ser útiles en la valoración inicial y en el control evolutivo de la paciente. No se debe olvidar que, aunque se trata de desarrollar un procedimiento estandarizado, en base al algoritmo de tratamiento que he desarrollado, las necesidades de las pacientes siempre van a ser valoradas de manera individual.

1. Stop test

Consiste en orinar y cortar el chorro a la orden, midiendo el volumen de orina que pierde desde ese momento y el tiempo del escape. Esto nos evalúa el estado muscular, tanto de la fibra rápida como de la lenta (Figura 1). Aunque ahora mismo estoy evaluando esta hipótesis, sí es evidente que cambia con la realización de los ejercicios domiciliarios y me orienta a trabajar más una u otra fibra.

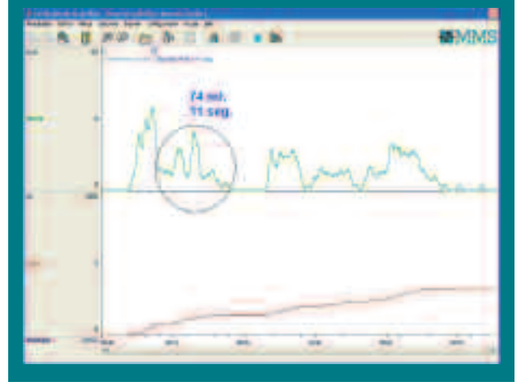
2. Test de Mouristein o Pad Test

Es el único test cuantitativo en lo que a pérdidas se refiere. En una balanza de precisión, se pesan todas las compresas utilizadas en 24 horas, descontando su peso original. La I.C.S. sólo ha homologado el de una hora, aunque se ha demostrado últimamente que los más reproducibles son los test de 24 y 48 horas, estableciendo el límite de 5 gr como pérdidas de orina normales en 24 horas.

3. Presión abdominal de fuga

En este procedimiento no se evalúa la cantidad de orina perdida. Con un llenado vesical previo de 300 ml medimos la presión abdominal cuando se produce un escape de orina, comparándolas en otras sesiones. Se realiza tosiendo repetidamente con esfuerzo progresivo, y la presión abdominal monitorizada.

Fig. 1. Stop Test al inicio de un tratamiento



4. Biofeedback

Es la técnica básica para la reeducación. Se trata de un método de aprendizaje instrumental, que permite a la paciente tomar conciencia de una acción para reproducirla, haciéndola perceptible mediante información auditiva y/o visual. Kegel, en 1948, lo utilizó con dispositivos de presión (perineómetro). En la actualidad son más efectivos los dispositivos electromiográficos (Figura 2).

Fig. 2. Perineómetro de Kegel

5. Control EMG de la contracción

Medimos mediante biofeedback electromiográfico la amplitud de la contracción, comparándola en sesiones posteriores (Figuras 3 a 5).

6. Electroestimulación

Dependiendo del tipo de incontinencia, trabajaremos con electrodos intracavitarios y frecuencias de 35 a 50 Hz en la incontinencia de esfuerzo y de 10 Hz en la incontinencia de urgencia, ambas con la intensidad máxima tolerable. O bien con electrodos de aguja estimulando el nervio tibial posterior con frecuencias de 20 Hz e intensidades de 0,15 a 9 mA en las vejigas hiperactivas (urgencia, frecuencia, incontinencia de urgencia).

Fig. 3. Control EMG al inicio del tratamiento

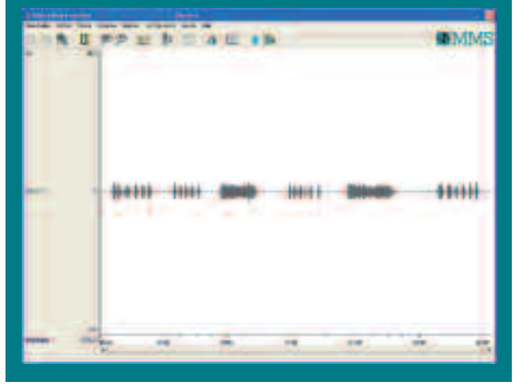


Fig. 4. Control EMG a los dos meses

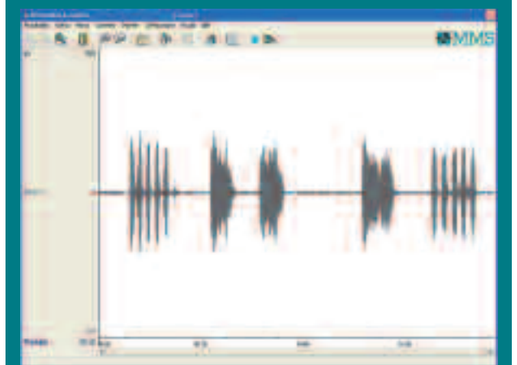
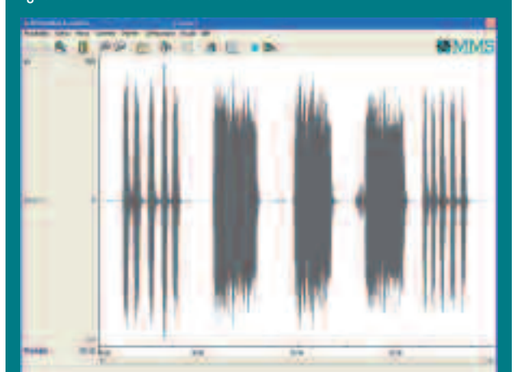


Fig. 5. Control EMG a los cuatro meses



En el estudio de Indrekvam (3.198 mujeres), las pacientes experimentan una reducción significativa de sus problemas de incontinencia tanto objetiva como subjetivamente, con tasas del 33% de curación y 55% de mejoría (10).

7. Otros instrumentos

En la Unidad se considera muy importante conocer la percepción de la paciente con respecto a su calidad de vida. Para ello se utiliza el Cuestionario de calidad ICIQ-SF, del que se extrae valiosa información al respecto. No obstante, es posible emplear cualquier otro cuestionario al uso, como el SERVQUAL.

8. Tabla de ejercicios domiciliarios

Una vez que han aprendido los ejercicios en la Unidad, se entrega a la paciente una tabla con los ejercicios que debe realizar hasta la próxima cita (esta tabla va cambiando en función de los resultados obtenidos). Al final de este documento se incluye nuestro teléfono directo para que nos pueda llamar cuando tenga alguna duda, esto les proporciona «Seguridad» una necesidad básica que por lo general suelen tener alterada, junto con la «Autoestima» y «Aceptación social», necesidades que también deben ser objetos de nuestro tratamiento. Por esta razón siempre digo que la reeducación vesical es algo más que recuperar un músculo.

1ª Tabla de ejercicios que entregamos a nuestras pacientes:

Fase inicial:

El suelo pélvico es el conjunto de estructuras que cierran la cavidad abdominal en su parte inferior. Estas estructuras están formadas por varios grupos musculares. La reeducación de estos músculos desempeña un papel muy importante en la recuperación de la incontinencia urinaria.

El objetivo de este tratamiento es que tome conciencia de la existencia de estos músculos, aprendiendo a contraerlos voluntariamente.

Es muy importante para el resultado final de este tratamiento su motivación y su constancia, sin ello el tratamiento fracasaría.

CONTRACCIONES RÁPIDAS

Cada vez que vaya a orinar, cortará el chorro y tras esperar unos segundos terminará la micción (sólo se corta el chorro una vez durante la micción). Al terminar y sin levantarse del váter realizará 30 contracciones rápidas y cortas (como las que le hemos enseñado en la Unidad), descansando 3 segundos entre cada contracción.

Una vez que consiga interrumpir el chorro con facilidad, sólo lo cortará una vez al día, aunque al terminar de orinar seguirá realizando las 30 contracciones rápidas.

CONTRACCIONES LENTAS

Tres veces al día (mañana, tarde y noche y alternando la posición sentada, tendida y de pie) realizará 20 contracciones lentas (como las que también le hemos enseñado en la Unidad), sostenidas durante 5 segundos cada una, descansando 10 segundos entre cada contracción.

Cada 15 días irá aumentando 5 segundos el tiempo de

contracción, llegando al tope de 15 segundos. Es muy importante que el tiempo de relajación sea el doble que el de contracción.

Evaluación en la próxima visita, previa cita en nuestro Servicio, sin interrumpir los ejercicios y acudiendo con ganas de orinar.

DISCUSIÓN

La mujer de mediana edad, fundamentalmente la española, ya que las extranjeras suelen tener otra mentalidad, tiene tiempo para todo menos para ella misma, anteponiendo a su bienestar el de su familia, las tareas de la casa, el trabajo, etc. Esta presunta dejadez puede ocasionar problemas que se pueden detectar mediante los diagnósticos de enfermería (déficit de autoestima, de autocuidado, de actividades recreativas) y debemos concienciarla de que si ella no está bien, no puede cuidar bien a los demás; de ahí que en la unidad se busquen continuamente elementos de motivación, y éste puede ser uno de los motivos del éxito obtenido con las pacientes, ya que no sólo se les enseñan unos ejercicios, si no que además conseguimos que los realice, comprobando en cada sesión los resultados y haciéndolas partícipes de sus éxitos y ofreciendo soporte a sus posibles fracasos. La paciente observa cómo va mejorando su musculatura y lo observa gráficamente: eso la motiva, es una especie de juego-reto contra ella misma que consigue la normalización en su vida, dándole calidad a ésta «Ya soy otra vez una mujer normal..., puedo salir tranquila a la calle..., ahora ya me pongo faldas...».

Tal y como se ha visto, la incontinencia es una enfermedad sociosanitaria con graves repercusiones clínicas, sociales y psicológicas sobre quien la padece, por lo que su manejo es complejo. Para abordar cualquier tratamiento hay que buscar un enfoque integral y multidisciplinar desde las Unidades de Suelo Pélvico integradas por Urología, Ginecología, Coloproctología y Enfermería. Muy pocos hospitales cuentan con una, pero sólo es voluntad de trabajo y un mínimo esfuerzo de nuestros gestores.

Para que la aplicación de estas terapias sean una completa realidad, el primer paso es concienciar a la sociedad de que la incontinencia urinaria es un problema como cualquier otro, y que los pacientes, mayoritariamente femeninas, no deben ocultarlo. Esta labor de concienciación debe incluir también al personal sanitario, con el ánimo de aumentar su conocimiento del problema, aspecto que debe contribuir a que no lo vanalicen. La incontinencia urinaria no es la consecuencia normal para una mujer que ha parido dos o tres veces, ni tampoco está en relación directa con la edad de la paciente, aunque lógicamente estos parámetros puedan influir, fundamentalmente se debe a una desestructuración de su suelo pélvico, interpretándolo como un conjunto sinérgico de músculos, fascias y ligamentos.

La enfermería ofrece técnicas seguras, de fácil aplicación y de bajo coste, con una eficacia demostrada y que, a medio y largo plazo, producen un ahorro muy significativo hasta ahora no cuantificado, que puede contribuir, en atención especializada, a la disminución de la lista de espera quirúrgica, y a nivel de atención primaria a disminuir el gasto causado por la dispensación de dispositivos absorbentes, que en España supuso en 1996, 25.685 millones de pesetas (154.369.959 euros), el 3,2% de la prestación farmacéutica del SNS.

LA MUJER DE MEDIANA EDAD, FUNDAMENTALMENTE LA ESPAÑOLA, YA QUE LAS EXTRANJERAS SUELEN TENER OTRA MENTALIDAD, TIENE TIEMPO PARA TODO MENOS PARA ELLA MISMA, ANTEPONIENDO A SU BIENESTAR EL DE SU FAMILIA, LAS TAREAS DE LA CASA, EL TRABAJO,ETC.
DEBEMOS HACERLA VER QUE PARA CUIDAR A LOS DEMAS ELLA DEBE ESTAR BIEN Y POR TANTO AFRONTAR SU PROBLEMA Y BUSCAR SOLUCIONES

BIBLIOGRAFÍA

1. Incontinencia declarada enfermedad por la OMS 1998. Press Release WHO/491 July 1998.En: http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-49.html. Consultado el 24/10/2006.
2. Gago Fornells M, García González RF, Rueda López J, Segovia Gómez T, Ibáñez Badiella S et al. Dispositivo para la incontinencia urinaria femenina. Rev Rol Enferm 2004 ene 27 (1):52-54.
3. Mercé Catalán G, Tell Esparraguera A. Conocimiento y actuación sobre la incontinencia urinaria. Metas Enferm 2005 jul-ago 8(6):8-15.
4. 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; (1): CD005654.
5. Bø K, Talseth T, Home I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. BMJ 1999;318:487-93
6. Aksac B, Aki S, Karan A, Yalcin O, Isikoglu M. Biofeedback and pelvic floor exercises for the rehabilitation of urinary stress incontinence. Gynecologic and Obstetric Investigation 2003;56:23-7.
7. Henalla SM, Hutchins CJ, Robinson P, McVicar J. Non-operative methods in the treatment of female genuine stress incontinence of urine. Journal of obstetrics and gynaecology 1989;9:222-5
8. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, Hardin JM, McDowell BJ, Dombrowski M et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women. JAMA 1998;280:1995-2000.
9. Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. Journal of the American Geriatric Society.
10. Indrekvam S, Sandvik H, Hunskaar S. A Norwegian national cohort of 3198 women treated with home-managed electrical stimulation for urinary incontinence-effectiveness and treatment result. Scand J Urol Nephrol.2001;35(1):32-9

Asociación Española de Enfermería en Urología

XXIX Congreso Nacional Enfermería Urológica

Murcia

del 16 al 19 de octubre de 2007

http://enfermeriaurologica2007.cajamurciaviajes.com

Retos de la Enfermería Urológica en el siglo XXI

DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO – SANITARIO

AVANCE DE PROGRAMA

Presentación

Queridos compañeros y compañeras:

Murcia ha tenido el privilegio de ser la encargada de organizar el XXIX Congreso Nacional de Enfermería Urológica desde el 16 al 19 de octubre del año 2007. Vistos los excelentes resultados obtenidos en los últimos congresos y la calidad científica de todos ellos, tenemos ante nosotros una tarea difícil de superar. Nuestra ilusión, esfuerzo y ganas de hacerlo bien hará que consigamos las metas que nos hemos propuesto.

Queremos conseguir que la organización de los actos científicos y culturales sean del agrado de todos y que vuestra visita a Murcia os deje un recuerdo imborrable.

El lema de nuestro congreso: "Retos de la enfermería urológica en el siglo XXI" refleja nuestro interés por introducir y aplicar las últimas tendencias referidas a los cuidados de enfermería urológica. Queremos exponer, debatir y contrastar cuestiones relacionadas con el cuidado de pacientes crónicos, el envejecimiento actual de la población requiere también una especial atención al paciente urológico añoso. La enfermería basada en la evidencia, la actuación en procesos interrelacionados y el uso de las nuevas tecnologías aplicadas a la urología serán ejes de este congreso. Por otra parte la importancia que en los últimos tiempos se da a todo lo relacionado con la salud laboral, constituye otro importante punto de reflexión que abordaremos en nuestra programación.

Nuestro comité organizador y científico seguirá trabajando para conseguir abordar estos temas con el mayor rigor y dar respuesta a lo que, en general, la sociedad espera de nuestro trabajo. Para ello contaremos con la presencia de expertos en la materia que aportarán sus opiniones y experiencias en estos campos, pero es fundamental vuestra participación. Por eso os animamos a que enviéis vuestras comunicaciones, póster y protocolos de actuación recordando que seguiremos en la línea de premiar los mejores trabajos que se presenten.

Por último, no podemos olvidar la parte lúdica. Trataremos de enseñaros los atractivos de una ciudad poco conocida para muchos pero que esconde auténticos encantos, su cultura, sus núcleos históricos de población, su gastronomía pero sobre todo la hospitalidad y generosidad de sus habitantes.

Seguimos trabajando con ilusión para lograr el éxito del Congreso. Os esperamos.

"Ven a Murcia. Conócenos"

Comité Organizador y Científico
XXIX Congreso Nacional de Enfermería Urológica

XXIX Congreso Nacional Enfermería Urológica

Murcia

Programa

martes 16

18,00 hrs: Entrega de documentación
19,00 hrs: Visita guiada Murcia
20,30 hrs: Cóctel de bienvenida

miércoles 17

9,00 hrs: Inauguración oficial

9,30 hrs: **CONFERENCIA INAUGURAL**
"Historia de la Urología"
Dr. D. Mariano Pérez Albacete
Jefe de Servicio de Urología. Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.
Profesor asociado de Urología al Departamento de Cirugía de la Universidad de Murcia.
Coordinador de la Oficina de Historia de la Asociación Española de Urología

9,45 hrs: **PONENCIA**
"Investigación en la Enfermería Urológica. La Enfermería basada en la evidencia"
Dña. María Ruzafa Martínez
Subdirectora de la Escuela de Enfermería. Universidad de Murcia

10,30 hrs: Café

11,00 hrs: **PONENCIA**
"La enfermería como elemento clave en la consecución de los objetivos de calidad asistencial"
D. Antonio Paredes Sidrach de Cardona
Director de Enfermería. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer

11,45 hrs: **MESA REDONDA**
"Trastornos urológicos en la vejez. Intervenciones de enfermería"
Dña. Carmen García Sánchez
Profesora Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM)

12,45 hrs: Comunicaciones libres
14,30 hrs: Almuerzo de trabajo

17,00 hrs: Talleres:
"Nuevas tecnologías. Una unidad de Litotricia"
Servicio de Urología del Hospital General Reina Sofía

"Promoción de la imagen de la Enfermería ante los medios de comunicación"
D. José Antonio Ávila Olivares
Presidente del Ilmo. Colegio de Enfermería de Valencia
SEDE: Hospital General Reina Sofía de Murcia.

jueves 18

9,30 hrs: **MESA REDONDA**
"Salud Laboral: Cuidados del cuidador"
Dña. Mª José Partera Martínez
Enfermera y psicóloga clínica.
D. José Fernando Chicano
Químico experto en salud medioambiental. Consejería de Medioambiente de la Región de Murcia.

11,00 hrs: Café

11,30 hrs: **PONENCIA**
"Proceso de donación y trasplante de órganos. Actuación de Enfermería y gestión del proceso en el trasplante renal"
Dña. Rosa Blanco Herrera
Coordinadora de trasplantes y supervisora de unidad. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
Profesora asociada de la Universidad de Murcia y de la Universidad Católica San Antonio.

12,30 hrs: Comunicaciones libres

13,30 hrs: **PONENCIA**
"Situación de los nuevos títulos de grado y postgrado"
Dña. Paloma Echevarría Pérez
Directora de la Escuela de Enfermería. Universidad Católica San Antonio de Murcia. (UCAM)

14,30 hrs: Almuerzo de trabajo

16,30 hrs: Visita a la ciudad de Lorca. Taller del tiempo, centro de visitantes, museos casco histórico.

21,00 hrs: Recepción Ayuntamiento de Lorca.

Asociación Española de Enfermería en Urología

XXIX Congreso Nacional Enfermería Urológica Murcia

viernes 19

9,15 hrs: Defensa de póster

10,00 hrs: **PONENCIA**

"Suelo Pélvico. Células madre aplicadas a la incontinencia urinaria"

Dr. D. Damián García Olmos

Catedrático de Cirugía y Director de Terapia Celular de la Universidad Autónoma de Madrid

11,00 hrs: Café

11,30 hrs: Comunicaciones libres

13,00 hrs: **CONFERENCIA DE CLAUSURA**

"Nuevas estructuras de investigación cooperativa en Salud. Sus implicaciones para la Investigación en Cuidados"

Dña Mª Teresa Moreno Casbas

Responsable de la Unidad de Coordinación y Desarrollo de investigación enfermería. (Investen-isciii)

14,00 hrs: Presentación sede 2008

Entrega de premios

14,30 hrs: Almuerzo de trabajo

17,00 hrs: Visita museo Salzillo

17,00 hrs: Asamblea de socios de la Sociedad Española de Enfermería Urológica

21,00 hrs: Cena de clausura

PROGRAMA SOCIAL Y DE ACOMPAÑANTES

XXIX Congreso Nacional de Enfermería Urológica

Murcia, del 16 al 19 de octubre de 2007

http://enfermeriaurologica2007.cajamurciaviajes.com

Martes 16 octubre 07

18:30 hrs. Visita guiado por la ciudad de Murcia

20:30 hrs. Cóctel de bienvenida

Miércoles 17 octubre 07

10:00 hrs. Excursión Noroeste
Visita Caravaca de la Cruz
Visita Bodega y almuerzo
– SOLO ACOMPAÑANTES -

21:00 hrs. Cena

Jueves 18 octubre 07

10:00 hrs. Visita Murcia y alrededores
Santuarios de la La Fuensanta y La Luz.
Centro de visitantes
– SOLO ACOMPAÑANTES -

16:30 hrs. Visita Lorca
Taller del Tiempo, Centro de Interpretación,
Casco histórico, museo.

Viernes 19 octubre 07

10:00 hrs. Excursión Cartagena y/o Águilas
– SOLO ACOMPAÑANTES -

16:30 hrs. Visita guiada Museo Salzillo

21:00 hrs. Cena de Clausura

Asociación Española de Enfermería en Urología

Podréis ir recabando más información en:
www.enfermeriaurologica2007.cajamurciaviajes.com/
o bien a través del enlace desde nuestra página:
www.enfuro.org

XXIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería Urológica

Murcia, 16 al 19 de octubre de 2007

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nombre
Apellidos
DNI
Código Postal
Población
Provincia
Teléfono
Fax
E-mail
Centro Trabajo

	Antes del 17/09/07	Después del 17/09/07
Socios ENFURO	375,00 €	405,00 €
No socios ENFURO	415,00 €	495,00 €
Estudiantes	240,00 €	270,00 €
Acompañantes	300,00 €	330,00 €

Cancelaciones: Antes del 30 de octubre: reembolso 100%. Entre el 30 de octubre y el 15 de octubre: reembolso 75%. Después del 15 de octubre: no hay reembolso. La cancelación tendrá que ser solicitada por escrito a la Secretaría Técnica. Todas las devoluciones serán realizadas a la finalización del evento.

Las inscripciones sólo podrán ser confirmadas tras la recepción del boletín de inscripción correctamente rellenado y acompañado, en el caso de transferencia, de su respectivo justificante. **No se aceptarán inscripciones sin haber sido efectuada su liquidación.**

Transferencia Bancaria - A favor de: Viajes CajaMurcia Banco: Cajamurcia
c/c 2043 0133 75 020 0003744
Indicando en el concepto: "UROLOGÍA – Apellidos, Nombre"

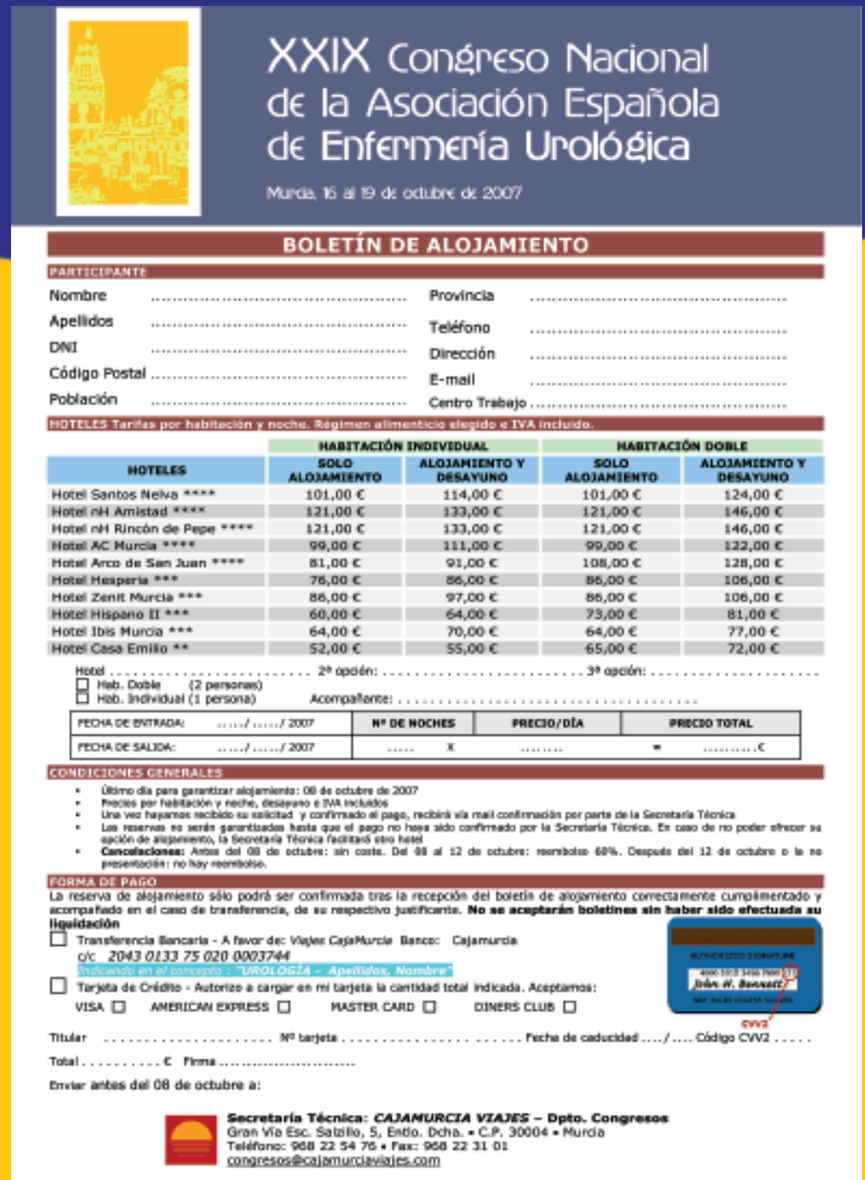
Tarjeta de Crédito - Autorizo a cargar en mi tarjeta la cantidad total indicada. Aceptamos:
VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ MASTER CARD ☐ DINERS CLUB ☐

Titular ..... Nº Tarjeta ..... Fecha de caducidad ..... Código CVV2 .....

Total ..... € Firma .....

Enviar antes del 08 de octubre a:

Secretaría Técnica: CAJAMURCIA VIAJES – Dpto. Congresos
Gran Vía • 2 – 8º • C.P. 30001 • Murcia
Teléfono: 968 22 54 76 • Fax: 968 22 31 01
congresos@cajamurciaviajes.com



XXIX Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería Urológica

Murcia, 16 al 19 de octubre de 2007

BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

PARTICIPANTE

Nombre ..... Provincia .....
Apellidos ..... Teléfono .....
DNI ..... Dirección .....
Código Postal ..... E-mail .....
Población ..... Centro Trabajo .....

HOTELES Tarifas por habitación y noche. Régimen alimenticio elegido e IVA incluido.

HOTELES	HABITACIÓN INDEVIDUAL		HABITACIÓN DOBLE	
	SOLO ALOJAMIENTO	ALOJAMIENTO Y DESAYUNO	SOLO ALOJAMIENTO	ALOJAMIENTO Y DESAYUNO
Hotel Santos Nelva ****	101,00 €	114,00 €	101,00 €	124,00 €
Hotel nH Amistad ****	121,00 €	133,00 €	121,00 €	146,00 €
Hotel nH Rincón de Pepe ****	121,00 €	133,00 €	121,00 €	146,00 €
Hotel AC Murcia ****	99,00 €	111,00 €	99,00 €	122,00 €
Hotel Arco de San Juan ****	81,00 €	91,00 €	108,00 €	128,00 €
Hotel Hesperia ***	76,00 €	86,00 €	86,00 €	106,00 €
Hotel Zenit Murcia ***	86,00 €	97,00 €	86,00 €	106,00 €
Hotel Hispano II ***	60,00 €	64,00 €	73,00 €	81,00 €
Hotel Ibis Murcia ***	64,00 €	70,00 €	64,00 €	77,00 €
Hotel Casa Emilio **	52,00 €	55,00 €	65,00 €	72,00 €

Hotel ..... 2ª opción: ..... 3ª opción: .....
☐ Hab. Doble (2 personas)
☐ Hab. Individual (1 persona) Acompañante: .....

FECHA DE ENTRADA: ...../...../ 2007	Nº DE NOCHES	PRECIO/DÍA	PRECIO TOTAL
FECHA DE SALIDA: ...../...../ 2007	 X	.....	= .....€

CONDICIONES GENERALES

- Último día para garantizar alojamiento: 08 de octubre de 2007
- Precios por habitación y noche, desayuno e IVA incluidos
- Una vez hayamos recibido su solicitud y confirmado el pago, recibirá vía mail confirmación por parte de la Secretaría Técnica
- Las reservas no serán garantizadas hasta que el pago no haya sido confirmado por la Secretaría Técnica. En caso de no poder ofrecer su opción de alojamiento, la Secretaría Técnica facilitará otro hotel
- **Cancelaciones:** Antes del 08 de octubre: sin coste. Del 08 al 12 de octubre: reembolso 60%. Después del 12 de octubre o la no presentación: no hay reembolso.

FORMA DE PAGO

La reserva de alojamiento sólo podrá ser confirmada tras la recepción del boletín de alojamiento correctamente cumplimentado y acompañado en el caso de transferencia, de su respectivo justificante. **No se aceptarán boletines sin haber sido efectuada su liquidación**

☐ Transferencia Bancaria - A favor de: Viajes CajaMurcia Banco: Cajamurcia
c/c 2043 0133 75 020 0003744
Indicando en el concepto: "UROLOGÍA – Apellidos, Nombre"

☐ Tarjeta de Crédito - Autorizo a cargar en mi tarjeta la cantidad total indicada. Aceptamos:
VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ MASTER CARD ☐ DINERS CLUB ☐

Titular ..... Nº tarjeta ..... Fecha de caducidad ...../ ..... Código CVV2 .....

Total .....€ Firma .....

Enviar antes del 08 de octubre a:

Secretaría Técnica: *CAJAMURCIA VIAJES* – Dpto. Congresos
Gran Vía Esc. Salzillo, 5, Entlo. Dcha. • C.P. 30004 • Murcia
Teléfono: 968 22 54 76 • Fax: 968 22 31 01
congresos@cajamurciaviajes.com

Immaculada Menasanch Marti; Raquel Franch Llassat; Rocío Viñuela López; Sandra Anento Nolla; Mª Teresa Escoda Pellisa; Asunción Pons Prats; Lluïsa Brull Gisbert; Cinta Marsà Fadurdo

Necesidad de seguridad: ¿Está cubierta en los pacientes del Servicio de Urología? Estudio descriptivo

RESUMEN

La seguridad es uno de los máximos objetivos a alcanzar por todos los servicios sanitarios; dado que, junto a la eficacia, la efectividad, la eficiencia, equidad, adecuación, accesibilidad, puntualidad, satisfacción y respeto, conseguirán que el servicio sea de la máxima calidad.
En el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, fue de los objetivos globales a alcanzar para el año 2.006.
Por tanto, el personal de enfermería del Servicio de Urología queremos dar nuestra aportación y tomar conciencia de que darnos cuenta de los errores o de los efectos adversos mejorará la seguridad de los pacientes, ya que vamos a aprender de ellos.

Palabras clave: Seguridad del paciente, calidad asistencial, incidente, registro de errores.

Key words: Security of the patient. Welfare quality. Incident. Registry of errors.

Introducción

La seguridad, según el modelo de cuidados de Virginia Henderson, es una necesidad humana básica que se refiere a la estabilidad, la independencia, la protección de los peligros ambientales y a la ausencia de miedo y ansiedad.

Aplicándolo a la práctica clínica, es la prevención de lesiones al paciente o de efectos adversos como resultado de los mismos procesos asistenciales.

Es un componente esencial de la calidad asistencial y prioritaria en la organización y funcionamiento del sistema sanitario, dado que la tasa de efectos adversos (EA) en hospitales ha sido estimada entre 4/17 % y un 50% de los mismos han sido considerados evitables.

En EE.UU., el informe del 2000 «To error is human» del Institute of Medicine concluyó que entre 44.000 a 98.000 pacientes mueren como resultado de errores en los procesos de atención sanitaria.

La OMS, en el 2002, en su 5ª asamblea, informó de tasas de 3,2 a 16,6 % de efectos adversos en países desarrollados.

La seguridad es uno de los máximos objetivos a alcanzar por todos los servicios sanitarios; dado que, junto a la eficacia, la efectividad, la eficiencia, equidad, adecuación, accesibilidad, puntualidad, satisfacción y respeto, conseguirán que el servicio sea de la máxima calidad.

En el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, es uno de los objetivos globales a alcanzar para este año. Por tanto, el personal de enfermería del Servicio de Urología queremos dar nuestra aportación y tomar conciencia de que darnos cuenta de los errores o de los efectos adversos mejorará la seguridad de los pacientes, ya que vamos a aprender de ellos.

Para empezar a tomar conciencia, tenemos que diferenciar claramente los términos. Para ello hemos escogido la terminología utilizada en un estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización

Proyecto IDEA, FIS 2002-2.005), promovido por el Ministerio de Sanidad:

- Efecto adverso: Todo accidente o incidente recogido en la historia clínica del paciente, que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar.
- Accidente: Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo.

TODA ACTIVIDAD HUMANA, Y LA ASISTENCIA HUMANA LO ES, ESTÁ SUJETA A ERROR. LOS EFECTOS ADVERSOS SE PRODUCEN EN LA ASISTENCIA SANITARIA COMO EN CUALQUIER OTRO ÁMBITO, AUNQUE QUE EN EL ÁMBITO DE LA SALUD ES ESPECIALMENTE SENSIBLE AL ERROR

- Incidente: Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales o de cualquier tipo.
- Error médico (clínico): Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un efecto adverso.
- Casi-error: Caso en el que el accidente ha sido evitado por poco; cualquier situación en la que una sucesión continuada de efectos que detenidos han evitado la aparición de potenciales consecuencias.
- Negligencia: Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones de vidas o falta de cuidados en la aplicación del conocimiento que debería tener un profesional cualificado.
- Mala Praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias.

Para comprender un poco más la necesidad de seguridad, tendríamos que ampliar la mirada y estudiar todos los factores que intervienen y afectan a la misma: relacionados con la estructura, con la organización, con el entorno, con el propio paciente, con los recursos y con los profesionales.

Cuanto más se identifiquen y analicen los problemas de seguridad, más podremos aprender de ellos. Este es el principal objetivo que persigue la denominada Alianza Estratégica para la seguridad de los pacientes, impulsada en Cataluña por el Departamento de Salud de la Generalitat, que lo que pretende es generar una mayor confianza en los usuarios de la sanidad.

En la actualidad, el Departamento de Salud sólo dispone de un registro para tres tipos de incidentes:

- Relacionados con la medicación.
- Relacionados con las infecciones nosocomiales.
- Relativos a la transfusión o extracción de sangre.

Cualquier otro tipo de error, que no figure entre éstos, no se notifica salvo si sus consecuencias son muy graves o letales, o si se solucionan en el seno del centro hospitalario o de primaria.

Esto impide a los responsables sanitarios conocer el verdadero alcance del problema y determinar a qué dianas deben dirigirse las estrategias de corrección.

La implicación de los profesionales, por tanto, entre otras cosas investigando sobre este tema, es fundamental. Y este es básicamente nuestro propósito, estudiando si esta necesidad de seguridad está cubierta en los pacientes del Servicio de Urología.

Objetivos

- Definir los principales términos relacionados con la seguridad de los pacientes.
- Identificar los errores en la actuación de enfermería en la unidad de Urología.
- Proponer medidas de corrección a partir de los errores detectados.

Fig. 1

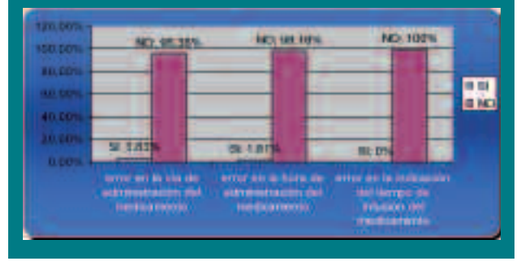


Fig. 2

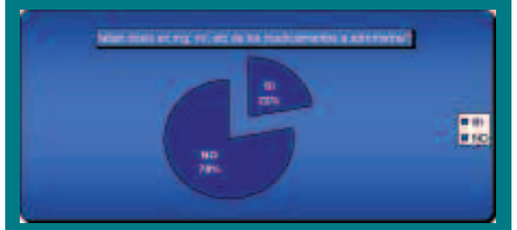


Fig. 3

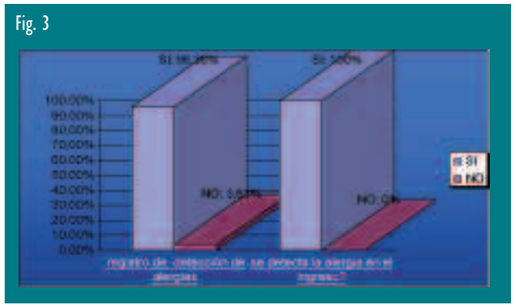


Fig. 4

Fig. 5

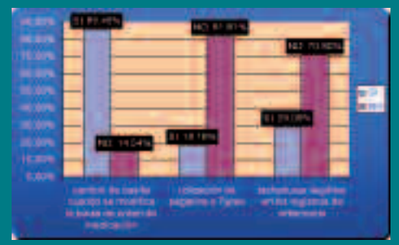


Fig. 6

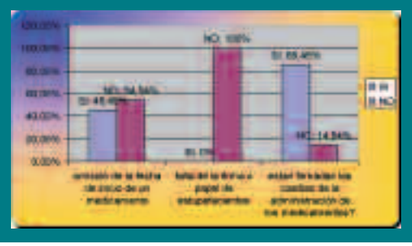
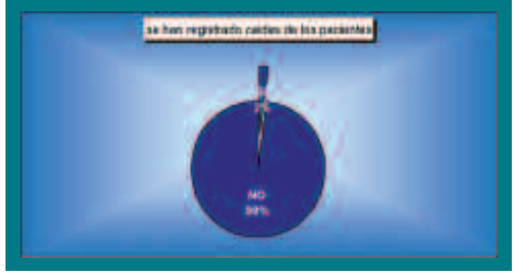


Fig. 7

Fig. 8



- Mejorar la práctica y calidad asistencial.
- Incrementar la seguridad de los pacientes de la Unidad de urología, y por tanto, la seguridad del hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población estudiada son los pacientes programados del Servicio de Urología, dados de alta y elegidos de forma aleatoria durante el primer trimestre del año 2006.

El estudio lo realizamos mediante una recogida de información y de datos de las historias clínicas, e hicimos una parrilla con todas las variables a estudiar: medicación, caídas, documentación, dietas y técnicas en el pre y posoperatorio.

Previamente se realizó una prueba piloto en la que nos dimos cuenta que había variables a rectificar o a añadir para el estudio definitivo.

RESULTADOS

Después del estudio realizado hallamos los siguientes resultados:

En cuanto a la medicación:

- Se detecta un error del 3'63% en la omisión del registro de la vía de administración de los medicamentos en la hoja de órdenes de tratamiento de enfermería, y un 1'81% en la hora pautada para administrarlo.
- No hay errores en la indicación del tiempo de infusión de cada medicamento.
- Hay un error importante a tener en cuenta: 22% en la falta de registro de las unidades de medida en mg o ml..., lo cual no quiere decir que no lo hallamos dado bien, sólo que no lo registramos al completo.

El registro de alergias a los medicamentos representa un error mínimo 3,63% que no lo registramos en la historia del paciente, pero que sí sabemos que en las observaciones de enfermería no hay ninguna incidencia al respecto.

En aquellos casos en que los pacientes habitualmente toman medicación en el domicilio nos encontramos en que en un 18% la medicación domiciliaria no se ha pautado durante su ingreso hospitalario. Dos probabilidades a tener en cuenta:

- La medicación habitual puede considerarse por parte del médico innecesaria intrahospitalariamente, o se ha pautado algo similar (por ejemplo otro antihipertensivo).
- En aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente, la pauta terapéutica de entrada debe adaptarse a la cirugía, no pueden tomar tratamiento oral y muchos de los medicamentos están en función de la toma de constantes vitales y del seguimiento diario.

Se detecta un 14,54% de error en la hoja de administración de medicamentos por no cambiar de casilla cuando se modifica la pauta de orden de medicación.

Por ejemplo, cuando se cambia medicación endovenosa a medicación oral se superpone en la misma casilla.

EL ESTUDIO LO REALIZAMOS MEDIANTE UNA RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y DE DATOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, E HICIMOS UNA PARRILLA CON TODAS LAS VARIABLES A ESTUDIAR: MEDICACIÓN, CAÍDAS, DOCUMENTACIÓN, DIETAS Y TÉCNICAS EN EL PRE Y POST-OPERATORIO

Fig. 9

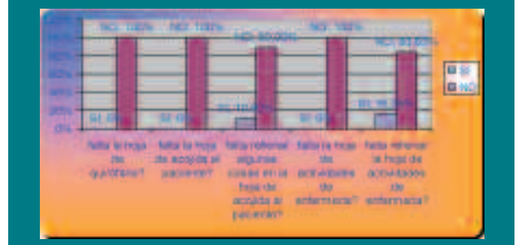
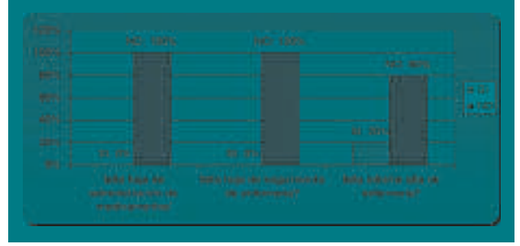


Fig. 10



También la utilización de «typex» o pegatinas 18,18% y tachaduras ilegibles en los registros de enfermería en un 29,09% .

Hay errores importantes 14,54% en cuanto a la omisión de la firma personal de cada enfermero/a en las casillas de medicación horaria y omisión en la fecha de inicio de un medicamento en un 45,45%.

En cuanto a la identificación:

Se detecta que no ha sido registrado si llevan brazalete identificativo en un 64%, pero observamos que no hay ninguna casilla para registrarlo.

El otro 36% lo han registrado en la hoja de seguimiento de enfermería.

En cuanto a la documentación:

- No hay falta de hojas de quirófano ni de acogida al paciente, sin embargo detectamos un 10,90% de falta registro en algunos apartados de cada hoja, como también las hojas de actividades de enfermería un 16,36%.
- En un 20% se detecta la falta de informe de alta de enfermería.
- En un 9,09% observamos la falta de etiquetas identificativas de cada paciente en algunas de las hojas que forman la historia clínica enfermera, aunque no hay ningún error en su colocación exacta.

Dietas:

- Error también en los diferentes tipos de dietas en un 9,09% y en un 7,27% en la duración de la dieta y resaltar como positivo que en caso de ayunas se realizan correctamente, resultado de 100%.

Técnicas:

- No aparecen errores en la preparación de los pacientes quirúrgicos (preparación de zonas quirúrgicas, colocación de vía venosa, rasuración...).

Como positivo también no hay ningún error en el tiempo para retirar las sondas vesicales, sueroterapia, drenajes, lavados vesicales...

Tampoco detectamos errores en la extracción de sangre para las muestras para analíticas.

Fig. 11

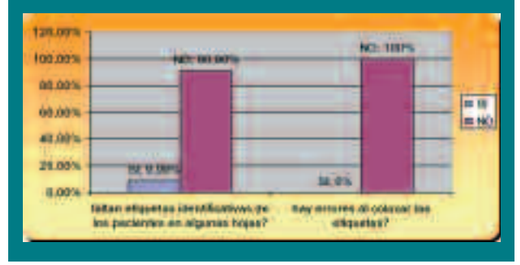


Fig. 12

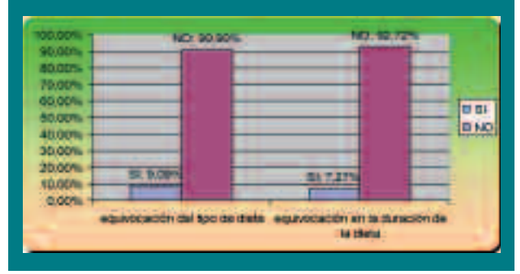


Fig. 13

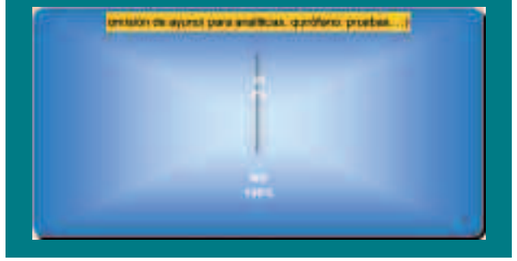


Fig. 14

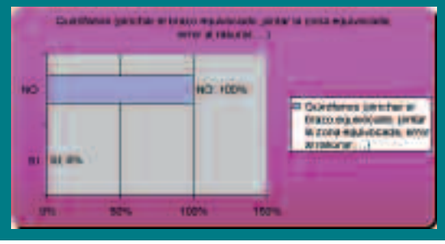


Fig. 15

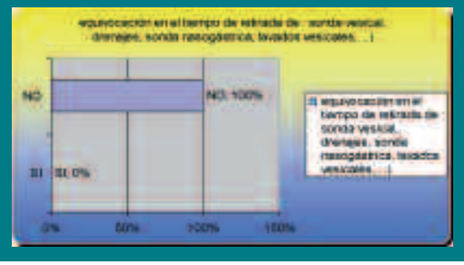
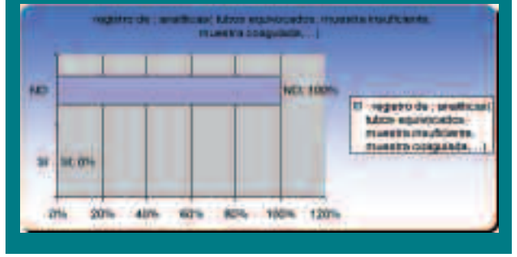


Fig. 16



Sólo se detecta el registro de una caída en todas las historias revisadas.

DISCUSIÓN

Sabemos que toda actividad humana, y la asistencia humana lo es, está sujeta a error. Los efectos adversos se producen en la asistencia sanitaria como en cualquier otro ámbito, pero es cierto que el ámbito de la salud es especialmente sensible al error. Los usuarios exigen, y con razón, que se hagan rigurosos estudios de riesgos y que se diseñen estrategias para controlarlos y minimizarlos.

Al mismo tiempo, cada vez es más evidente que la disminución de los efectos adversos está más relacionada con la mejora de los aspectos organizativos del sistema que con las conductas individuales. Esto significa actuar a nivel de la organización, evitando la idea de culpabilidad individual y poniendo de relieve el origen multicausal de cualquier fallo.

Queda, pues, un largo camino por recorrer y se hace necesario un pequeño cambio de cultura, no ocultando los errores, sino aprendiendo de ellos. Si sabemos qué tipo de errores es más fácil que ocurran, pondremos los medios para que no se repitan o se minimizen. Las instituciones tendrían que tener los mecanismos para que se puedan notificar los errores y esto facilitaría el aprendizaje.

Aparte de notificar, también se tendrían que divulgar las «mejores prácticas» o, lo que es lo mismo, protocolos adecuados y actualizados. Actualmente los ocho hospitales del ICS están actualizando los protocolos de actuación de enfermería y armonizándolos.

Nunca tenemos que olvidar que lo que queremos es generar confianza en los usuarios de sanidad. Así pues, en nuestro estudio, con los enfermos de urología tendremos que analizar detenidamente a partir de los resultados el porqué se producen estos errores. Lo analizaremos por apartados:

En el apartado de medicación:

Observamos un grado importante de error en cuestiones muy fáciles y obvias, por ejemplo, cambiar de recuadro cuando una medicación pasa de ser endovenosa a oral, en vez de comenzar de nuevo, tachamos E.V. y escribimos V.O., o en omitir alguna firma en medicamentos que hemos administrado, o en omitir fechas de inicio, dosis, etc. En definitiva, en cosas que sólo requieren un poco más de tiempo y realmente tener claro que es muy importante. Si tuviéramos en mente las implicaciones legales de estas omisiones, seguramente nadie dejaría de hacerlo. Si nos viéramos implicados en algún juicio sabríamos que «todo lo que no está firmado no está dado». Pero creemos que antes de llegar a descubrirlo así, sería conveniente dar cursos de formación continuada a todo el personal sobre aspectos legales básicos de la práctica clínica y sobre seguridad hospitalaria.

Y también insistir mucho a los alumnos, en las Escuelas de Enfermería, de la importancia de cumplimentar bien toda la documentación y que no se den por sentadas cosas que parecen tan obvias pero que cada persona puede interpretar de manera diferente (mg por ml, etc.) y que realmente se tome conciencia que escribir bien no es malgastar tiempo, sino al contrario.

Desde la institución y con las tecnologías de la comunicación ayudaría el tener conectadas las órdenes de tratamiento médicas directamente con farmacia y evitaría letras indescifrables, transcripciones erróneas y facilitaría que todos entendiéramos lo mismo.

Destacar también que todavía tachamos los errores de transcripcción con «typex» o pegatinas en un 14,28%, cuando lo adecuado sería poner error; este es el pequeño cambio de cultura que decíamos antes.

En cuanto a los registros de medicamentos de estupefacientes, vemos que se ha cumplido en un 100%, pero hay que decir que en este estudio no había ningún enfermo que tuviera pautado estupefacientes. Esto lo queremos comentar porque en la práctica diaria sí que se observan muchas omisiones a la hora de registrar estos medicamentos en la hojas especiales que hay para tal efecto y que desde farmacia se insiste en que sólo se dispensarán el número de estupefacientes que estén firmados. Aun así no se firma, puede ser por olvido, por desidia, por el momento en sí (situaciones críticas), etc.

En el apartado de identificación:

Creemos que sería necesario proponer a la dirección de enfermería, y más especialmente a la adjunta de Formación Continuada, la posibilidad de incorporar en la historia de acogida del paciente un apartado donde registrar si el paciente ingresa con identificación o al menos si se pone la pulsera identificativa en el momento del ingreso. Siempre es un buen cribaje a la hora de asegurarnos si un medicamento o cualquier técnica, además de tenerlo en nuestra hoja de medicamentos o de actividades, nos podemos asegurar a pie de cama con el brazalete, mirando si la acción o el medicamento se corresponden con el paciente.

En el apartado de documentación:

Tendríamos que discutir y plantearnos, otra vez, revisar las hojas de actividades, que por el hecho de estar los planes de cuidados estandarizados no significa que no debamos realizar la evaluación de los mismos. Seguramente, con el programa informático Gacela de enfermería que se pondrá en marcha en el 2007 en nuestro hospital, muchos de estos errores por falta de tiempo creemos que mejorarán.

En cuanto a las dietas:

Se detectan errores por falta de observación de los propios problemas del paciente. Por ejemplo, un señor hace días que no hace deposición y pautamos un enema, en cambio no hemos previsto cambiar a una dieta rica en fibras. Estos errores serían fácilmente evitables.

En cuanto a las técnicas:

Resaltar que no aparecen errores. Esto daría un 100% de seguridad si nuestra profesión fuera sólo de técnicos de enfermería, pero creemos desde nuestra convicción de buenos profesionales de la enfermería que tenemos que mejorar en aquellos aspectos que realmente den ese nivel de seguridad que todo cliente/usuario de la sanidad exige y que además querríamos para nosotros mismos y para nuestros familiares.

Vamos a proponer acciones de mejora a partir de este estudio y continuaremos haciendo estudios prospectivos cada cierto tiempo para ver si estas cifras han mejorado. También podremos realizar encuestas a los propios pacientes de urología sobre cómo perciben su seguridad.

HEMOS IDENTIFICADO CUÁLES SON LOS EFECTOS ADVERSOS MÁS IMPORTANTES EN NUESTRA UNIDAD. PODREMOS PROPONER MEDIDAS DE CORRECCIÓN A PARTIR DE LA OBSERVACIÓN DE LOS ERRORES, EN TODO LO QUE PODAMOS MEJORAR DESDE LOS PROPIOS PROFESIONALES Y TAMBIÉN DESDE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA, CON TODO ELL VAMOS A MEJORAR EL NIVEL DE CALIDAD ASISTENCIAL

CONCLUSIONES

Al haber profundizado sobre los resultados creemos que podemos diferenciar entre los distintos términos relacionados con la seguridad e implicar a todo el resto del equipo. Cuantas más personas puedan llegar a participar en los cursos sobre seguridad hospitalaria, que en nuestro hospital han sido impartidos por la fundación Avedis Donabedian, más nos concienciaremos todos de su importancia.

Hemos identificado cuáles son los efectos adversos más importantes en nuestra unidad.

Podremos proponer medidas de corrección, a partir de la observación de los errores, en todo lo que podamos mejorar desde los propios profesionales y también desde la dirección de enfermería.

Con todo ello creemos que vamos a mejorar la práctica y por tanto el nivel de calidad asistencial.

Finalmente, y lo más importante, mejoraremos la seguridad de los pacientes en la Unidad de Urología y en consecuencia la seguridad del Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta.

Y poniendo un toque de humor:

Habiendo tantos errores
para cometer,
no vale la pena cometer el mismo

Bertrand Russell

Non omnis error est dicendus stultitia
(No todos los errores son debidos a la ignorancia)

Arcadio Real Romaguera**, Cecilia Piquer Boscá*, Amalia Rubia Fernández*, Helena Ferrer Casares *
** Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería de Valencia, Supervisor del Servicio de Urología. * Enfermeras del Servicio de Urología

Beneficios del ejercicio físico en la recuperación del paciente intervenido de Bricker

Palabras clave: Ejercicio físico en postoperatorio; Bricker; complicaciones en evolución del Bricker, en derivaciones urinarias; evolución postoperatoria del Bricker, en derivaciones urinarias; cuidados de enfermería en evolución del Bricker, en derivaciones urinarias; anatomía de aparato urinario, fisiología de aparato urinario, ap. digestivo, ap. respiratorio, sistema circulatorio; beneficio del ejercicio físico.

Key words: Physical exercise in postoperating; Bricker; Complications in evolution of the bricker urinary derivations; Postoperating evolution of the bricker, in urinary derivations; Care of nurse in evolution of the bricker, urinary derivations; Anatomy of urinary apparatus; Physiology of apparatus urinary, digestive, respiratory, circulatory system; Benefit of the physical exercise.

Introducción

Cuando un paciente es diagnosticado de una neoformación vesical, si la evolución no responde a las resecciones transureterales y los tratamientos de quimioterapia local complementaria, es preciso derivar la orina de su conducto natural a otro artificial.

((Básicamente se puede derivar desde el riñón mediante una nefrostomía, desde el uréter mediante una ureterostomía (en desuso) o mediante una derivación más compleja que puede ser interna como la ureterosigmosdostomía, o un Bricker que es el caso que vamos a tratar.)

En el presente trabajo solo nos ocuparemos del Bricker; derivación urinaria cuya intervención consiste en aislar un segmento de ileon terminal, conservando su irrigación sanguínea (restituyendo después la continuidad intestinal). Separar uno o ambos uréteres de la vejiga e implantarlos en la porción proximal de dicho segmento y desembocar la porción terminal de dicho segmento a piel. Se colocarán unos catéteres ureterales, pasando por el segmento ileal que saldrán al exterior por el estoma con el fin de proteger las suturas, facilitar la salida de la orina y poder controlar la diuresis.

Esta intervención fue propuesta por Eugene Bricker a principios del siglo pasado, pero no se pudo realizar de forma experimental hasta el final de la década de los años 50, siendo en la década de los 70 cuando algunos equipos de contados hospitales la empezaron a realizar. Por los años 80 esta técnica llegó a nuestros hospitales y el Hospital General i Universitari de Valencia fue uno de los pioneros en la realización de esta técnica.

En la actualidad somos uno de los centros que más intervenciones realiza, y por ello nuestra experiencia evidencia algunos de los problemas que suelen acompañar a este tipo de intervención.

Estos pacientes requieren una atención sanitaria muy extensa y posiblemente en su cuidado es donde mejor podemos ver reflejados los esquemas por donde se mueve el actual concepto de salud, «es el estado de bienestar bio, psico y social de un ser solidario, feliz, autónomo y perfectamente integrado en el medio ambiente».

El equipo formado por los médicos y el personal de enfermería, junto con su labor complementaria, debe estar perfectamente integrado. Sólo con ello podremos responder a cubrir sus necesidades.

La evolución básica seguida por este tipo de pacientes podría ser:

1. *Gran trauma:* cuando el médico le informa que tiene un tumor, un cáncer. Casi siempre el paciente sale de la consulta muy aturdido y sin saber demasiado bien lo que le han dicho. Las etapas de negación. De… «No puede ser verdad», ¿por qué yo? «Por qué a mí, con tanta gente mala que hay…» De agresividad, de sometimiento, etc. Dan paso al ingreso.

2. *Ingreso:* para la preparación de la intervención, vaciado intestinal, alimentación parenteral, marcado del punto de abocación y colocación de una bolsa que simulará su futura citación y servirá para comprobar que la ubicación es correcta. Miedo, dudas que casi siempre son resueltas por las enfermeras, que de forma continua responden sus preguntas y le informan. Durante este período ya se inicia su formación para su vida futura.

3. *El día del quirófano:* el miedo, la inseguridad, el viaje por los pasillos se hace eterno. Después se apaga la luz.

4. *El paso por la UCI:* suele ser lo más traumático. A algunos pacientes les marca por mucho tiempo. Los ruidos extraños, la sensación de soledad, de ver gente extraña, todos los tubos, la cercanía de la muerte, etc. Todo ello cambia de forma radical cuando vuelve a la sala, con su familia, con las enfermeras que conoce y lo conocen, que lo han preparado. Tan solo las conoce de dos a tres días, pero parece que sea de siempre.

5. *Las curas:* las movilizaciones, los primeros cambios de bolsa, el asco o aprensión (en muchos casos). La luz al fondo del túnel que se empieza a ver, a medida que avanza su evolución y por fin…

6. *El alta:* es como si en el hospital se quedara la muerte. «He salido vivo…», «Estoy vivo y vuelvo a mi casa». «Que feliz soy».

7. Cuando pasa el temor, un día se mira al espejo y reflexiona, revisa su cuerpo y piensa: «Que me han hecho…»

8. Cuando viene a la consulta del estomaterapeuta o de la enfermera y le dice «Don Arcadio, si no me sirve ni para mear…» (síndrome de la amputación, hipertrofiado (o incrementado) por la agresión a su masculinidad. El machismo aflora en proporción directa a su forma de ser, pero aflora. Cuando no aflora, es por un proceso de ocultamiento. En nuestra sociedad todos somos muy machos).

Este relato sólo pretende mostrar de una forma genérica a la persona que vamos a atender.

Por supuesto, cada persona tiene su particular y peculiar forma de afrontar la vida y, por ende, de enfrentarse a este proceso.

Después del alta, el paciente tiene unas revisiones médicas y del estomaterapeuta o de la enfermera que, si bien son complementarias, son independientes y cubrirán necesidades distintas. Vamos a centrarnos en las necesidades que puede cubrir la enfermería.

En la evolución de este tipo de intervenciones se ha logrado perfilar tanto la técnica como los cuidados de enfermería. A medida que se evolucionó en la técnica y aumentó el número de pacientes intervenidos, empezamos a detectar los siguientes problemas después del alta:

1. *Aislamiento del paciente.* Ante la falta de seguridad el paciente prefiere no salir de casa y encerrarse en la seguridad de su domicilio. La falta de seguridad puede venir como consecuencia de la falta de práctica en el uso de los dispositivos de urostomía (habitualmente suelen salir conociendo el uso y, habiendo practicado en el hospital, el manejo; se puede llegar a retrasar un alta si el paciente no domina su uso) por lo que no es probable que esa sea la causa en la mayoría de los casos. El problema puede venir por su falta de seguridad en sí mismo, el miedo a enfrentarse a su vida anterior… su debilidad interna… afloran en forma de inseguridad. «En casa estoy más seguro…»

2. *Debilidad de los miembros inferiores*, que se incrementa con el apartado anterior.

3. *Mengua de su capacidad respiratoria:* dificultad en expulsar los esputos, que se incrementa con el apartado anterior. Ello conlleva o facilita las infecciones respiratorias.

4. *Estreñimiento* por mal funcionamiento de su peristaltismo.

5. *Debilidad de su musculatura abdominal.*

6. *Aparición de sobrepeso.*

Por todo ello, nos planteamos que desde el mismo día del alta el paciente inicie paseos que deberán estar acordes con sus posibilidades. Deben de ser al principio de corta duración y realizarse por la mañana y por la tarde.

STOS PACIENTES REQUIEREN UNA ATENCIÓN SANITARIA MUY EXTENSA Y POSIBLEMENTE EN SU CUIDADO ES DONDE MEJOR PODEMOS VER REFLEJADOS LOS ESQUEMAS POR DONDE SE MUEVE ACTUAL CONCEPTO DE SALUD "ES EL ESTADO DE BIENESTAR BIO, PSICO Y SOCIAL DE UN SER SOLIDARIO, FELIZ, AUTÓNOMO Y PERFECTAMENTE INTEGRADO EN EL MEDIO AMBIENTE"

A partir de la primera revisión del estomaterapeuta o de la enfermera (a la semana siguiente del alta), el paciente deberá haber salido de casa y, si no lo ha hecho, habrá que concienciar al paciente y la familia de la necesidad de estos paseos. En nuestra sociedad es muy difícil convencer a las personas que algo que no cuesta dinero puede ser tan beneficioso como un buen paseo (la medicación y los tratamientos cuanto más caros son mejores).

El incremento de la duración debe estar acorde con las posibilidades del paciente, pero deberán estar situados entre los 30 y los 60 minutos mañana y tarde.

- La realización de otro tipo de ejercicios o deportes debe ser siempre consultada con el estomaterapeuta o la enfermera, pero después del periodo de recuperación quirúrgica, en principio, se puede realizar:
- La natación: iniciando primero la de espaldas y, poco a poco, evolucionar hacia las demás modalidades. Evitar siempre el salto de trampolín o los movimientos bruscos.
- La marcha, sin largos trayectos por la deshidratación.
- El ciclismo, sin largas marchas.
- El golf.
- El senderismo.
- Actividades físicas de todos los días (ir a por el pan, periódico, la compra, caminar hacia la parada del autobús).

- Jardinería.
- Bailar.
- Como norma se deberán evitar aquellos deportes que puedan implicar unas maniobras violentas, giros o flexiones rápidas abdominales, o que requieran hacer fuerza con el abdomen (nunca debe levantar más de cinco kilos).

Marco teórico

El ejercicio regular y la actividad física son de suma importancia para proteger la salud y mantener la habilidad física

La inactividad influye en la disminución de la resistencia, la fuerza, el equilibrio y la flexibilidad.

El ejercicio ayudará al paciente a seguir siendo independiente y capaz de realizar las tareas diarias y cotidianas por sí mismo, e incluso las actividades de entretenimiento.

Para algunos pacientes las actividades físicas comunes de todos los días pueden lograr algunos de los mismos resultados que obtienen con el ejercicio.

No hace falta hacer ejercicios vigorosos sino moderados.

El caminar es un ejercicio físico que nos permitirá lograr un notable éxito frente a los problemas antes reseñados.

Las ventajas que presentan serán analizadas bajo los prismas anatómico, fisiológico, funcional, psicológico y social.

1. *El aislamiento del paciente.* Ante la falta de seguridad, el paciente prefiere no salir de casa y encerrarse en la seguridad de su domicilio. La falta de seguridad puede venir como consecuencia de la falta de práctica en el uso de los dispositivos de urostomía (normalmente estará resuelta desde el hospital, como hemos visto). Otro gran problema viene dado por el miedo e inseguridad no solo física sino también psíquica que hace que el paciente se sienta débil. El encerrarse en casa agrava más la situación, ya que acaba siendo una espiral que casi siempre lo conducirá a la depresión. Romper este esquema es fundamental: el paciente debe salir, acompañado, pero debe salir, ver la calle, respirar aire de la calle, ver a otras personas, tener que preocuparse en otras cosas, dejar de pensar en su operación y de mirarse a sí mismo. Esto suele actuar como una retroalimentación que, de una forma clara y creciente, ayuda al paciente a salir adelante.

Es también observable que algunos pacientes, al principio, muestran a todos los amigos la bolsa, diciendo que «no pasa nada», «mira lo bien que estoy»…, queriendo mostrar que lo han superado.

En la mayoría de los casos es un acto de defensa para vencer sus propios miedos.

De igual forma, también podemos ver a los pacientes que prefieren la discreción. Pero en ambos casos salir, andar y dar paseos es el primer paso para lograr que el paciente vuelva a retomar en lo posible a su vida anterior.

2. *La debilidad de los miembros inferiores,* que se incrementa con el apartado anterior. La debilidad viene como consecuencia del deterioro que le puede haber causado la enfermedad tumoral y las continuas pérdidas de sangre. Además, debemos añadir un período de deterioro preoperatorio y la convalecencia postoperatoria, con sus antibióticos, alimentación parenteral, inmovilización y/o poca movilidad.

EL EJERCICIO REGULAR Y LA ACTIVIDAD FÍSICA SON DE SUMA IMPORTANCIA PARA PROTEGER LA SALUD Y MANTENER LA HABILIDAD FÍSICA LA INACTIVIDAD INFLUYE EN LA DISMINUCIÓN DE LA RESISTENCIA, LA FUERZA, EL EQUILIBRIO Y LA FLEXIBILIDAD

El hecho de reiniciar los paseos conllevará a un reforzamiento de la musculatura de los miembros inferiores que en mayor o menor medida estarán debilitados. Así mismo, movilizar la musculatura obligará a que circule más sangre, por lo que tanto las arterias como sus venas de los miembros inferiores trabajarán mucho más. Con todo ello lograremos además una prevención y/o terapia natural contra las enfermedades circulatorias.

3. *La disminución de su capacidad respiratoria.* El no moverse o moverse poco dificulta la expulsión de los esputos, por lo que se pueden sedimentar en la base de los pulmones y facilitar infecciones respiratorias. La forma más simple de su eliminación es la movilización.

El andar es el ejercicio físico que de forma natural incrementará el número de pulsaciones y respiraciones, por lo que al distender más los pulmones removerá y facilitará la expulsión de los esputos.

La sensación de mejoría y bienestar se puede observar a corto plazo.

4. *Estreñimiento* por mal funcionamiento de su peristaltismo. En la intervención se ha manipulado el aparato digestivo y, como consecuencia, se ha disminuido el intestino delgado. Casi siempre aparece como complicación el estreñimiento. Al andar se mueven, entre otros, los músculos rectos abdominales, y por ello se masajea el paquete intestinal, lo que favorece su movilización. Consecuencia de ello hay un mayor peristaltismo, lo que conlleva a movilización y expulsión de gases y/o heces. Ello, junto a una dieta equilibrada, suele ser suficiente para restablecer la normalidad. No obstante, debemos recordar que hay una relación directa entre el aumento de la edad y las posibilidades del estreñimiento por disminución de funcionamiento de las glándulas digestivas.

5. *Debilidad de su musculatura abdominal.*

Además de lo anteriormente expuesto, al hacer trabajar los músculos abdominales reforzamos de una forma muy suave esta musculatura, lo cual evitará la aparición de hernias. Este tipo de ejercicios pueden ir acompañados de una dieta rica en fibra. Hay que recordar que un paciente estreñido puede incrementar la presión abdominal, y si ésta es muy alta producir una dehiscencia de suturas a nivel del abordaje de la intervención, lo que nos produciría una hernia abdominal, que podría deformar el abdomen, o del estoma, lo que nos produciría una hernia periestomal que complicaría mucho la adaptación del dispositivo.

El problema es que una vez se ha producido la hernia no hay solución, ya que el abordaje quirúrgico es muy complejo por los cambios producidos en la derivación.

Por ello es fundamental la prevención.

6. *Aparición de sobrepeso.* Es uno de los factores que pueden llegar a complicar mucho la integración de estos pacientes. Se ha comprobado el aumento de peso en todos los pacientes y puede ir desde los 4 kg. a los 24 kg. Ello conlleva a:

Deformidad del abdomen, puede cambiar la ubicación del estoma, lo que casi siempre es negativo.

Disminuir el tamaño del estoma, que conllevará una menor capacidad de contención de los dispositivos. El aumento del panículo adiposo del abdomen conlleva a un enterramiento del estoma, pudiendo llegar a ser plano (aun en el caso que en un principio fuera un estoma muy grande). La orina se resbalará entre la piel y despegará con mucha facilidad el adhesivo. Otro problema será la agresión que producirá la orina en la piel. Pero lo más importante es que si se lesiona la piel perirondante al estoma no se pueden aplicar los dispositivos, por lo que el paciente estaría continuamente mojado.

"LA PRACTICA DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA FASE DEL POSTOPERATORIO POST ALTA DEL PACIENTE INTERVENIDO DE BRICKER, PROPORCIONA UNA MEJORÍA Y FACILITA UNA RECUPERACIÓN BIO, PSICO Y SOCIAL "

Objetivos de la investigación

El objetivo general es la integración del paciente en nuestra sociedad. Lograr que esta persona deje de ser enfermo y pase a ser un ser autosuficiente. Para ello es preciso que sepa manejar perfectamente el material de ostomía (lo ha aprendido en el hospital y lo perfecciona bajo el control del estomaterapeuta o de la enfermera) y que tanto su cuerpo como su mente vuelvan lo antes posible a la normalidad.

Para ello serán preciso los siguientes objetivos secundarios:

- Evitar el aislamiento. E incluso aumentar la confianza en si mismo.
- Mejorar la musculatura de los miembros inferiores.
- Mejorar su capacidad respiratoria.
- Mejorar su peristaltismo.
- Mejorar su musculatura abdominal.
- Aumentar la resistencia física.
- Evitar el sobrepeso.

Hipótesis

«La práctica del ejercicio físico en la fase del postoperatorio posalta del paciente intervenido de Bricker proporciona una mejoría y facilita una recuperación bio, psico y social».

Material y método

Por motivos éticos no podemos hacer un grupo testigo y dejar de usar estas técnicas, ya que nuestra experiencia nos ofrece suficientes evidencias que demuestran su eficacia. Por ello no es éticamente aceptable privar a un grupo de este beneficio para realizar un estudio.

En consecuencia, tendremos que realizar un trabajo con metodología mixta que nos permitirá un enfoque cercano y que cubra nuestras necesidades.

Emplearemos la metodología de observación para poder observar y analizar la evolución y el beneficio del ejercicio.

Emplearemos la metodología comparativa para poder comparar y medir la evolución del paciente antes y después de la intervención.

Dado que este trabajo es previo y se usará como muestra para un trabajo de mayor calado, nos planteamos hacer el seguimiento de diez pacientes, siendo los primeros diez de la lista de intervenciones a partir de mayo. Estimamos que, en condiciones normales, durante el mes de junio se hayan intervenido diez pacientes. Debemos de tener en cuenta que si bien las listas de quirófano son programables, la aparición de la patología es bastante aleatoria.

Las variables que pueden actuar son bastante aleatorias destacando:

a) Aparición de algún proceso patológico en el postoperatorio tardío. Muy infrecuentes.

b) Aparición de una reactivación del proceso tumoral. Suele ser mucho más tardía.

c) Aparición de metástasis. Suelen ser a más largo tiempo.

d) Que el paciente entre en depresión profunda o algún proceso similar. Hay casos descritos en la bibliografía, pero en mi experiencia (más de 300 casos) no he visto ninguna que pueda llegar a ser invalidante. No obstante, el psicólogo casi siempre indica una terapia que suele ser similar o complementaria.

Motivo de exclusión:

- Paciente de más de 80 años.
- Cualquier patología o minusvalía que impida o dificulte la de ambulación.
- No será motivo de exclusión el sexo o edad.

Las entrevistas se realizarán:

1º Durante el preoperatorio, cuando el paciente esté receptivo.

2º A la semana del alta.

3º A los tres meses del alta.

CRONOGRAMA

Para el cronograma hemos utilizado un gant compuesto, ya que pretendemos diseñar un plan de trabajo (sombreado), pero queremos reflejar las posibles desviaciones y tenerlas en cuenta para el próximo trabajo.

Tareas	Abril 06	Mayo 06	Junio 06	Julio 07	Ago. 06	Sep. 07
Revisión de bibliografía						
Revisión del diseño la hojas de evaluación						
Control y seguimiento de pacientes						
Tratamiento de datos						
Revisión y análisis del proceso						
Redactar el documento final						

RESULTADOS ESPERADOS

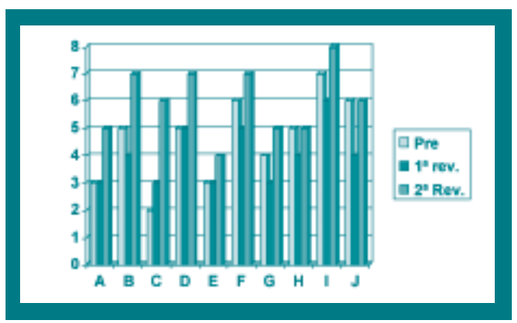
Con este trabajo pretendemos mejorar la vida de los pacientes intervenidos de Bricker.

Demostrar que se puede lograr la máxima integración en la sociedad dotándolo del mayor grado de salud, y con ello hacer real la definición de la salud como: no sólo la ausencia del dolor en todas sus vertientes, sino el auténtico estado de bienestar bio, psico y social. Un ser solidario, autónomo, feliz e integrado en el medio ambiente».

RESULTADOS OBTENIDOS

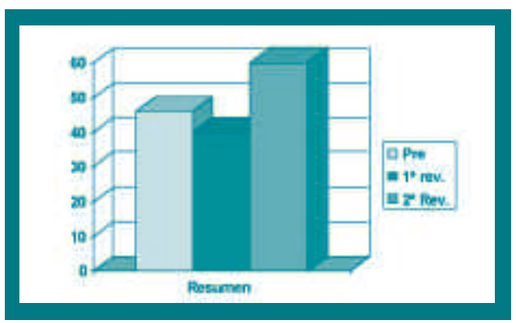
Se ha realizado el seguimiento de diez pacientes intervenidos de Bricker. Los pacientes son las letras desde se identifican con las letras A, B, C, D, E, F, G, H, I, J.

1ª pregunta: ¿Sale de casa?

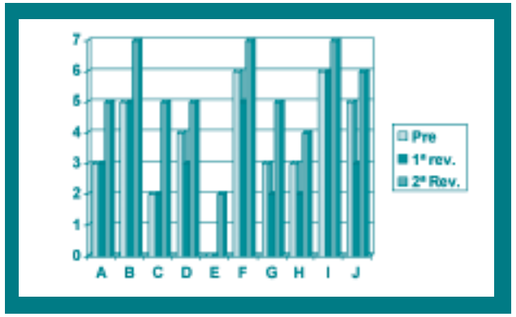


ES MUY SIGNIFICATIVO EL AUMENTO DE SUS SALIDAS A DISTRACCIONES DE TIPO SOCIAL A LA SEGUNDA REVISIÓN. EL PEQUEÑO DESCENSO QUE SE OBSERVA SE PUEDE ACHACAR A LA CERCANÍA DE LA INTERVENCIÓN, A LA FALTA DE SEGURIDAD EN SÍ Y EN EL DISPOSITIVO DE UROSTOMÍA

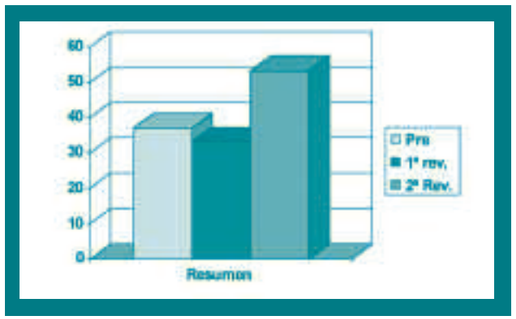
En la respuesta es posible observar que en general salen de casa aproximadamente lo mismo a la primera revisión que antes de ser intervenido. Pero se incrementa significativamente a la segunda revisión, como bien se puede observar en el resumen.



2ª pregunta: ¿Va al casino o algún local social?

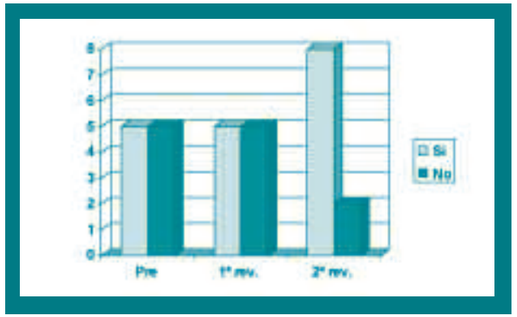


Las respuestas guardan una muy buena relación con las primeras respuestas. También es muy significativo el aumento de sus salidas a distracciones de tipo social a la segunda revisión. El pequeño descenso que se observa se puede achacar a la cercanía de la intervención, a la falta de seguridad en sí y en el dispositivo de urostomía.



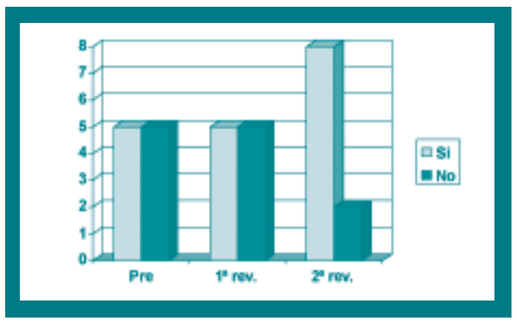
3ª pregunta: ¿Realiza paseos diarios?

Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2, ya que sólo nos interesaba si el paciente daba paseos diarios. Como estaba previsto, se puede observar que hay una similitud de la salida de su domicilio pre y posintervención, pero es muy significativo el aumento en la segunda revisión. En general hay una concordancia con las respuestas anteriores, pero se detectan dos casos de personas que no salen de casa pero dan paseos diarios.



4ª pregunta: ¿Realiza paseos diarios una vez al día?

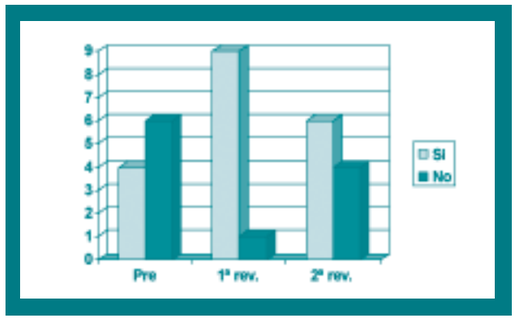
Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2. Se puede observar una total correlación entre las respuestas de este apartado y el anterior.



4ª pregunta: ¿Realiza paseos diarios 2 veces al día?

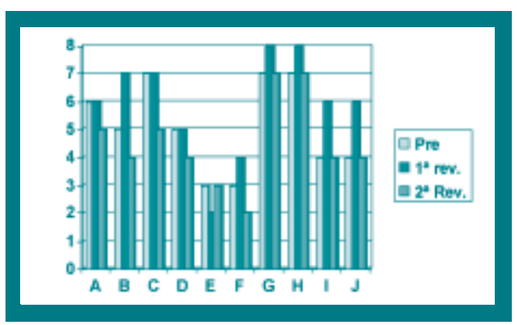
Esta pregunta sólo admitía dos respuesta No = 1 o Sí = 2.

Esta pregunta se formula para poder comprobar la capacidad de integración, el nivel de seguridad, el nivel de recuperación, etc.



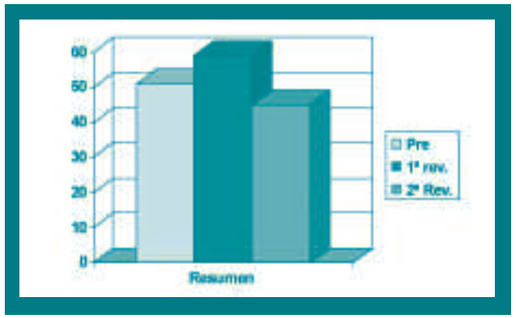
Se observa que en la primera revisión hay claro descenso de respuestas positivas, pero en la segunda revisión su número aumenta de forma significativa.

5ª pregunta: ¿Se cansa?



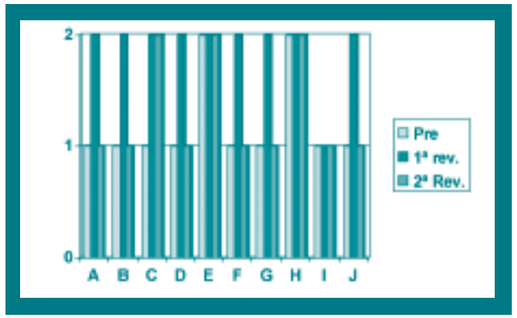
Lo pacientes han valorado el nivel de cansancio en una escala de uno al diez, por lo que a mayor número mayor nivel de cansancio.

Si se observan las respuesta individuales se puede observar que sigue existiendo un concordancia entre las respuestas y los apartados anteriores.



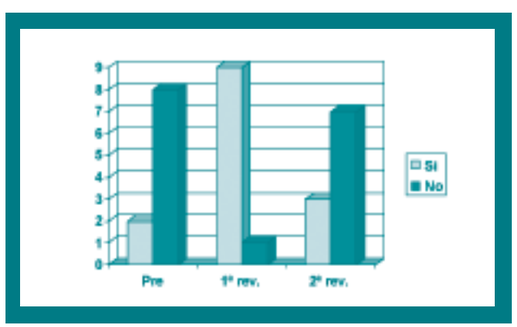
A nivel general se observa un mayor nivel de cansancio en la primera revisión que en el postoperatorio, pero se detecta una clara disminución en la segunda revisión.

6ª pregunta: ¿Tiene estreñimiento?



Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2.

Las respuestas confirman que los pacientes padecen un porcentaje muy alto de estreñimiento antes de la intervención. Puede ser achacable a la edad, a que son pacientes que tomas analgésicos por su proceso neoplásico, etc. Durante la primera revisión el numero aumenta ligeramente, pero sE disminuye en la segunda revisión.

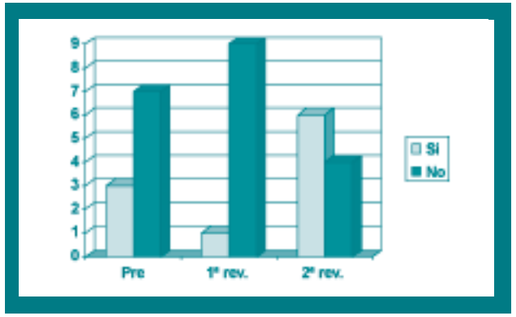


En conjunto se puede apreciar que mayoritariamente los pacientes se quejan de estreñimiento.

7ªa pregunta: ¿Defeca todos los días?

Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2.

Se puede observar que existe una ligera diferencia con las respuestas anteriores. Esto puede deberse a la edad de los pacientes. Hay un paciente que defeca todos los días y dice padecer estreñimiento.

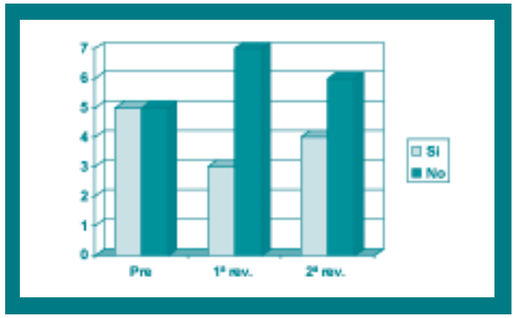


En conjunto se observa un mayor número de pacientes estreñidos en la primera revisión, lo cual concuerda con las respuestas anteriores, pero este número disminuye ostensiblemente en la segunda revisión.

7ªb pregunta: ¿Defeca cada 2 días o más?

Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2.

Se observa que el número de respuesta de la primera revisión sigue siendo mayor que las del pre pero que este número baja ostensiblemente en la segunda revisión.



No obstante, antes de cerrar este capítulo referente al estreñimiento hay que remarcar que:

1. Se confirma que existe un elevado grado de estreñimiento.
2. Que a la primera revisión los pacientes suelen estar estreñidos (existe una relación con la intervención).
3. Los pacientes les dan una gran importancia a este hecho.

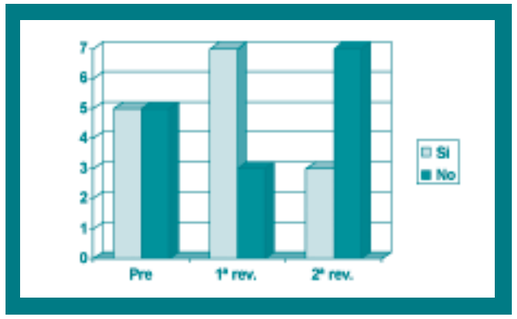
8ª pregunta: ¿Tiene problemas de ahogo?

Esta pregunta sólo admitía dos respuestas: No = 1 o Sí = 2.

Se detecta que una mitad de los pacientes dicen presentar problemas de ahogos.

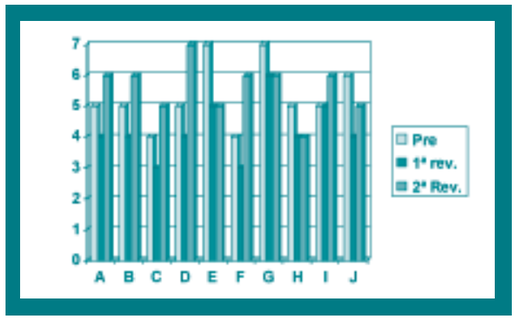
Durante la primera revisión el número de pacientes con problemas de ahogos es elevado, cuestión achacable a la intervención.

A la segunda revisión el número de pacientes con ahogos disminuye de forma ostensible.



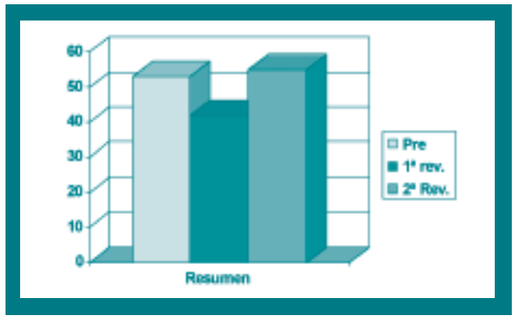
La visión de resumen evidencia lo anteriormente expuesto.

9ª pregunta: ¿Tiene sobrepeso?



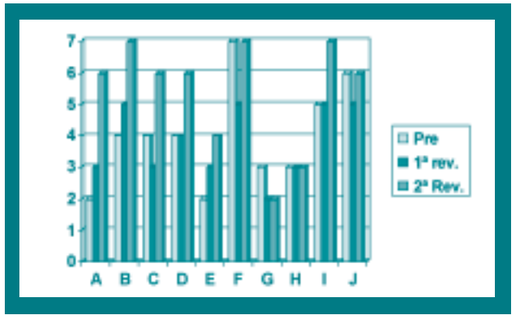
Los pacientes han valorado el nivel de cansancio en una escala de uno al diez, por lo que a mayor número, mayor sobrepeso.

Se evidencia una pérdida de peso a la primera revisión, pero que se recupera en la segunda revisión alcanzando niveles superiores a los obtenidos en el pre.



En este resumen se puede observar de forma más evidente lo anteriormente expuesto.

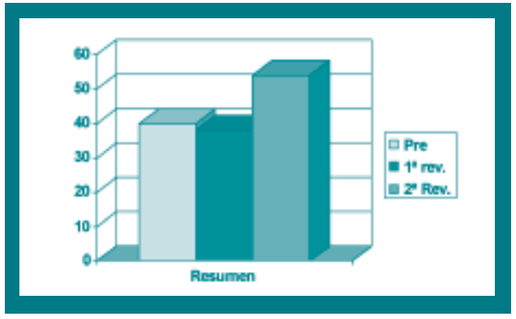
10ª pregunta: ¿Duerme bien?



Lo pacientes han valorado el nivel de cansancio en una escala de uno al diez, por lo que a mayor número mejor dicen los pacientes que duermen.

Por lo general, los pacientes dicen que duermen mal en el preoperatorio. Solo dos superan el cinco. Creemos que puede ser debido a la enfermedad causal y las molestias que conllevan (llevar sonda, o levantarse muchas veces para orinar, el dolor, la preocupación, etc.).

Al observar con más detalle, podemos comprobar que a la segunda revisión, excepto un paciente, todos mejoran el sueño, no solo al compararlo con la primera revisión, sino incluso con el pre.



La visión de conjunto evidencia que, aunque mejoran ostensiblemente a la segunda revisión, por lo general los paciente no alcanzan los niveles de sueño deseables.

CONCLUSIONES

Este estudio sólo ha pretendido servir como muestra o como prueba para un próximo estudio de mayor calado, pero evidencia que: en todos los apartados se puede observar que el trauma operatorio del Bricker mengua al paciente en todas las vertientes de su vida, pudiendo comprobarse en la primera revisión.

En la segunda revisión hay una clara mejoría con respecto a la primera revisión. Pero en todos los casos hay también una clara mejoría con respecto al estado de antes de la intervención.

La influencia del trabajo de la enfermera, en este caso estomaterapeuta, es de gran importancia y son:

Lograr una total estanqueidad de los dispositivos, lo que conlleva una seguridad.

Que el paciente sea su propio cuidador (se prepara y se aplica los dispositivos).

El paciente siempre lleva consigo el mínimo material para solventar cualquier eventualidad.

Adiestra al paciente y a su familia en la importancia de los paseos, explicándole y haciéndole ver las ventajas.

Regular su dieta para evitar o mejorar el problema del estreñimiento. Aumentar la ingesta de fibra, de frutas, etc. En caso de necesidad remitirlo a la consulta de digestivo.

Concienciar tanto al familiar como al enfermo de la importancia de evitar el sobrepeso. A la primera revisión todos han perdido peso, pero dentro de un límite explicar lo anteriormente expuesto

Aconsejar qué tipo de ejercicios son los más convenientes dependiendo de la evolución del paciente.

Este trabajo en conjunto refuerza la seguridad del paciente en si mismo, dándole confianza para poder iniciar metas de mayor calado.

Creemos que la influencia del ejercicio físico en la recuperación de los pacientes sometidos a este tipo de intervenciones es altamente satisfactorio, y prepara el camino para la integración de estos pacientes a la sociedad.

Dado que por obvios motivos no se puede plantear un grupo de muestra o de referencia, para poder demostrar lo anteriormente expuesto nos plantearemos para un próximo trabajo:

Realizar un mayor número de muestras.

Revisar la formulación de algunas preguntas.

Incrementar una revisión a los seis meses de la intervención

Mejorar la hoja de recomendaciones y consejos para los urostomizados, reforzando lo anteriormente expuesto.

EN TODOS LOS APARTADOS SE PUEDE OBSERVAR QUE EL TRAUMA OPERATORIO DEL BRICKER MENGUA AL PACIENTE EN TODAS LAS VERTIENTES DE SU VIDA

BIBLIOGRAFÍA

«Complicaciones postquirúrgicas en urología» - Campos Tristán, G.; Vidal Rueda, E.; Torrente Paños, R.; Palacio Laso, E. del; Asociación Española de ATS en Urología. Curso Intensivo (16º. 1987. Móstoles); ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 1987 ; 25 : 65-71.

«Postoperatorios del paciente urológico: recordatorio de los cuidados de enfermería» - García Morato, J.M.; García Amores, J.A.; Jiménez Castro, G.; ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología 1986 ; 19-20 : 74-76

«Plan de cuidados básicos estandarizado en hospitalización urológica: una visión desde el aprendizaje» - Luque Alaba, J.M.; Aragonés Domínguez, A.E.; ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 2005; 95 : 23-26.

«La enfermería en el preoperatorio de las ureteroileostomías tipo Bricker: ¿qué tenemos que aportar?» - Egea González, S.C.; Perales Martínez, E.; Zomeño Delgado, A.; Domínguez Barriales, M.; ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 2004 ; 89 : 11-16.

«Cuidados de enfermería en el paciente urostomizado (Bricker)» - Berrio Galán, G.; Casanova Tardío, M.; Piqué Tió, N.; Tegido Valentí, M.; ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología 2003; 85 : 7-9.

«Plan de cuidados estandarizado: cistectomía radical tipo Bricker» - Martín Moreno, J.; Caraballo Núñez, M.A.; Esquinas Torres, S.; Maestud Martín, G.; Guijarro Gómez, A.; ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología 2002; 81: 10-12.

«Importancia del papel de enfermería en la preparación y cuidados hospitalarios de la ileostomía cutánea (Técnica de Bricker)» - Carbajosa Blanco, R.; Paz Baña, A.; Aldrey Rey, T.; Jornadas Europeas de Enfermería en Urología (1as. 1999. Magalluf (Mallorca)); ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 2000 ; 74 : 67-75.

«Propuesta de planes de cuidados en el enfermo urostomizado según la técnica de Bricker» - Rodríguez Fernández, C.; Borrero Fernández, M.; Asociación Española de Enfermería en Urología. Curso Intensivo (24º. 1995. Cáceres); ENFURO: Asociación Española de Enfermería en Urología 1995 ; 57 : 22-28.

«Ureteroileostomía tipo Bricker: cuidados del estoma» - López Bonet, M.A.; Madriles Basagañas, M.S.; Mayor Ramírez, E.; Paños Martínez, M.; Asociación Española de ATS en Urología. Congreso (14º. 1991. Granada); ENFURO : Asociación Española de Enfermería en Urología 1992 ; 44 : 27-30.

«Litiasis gigante en derivación urinaria tipo Bricker. uropatía obstructiva como forma de presentación» J.A. Gómez Pascual, J.M. del Rosal Samaniego, E. García Galisteo, R. Bonilla Parrilla, J. Ramos Titos, A. Alvarado Rodríguez, F. Blanco Reina, V. Baena González Servicio de Urología. Hospital Regional de Málaga. Complejo hospitalario Carlos Haya. Málaga.

«Bricker laparoscópico. Modelo Experimental.» M. Ruibal Moldes, S. Novas Castro, A. Centeno Cortés, E. López Peláez y M. González Martín. Servicio de Urología y Unidad de Cirugía Experimental. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. (España).

«Cuidados pre y post-quirúrgicos del paciente sometido a cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker» - López Arroyo, F.; Reyes Armilla, A.; Gallego López, J.M. Nouselles Pavía, A.; *Enfermería Integral 2001*; 57: X-XII.

«La Necesidad de moverse», Grupo de actividad física y salud de la Sem Fyc; *Atención Primária 2002*. 31 de octubre. 30 (7): 423-424.

«Actividad física durante el tiempo libre en población adulta» –José Miguel Mansilla Domínguez; Beatriz Herrera Sánchez; Purificación Perdigón Florencio; Mª Isabel Montes Campello; Mª Teresa Sánchez Lopez. Metas Enfermería 2002 oct V(49): 60-65.

«Actividad física y salud. Beneficios de la práctica del ejercicio» –A. Santaularia; *Atención Primaria*. Vol. 15. Núm. 9; 31 de mayo 1995.

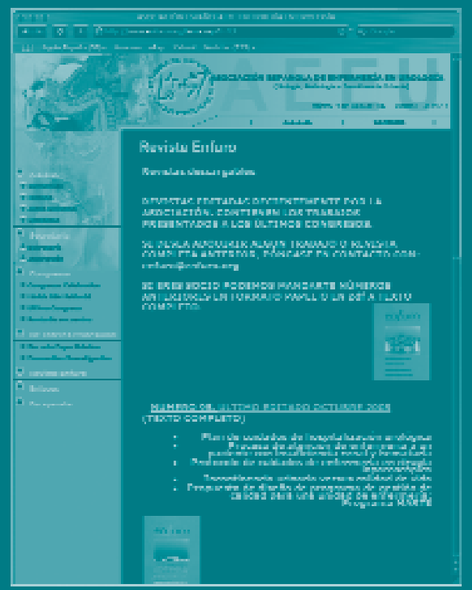
«El ejercicio físico» –C. Vallbona; *Atención Primaria*. Vol. 15. Núm. 2 pg. 71; 15 de febrero 1995.

«Actividad física y salud» –R. Monjas; *A tu salud 1999*; 27-28: 18-21.

NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS

DE INTERÉS PARA NUESTROS ASOCIADOS

En números anteriores, y por error tipográfico, aparecía en los créditos de la revista el registro de ISBN cuando en realidad debe de decir ISSN. Este número (0210-9476) (International Standard Serial Number / Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas) es el código internacional de identificación de las publicaciones seriadas (revistas, periódicos, boletines, anuarios, series de monografías) y nos reconoce en la base de datos internacional como una revista científica de edición periódica.



Nuestra página web:

www.enfuro.org

Nuestra página web empieza a abrirse un hueco entre las dedicadas a nuestra profesión; no en vano hemos superado las 10.000 visitas. Enhorabuena a todos los que han hecho posible este logro.

¡VISÍTALA!