

# enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 104. Diciembre 2007



**Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología**

**Plan de cuidados incontinencia urinaria de esfuerzo**

**Electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior para el tratamiento de la hiperactividad vesical**

**Crónica del XXIX Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología**

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

**Evaluación de los niveles de dependencia de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Urológicos**



## ENFURO

nº 104 / Octubre/Noviembre/Diciembre 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 Martínez 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)  
 Portada: Plaza del Arenal. Jerez

**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](mailto:enfuro@enfuro.org)

## SUMARIO

- Editorial ..... 5
- Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología. Egea González, S.C.; Bravo Esteban, A.M. .... 6
- Plan de cuidados incontinencia urinaria de esfuerzo. Delgado Aguilar, H.; Pereda Arregui, E.; Ramirez Suberbiola, J.M.; Delgado Aguilar, M.J. .... 11
- Electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior para el tratamiento de la hiperactividad vesical. Francisco J. Milla; Dolores Díaz Romero (colaboradora) ..... 14
- Crónica del XXIX Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología. Murcia, 2007 ..... 19
- Incontinencia urinaria y sus efectos en la salud. Plan de cuidados para la promoción de la salud. García Murillo, M. A.; De la Calle Gil, M.; Moreno Maudó, C.; Cid Losada, P.; González Burguillos, J.A.; Rubio Revuelta, J. .... 24
- Planes de cuidados de enfermería en litotricia extracorpórea por ondas de choque. L. Ramírez Rodríguez; J. Rubio Revueltas; M. Martínez Cordero ..... 30
- Evaluación de los niveles de dependencia de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Urológicos. Sánchez Ramos, L.; Blázquez Hernández, R.; Herrero Cecilia, I.; Martín Merino, G.; Páez Borda, A. .... 36



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

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](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, 4-6°. San Fernando (Cádiz).** Correo electrónico: [pacoestudillo@ono.com](mailto: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

# Nueva etapa formativa

Con la celebración, los pasados días 22, 23 y 24 de noviembre, de nuestro Primer Curso de formación «Metodología de Investigación aplicada a los cuidados» se abre una nueva etapa formativa en el seno de nuestra Asociación, con estos cursos pretendemos contribuir al desarrollo de nuestra profesión y a la formación de nuestros asociados.

En esta primera convocatoria, el grado de aceptación fue muy positivo tanto por el tema elegido como por la calidad del docente, el cumplimiento de los objetivos

marcados y la afluencia de cursillistas, 25 en total, los cuales fueron ampliamente subvencionados por nuestra Asociación.

Desde esta Junta Directiva, y en vista del éxito, seguimos trabajando para que esto sea, no ya un proyecto, sino una realidad de futuro y consolidemos esta actividad como una más de las que ofrecemos a nuestros asociados.

Gracias a todos los que han hecho posible este evento, tanto organizadores como participantes.

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 50 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**  
Colegio Oficial de Enfermería  
Avda. Ramón y Cajal, 20 - 41005 Sevilla

EGEA GONZÁLEZ, S.C.; BRAVO ESTEBAN, A.M.  
Fundación Hospital Alcorcón (FHA), Alcorcón (Madrid)

# Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el Servicio de Urología

## RESUMEN

El Informe de Alta de Enfermería (IAE) es un documento profesional autónomo y oficial de los profesionales de Enfermería, que permite la reafirmación y consolidación de la Enfermería como profesión independiente. Tiene como objetivos: conocer la valoración de los enfermeros del Servicio de Urología del IAE entregado en la Unidad.

Analizar los datos e informaciones entregados en el IAE de la prostatectomía radical.

Contrastar los datos entre la información que queremos entregar y la que finalmente es entregada en nuestro informe.

**Palabras clave:** Informe de Alta de Enfermería, atención especializada, atención primaria, comunicación, continuidad de cuidados.

## SUMMARY

The Report of Discharge of Infirmary (IAE) is an autonomous and official professional document of the professionals of nursing, which allows the restatement and consolidation of nursing as an independent profession. It has the goals to: knowing the valuation of the nurses of the Service of Urology of the IAE delivered in the Unit.

Analyzing the data and information delivered in the IAE of the Radical Prostatectomy.

Contrasting the data among the information which we want to deliver and the one that finally is delivered in our Report.

**Keywords:** Report of Discharge of Nursing, specialized attention, primary care, communication, cares continuity.

## INTRODUCCIÓN

La Enfermería del siglo XXI se caracteriza por ofertar servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación tanto al individuo como a la familia y a la comunidad (1). Además, los cambios en el concepto de salud, una visión holística del hombre y mayores cotas de bienestar social, unidos al desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS), han propiciado modos distintos en la prestación de los cuidados (2).

Ante el interés creciente de los profesionales de Enfermería en mejorar la calidad de los servicios prestados, asegurando la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales, han surgido los IAE, documento definido como profesional, autónomo y oficial de la actividad global de los diplomados de Enfermería, dirigido al medio extrahospitalario y que garantiza la continuidad del proceso asistencial y facilita el seguimiento de los pacientes (3).

Desde la apertura del servicio de Hospitalización Quirúrgica de la FHA en marzo de 1998, se elaboran los IAE para

potenciar la coordinación entre los profesionales de Asistencia Hospitalaria y Primaria, además de para facilitar información al paciente y familiares de los cuidados domiciliarios al alta. Inicialmente el programa informático utilizado fue Gacela, hasta la implantación actual del programa Selene.

Debido a los diferentes modelos empleados para la elaboración de los IAE emitidos desde la FHA, en el año 2005 se creó una comisión y un equipo de trabajo con el objetivo de unificar criterios y de asegurar la correcta emisión de información que permita la continuidad de los cuidados del personal de Enfermería en otros servicios tanto intra como extrahospitalarios.

En la actualidad no existe normativa reguladora al efecto, de ámbito institucional ni desde la legislación o la jurisprudencia, por lo que la implantación del IAE no contraviene norma o ley alguna, máxime cuando ésta surge por generación espontánea ante la demanda de los profesionales diplomados de Enfermería en el desarrollo de la actividad que le es propia.

## OBJETIVOS

Con la puesta en marcha de este trabajo, nos marcamos los siguientes objetivos:

- Conocer la valoración de los enfermeros del Servicio de Urología de la FHA sobre el actual IAE entregado en la Unidad.
- Analizar los datos e información entregados en el IAE de la prostatectomía radical.
- Contrastar los datos entre la información que queremos entregar y la que finalmente es aportada en nuestro informe.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para obtener los resultados de nuestro estudio, se realizó un análisis comparativo de los datos extraídos de las siguientes tres fases:

- Estudio descriptivo y transversal que consistió en la elaboración de un cuestionario autoadministrado y anónimo, de 15 preguntas predefinidas con respuestas cerradas y 1 con respuesta abierta, elaborado por el equipo investigador, que nos permitió conocer la opinión del personal de la Unidad del actual modelo de IAE.
- Estudio descriptivo y retrospectivo con revisión de los IAE entregados a los pacientes intervenidos de prostatectomía radical a lo largo del año 2005.
- Análisis y revisión del informe elaborado desde la Comisión de Calidad de Enfermería de la FHA, que marca las bases para la elaboración del IAE y que permite establecer criterios unificados para todos los servicios de la FHA.

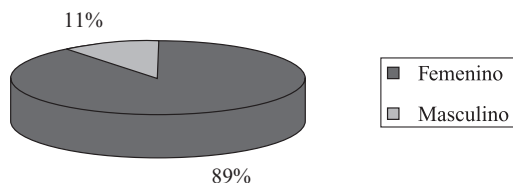
Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables analizadas con comparación de porcentajes para muestras independientes.

En la tabulación y análisis de los datos obtenidos utilizamos el programa Excel.

## RESULTADOS

### Características del personal de Enfermería de la Unidad

- En el momento de la administración del cuestionario, la plantilla del Servicio de Hospitalización de Urología de la FHA estaba constituido por 27 enfermeros.
- Sexo del personal de Enfermería:



- La edad media de los profesionales se sitúa en torno a los 29,5 años (D.E. 6,1).

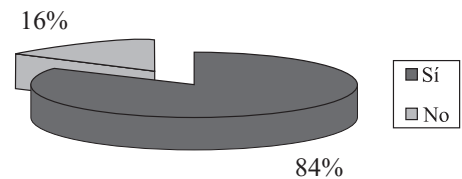
|                  |     |
|------------------|-----|
| -De 1 a 3 años   | 27% |
| -De 3 a 5 años   | 26% |
| -De 5 a 10 años  | 26% |
| -De 10 a 15 años | 16% |
| -Más de 15 años  | 5%  |

- Antigüedad en el servicio:

|                   |     |
|-------------------|-----|
| -Menos de 1 año   | 21% |
| -Entre 1 y 3 años | 42% |
| -Entre 3 y 5 años | 21% |
| -Mayor de 5 años  | 16% |

### Resultados de la encuesta autoadministrada

- Según los datos obtenidos del cuestionario, el 100% de los enfermeros de la Unidad consideran útil elaborar un IAE.
- La Enfermería considera el IAE como un buen medio de comunicación con APS:



- Los enfermeros opinan que la información que aporta nuestro IAE es suficiente para asegurar la continuidad de los cuidados por el personal de Enfermería de APS:
 

|             |     |
|-------------|-----|
| -Mucha      | 5%  |
| -Suficiente | 63% |
| -Poca       | 32% |
- Por otro lado, y con respecto al paciente, la información aportada por el IAE es útil:
 

|             |     |
|-------------|-----|
| -Mucho      | 74% |
| -Suficiente | 26% |
| -Poco       | 0%  |

- Al interrogante de ¿piensas que la mayoría de los IAE llegan a los enfermeros de AP?, el 89% de los enfermeros pensaban que sólo a veces, mientras un 11% que nunca.

- En relación a los Diagnósticos de Enfermería (DE), el personal entrevistado considera adecuado su uso en los IAE:

|        |     |
|--------|-----|
| -Sí    | 52% |
| -No    | 37% |
| -Ns/Nc | 11% |

- Sin embargo, ante la pregunta de si utiliza habitualmente los DE en la elaboración del IAE:

|          |     |
|----------|-----|
| -Siempre | 0%  |
| -A veces | 53% |
| -Nunca   | 47% |

**Anexo I: Cuestionario autoadministrado****NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN**

Señale con una cruz la casilla que le parezca más adecuada

EDAD:

SEXO:  Hombre  Mujer

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL:

- De 1 a 3 años     De 3 a 5 años     De 5 a 10 años  
 De 10 a 15 años     Más de 15 años

AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO:

- Menos de 1 año     De 1 a 3 años  
 De 3 a 5 años     Más de 5 años

¿CONSIDERAS COMPRESIBLE EL ACTUAL MODELO DE INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA (IAE) EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN ENTREGADA AL PACIENTE?

- Sí     No     Ns/Nc

¿CONSIDERAS ÚTIL ELABORAR UN IAE?

- Sí     No     Ns/Nc

¿SON LOS IAE UN BUEN MEDIO DE COMUNICACIÓN ENTRE NUESTRO SERVICIO Y ATENCIÓN PRIMARIA?

- Sí     No     Ns/Nc

¿CONSIDERAS QUE LA INFORMACIÓN QUE APORTA NUESTRO INFORME DE ALTA ES SUFICIENTE PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE AP?

- Mucho     Suficiente     Poco

¿ENTREGAS HABITUALMENTE EL INFORME CUANDO EL PACIENTE ES DADO DE ALTA?

- Siempre     A veces     Nunca

¿FIRMAS EL INFORME DE ALTA HABITUALMENTE AL ENTREGARLO?

- Siempre     A veces     Nunca

¿CONSIDERAS NECESARIO QUE EN EL INFORME DE ALTA QUEDE REFLEJADO EL NOMBRE DEL DUE QUE SE HACE RESPONSABLE DE SU ENTREGA?

- Sí     No     Ns/Nc

¿PIENSAS QUE EL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA ES PARTE NECESARIA EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE?

- Sí     No     Ns/Nc

¿CREEES QUE ES ADECUADO EL USO DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LOS IAE?

- Sí     No     Ns/Nc

¿UTILIZAS HABITUALMENTE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA ELABORACIÓN DE LOS IAE?

- Siempre     A veces     Nunca

¿PIENSAS QUE EL IAE ES ÚTIL PARA EL PACIENTE?

- Mucho     Suficiente     Poco

¿PIENSAS QUE LA MAYORÍA DE LOS IAE LLEGAN A LA DUE DE AP?

- Siempre     A veces     Nunca

¿CUÁL ES LA PUNTUACIÓN QUE TE MERECE EL ACTUAL MODELO DE IAE DEL SERVICIO? DEL 1 (PARA LA MENOR PUNTUACIÓN) AL 10: \_\_\_\_\_

¿QUÉ AÑADIRÍAS AL ACTUAL MODELO DE ENFERMERÍA EMPLEADO EN LA UNIDAD? (PREGUNTA ABIERTA) \_\_\_\_\_

■ Con respecto a la entrega del IAE cuando el paciente es dado de alta, la respuesta es de:

- Siempre    74%  
 -A veces    26%  
 -Nunca    0%

■ Ante la pregunta de si habitualmente firma el IAE al entregarlo:

- Siempre    26%  
 -A veces    37%  
 -Nunca    37%

■ ¿Considera necesario que en el IAE quede reflejado el nombre de la enfermera responsable de su entrega?:

- Sí    26%  
 No    58%  
 Ns/Nc    16%

■ ¿Considera necesario que en el IAE quede reflejado el destacar que el 95% de los enfermeros piensan que el IAE es parte necesaria de la historia clínica del paciente?

■ Al preguntarles sobre la puntuación que les merece el actual modelo de IAE del servicio, la puntuación media obtenida es de 6,47 puntos.

**Análisis de los IAE entregados a los pacientes intervenidos de prostatectomía radical en el año 2005**

■ A lo largo del año 2005, 62 pacientes fueron intervenidos de prostatectomía radical.

■ Al 97% de estos pacientes se les entregó el IAE.

■ En el 100% de los IAE quedaba reflejada la valoración de las necesidades del paciente al alta.

■ La totalidad de los problemas registrados en los IAE eran de tipo biomédico. En ningún caso fueron empleados DE.

■ En los informes entregados no se refleja información relacionada con los posibles cambios de los pacientes en su actividad sexual.

■ De los IAE analizados, sólo en el 32% de los mismos se identificaba el nombre de la enfermera que entregó el mismo.

**DISCUSIÓN**

La emisión de un informe de elaboración del IAE por parte de la Comisión de Calidad de Cuidados de la FHA, que tiene por objetivo unificar criterios para la elaboración del IAE, así como facilitar la información necesaria para asegurar la continuidad de los cuidados con APS, nos llevó a revisar los IAE que hasta entonces se estaban realizando en nuestro servicio.

Según el informe de la Comisión de Calidad, en la primera parte del IAE deben aparecer los datos de filiación del paciente, fecha de ingreso y de alta, diagnóstico médico, alergias, intolerancias y anticoagulación. Al ser datos que se regeneran de forma automática, todos los IAE emitidos

en el año 2005, contaban con esta información, menos con la anticoagulación, punto que hasta ahora no quedaba resaltado y que ha de ser tenido en cuenta por APS.

En un segundo apartado queda reflejada la valoración de las necesidades del paciente en el momento del alta hospitalaria: nutrición-hidratación, respiración-oxigenación, eliminación, aseo-higiene, movilidad-actividad física, descanso-sueño, seguridad, comunicación-relaciones. En el 100% de los IAE de la prostatectomía radical del año 2005 quedaba reflejada la valoración de las necesidades del paciente al alta.

En un tercer apartado, y en los casos que sea necesario, queda reflejada la medicación administrada al alta (medicación/dosis/vía/hora) y que precise continuar en el domicilio habitual, así como las vacunas administradas durante la hospitalización.

En un cuarto apartado, se anotan las valoraciones específicas de cada paciente, siempre que éstas sean necesarias.

A continuación, se plasman las recomendaciones al alta para el paciente, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos estas recomendaciones están estandarizadas, como es el caso de la prostatectomía radical.

Dentro de los 8 puntos que constituyen las recomendaciones estandarizadas de la prostatectomía radical (anexo 2), un punto habla sobre la medicación; uno sobre la dieta y la importancia de la prevención del estreñimiento; dos puntos hablan sobre los cuidados de la herida quirúrgica

y la detección de signos de infección; dos puntos hablan sobre la infección urinaria, sobre su prevención y diagnóstico; un punto refleja los cuidados domiciliarios de la sonda vesical; otro habla sobre la actividad física al alta y por último quedan reflejadas las citas próximas tanto para retirada de puntos de sonda vesical así como revisión médica. Llama la atención la no mención de la posible impotencia sexual que pueden sufrir los pacientes intervenidos de prostatectomía radical a pesar de ser una de las posibles secuelas de este tipo de cirugía. Una investigación publicada en el *Journal of The American Medical Association* concluye que cerca del 60% de los hombres a

**UNA INVESTIGACIÓN PUBLICADA EN EL JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION CONCLUYE QUE CERCA DEL 60% DE LOS HOMBRES A LOS QUE SE LES HA EXTRAÍDO LA PRÓSTATA CANCEROSA COMIENZAN A SUFRIR IMPOTENCIA 18 MESES DESPUÉS DE LA CIRUGÍA. ESTE DATO VARÍA DEPENDIENDO DE LA CONDICIÓN PREVIA DEL PACIENTE, DE LA EDAD, LA ETAPA TUMORAL Y SI LA INTERVENCIÓN ES POR LAPAROTOMÍA O POR LAPAROSCOPIA**

## Anexo 2: Recomendaciones estandarizadas al alta del paciente intervenido de prostatectomía radical

- Tomar la medicación prescrita por el médico.
- Llevar una dieta rica en fibra (frutas, verduras, productos integrales, etc.) para prevenir el estreñimiento.
- Ingerir un mínimo de 2-3 litros de líquido al día siempre que no exista contraindicación.
- No levantar pesos mayores de 4 kg ni realizar esfuerzos al menos en las 6 semanas posteriores a la intervención quirúrgica.
- Cuidados de la sonda vesical:
  - Evitar traumatismos y manipulación de la sonda vesical.
  - Lavarán diariamente con agua y jabón la zona de inserción de la sonda vesical retirando previamente el prepucio.
  - Cambiará la bolsa de orina cada 5-6 días siempre que no sea necesario antes.
- Ante la aparición de signos de infección del tracto urinario, fiebre mayor de 38°C, escalofríos, dolor dorso-lumbar que no cesa con analgesia convencional, hematuria intensa (sangre en la orina), acudir al Servicio de Urgencias.
- Ante la aparición de signos de infección de la herida quirúrgica como: fiebre mayor de 38°C, enrojecimiento, calor local, secreción purulenta, acudir al Servicio de Urgencias.
- Acudir a revisión el día indicado en el informe médico previa petición de cita en Admisión.

los que se les ha extraído la próstata cancerosa comienzan a sufrir impotencia 18 meses después de la cirugía (4). Este dato varía dependiendo de la condición previa del paciente, de la edad, la etapa tumoral y si la intervención es por laparotomía o por laparoscopia.

Teniendo en cuenta que el IAE constituye un instrumento excelente para realizar educación sanitaria al paciente y a su familia, el 74% de los profesionales de Enfermería piensan que la información aportada por el IAE es muy útil y un 26% que lo es suficientemente.

Por último, según el informe elaborado por la Comisión de Calidad, debe quedar reflejado el nombre de la enfermera que realiza el IAE con su número de colegiación y firma de la misma. Sin embargo, en la actualidad, tan sólo un 26% de las enfermeras de la Unidad reconocen firmar el IAE cuando lo entregan, un 37% a veces y otro 37% nunca. Lo cierto es que tan sólo el 26% de las enfermeras consideran necesario que su nombre quede reflejado en el IAE cuando éste es entregado, frente a un 58% que no lo considera así. De los 60 IAE analizados, tan sólo en un 32% de los mismos se identifica el nombre de la enfermera responsable de su entrega.



Sin duda, y al igual que otros estudios previos revisados para el desarrollo de este trabajo, el IAE es un instrumento útil para nuestro quehacer diario, así lo consideran el 100% de los profesionales de Enfermería de la Unidad.

El 84% de los enfermeros encuestados consideran que el IAE es un buen medio de comunicación con APS, pero el 89% cree que sólo a veces estos IAE llegan a su destino.

Llama la atención que la totalidad de los problemas registrados en los IAE entregados a los pacientes intervenidos de prostatectomía radical eran de tipo biomédico. En ningún caso fueron empleados DE. Lo cierto es que el 53% de los enfermeros de la Unidad reconoce emplearlos sólo a veces y un 47% nunca. La no utilización de los DE puede estar vinculada con la carencia de habilidad diagnóstica de las enfermeras, con la falta de formación específica y, en general, con la escasa implantación del proceso enfermero en la práctica asistencial (2).

Ha sido y sigue siendo argumento de debate la dificultad en la adecuación de los DE a una realidad cultural, profesional, sanitaria y social, así como las dudas y reservas sobre la utilidad/beneficio de los mismos en la calidad de la asistencia a los usuarios. La FHA basa su actividad Protocolos de Actuación, bien generales y vigentes en toda la FHA, bien específicos de cada servicio o unidad que permitan establecer las líneas fundamentales de la atención al paciente.

Al 97% de los pacientes intervenidos de prostatectomía radical se les entregó el IAE. Sí es cierto que el 74% de los

**SEGÚN EL INFORME ELABORADO POR LA COMISIÓN DE CALIDAD, DEBE QUEDAR REFLEJADO EL NOMBRE DE LA ENFERMERA QUE REALIZA EL IAE CON SU NÚMERO DE COLEGIACIÓN Y FIRMA DE LA MISMA. SIN EMBARGO, EN LA ACTUALIDAD, TAN SÓLO UN 26% DE LAS ENFERMERAS DE LA UNIDAD RECONOCEN FIRMAR EL IAE CUANDO LO ENTREGAN, UN 37% A VECES Y OTRO 37% NUNCA. LO CIERTO ES QUE TAN SÓLO EL 26% DE LAS ENFERMERAS CONSIDERAN NECESARIO QUE SU NOMBRE QUEDE REFLEJADO EN EL IAE CUANDO ÉSTE ES ENTREGADO, FRENTE A UN 58% QUE NO LO CONSIDERA ASÍ. DE LOS 60 IAE ANALIZADOS, TAN SÓLO EN UN 32% DE LOS MISMOS SE IDENTIFICA EL NOMBRE DE LA ENFERMERA RESPONSABLE DE SU ENTREGA**

enfermeros reconocen entregarlo siempre y que un 26% a veces.

La nota que merece nuestro actual modelo de IAE empleado en la Unidad es un simple aprobado, 6,47 puntos. Como todo instrumento usado en la práctica diaria, el IAE es susceptible de mejorar adaptándose a las necesidades de los receptores de cada centro asistencial, siendo claro, breve y práctico (5).

#### CONCLUSIONES

Para mejorar la seguridad al alta de los pacientes, deberemos mejorar y ampliar la educación sanitaria aportada con nuestro IAE.

Es preciso unificar los criterios para la realización del IAE, de tal manera que alcancemos el objetivo principal de los mismos: la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales de la Enfermería, asegurando la continuidad de los cuidados de nuestros pacientes.

La impotencia sexual es una de las posibles secuelas de la prostatectomía radical, y sin embargo, en el apartado de las recomendaciones, no se refleja ninguna información al respecto.

Los profesionales de Enfermería tenemos una tarea prioritaria e importante para este nuevo siglo, la de clarificar y consolidar nuestra identidad profesional.

No debemos olvidar que la Enfermería es el personal que está las 24 horas del día, los 365 días del año, al lado del paciente. ▼

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Darias Curvo, S. Leal Felipe, M. Arias Hernández, MM. Cabrera Figueroa, J. Alonso Díaz, M. «Opinión de los profesionales sobre el informe del alta de enfermería». *Metas de enfermería*. 1999; 2 (19); 22-24.
2. Nieto Blanco, E. Ramos Calero, OD. Evolución del lenguaje enfermero: «Evaluación de los Diagnósticos en un Informe de Enfermería al Alta». *Metas de enfermería*. 2000; 3 (22); 45-52.
3. Ubé Pérez, JM. Urzanqui Rodríguez, M. Rodríguez Herce, C. Blasco Ros, M. Ascarza Rubio, S. Musitu Pérez, V. «Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo». *Nure Investigación*, nº 24, Sep-Oct 06.
4. <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletín/PatolProstata/TratamientoCancer.html>
5. Navarro Arnedo, JM. Orgiler Uranga, PE. de Haro Marín, S. «Valoración de los profesionales enfermeros del informe de alta de cuidados intensivos». *Metas de enfermería*. 2004; 7 (4); 6-10.
6. Sevilla Sierra, V. Hernández Sampelayo Matos, A. González Lluva, C. Pérez Martínez, T. «Opinión de las enfermeras sobre el Informe de Recomendaciones al Alta de Enfermería». *Metas de enfermería*. 2002; 5 (47); 6-11.

DELGADO AGUILAR, H.; PEREDA ARREGUI, E.; REMÍREZ SUBERBIOLA, J. M.; DELGADO AGUILAR, M. J.  
C. S. Almendrales. Madrid Área XI. Hospital 12 de Octubre

## PLAN DE CUIDADOS GANADOR DEL CONGRESO DE LÉRIDA

# Plan de cuidados incontinencia urinaria de esfuerzo

### VALORACIÓN

#### Aspectos relevantes a valorar en función de los patrones funcionales de Marjory Gordon

#### ■ PATRÓN 1: PERCEPCIÓN DE LA SALUD

- Higiene personal.
- Percepción de la salud.
- Conductas saludables.
- Problemas de salud: tipo de problema, nivel de cuidados, conocimientos y actitud.
- Hábitos tóxicos: café, alcohol, drogas, café/excitantos.
- Tratamiento farmacológico.
- Actitud a la terapia.
- Ejercicio.

#### ■ PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO

- Comidas/día, líquidos/día.
- Presencia o no de alteración de la piel: alteración de la integridad, fragilidad capilar, deficiencia de hidratación, calor al tacto, signos de rascado, dermatitis, prurito, frialdad, palidez, edemas, cicatrización y enrojecimiento.

#### ■ PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

- INTESTINAL:
  - Deposiciones/semana, consistencia y color.
  - Problemas de eliminación: dolor al defecar, dolor abdomen, distensión abdomen, sangre heces, flatulencia, incontinencia, fisuras, fecalomas, hemorroides y ruidos intestinales.
  - Sistemas de ayuda: laxantes, supositorios, enemas y ostomía.

#### • URINARIA:

- Micciones/día, características de la orina.
- Problemas de micción: incontinencia, disuria, escozor, retenciones, globo vesical, goteo, poliuria, polaquiuria, oliguria y nicturia.
- Sistemas de ayuda: absorbentes, colector, sonda vesical y urostomía.

#### ■ PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTIVO

- Nivel de consciencia: apático, confuso, distraído o no responde.
- Nivel de instrucción.
- Puede leer/puede escribir.
- Alteraciones cognitivas: problemas expresión de ideas, problemas de memoria, problemas de lenguaje, problemas de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias y miedos y dificultad para aprender.
- Alteraciones perceptivas: problemas de visión, problemas de audición, problemas de olfato y gusto, problemas de sensibilidad y tacto, dolor y presencia o no de tapón de cera.
- Alteración de la conducta: intranquilidad, irritabilidad y agitación.

#### ■ PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN

- Problemas consigo mismo.
- Problemas con su imagen corporal.
- Problemas conductuales: conducta indecisa, confusión, irritabilidad, agitación y angustia.
- Otros problemas: fracasos, ambiente familiar desfavorable, carencias afectivas, insomnio, déficit de concentración y ansiedad.
- Cambios recientes.

- Datos de examen: imagen corporal, postura corporal, patrón de voz, contacto visual y rasgos personales.

#### ■ PATRÓN 8: ROL – RELACIONES

- Red de apoyo familiar.
- Situación sociofamiliar.
- Existencia de problemas de relación social y familiar.
- Pertenencia a grupos/asociaciones.

#### ■ PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

- Edad menopausia.
- Sofocos, sequedad y sangrados.
- Revisiones ginecológicas.
- Revisiones urológicas.
- Relaciones sexuales: dificultades y satisfacción.

#### ■ PATRÓN 10: ADAPTACIÓN AL ESTRÉS

- Cambios/problemas importantes: influencia significativa, problemas en la adaptación, emociones inapropiadas, soluciones inadecuadas, incapacidad de afrontar la situación, rechazo/retraso a la atención sanitaria, negación de problemas evidentes, minimización de los síntomas y deficiencia de apoyo familiar.
- Estrés: desencadenantes conocidos, problemas en la resolución.
- Estrategias de adaptación al estrés.
- Sistemas de apoyo.
- Tolerancia al estrés.

#### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. CODIFICACIÓN POR NANDA

##### ■ PATRÓN 1

- 00004 RIESGO DE INFECCIÓN.

##### ■ PATRÓN 2

- 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.
- 00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO CON (R/C) humedad (00243) MANIFESTADO POR (M/P) destrucción de las capas de la piel (dermis) (046-2).

##### ■ PATRÓN 3:

- 00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA R/C multicausalidad (00294) y deterioro sensitivo y motor (00333) M/P incontinencia urinaria (016-1).
- 00017 INCONTINENCIA DE ESFUERZO R/C debilidad de los músculos pélvicos (00335) y cambios

degenerativos de los músculos pélvicos (00336) M/P goteo de orina al aumentar la presión abdominal (017-1), intervalo entre micciones inferiores a dos horas (017-2) y urgencia urinaria (esfuerzo) (017-3).

##### ■ PATRÓN 6

- 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES R/C deterioro de la cognición (00452), mala interpretación de la información (00504), falta de interés en el aprendizaje (00506) y poca familiaridad con los recursos para obtener la información (00507) M/P verbalización del problema (126-1).

##### ■ PATRÓN 7

- 00146 ANSIEDAD R/C estrés (00241) y amenaza de cambio (00477) M/P preocupación por cambios en acontecimientos vitales (146-3), irritabilidad (146-5), angustia (146-6), temor (146-7) y aprensión (146-8).
- 00018 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL R/C causas psicosociales (00526) y causas biofisiológicas (00537) M/P cambio real corporal o de funcionamiento (118-3), preocupación en el cambio o pérdida (118-5) y sentimientos negativos sobre el cuerpo (118-6).

##### ■ PATRÓN 8

- 00054 RIESGO DE SOLEDAD.

##### ■ PATRÓN 9

- 00065 PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS R/C falta de intimidad (00624) y deterioro de las relaciones con la persona significativa (00704) M/P dificultad/limitaciones/cambios en comportamientos sexuales (065-1).

##### ■ PATRÓN 10

- 00069 AFRONTAMIENTO INFECTIVO R/C incapacidad de adaptación (00578), incertidumbre (00723) y control inadecuado (00745) M/P falta de conductas adaptativas (069-1) e incapacidad para organizar la información (069-2).

#### OBJETIVOS RESULTADOS ESPERADOS NOC

##### Objetivos generales

1. Conseguir la continencia.
2. Mejorar calidad de vida biopsicosocial.

**Objetivos específicos NOC**

## ■ PATRÓN 1

- 1807 Conocimientos: control de la infección.

## ■ PATRÓN 2

- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

## ■ PATRÓN 3

- (00016) 0502 Continencia urinaria.  
1803 Conocimiento: régimen de tratamiento.
- (00017) 0209 Función muscular.  
0520 Continencia urinaria.  
1813 Conocimiento: régimen de tratamiento.

## ■ PATRÓN 6

- 1802 Conocimiento: dieta.
- 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.
- 1813 Conocimiento: régimen tratamiento.

## ■ PATRÓN 7

- (00146) 1407 Control de la ansiedad.
- (00018) 1200 Imagen corporal.  
1205 Autoestima.  
1403 Control de pensamiento distorsionado.

## ■ PATRÓN 8

- 1305 Ajuste psicosocial: cambio de vida.

## ■ PATRÓN 9

- 1200 Imagen corporal.
- 1205 Autoestima.

## ■ PATRÓN 10

- 1302 Superación de problemas.
- 0907 Elaboración de la información.

**ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA NIC**

## ■ PATRÓN 1

- 1750 Cuidados perineales.

- 3590 Vigilancia de la piel.

## ■ PATRÓN 2

- (00047) 3590 Vigilancia de la piel.
- (00044) 3584 Cuidados de la piel.

## ■ PATRÓN 3

- (00016) 0630 Manejo del pesario.  
1750 Cuidados perineales.
- (00017) 0560 Ejercicio del suelo pélvico.  
0630 Manejo del pesario.  
0610 Cuidados de la incontinencia urinaria.  
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

## ■ PATRÓN 6

- 5510 Educación sanitaria.
- 5540 Potenciación de los dispositivos de aprendizaje.
- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
- 5618 Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.

## ■ PATRÓN 7

- (00146) 5230 Aumentar el afrontamiento.  
5218 Enseñanza: procedimiento/tratamiento.  
5820 Disminución de la ansiedad.  
  
5880 Técnica de relajación.
- (00018) 4920 Escucha activa.  
5220 Potenciación de la imagen corporal.  
5270 Apoyo emocional.  
5400 Potenciación de la autoestima.

## ■ PATRÓN 8

- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 5270 Apoyo emocional.
- 6480 Manejo ambiental.

## ■ PATRÓN 9

- 5220 Potenciación de la imagen corporal.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 5400 Potenciación de la autoestima.

## ■ PATRÓN 10

- 5230 Aumentar el afrontamiento.

FRANCISCO J. MILLA ESPAÑA\*. Enfermero Unidad de Urodinámica y Reeducción Vesical. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

Colaboradora: DOLORES DÍAZ ROMERO. Enfermera Pruebas Funcionales Consultas Externas. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

# Electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior para el tratamiento de la hiperactividad vesical

## RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es el estudio de la electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior en la hiperactividad vesical y, dependiendo de los resultados, incluirlo dentro de la Cartera de Servicios de la Unidad de Urodinámica y Reeducción Vesical, dependiente del Servicio de Urología, del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Los resultados de este estudio preliminar nos orientan a que esta técnica es una opción válida de tratamiento para las patologías descritas, por lo que mantendremos este procedimiento tras el protocolo propuesto y seguiremos estudiando los resultados obtenidos. Otra cuestión que planteamos es proponer a la NIC la electroestimulación como nueva intervención de Enfermería para el tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal.

**Palabras clave:** Electroestimulación, tibial posterior, reeducación vesical, incontinencia de urgencia.

## SUMMARY

The goal of the present work is the study of the Percutaneous Electro stimulation of the Posterior Tibial Nerve in the Vesical Hiperactivity, and, including it in the Wallet of Services of the Urodinamic's Unit and Vesical Re-Education, dependent on the Service of Urology, of the Virgin Hospital of the Victoria of Málaga.

The results of this preliminary study orientate us to this technique being a valid option of treatment for the pathologies described, by what we will maintain this procedure after the suggested protocol and will keep studying the obtained results.

We also consider to suggest the Electro stimulation as a new Intervention of Nursing to the NIC, for the treatment of the Urinary and Fecal Incontinence.

**Keywords:** Electro stimulation, posterior Tibial, vesical Re-Education, urgency Incontinence.

## INTRODUCCIÓN

La ICS define la hiperactividad vesical como «la aparición de urgencia con o sin incontinencia de urgencia, generalmente acompañada de frecuencia y nocturia, cuando dichos síntomas no están originados por una patología orgánica local»(1).

En los EEUU se realizó el estudio NOBLE (Nacional Overactive Bladder Evaluation) en hombres y mujeres mayores de 18 años, demostrando una prevalencia del 16,5% de la población; si extrapolamos estos datos a la población censada, aproximadamente 33 millones de per-

sonas mayores de 18 años presentan síntomas de vejiga hiperactiva en EEUU (2).

En el primer estudio realizado en nuestro país usando la definición de la ICS 2002, se muestra una prevalencia del 19,9% (3). La prevalencia mundial de esta enfermedad se estima en el mundo entre 50 y 100 millones de personas.

Se presenta un protocolo de tratamiento para la hiperactividad vesical, con o sin incontinencia, con buenos resultados hasta la fecha y que en las pacientes estudiadas ha demostrado su eficacia, hasta el punto de abandonar la medicación anticolinérgica que de por vida tenían prescrita.

\* Dirección para correspondencia: Francisco J. Milla España. Unidad de Urodinámica y Reeducción vesical. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Campus de Teatinos, s/n. 29010 - Málaga.  
Teléfono de contacto: 951 03 24 12 - Fax: 951 03 22 79 - e-mail: franciscoj.milla.sspa@juntadeandalucia.es - fmillae@terra.es



Figura 1



Figura 2

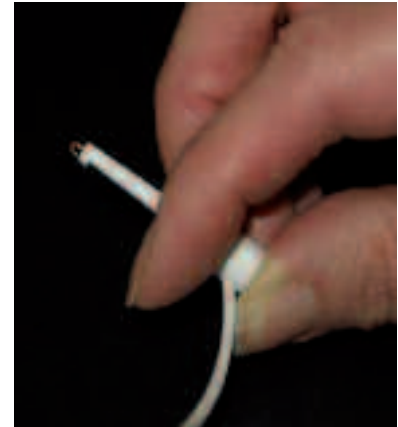


Figura 3

## DESCRIPCIÓN

Esta tecnología fue desarrollada en el Departamento de Urología de la Universidad de Iowa. En 1993, el Centro de Innovación Tecnológica de esta Universidad patentó un aparato, que denominó Urosurge, para aplicar la técnica SANS (Stoller Afferent Nerve Stimulator) descrita por Dr. Stoller (4), aprobándose su uso por la FDA en el año 2000, para el tratamiento de la incontinencia de urgencia.

Desde entonces, todos los estudios realizados recomiendan su uso en el tratamiento de la hiperactividad vesical con o sin incontinencia, incluso en la hiperactividad colónica, y algunos autores hablan del dolor pélvico crónico, cistitis intersticial, dispareunia, etc.

Hablar de neurología miccional es complicado, Bradley describe 4 circuitos y Mahony 12 reflejos, pero brevemente podemos decir:

- Que el **Sistema Nervioso Simpático es responsable de la fase de llenado** (mediante activación de los receptores alfa, a nivel del cuello de la vejiga y estimulación de los receptores beta del cuerpo del detrusor).
- Que el **Sistema Nervioso Parasimpático es responsable de la fase de vaciado** (mediante la activación de los receptores muscarínicos cuyo neurotransmisor es la acetilcolina, contrayendo el detrusor y relajando el cuello).
- Y que a **través del nervio pudendo podemos actuar voluntariamente** contrayendo o relajando el cuello de la vejiga.

Edvarsen, en 1968, dijo que la inhibición del reflejo de la micción se podrá realizar directamente sobre el nervio pélvico o bien a través de la inervación simpática o pudenda, y Fall y Lindstron, en 1991, demostraron una máxima inhibición del reflejo de la micción, a través de la inerva-

ción simpática con un estímulo de 5 Hz, y directa del nervio pélvico con una estimulación de 5 a 10 Hz (5).

Si bien el punto de punción corresponde con el punto de acupuntura 8 del meridiano de riñón, que se utiliza para tratar la incontinencia urinaria, el fundamento científico es distinto, pues, como hemos visto, se trata de suministrar una corriente de baja frecuencia e intensidad, que desde el nervio tibial enlaza con el nervio sacro produciendo una inhibición de las contracciones del detrusor producidas por el Centro Sacro de la Micción, aunque no se sabe aún con exactitud el mecanismo de esta acción.



Figura 4

## MATERIAL Y MÉTODO

Tras explicar al paciente el procedimiento y reunir el material necesario (kit de aplicación y electroestimulador Urgent PC de Palex) (Fig. 1), acomodarlo en camilla o silla, según su estado, con la pierna donde se vaya a realizar la punción extendida.

Se busca el punto de punción en la cara tibial interna, aproximadamente a tres dedos (5 cm) en sentido cefálico respecto al maléolo medial y a un dedo (2 cm) posterior a la tibia, en una depresión del tejido (Fig. 2), realizando la punción con la aguja de acupuntura que viene en el kit, con un ángulo de inserción de 60° longitudinal y paralelo a la tibia, utilizando la técnica de punción de acupuntura (apoyar la funda rígida con la aguja en su interior y con un pequeño

**EL EQUIPO VIENE DISEÑADO PARA SUMINISTRAR LA INTENSIDAD NECESARIA DEPENDIENDO DEL PUNTO DE PUNCIÓN. NO ES NECESARIO QUE LA AGUJA ESTÉ EN CONTACTO CON EL NERVIJO TIBIAL POSTERIOR, PERO SÍ QUE ESTÉ DENTRO DE UNA ÁREA DE 1 CM ALREDEDOR DE ÉSTE, DEPENDIENDO DE ESTE FACTOR LA INTENSIDAD PROPORCIONADA. UNA VEZ TERMINADA LA SESIÓN, RETIRAR LA AGUJA Y DEPOSITARLA EN EL CONTENEDOR APROPIADO, Y EL RESTO DEL MATERIAL UTILIZADO, EN LA BOLSA DE DESECHOS COMUNES**

golpe introducirla, sacar la funda y seguir introduciendo la aguja realizando pequeñas presiones con movimientos giratorios hasta introducir de 3 a 5 cm).

Una vez colocada la aguja, pegar en el borde interno plantar el electrodo adhesivo y conectar la aguja con la pinza cangrejo. (Fig. 3). Una vez realizado esto, conectar el conjunto al electroestimulador (Fig. 4), pulsar la tecla Test y subir la intensidad hasta que la paciente nos refiera los efectos que buscamos, estas sensaciones son por lo general flexión de los dedos del pie y/u hormigueo plantar, dejando de subir cuando lleguemos al máximo umbral de la molestia sin que se produzca dolor, y a continuación pulsar la

tecla verde de tratamiento, terminando automáticamente el mismo a los 30 minutos.

El equipo viene diseñado para suministrar la intensidad necesaria dependiendo del punto de punción. No es necesario que la aguja esté en contacto con el nervio tibial posterior, pero sí que esté dentro de una área de 1 cm alrededor de éste, dependiendo de este factor la intensidad proporcionada.

Una vez terminada la sesión, retirar la aguja y depositarla en el contenedor apropiado, y el resto del material utilizado, en la bolsa de desechos comunes.

## REGISTRO

Anotar en la hoja de planificación y ejecución de actividades, la fecha de la punción, la intensidad del tratamiento, y los síntomas observados durante la semana previa, preguntando por el número de micciones del día anterior a la cita (mañana, tarde y noche), cuales de ellas se producen con urgencia, y si ha tenido escapes de orina.

## PRECAUCIONES

### Generales

No se puede utilizar en pacientes con marcapasos, con antecedentes de problemas cardiacos, denervación completa del suelo pélvico, neuropatía periférica, embarazadas o que piensen quedarse embarazadas durante el tratamiento.

### Locales

Con respecto a la punción, los efectos secundarios son escasos:

- Ocasionalmente molestias o discreto sangrado en el punto de inserción.
- Dolor durante la estimulación si la punción no está bien realizada.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Valores eléctricos

- 20 niveles del valor de la corriente, desde el nivel 0 hasta el nivel 19, que representan un intervalo de corriente desde 0 mA hasta aproximadamente 9 mA.
- Al nivel 0, el dispositivo produce 0 mA de corriente.
- Al nivel 1, la corriente es de 0,15 mA.
- Al nivel 2, el nivel de corriente es de 0,5 mA.
- Cada nivel posterior representa un aumento de 0,5 mA.

### Características del pulso

- Frecuencia fija del pulso de 20 Hz.
- Anchura de pulso 200 segundos.
- Forma de onda cuadrada.
- Resistencia de 500 a 4.000 ohmios.

### Vida útil

- El fungible del kit está diseñado para que a los 30 minutos de tratamiento se inactive sin posibilidad de recuperación.

## PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

### Lo que recomienda el fabricante (PALEX) basado en estudios previos

- Sesiones de 30 minutos y 3 ciclos de 3 meses.
  - Ciclo 1 - 1 vez por semana durante 3 meses.
  - Ciclo 2 - 1 vez quincenal durante 3 meses.
  - Ciclo 3 - 1 vez mensual durante 3 meses.
- Recordatorio mensual en los casos necesarios.
- Coste total del fungible 1.200 euros aproximadamente.

### Qué hacemos nosotros

- Sesiones de 30 minutos y 3 ciclos de 2 meses.
- Mantenemos la misma pauta por ciclo.

- Solo pasan al ciclo 2 y 3 las pacientes que han tenido buenos resultados en el ciclo 1
- Coste total máximo -3 ciclos- del fungible: 900 euros aproximadamente.

### DISEÑO DEL ESTUDIO PRELIMINAR

Dadas las características de la Unidad (se realizan estudios urodinámicos, reeducación vesical y perineo-esfinteriana, biofeedback, electroestimulación, etc.), sólo podemos dedicar un día a la semana a la realización de este procedimiento.

El primer grupo y objeto de este estudio preliminar (ya hemos iniciado el tercer grupo) está formado por 12 pacientes (mujeres) con edades comprendidas entre los 45 y 81 años, con los siguientes diagnósticos: 2 con dolor pélvico crónico, 1 con incontinencia fecal y urinaria, 9 con incontinencias de urgencia.

Se hace constar que en este primer ciclo se ha realizado un estudio preliminar para, dependiendo de los resultados obtenidos, mantener esta línea de investigación y tratamiento, o desestimarla.

El protocolo de investigación que hemos diseñado para estos estudios consta de los siguientes parámetros, realizados antes y después del primer ciclo de tratamiento:

- Cistomanometría de llenado y vaciado.
- Test de calidad ICIQ-SF.
- Diario miccional. Este parámetro ha sido anulado para los estudios posteriores dadas las dificultades encontradas para la correcta realización por parte de las pacientes, cambiándolo por pregunta directa a la paciente sobre el número de veces que ha ido al servicio el día anterior a la cita, especificando en la entrevista el número de micciones de mañana, tarde y noche. Como las pacientes saben el día que vienen,

han aprendido a aportar este dato en cada una de las sesiones.

### RESULTADOS DEL ESTUDIO PRELIMINAR

En las pacientes con dolor pélvico crónico no se ha encontrado ningún resultado positivo, tampoco el tratamiento ha producido ningún efecto nocivo, no pasando por tanto al ciclo 2 de tratamiento. En las otras 10 pacientes, los resultados han sido los siguientes:

En las cistomanometrías de llenado se han estudiado los parámetros: sensación inicial y máxima capacidad vesical obteniendo un aumento después del tratamiento de 90 ml y 95 ml respectivamente (**Fig. 5**). Una vez tratados estadísticamente los datos, nos da un valor  $P = 0,001$  (hay significación estadística si el Valor  $P < 0,05$ ) este dato a pesar de los pocos casos estudiados tiene un alto valor significativo indicando de forma muy evidente el cambio producido tras el tratamiento en las pacientes con incontinencia de urgencia/hiperactividad vesical.

En el Test de Calidad ICIQ-SF (Muy mal = 21 puntos, Muy bien = 1 punto), el valor ha descendido de 14, al inicio del estudio, hasta 6 después del primer ciclo de tratamiento con un valor  $P = 0,03$  (**Fig. 6**).

### CONCLUSIONES DEL ESTUDIO PRELIMINAR

Estos resultados preliminares nos orientan a que esta técnica es una opción válida de tratamiento para las patologías descritas, aunque se necesitan más estudios para determinar la durabilidad de sus efectos y el tipo de pacientes que pueden beneficiarse; no obstante, al cumplirse los criterios exigidos continuamos manteniendo este tratamiento en nuestra Unidad.

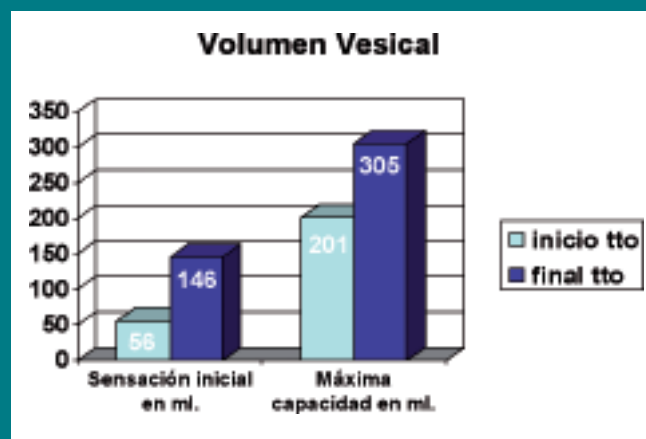


Figura 5

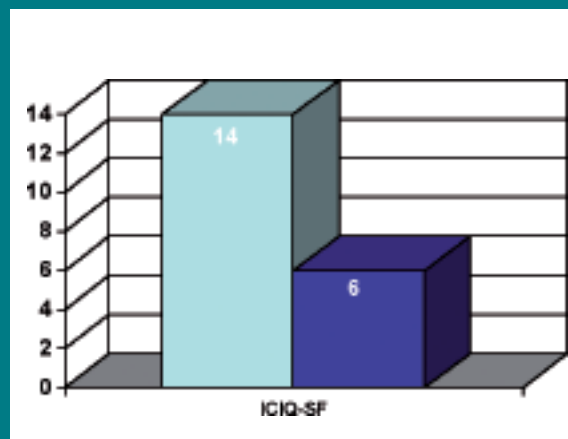


Figura 6



## NANDA, NIC Y NOC

Nunca he sido un gran defensor de esta taxonomía, pero entiendo que, aunque es muy anglosajona, es lo que tenemos y por fin toda la Enfermería en el mundo habla con el mismo lenguaje.

Si estudiamos los diagnósticos NANDA, vemos que con el 1.3.2.1.3. está recogida la incontinencia urinaria de urgencia, con la siguiente definición:

«Emisión involuntaria de orina poco después de sentir una intensa sensación de orinar».

Y para este diagnóstico se han descrito estas intervenciones NIC:

- 0560 - Ejercicios del suelo pélvico.
- 0590 - Manejo de la eliminación urinaria.
- 0600 - Entrenamiento del hábito urinario.
- 0610 - Cuidados de la incontinencia urinaria.
- 1750 - Cuidados perineales.
- 1804 - Ayuda con los autocuidados: W.C.
- 2380 - Manejo de la medicación.
- 4120 - Manejo de los líquidos.
- 5820 - Disminución de la ansiedad.
- 5860 - Biofeedback.
- 6480 - Manejo ambiental.

Y estos resultados NOC:

- 0502 - Continencia urinaria.
- 0503 - Eliminación urinaria.
- 1101 - Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Al profundizar en la intervención 0560 - Ejercicios del suelo pélvico, leemos:

«...Proporcionar retroalimentación (biofeedback) o estimulación eléctrica en individuos, cuando la asistencia esté indicada para identificar los músculos correctos para contraer y/o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo».

En este apartado de la intervención nos habla sobre el uso de la electroestimulación para la incontinencia, primordialmente de esfuerzo, puesto que se trata de identificar la musculatura adecuada para trabajarla posteriormente. Pero de la misma forma que la actividad de biofeedback está recogida como tal, en la intervención 5860, podemos observar que la electroestimulación no está recogida como intervención, aunque se recomiende su uso en la intervención 0560, por lo que ahora estamos trabajando para que la NIC recoja la electroestimulación tanto intracavitaria como tibial como nueva intervención de Enfermería.

Conseguir esto es un reto y un importante avance en nuestro quehacer profesional. Como primer paso, en nuestro hospital (Virgen de la Victoria, de Málaga) la Comisión de Protocolos ha aprobado el protocolo de EEM percutánea

del nervio tibial posterior para el tratamiento de la hiperactividad vesical.

Aprovechando la oportunidad que me brinda nuestra revista al publicar este artículo, quisiera que me aportarais vuestra experiencia con la electroestimulación en enfermería urológica y los protocolos que estéis realizando, ya que mientras más datos y estudios se puedan añadir, más fácil será conseguirlo; y conseguir que la NIC reconozca la electroestimulación como una intervención de Enfermería es un paso muy importante para nuestra profesión.

Desde entonces todos los estudios realizados recomiendan su uso en el tratamiento de la hiperactividad vesical con o sin incontinencia, incluso en la hiperactividad colónica, y algunos autores hablan del dolor pélvico crónico, cistitis intersticial, dispareunia, etc. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

1. Abrams P, Cardozo L, et al. «The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from standardisation subcommittee of the International Continence Society». *Urology*. 61: 37-49. 2003.
2. Stewart W, Herzog R, Wein A. «The prevalence and impact of overactive bladder in the U.S.: results from the NOBLE program». *Neurology Urodynamics* 2001; 20: 406-8.
3. Castro D, Espuña M, Prieto M, Badia X. «Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: Estudio poblacional». *Arch. Esp. Urol.* 58 (2): 131-8. 2005.
4. Stoller, M.L. «Afferent nerve stimulation for pelvic floor dysfunction». *Eur Urol. Suppl*, 35: 16, 1999.
5. Fall M. and Lindstrom S. «Functional electrical stimulation: physiological basis and clinical principle». *Int Urogynecol J* 5: 296-304, 1994.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Vera Vandonick et al: «Posterior Tibial Nerve Stimulation in the Treatment of Urge Incontinence». *Neurourology and Urodynamics* 22: 17-23, 2003
2. Kingler H.C. et al: «Use of peripheral neuromodulation of the S3 region for treatment of detrusor overactivity: a Urodynamic-based study». *Urology* 56: 766-711, 2000 Elsevier Science.
3. Van Balken M. et al: «Posterior tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of lower urinary tract dysfunction». *The Journal of Urology*. Vol 166, 914-918, Sept 2001.
4. Van Balken M. et al: «Prognostic factors for successful percutaneous tibial nerve stimulation». *European Urology* 49: 360-365, 2006.
5. Congregado Ruiz et al: «Peripheral afferent nerve stimulation for treatment of lower urinary tract irritative symptoms». *European Urology* 45: 65-69. 2004.

# Crónica del XXIX Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Murcia 2007)

Ya desde la tarde del martes 16, día novedoso para comenzar nuestro congreso, nos hacia presagiar que éste sería un éxito de asistencia, no en vano largas colas se formaban ante el mostrador de la secretaría técnica, para recoger la documentación; la sede, el Aula de Cultura de la Caja de Ahorros de Murcia.

En efecto, la cifra de inscritos se aproximó a los 350.

Horas más tarde, y tras un paseo guiado por el casco histórico de Murcia, llegamos a la sede del Ayuntamiento donde fuimos recibidos por su concejal de Sanidad y brindamos por el éxito del evento.

El miércoles desde temprano vimos cómo se cumplía nuestro presagio, una sala completamente llena desde la conferencia inaugural, en la que se nos hizo un repaso histórico por lo que ha sido nuestra profesión desde sus comienzos, seguida de dos ponencias y una mesa redonda que mantuvieron el interés del aforo hasta terminar la sesión con un bloque de comunicaciones a la citada mesa.

Por la tarde nos trasladamos al Hospital General Reina Sofía para participar en un taller donde nos mostraron lo que será una Unidad de Litotricia y cómo se ha diseñado su funcionamiento.

Una cena típica de la huerta murciana puso el broche a este intenso día de trabajo.

La jornada del jueves combinó comunicaciones libres con una mesa redonda y dos ponencias, una de ellas especialmente interesante por lo candente del tema en la que se nos habló de la situación de los nuevos títulos de grado y posgrado, surgiendo al final de la misma un animado debate.



La jornada científica terminó con una presentación de nuestra Asociación donde se mostró el funcionamiento de la misma, su actividad y sus planes de futuro.

La tarde se dedicó a una visita cultural a la ciudad de Lorca, empañada ésta por la intensa lluvia que nos acompañó en toda la jornada y que tanto beneficia a esta tierra tan escasa de este bien, culminada con una cena informal ya de vuelta a Murcia.

Y llegados al viernes, último día, con los bloques de comunicaciones finales y la defensa de los pósters..., nos vienen a la mente buenos momentos vividos: ¿recordáis el enriquecedor debate sobre «teoría y práctica asistencial» que surgió tras la conferencia sobre los objetivos de calidad en enfermería? Diversas opiniones dejaron patente la distancia que sentimos según en qué momentos entre los



modelos propuestos (a veces impuestos) y la realidad del trabajo diario.

Otro de los temas a resaltar fue la necesidad de que enfermería proporcione cuidados que hayan demostrado su eficacia. Y la presentación de una investigación donde se estudiaba el porqué de nuestra reticencia a utilizar la evidencia enfermera que, como concluía, posiblemente sea debida a la organización del sistema actual y la presión asistencial diaria.

Facilitándonos, para ello, accesos a la documentación disponible como puede ser la Cochrane, la EBN on-line o la colaboración realizada por Carlos III. etc.

Fue motivador también el reto de futuro de las comunicaciones que nos hablaban del auge de las técnicas laparoscópicas presentando la utilización de la robótica como una innovación cada día más al alcance de todos y nuestra implicación como enfermeras en los nuevos quirófanos. O la ampliación del tratamiento conservador de la incontinencia urinaria de urgencia, con la estimulación tibial, realizada por enfermería.

A contrapartida, comunicaciones que nos instan a no dejarnos perder entre la tecnología y potenciar las relaciones humanas que son la base del cuidado..., la incidencia de la vejez en urología, el estudio de los niveles de dependencia en aumento del cliente urológico, la atención a los cuidadores, las guías clínicas por procesos, la adecuación de la taxonomía NANDA y los indicadores NIC y NOC en los planes de cuidados, la continuidad en los cuidados, aspectos legales del consentimiento informado, la asistencia de enfermería quirúrgica urológica en campamentos de refugiados saharauis..., incluso el interés por el tratamiento de los residuos sanitarios y el impacto ambiental que producimos, son temas que nos han enriquecido todos estos días.

Muy interesante el estudio sobre la enfermería urológica en el desarrollo de las especialidades.

Por último, nos restaba la novedosa exposición sobre las células madre aplicadas a la incontinencia de orina que nos

abría un campo en investigación como otra nueva vía de futuro para nuestra profesión.

Y como colofón dos conferencias: la primera de ellas patrocinada por nuestra Asociación en la que D. José A. Ávila, presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana nos mostró cómo se puede promocionar la imagen de nuestra profesión ante los medios con una inversión mínima y que ayudaría a borrar muchos tópicos y evitaría desconocimientos de la misma.

Y la segunda en la que D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Moreno (INVESTEN-isciii) dictó la conferencia de clausura sobre investigación y cuidados.

Aquí termina el apartado científico, en el cual haciendo balance podemos decir que se han presentado un total de 22 comunicaciones y más de 60 pósters, así como 6 ponencias y 2 mesas redondas y a esto añadir la masiva afluencia de congresistas en la sala, que en algunos momentos se llegó a desbordar.

Posteriormente se hizo entrega de diversos premios por parte del Comité Científico: a la mejor comunicación y mejor póster. También nuestra Asociación premió a los mejores póster y comunicaciones de sus asociados.

Los compañeros de Jerez hicieron la presentación de lo que será nuestro XXX Congreso en su ciudad, mostrándonos un magnífico video y brindando al final con una copa de vino de Jerez por lo que estamos seguros será un nuevo éxito de participación.

La cena de clausura en un marco espectacular, «El Palacio de la Seda», sirvió para despedirnos de todos nuestros compañeros hasta el próximo año con el firme propósito de vernos en Jerez.

No sería justo terminar esta crónica sin hacer una mención especial a los Comités, tanto Organizador, muy especialmente a Pepa Martínez, no hay palabras, se desvivió por todos y por todo, como Científico, por su buen hacer en especial a M<sup>a</sup> del Carmen Murcia por su labor callada pero no por ello desapercibida. A todos nuestro agradecimiento.



## Gestionar retos, liderar el futuro

### Estimadas/os colegas:

Por fin ha llegado el momento en que la Asociación Española de Enfermería Urológica nos concede el honor de organizar el XXX Congreso Nacional que se celebrará del 21 al 24 de octubre de 2008 en Jerez de

la Frontera. Comenzamos nuestra andadura con ilusión y con la inmensa responsabilidad de satisfacer las expectativas de todos los socios y profesionales que a él acudan.

Para alcanzar este objetivo, un grupo de profesionales del Hospital de Jerez, integrantes de los comités organizador y científico, venimos trabajando en definir un programa científico donde estén presentes dimensiones de la práctica profesional que pretenden dirigir nuestros cuidados hacia la excelencia.

En este momento, inicios del siglo XXI, elementos como la ética, la prestación de servicios con garantía de seguridad para el paciente o los procesos de certificación y acreditación profesional están cada vez más presentes en un sistema sanitario que persigue prestar a la comunidad cuidados de calidad. Por ello nuestra apuesta temática va en esta dirección.

Paralelamente deseamos ofrecer la oportunidad de que vuestro paso por nuestra ciudad se os haga inolvidable. Para ello estamos organizando actividades que os permitan disfrutarla en toda su esencia.

Es deseo de los comités organizador y científico que encontréis entre nosotros una cálida acogida. Esperamos contar con vuestra presencia y confiamos poder compartir este encuentro juntos.

Os esperamos en nuestra querida ciudad, con caballos, vino, flamenco... JEREZ EN TODOS LOS SENTIDOS, entre la sierra y el mar.

Recibid un afectuoso saludo.

José María Rocco Galera  
Director Técnico del Comité  
Organizador  
XXX Congreso Nacional de  
Enfermería Urológica

XXX Congreso Nacional  
de Enfermería Urológica

Jerez de la Frontera del 21 al 24 de Octubre de 2008

Sede:  
ma ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

Organiza:  
Selma EX ENFERMERA  
www.selmazarvos.com

"Gestionar retos,  
liderar el futuro"



### **Noveno Encuentro Internacional de la Asociación Europea de Enfermería Urológica (EAUN)**

El noveno encuentro internacional de la EAUN tendrá lugar conjuntamente al veintitresavo Congreso Anual de la EAU en Milán (Italia) del 26 al 28 de marzo de 2008. El año pasado se consiguió que más de 245 enfermeras con experiencia en cuidados urológicos asistieran, una prueba más del creciente interés de la profesión enfermera en Europa de compartir los conocimientos y obtener las últimas actualizaciones sobre la profesión. El próximo programa será mucho más emocionante, si cabe.

Esperamos volver a dar la bienvenida a nuestros participantes de más de 25 países diferentes en Milán. El programa promete abordar cuestiones profundas mediante simposios que tratarán de diversos temas, debates sobre la práctica clínica, etc., y también una visita opcional al Hospital Universitario Vita Salute San Raffaele de Milán.

Este año hemos agrupado las sesiones de incontinencia en jueves y sobre el cáncer urológico el viernes para hacer posible que los participantes también tengan tiempo de visitar Milán. Como podrán ver en el programa adjunto, las sesiones finalizan con una recepción de Campagne que puede ser una excelente oportunidad para conocerse entre colegas de otros países y entrar en contacto. El mejor plan recibirá 2.500 euros.

Visiten nuestra web del congreso en [www.eaumilan2008.org](http://www.eaumilan2008.org)

### **9th International Meeting of the EAUN**

Meeting will be held in conjunction with the 23rd Annual EAU Congress from 26 to 28 March 2008 in Milan, Italy. Last year the EAUN meeting attracted no less than 245 nurses with experience in urological care. Strong proof of the growing interest among professional nurses in Europe to share their knowledge and get the latest updates about their profession. Next year the programme is even more exciting.

We hope we may again welcome participants from more than 25 countries in Milan. The programme looks promising indeed; we have lined up state-of-the-art lectures, symposia on various topics, discussions on clinical practices and an optional visit to a Milan hospital, Università Vita Salute San Raffaele.

This year we grouped the sessions on incontinence on Thursday and on urological cancers on Friday to make it easier for participants to also visit the Milan hospital and the exhibition. As you can see in the programme below, the champagne reception will be organized again and so will the after session drinks. A great way to get to know your colleagues in a more informal manner.

An interesting new session this year is the 'EAUN Nursing Research Competition'. In this session 6 nominees will discuss their research plans with an experienced board and get feedback. The best plan will receive €2,500.

Please check [www.eaumilan2008.org](http://www.eaumilan2008.org) under '9th EAUN meeting' for the latest programme updates and information.

## Wednesday, 26 march

- 12.00 - 15.00 hrs:** Hospital visit  
**15.00 - 15.30 hrs:** Italian nurses societies meeting  
**15.30 - 16.00 hrs:** Break  
**16.00 - 16.15 hrs:** EAUN Opening  
 EAU Secr.-Gen.P-A.Abrahamsson, Malmö (SE)  
 EAUN Chair B.Thoft, Aarhus (DK)  
**16.15 - 16.45 hrs:** State-of-the-art lecture Who was who in urology  
 D. Schultheiss, Giessen (DE)  
**16.45 - 17.00 hrs:** Good Practices in Health Care on Condom catheters - introduction  
**17.00 - 18.00 hrs:** Champagne Recept Sponsored by HOLLISTER EUROPE LTD

## Thursday, 27 march

- 09.00 - 12.30 hrs:** Hospital visit\*  
**08.30 - 09.30 hrs:** Symposium How to lead a nurse-led clinic  
**09.30 - 10.00 hrs:** Break  
**10.00 - 12.00 hrs:** ESU Course Neurogenic bladder  
 Chair: J.Van Moorselaar, Amsterdam (NL)  
**12.00 - 13.00 hrs:** Lunch  
**13.00 - 14.30 hrs:** Oral Abstract Session  
 Chairs: P. Slappendel, Arnhem (NL), R. Pieters, Ghent (BE)  
**14.30 - 14.45 hrs:** Break  
**14.45 - 15.15 hrs:** State-of-the-art lecture Chronic urogenital pain management - guidelines update  
 A. Baranowski, London (GB)  
**15.15 - 15.45 hrs:** State-of-the-art lecture How to implement new procedures  
 I. Madsen, Århus (DK), V. Krøll, Århus (DK)  
**15.45 - 16.00 hrs:** Break  
**16.00 - 17.00 hrs:** Symposium "No touch" catheterization in a hospital setting  
**17.00 - 18.00 hrs:** After Session Drinks  
 Sponsored by ASTRA TECH AB

## Friday, 28 march

- 08.15 - 09.30 hrs:** Symposium Metastatic urological cancers  
**09.30 - 10.00 hrs:** Break  
**10.00 - 10.45 hrs:** State-of-the-art lecture Prostate cancer: Family care for patients and spouses  
 L. Northouse, Ann Arbor, MI (USA)  
**10.45 - 11.15 hrs:** Break  
**11.15 - 12.30 hrs:** EAUN nursing research competition - Learning session and educational grant awarded  
 Supported by an unrestricted educational grant from FERRING PHARMACEUTICALS  
**12.30 - 13.30 hrs:** Lunch  
**13.30 - 15.15 hrs:** Poster Abstract Session  
 Chairs: V. Geng, Lobbach (DE), K-D. Plothe, Göttingen (DE)  
**15.15 - 15.45 hrs:** Break  
**15.45 - 16.00 hrs:** Awards Session  
 Awards supported by an unrestricted educational grant from HOLLISTER EUROPE LTD  
**16.00 - 17.00 hrs:** EAUN General Assembly  
 Chair: B.Thoft, Aarhus (DK)  
**17.00 - 18.00 hrs:** After Congress Drinks



P.O. Box 30016  
 6803 AA ARNHEM  
 T +31 26 38 90 680  
 F +31 26 38 90 681  
 E [eaun@uroweb.org](mailto:eaun@uroweb.org)  
 W [www.eaun.uroweb.org](http://www.eaun.uroweb.org)

GARCÍA MURILLO, M.A.; DE LA CALLE GIL, M.; MORENO MAUDO, C.; CID LOSADA, P.; GONZÁLEZ BURGUILLOS, J.A.; RUBIO REVUELTA, J.  
Enfermeras/os Cuarta Planta, Hospital Universitario de Valme. Sevilla

«El descuido de ti mismo es tu peor enemigo»

# Incontinencia urinaria y sus efectos en la salud. Plan de cuidados para la promoción de la salud

## RESUMEN

Llámesse CONTINENCIA URINARIA a la capacidad de controlar el momento oportuno de la micción. Facultad de retener la orina. Entre los miembros del Equipo de Enfermería de la Unidad Urológica del Hospital Universitario de Valme queremos promover la seguridad de contar con soluciones que facilitan el control de la incontinencia, con técnicas sencillas de aprender y realizar.

La incontinencia urinaria repercute negativamente en el ámbito laboral, social y psicológico.

El paciente debe saber que su incontinencia no tiene por qué afectar a ninguno de los aspectos de su vida.

Siguiendo las recomendaciones de su enfermera será capaz de afrontar con éxito su nueva situación.

Existe un mundo de soluciones para la autonomía vesical que redundarán en su comodidad y bienestar.

**Palabras clave:** Promoción de la Salud, seguridad, continencia.



## SUMMARY

We understand by URINARY CONTINENCE the capacity to control the appropriate moment of the urination. Faculty of retaining the urine.

Among the members of the Nursing Team of the Urological Unit of the University Hospital of Valme, we want to promote the guarantee of having solutions that facilitate the control of the incontinence, with simple techniques of learning and carrying out.

The urinary incontinence has negative effects on the work, social and psychological areas.

The patient must know that their incontinence does not necessary have to affect to any aspect of their life.

Following the pieces of advice of their nurse they will be able to confront their new situation successfully.

There is a world of solutions for the vesical autonomy that will result in their comfort and welfare.

**Keywords:** Health Promotion, Safety, Continence.

«El lenguaje ha hecho al hombre como persona que piensa, decide, actúa,  
colabora y se relaciona socialmente...» (José Antonio Marina)

## INTRODUCCIÓN

Entre las habilidades básicas en las que debemos formarnos los enfermeros/as destaca la de saber escuchar y a la vez conseguir que el paciente se sienta escuchado. Sólo así es posible obtener información correcta sobre los problemas y necesidades de cada paciente.

El lema que proponemos es: «El descuido de ti mismo es tu peor enemigo».

Culpables de que el problema de salud pública más frecuente en la población femenina, la incontinencia urinaria,





se siga viviendo en silencio: vergüenza, estrés, miedo al mal olor y a manchar la ropa, angustia, inseguridad, ansiedad, secreto, ignorancia... Desterremos a los enemigos de la incontinencia. No es un cuadro grave, pero afecta mucho a la imagen de los pacientes. Trastorno que repercute negativamente en el ámbito laboral, social y psicológico, capaz de mermar la calidad de vida de quienes lo padecen.

Se calcula que más de dos millones de españoles sufren incontinencia urinaria, a cualquier edad, de los que un 70% son mujeres.

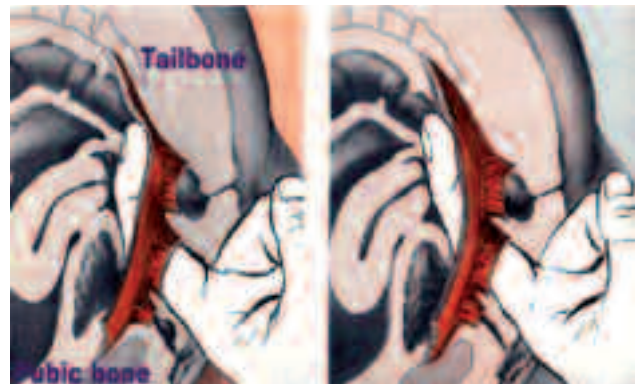
Por encima de los 60 años, el 15 o 30% de las personas sufren algún tipo de incontinencia.

Entre los miembros del Equipo de Enfermería de la Unidad Urológica del Hospital de Valme queremos promover la seguridad de contar con soluciones que facilitan el control de la incontinencia con técnicas sencillas de aprender y realizar. Hacer ver a la paciente que no está sola, que su incontinencia no tiene por qué afectar a ninguno de los aspectos de su vida.

**¡NO SE DÉ POR VENCIDA, NI SE AVERGÜENCE!**

#### TRATAMIENTO

- Terapia conductista, contrayendo y relajando los músculos de la pelvis (sistema de terapia para estimulación del suelo pélvico), es un tratamiento eficaz que enfermería puede controlar, seguir y al mismo tiempo fomentar los autocuidados de este trastorno.
- Estimulación eléctrica (EESP).
- Vaciamiento regulado o entrenamiento de la vejiga.



#### ■ Aspectos nutricionales:

##### - Cambios en la dieta:

- El perejil. Los indios cherokee lo usaban como medicamento para mejorar el rendimiento de la vejiga urinaria.
- No consumir diuréticos naturales como: alcachofas, apio, espárragos, etc.

##### - Pérdida de peso.

#### ■ Hormonas. Medicamentos.

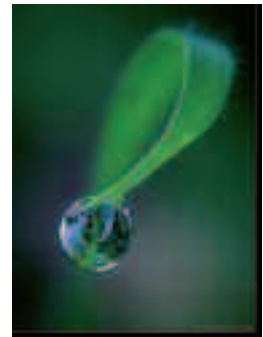
#### ■ Implantes.

#### ■ Pesarios y dispositivos:

- C3 (dispositivo para la I vesical masculina).
- Step free (conos vaginales para la incontinencia femenina).

#### ■ Cateterización.

#### ■ Compresas.





- Cirugía. El tratamiento quirúrgico varía según el tipo de incontinencia que el paciente padezca. Hoy existe una nueva alternativa quirúrgica, la cinta TOT, que está demostrando alta eficacia en la corrección del problema.

## MATERIAL Y MÉTODO

Tal es el caso de Ana María, tiene 66 años y tras un resfriado empezó a padecer pérdidas de orina al toser y al estornudar. Sentía tanta vergüenza que llevó en secreto su problema, no lo dijo a nadie hasta que al cabo de un año, acudió por fin al ginecólogo, quién determinó la mejor opción de tratamiento para su caso.

El personal de enfermería dispone de un conjunto de herramientas y habilidades básicas para obtener información correcta sobre los problemas y necesidades de cada paciente, se trata de la entrevista clínica de valoración.

### Cuestionario de Valoración de Incontinencia Urinaria

#### APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

- a) ¿Tiene sensación de peso en la zona genital?  
 Sí       No
- b) ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina?  
 Sí       No
- c) ¿Cuando ríe se le escapa la orina?  
 Sí       No
- d) ¿Si estornuda se le escapa la orina?  
 Sí       No
- e) ¿Al toser se le escapa la orina?  
 Sí       No
- f) Si está en la calle y tiene gana de orinar, ¿entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina?  
 Sí       No
- g) Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina?  
 Sí       No
- h) Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo?  
 Sí       No
- i) Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir deprisa al servicio porque se le escapa la orina?  
 Sí       No



Debe conocer que existe, un mundo de soluciones para la autonomía vesical que redundarán en su comodidad y bienestar del paciente.

Para prevenir y estar a la vanguardia precisaremos aplicar test de aproximación al diagnóstico, validados, con valores predictivos a tener en cuenta.

Durante el proceso de evaluación, la enfermera debe obtener información básica respecto de:

- Historia urinaria.
- Duración de la IU.
- Severidad, cantidad de escapes.
- Frecuencia de IU diurna.
- Nicturia.
- Enuresis nocturna.
- Presencia de infección urinaria.
- Tratamientos previos, cirugía o tratamientos por otros problemas urinarios.

Así como, la obtención de datos revelantes de la historia de salud.

### DOMINIO: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nosotros en este tema vamos a abordar tres diagnósticos que están contenidos en el cuadro que les mostramos:

- Conductas generadoras de salud (00084).
- Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico (00162).
- Manejo efectivo del régimen terapéutico (00082).



## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

## Algoritmo diagnóstico para la IU / Promoción de la salud sobre la base de indicadores (NOC) e intervenciones (NIC) 2005-2006

| NANDA  | INDICADORES (NOC)  | INTERVENCIONES (NIC)   |
|--|--|--|
| CONDUCTAS GENERADORAS DE SALUD (00084)                             | (2002) Bienestar social<br>(1603) Conductas de búsqueda de salud<br>(1700) Creencias sobre la salud          | (4470) Ayudas en la modificación de sí mismo<br>(5510) Educación sanitaria |
| DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO (00162) | (1601) Conducta de cumplimiento<br>(2605) Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional | (7400) Guía del sistema sanitario<br>(5210) Guía de anticipación           |
| MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO (00082)                    | (1813) Conocimiento: régimen terapéutico<br>(1600) Conducta de obediencia                                    | (7400) Guía del sistema sanitario<br>(5210) Guía de anticipación           |

**SE DEFINE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO LA TOMA DE CONCIENCIA DEL BIENESTAR O LA NORMALIDAD DE LAS FUNCIONES Y ESTRATEGIAS USADAS PARA MANTENER EL CONTROL Y FOMENTAR EL BIENESTAR Y LA NORMALIDAD DEL FUNCIONAMIENTO. EN OTRAS PALABRAS SE TRATA DE QUE LA PERSONA RECONOZCA DE FORMA CONSCIENTE LA SITUACIÓN DE NORMALIDAD RESPECTO A SU SALUD, ASÍ COMO LAS ESTRATEGIAS NECESARIAS PARA MANTENER DICHA SITUACIÓN**

Definir el concepto de salud no es una tarea fácil por los múltiples elementos que lo determinan. A lo largo de la historia encontramos multitud de definiciones, que generalmente obedecen a las características propias de cada momento histórico. Es a partir de 1956 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1956) define salud como: «El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad».

El factor social es además un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas que pasa a depender no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social.

En esta época, la prevención de las enfermedades, la curación, la rehabilitación, la promoción de la salud y educación para la salud se convierten en las actividades más idóneas para proporcionar salud a los ciudadanos.



Se define la promoción de la salud como la toma de conciencia del bienestar o la normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

En otras palabras, se trata de que la persona reconozca de forma consciente la situación de normalidad respecto a su salud, así como las estrategias necesarias para mantener dicha situación.

## OBJETIVOS

Promoción de la Salud. «Sistema de apoyo educativo».



**EL ENTRENAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA PELVIS ES UN TRATAMIENTO EFICAZ QUE ENFERMERÍA PUEDE CONTROLAR, SEGUIR Y AL MISMO TIEMPO FOMENTAR LA INDEPENDENCIA DEL USUARIO EN EL CUIDADO DE SU ENFERMEDAD Y SU DIGNIDAD COMO PERSONA**

**PASEANDO POR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**¡DISFRUTA EL HOY! ES MÁS TARDE DE LO QUE CREES!**

**¡SÓLO EN LA ACTIVIDAD LOGRARÁS VIVIR CIEN AÑOS!**

En este sentido, las consultas de enfermería pueden ser consideradas como un «sistema de apoyo educativo» para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar o puede y debería aprender a realizar medidas de autocuidado terapéu-



tico, pero que no puede hacerlas sin la ayuda de una enfermera.

El entrenamiento de los músculos de la pelvis es un tratamiento eficaz que enfermería puede controlar, seguir y al mismo tiempo fomentar la independencia del usuario en el cuidado de su enfermedad y su dignidad como persona.

## RESULTADOS

### ESTARBIENESTAR

Al margen de la relación que tengas en estos momentos con esa zona de tu cuerpo, has de saber que cada una de nosotras ha heredado los efectos de generaciones de silencio y mala información en torno a las regiones genital y urinaria, la única manera de abandonar ese legado de vergüenza es hablar de nuestras necesidades y educarnos. Cuando cada una comience a escuchar y recuperar la sabiduría de esas zonas, vamos a descubrir que, como todas las demás partes de nuestro cuerpo, esas zonas son dignas de nuestros constante «respeto y cuidados».

Ana M<sup>a</sup>, en tan sólo 10 sesiones de rehabilitación y media hora en cada una de ellas, notó enseguida una gran mejoría, en su caso no hizo falta la cirugía reparadora del suelo pélvico. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer*. Dra. Christiane Northrup. Círculo de Lectores, S.A. (Barcelona).
2. *Diagnóstico enfermero: definiciones y clasificación 2005-2006*. Elsevier.
3. *Diagnóstico enfermero, resultados e intervenciones. Interrelación NANDA, NIC, NOC*. Johnson, M. Bulechek, G. Mc Closkey, J Maas M. Elsevier.
4. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Mc Closkey Bulechek. Elsevier.
5. *La selva del lenguaje*, Marina, José Antonio. España 2002.
6. *Citas y proverbios orientales*:  
<http://spanish.people.com.cn/refranzong.htm>
7. «Guía de atención enfermera a personas con IU». ASANEC. 2a Edición. *Boletín de Salud*. N° 80. 15 enero 2006.
8. [http://starmedia.saludalia.com/temas\\_de\\_salud/doc/nefrologia\\_urologia/doc/doc\\_incontinencia\\_orina.htm](http://starmedia.saludalia.com/temas_de_salud/doc/nefrologia_urologia/doc/doc_incontinencia_orina.htm).
9. [www.elmundosalud.com](http://www.elmundosalud.com)
10. [www.Formapc.com](http://www.Formapc.com)
11. Resultados del estudio SUNRISE. Congreso de Urología, Sevilla 2006 ((España) <http://www.portalesmedico.com/noticias>

## Direcciones de internet de revistas de enfermería con versión electrónica

- [http://www.seis.es/i\\_s/i\\_sl6/i\\_sl16h.htm](http://www.seis.es/i_s/i_sl6/i_sl16h.htm)  
REVISTA DE LAS SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA 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.al4.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?pidet=35](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=35)  
ENFERMERIA CLINICA SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES.
- [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pidet=142](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=142)  
ENFERMERIA INTENSIVA SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES
- [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pidet=156](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=156)  
GEROKOMOS. REVISTA SOBRE GERONTOLOGIA. SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES
- [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pidet=146](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=146)  
FISIOTERAPIA SUM RES
- [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pidet=176](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=176)  
REVISTA IBEROAMERICANA DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA. SM RS
- [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pidet=2](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=2)  
MEDICINA CLINICA SUM RES. . TC SOLO PARA SUSCRIPTORES
- [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista\\_home.home](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/aec/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](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](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](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 RES TC. INGLES.
- <http://www.adeci.org.ar/>  
VISION. REVISTA DE ENFERMERIA ARGENTINA SOBRE CONTROL DE INFECCIONES. SUM RES 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 RECOPIACION 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/vol0711992.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.

L. RAMÍREZ RODRÍGUEZ; J. RUBIO REVUELTAS; M. MARTÍNEZ CORDERO  
Hospital Virgen de Valme. Sevilla

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

## RESUMEN

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

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

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

**Palabras clave:** Actividades de enfermería y litotricia.

## SUMMARY

The medical diagnosis already comes to us given by the doctor who sends it to our unit, and it is that of renal lithiasis or ureteral and their different locations. But the nursing diagnosis is another very different, thus it is based on the behaviour of the patient towards the illness and to the treatment, and in other factors that influence negatively or have the possibility to affect harmfully the obtaining of an optimum result of the treatment of shock waves.

So that the performances of nurses are carried out through a scientific method and the result of the treatment is as effective as possible, the identification of the alterations that the patient presents, that is, has to be made at first make a diagnosis. For later to describe the performances that must be carried out according to the diagnoses, and finally to do a valuation of the obtained results.

Thus, carrying out the scientific method through the NANDA, the NIC and the NOC we will do the following diagnoses and performances.

**Keywords:** Nursing Activities and lithotricia.

## INTRODUCCIÓN

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

Los equipos litotriptores de segunda generación utilizan las ondas de choque para la fragmentación de los cálculos en las sesiones de litotricia extracorpórea por ondas de

choque (LEOC). Además, vienen dotados de escopia y dispositivos para la realización de radiografías y para llevar a cabo en el paciente todas aquellas actuaciones dirigidas a un mejor diagnóstico para la localización del cálculo, y a prevenir los efectos no deseados.

## OBJETIVOS

Asentar de una forma científica, mediante la taxonomía unificada, las actuaciones de enfermería en la Unidad de

Litotricia del Servicio de Urología del Hospital Virgen de Valme de Sevilla.

## MATERIAL Y MÉTODOS

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

## RELACIÓN DE TAREAS

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

### 1. ACTIVIDADES PREVIAS AL TRATAMIENTO

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

### 2. ACTIVIDADES DURANTE EL TRATAMIENTO

- a) Colocación del paciente sobre la mesa de tratamiento.
- b) Realizar Rx previa (según protocolo).
- c) Manejar la mesa y sus técnicas para focalizar el cálculo, de forma idónea en los monitores de seguimiento.
- d) Realizar las técnicas necesarias para focalizar el cálculo

lo en la zona de impacto de las ondas de choque (según protocolo).

- e) Realización del isocentro, centraje del cálculo y colocación del cañón.
- f) Canalización de vía venosa periférica, según prescripciones.
- g) Administración de medicación (analgésicos, antibióticos, etc.), según prescripciones.
- h) Realizar las técnicas necesarias para aplicar los Kv de potencia, frecuencia y número de ondas que es preciso aplicar (según protocolo).
- i) Hacer seguimiento de control de tratamiento, mediante disparos digitales y pedal de escopia, sobre el cálculo.
- j) Rectificar desplazamientos en la localización del cálculo.
- k) Toma de constantes, periódicamente, durante todo el proceso.
- l) Atender al paciente en la aparición de: dolor, vómitos, HTA, hipotensión, etc.

### 3. ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN CON EL EQUIPO DE URÓLOGO

En aquellas pruebas diagnósticas o de tratamiento, que por su complejidad y desarrollo en un medio estéril, el enfermero debe hacer las veces de instrumentista, sobre todo en la endourología:

- Colocación y retirada de catéteres.
- Nefrostomías percutáneas.
- Etcétera.

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

### 4. ACTIVIDADES PARA REALIZAR LAS TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS

Prescritas por el urólogo, tendentes a la ayuda al diagnóstico, tales como:

- Cistografías.
- Retrografías.
- Urografías.
- Urografía ascendente.
- Nefrostogramas.
- Radiografías simples del aparato urinario.

### 5. ACTIVIDADES ANTE LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS GRAVES

Se actuará según protocolos ante la aparición de:

- Parada cardiorrespiratoria.
- Shock anafiláctico.
- Hemorragias.
- Reacciones vegetativas (náuseas, sudoración, vómitos, hipotensión).

## 6. UNA VEZ TERMINADO EL TRATAMIENTO

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

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

### RIESGOS QUE CONLLEVA EL TRATAMIENTO CON LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE

Los riesgos que se han de prevenir en la aplicación de las ondas de choque, en orden de gravedad, son:

- Hematoma renal extracapsular.
- Hematoma renal subcapsular.
- Septicemia producida por la destrucción de cálculos infectivos.
- Obstrucción de los uréteres por calle litiasica.
- Signos vágales (sudoración, náuseas, hipotensión).

### DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA), RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

#### PATRÓN 1: INTERCAMBIO

##### Riesgo de infección (00004)

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

Factores de riesgo:

- Procedimientos invasivos.
- Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.

(La destrucción de los cálculos infectivos y la formación de pequeñas heridas como efecto de la acción de las ondas de choque pueden propiciar una septicemia.)

##### RESULTADOS

- Control del riesgo (1902).
- Estado de infección (0703).

##### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Control de las infecciones (6540).
- Control de infecciones durante la cirugía (6545).

- Prevención de infecciones (6550).
- Administración de medicamentos por vía parenteral (2305).
- Administración de medicamentos por vía oral (2304).

##### Alteración de la eliminación urinaria

Definición: Trastorno de la eliminación urinaria  
Retención urinaria.

##### RESULTADOS

- Permeabilización de las vías urinarias.
- Eliminación urinaria (0503).

##### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Gestión de la eliminación urinaria (0590).
- Promoción del ejercicio (0200).
- Cateterización urinaria (0580).

##### Riesgo de lesión (00035)

Riesgo de traumatismo.

Definición: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

Factores de riesgo: Físicos.

##### RESULTADOS

- Respuesta alérgica: sistémica (0706).
- Integridad tisular: membrana cutánea y mucosas (1101).
- Control de síntomas (1608).
- Control de riesgos (1902).
- Estado de seguridad lesión física (1913).

##### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Precauciones quirúrgicas (2920).
- Vigilancia (6650).
- Identificación del riesgo (6610).

##### Alteración de la protección riesgo de lesión tisular

Definición: Aumento del riesgo de lesión tisular accidental.

Factores de riesgo: Exposición a máquina peligrosa.

##### RESULTADOS

- Control de síntomas (1608).
- Ideas sobre la salud: capacidad percibida de actuar (1701).
- Conocimiento: régimen de tratamiento (1813).
- Conocimiento: procedimientos de tratamiento (1814).
- Severidad de los síntomas (2103).

##### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Prevención quirúrgica (2920).
- Prevención de la hemorragia (4010).

- Prevención del shock (4260).
- Gestión del shock volumen (4258).

### Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)

#### RESULTADOS

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
- Control de riesgos (1914).
- Estado de seguridad: lesión física (1913).

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Vigilancia de la piel (3590).
- Cuidado de las heridas (3660).

### PATRÓN 5: ELECCIÓN

#### Manejo efectivo del régimen terapéutico (00077)

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de la persona de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta satisfactorio para alcanzar los objetivos específicos de salud.

##### Características definitorias:

- Elección de actividades de la vida diaria apropiadas para alcanzar los objetivos del tratamiento o programa de salud.

##### Factores relacionados:

- Déficit de conocimientos.

#### RESULTADOS

- Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609).
- Tolerancia a la actividad (0005).
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803).
- Conocimiento: procedimiento(s) del tratamiento (1814).

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Modificación de la conducta (4360).
- Aumentar afrontamiento (5230).

### PATRÓN 8: CONOCIMIENTO

#### Conocimientos deficientes

Definición: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el tratamiento a que va a ser sometido.

##### Características definitorias:

- Verbalización del problema.
- Seguimiento inexacto de las instrucciones.
- Comportamientos inapropiados o exagerados (histeria, hostilidad).

##### Factores relacionados:

- Falta de exposición.
- Falta de memoria.
- Mala interpretación de la información.

#### RESULTADOS

- Conocimiento del régimen terapéutico (1810).

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Enseñanza individual (5606).
- Enseñanza procedimiento (5610).

### PATRÓN 9: SENSACIONES

#### Dolor agudo (00132)

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

##### Características definitorias:

- Información verbal o codificada.
- Gestos de protección.
- Conducta de defensa.
- Conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, irritabilidad, etc.).

##### Factores relacionados:

- Agentes lesivos físicos, en este caso las ondas de choque.

#### RESULTADOS

- Control del dolor (1605).
- Tolerancia a la actividad (0005).
- Estado de los signos vitales ((0802).
- Dolor: respuesta psicológica (1306).

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Administración de analgésicos (2210).
- Administración de medicamentos por vía parenteral (2305).
- Instruir en la analgesia controlada por el paciente (2400).
- Administración de medicamentos por vía oral (2304).
- Gestión del dolor (1400).

#### Náuseas (00134)

Definición: Sensación desagradable, como oleadas en la parte posterior de la garganta, en el epigastrio o en el abdomen que puede o no conducir al vómito.

##### Características definitorias:

- Informes de náuseas o de tener revuelto el estómago.
- Se acompaña de palidez, piel fría y sudorosa, aumento de la salivación, taquicardia, éxtasis gástrico y diarrea.

##### Factores relacionados:

- Irritación del sistema gastrointestinal (por estimulación de las ondas de choque).

#### RESULTADOS

- Severidad de los síntomas (2103).



- Estado de los signos vitales ((0802) (signos vágales).

#### INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Administración de medicación (2300).

#### Ansiedad (00146)

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Características definitorias:

- Conductuales: inquietud.
- Afectivas: nerviosismo, temor.
- Fisiológicas: aumento del pulso.

Factores relacionados:

- Estrés.

#### RESULTADOS

- Control de la ansiedad (1402).

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Disminución de la ansiedad (5820).
- Enseñanza individual (5606).
- Técnicas de relajación (5880).
- Aumentar el afrontamiento (5230).

#### Temor (00148)

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza

Características definitorias:

- Informe de: aprensión, reducción de seguridad, alarma, etc.
- Identifica el objeto del miedo.
- Aumento del estado de alerta.
- Aumento del pulso.
- Aumento de transpiración.
- Aumento de tensión arterial sistólica.

Factores relacionados:

- Falta de familiaridad con experiencia vivida.
- Situación potencialmente estresante.

(Normalmente, el temor se produce por la falta de información sobre el tratamiento a que va a ser sometido. Y en las segundas sesiones, por la experiencia dolorosa de sesiones anteriores.)

#### RESULTADOS

- Control del miedo (1404).
- Control de la ansiedad (1402).
- Control de impulsos (1405).

#### INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- Aumentar el afrontamiento (5320).

- Fomento de la seguridad (5380).
- Reducción de la ansiedad (5820).
- Distracción (5900).

#### CONCLUSIONES

Los patrones que se han visto afectados en el tratamiento de litotricia por ondas de choque son los siguientes:

- PATRÓN 1: INTERCAMBIO.
- PATRÓN 5: ELECCIÓN.
- PATRÓN 8: CONOCIMIENTO.
- PATRÓN 9: SENSACIONES. ▼

#### BIBLIOGRAFÍA

- Conceptos de Enfermería en la práctica, «Modelo de Orem».* Dorotea E. Orem Edit. Masson-Salvat Enfermería. 1993.
- Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA.* Traducción: Mercedes Ugalde Apalategui y Assumta Rigol i Cuadra. Edit. Masson. 1997.
- Diccionario de Medicina Artel.*
- Enciclopedia Práctica de Enfermería.*
- Enfermería Práctica Artel.* Brunner Suddarth.
- Plan general de intervención enfermera ante pacientes ingresados para intervención quirúrgica programada.* Muñoz de Alba, J. HUPR. 1995.
- Planes de cuidados de Enfermería. Modelo de referencia, métodos e instrumentos.* Antonia María Tomás Vidal. Edit. Olalla Ediciones. 1996.
- Planes de cuidados estandarizados. Curso de Calidad.* Hospital Valme. 1998.
- Urología: Libro del residente.* Asociación Española de Urología. 1998. Cirugía Urológica. Roger S. Kirby.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación.* Harcourt. 2001-2002.
- Proyecto de Intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE).* Nursing Interventions Classification (NIC). Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Tercera Edición. Harcourt. 2002.
- Proyecto de Resultados IOWA. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE).* Nursing Outcomes Classification (NOC). Marion Johnson, Maridean Maas, Sue Moorhead. Segunda Edición. Harcourt. 2002.
- Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados.* Carpenito L.S. McGraw-Hill Interamericana. 1994.
- Manual Signo II.* Club de Enfermería. Dirección General del INSALUD. Subdirección General Atención Especializada. 1995.
- Planes de cuidados de enfermería, modelos de referencia, métodos e instrumentos.* Tomas Vidal, A.M. Olalla Ediciones. 1996.

- Aplicación del proceso enfermero, guía paso a paso.* Alfaro-Lefevre R. Springer. 1998.
- Manual de enfermería médico-quirúrgica.* Pamela L. Swearingen. Harcourt. Brace. 1998.
- Enfermería quirúrgica. Planes de cuidados.* Guillemet Lloveras A.; Jerez Hernández, J.M. Springer. 1999.
- Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica.* Luis Rodrigo M.T. Masson. 2000.
- Manual de Enfermería Urológica.* Fernández del Busto E.; Martínez de Iturrate Arín, J. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial. Universidad de Valladolid. 2000.
- Miralles, F.S.; Robles, E. e Iranzo, J.: «Dolor visceral», en Aliaga, L., Baños, J.E., Barutell, C., et al. Eds., *Dolor y utilización clínica de los analgésicos*, Barcelona, MCR, 1996, 287-302.
- Aliaga, L. y Santacana, E. (eds.): «Protocolos», *Dolor*, Madrid, Idepsa. 1994.
- Gálvez, R.: «Urgencias algicas en atención primaria», en Galvez, R. (ed.), *Manual Clínico: Manejo práctico del dolor en atención primaria*, Madrid, EGRAF, 1995, 139-150.
- Palou, J.; Massanas, J. y Miralles, F.S.: «Dolor genitourinario y del parto», en Aliaga, L., Baños, J.E., Barutell, C., et al., *Tratamiento del dolor teoría y práctica*, MCR, Barcelona, 1995, 279-296.
- Stamm, W. E. y Turck, M.: «Infecciones de las vías urinarias, pielonefritis y enfermedades relacionadas», en Petersdorf, R. G., Adams, R. D., Braunwald, E., et al. (ed.), *Harrison principios de Medicina Interna*, 6ª ed., español. Mcgraw-Hill, México, 1986, 2303-2313.
- Miranda, A.: «Valoración del Dolor», en Miranda, A. (eds), *Dolor postoperatorio: estudio, valoración y tratamiento*, Barcelona, Jims, 1992, 27-56
- Montrone, V.; Petruzzella, O. y Petrosino, R.: *El dolor, un síntoma multidisciplinar*, Haropharma, Barcelona, 1992.
- Zuluaga Gómez, A.: *Litiasis Urinarias*, Urología Vesalio, ENE Ediciones, Madrid 1992.
- Valdivia Uría, J.G.: *Uropatía obstructiva*, Urología Vesalio, ENE Ediciones, Madrid 1992.
- Leal López, A.: «Fisiopatología de la obstrucción urinaria inferior», en Jiménez Cruz, J.F. y Rioja Sanz, L.A., *Tratado de Urología*, JR Prous Editores, Barcelona 1993.
- Bonet, J.: «Tratamiento antiálgico en Urología», en Leiva, O. y Resel, L., *Urología*, Vesalio., Ed. ENE, 1992, 721-738.
- Ruiz Loper, R.: «Dolor crónico de origen no oncológico», *Rev. Clin. Esp.*, 1995, 195 (monográfico 1): 214-222.
- Muriel Villoria, C y Madrid Arias, J.L.: *Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico*, segunda edición, ELA, Madrid 1995.
- J. Alcober y A. Rosaud: *Efectos adversos de las ondas de choque*. Actas Urológicas. LVII Congreso Nacional de Urología. Sept. 1992.
- M. Rabal, J.A. Lancia y M. García. *Criterios Clínicos y tratamiento actual de las Litiasis Urinarias*. Actas Urológicas. 1990.
- Granados, A. «El litotriptor y su difusión. Un ejemplo de ausencia de evaluación de las tecnologías médicas». *Med. Clin.* (Barcelona). 1990
- Rodríguez Vela, L.: «Litotricia extracorpórea por ondas de choque. Estudio de la resistencia a la fragmentación de los cálculos urinarios y efectos sobre la función renal». Tesis doctoral 1989.
- Rousad, A. y Pedrajas, A. «Estudio epidemiológico de la Urolitiasis en España». Asociación Española de Urología. Grupo de Urolitiasis. 1986
- Ruosaud, A. «Tratamiento actual de las litiasis urinarias con litotricia extracorpórea por ondas de choque». Curso internacional de Urología. Salvador de Bahía. Brasil 1991.
- Ruiz Marcellán, F.J. y Ibarz Servio, L. *Evaluación del daño renal en la litotricia extracorpórea por ondas de choque*. Actas Urológicas. 1986.
- Ruiz Marcellán, F.J. y Ibarz Servio, L. *Nuevos aspectos en el tratamiento de la litiasis renal*. Barcelona. Pulso Ediciones S.A. 1988.
- Ruiz Marcellán, F.J. y Ibarz Servio, L. «Riesgo de hipertensión arterial después de la litotricia extracorpórea por ondas de choque». 2ª reunión de Urolitiasis y Endoscopia. Alicante 1989.
- Ruiz Marcellán, F.J. y Arrabal Martín, M. *Litiasis Urinarias*. Grupo Masson. Editorial Garsi.S.A. 1999
- NAVARRO SANCHEZ, F. MEGIAS CASTILLON, I. «Litiasis renal, recordatorio». *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*.
- Aparcero Rodríguez, E. y Pérez Fernández, C. «Tratamiento Quirúrgico de las Litiasis». *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*.

SÁNCHEZ RAMOS, L.; BLÁZQUEZ HERNÁNDEZ, R.; HERRERO CECILIA, I.; MARTÍN MERINO, G.; PÁEZ BORDA, A.  
Hospital Fuenlabrada. Madrid

# Evaluación de los niveles de dependencia de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Urológicos

## RESUMEN

Es frecuente ver en los centros asistenciales que las estimaciones de las necesidades de personal de cuidados en las áreas de hospitalización se lleva a cabo en base a la consideración del número de pacientes ingresados; sin embargo, son las condiciones particulares de cada paciente las que determinan los recursos necesarios para su cuidado.

El objetivo principal de este estudio es identificar poblaciones con un mayor consumo de cuidados en el momento de su ingreso como medio de optimizar la asignación de personal.

**Palabras clave:** Dependencia, costes, cargas de trabajo.

## SUMMARY

It is frequent to see in the existential centres, that the estimations of the needs for staff of cares, in the areas of hospitalization it is carried out following the consideration of the number of admitted patients, however those that determine the necessary resources for their care are the particular conditions of every patient.

The main goal of this study is to identify the populations with a bigger consumption of cares at the moment of their admission as means of optimizing the assignment of staff.

**Keywords:** Dependence, costs, work loads.

## MATERIAL Y MÉTODOS

A lo largo del periodo de octubre de 2004 a junio de 2005 se produjeron 299 ingresos en la Unidad de Urología de este centro (un hospital público de Nivel 2 con 385 camas).

Con independencia del motivo de ingreso, se valoró el nivel de dependencia de los pacientes ingresados (mínimo, medio y amplio) en base a la consideración de su estado físico general, estado mental, autonomía para la actividad, alimentación, higiene, diferentes tratamientos, catéteres, curas de enfermería...

Se estudió cómo podrían influir sobre los niveles de dependencia una serie de variables, que fueron:

- Género (varones y mujeres).

- Edad (15-45 años; 46-55 años; 56-65 años; 66-75 años y mayores de 75 años).

- Tipo de ingreso (urgente o programado).

- Condiciones meteorológicas (meses fríos y cálidos).

Para analizar los efectos de estas cuatro variables sobre los niveles de dependencia, se utilizó el test de la Chi cuadrado y para todas las comparaciones se empleó un nivel de significación estadística del 95%.

Los niveles de dependencia se registran a través de formularios de enfermería que permiten valorar cargas de trabajo en una Unidad de Cuidados Hospitalarios.

Esta herramienta nos la proporciona el Proyecto Signo II (1994, perteneciente a la Subdirección General del Sistema de Gestión y Analítica de Costes del Ministerio de

Tabla I

| Nueva Toma - Niveles de Dependencia  |                     |                     |                                   |                     |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Forma de Fianza                      | Forma de Nueva Toma | Forma de Nueva Toma | Forma de Nueva Toma               | Forma de Nueva Toma |
| Estado Fiscal General (sujet)        | IF                  |                     | (a) Médico                        | 0016/2000<br>V03.22 |
| Estado Fiscal (sujeto)               | IF                  |                     | (a) No/a                          | 0016/2000<br>V03.22 |
| Autonomía para la Actividad (sujet)  | IF                  | (a) Médico          | (a) desde de 2 ó más personas p   | 0016/2000<br>V03.22 |
| Morbilidad (sujet)                   | IF                  | (a) Padre           | (a) Dependido                     | 0016/2000<br>V03.22 |
| Morbilidad (sujet)                   | IF                  |                     | (a) Ninguno                       | 0016/2000<br>V03.22 |
| Puntos Nivelos Estado Fiscal (sujet) | IF                  |                     |                                   | 0016/2000<br>V03.22 |
| Puntos Nivelos Estado Fiscal (sujet) | IF                  |                     |                                   | 0016/2000<br>V03.22 |
| Puntos Nivelos Actividad (sujet)     | IF                  |                     |                                   | 0016/2000<br>V03.22 |
| Puntos Nivelos Morbilidad (sujet)    | IF                  |                     |                                   | 0016/2000<br>V03.22 |
| Puntos Nivelos Autonomía (sujet)     | IF                  |                     |                                   | 0016/2000<br>V03.22 |
| Puntos Nivelos Total (sujet)         | IF                  |                     |                                   | 0016/2000<br>V03.22 |
| Clasificación Rango RFP (sujet)      | IF                  |                     | (a) Ninguno                       | 0016/2000<br>V03.22 |
| Rango Edad (sujet)                   | IF                  |                     | (a) entre 20-50 años              | 0016/2000<br>V03.22 |
| Rango Peso (sujet)                   | IF                  |                     | (a) entre de 60 Kg                | 0016/2000<br>V03.22 |
| Autonomía en la Alimentación (sujet) | IF                  |                     | (a) necesita supervisión y/o ayud | 0016/2000<br>V03.22 |
| Autonomía en la Rigidez (sujet)      | IF                  |                     | (a) necesita de ayuda para        | 0016/2000<br>V03.22 |
| Estabilidad (sujet)                  | IF                  |                     | (a) estabilidad de cables vesica  | 0016/2000<br>V03.22 |
| Integridad (sujet)                   | IF                  |                     | (a) autonomía                     | 0016/2000<br>V03.22 |

| Nueva Toma - Niveles de Dependencia       |                     |                       |                                      |                     |
|---|---------------------|-----------------------|--------------------------------------|---------------------|
| Forma de Fianza                           | Forma de Nueva Toma | Forma de Nueva Toma   | Forma de Nueva Toma                  | Forma de Nueva Toma |
| Clasificación Rango RFP (sujet)           | IF                  |                       |                                      | 0016/2000<br>V03.22 |
| Rango Edad (sujet)                        | IF                  |                       | (a) entre 20-50 años                 | 0016/2000<br>V03.22 |
| Rango Peso (sujet)                        | IF                  |                       | (a) entre 50-80                      | 0016/2000<br>V03.22 |
| Autonomía en la Alimentación (sujet)      | IF                  |                       | (a) autonomía                        | 0016/2000<br>V03.22 |
| Autonomía en la Rigidez (sujet)           | IF                  |                       | (a) autonomía                        | 0016/2000<br>V03.22 |
| Estabilidad (sujet)                       | IF                  |                       | (a) autonomía                        | 0016/2000<br>V03.22 |
| Integridad (sujet)                        | IF                  |                       | (a) autonomía                        | 0016/2000<br>V03.22 |
| Estabilidad Sindrómica (sujet)            | IF                  |                       | (a) instrucción planificada/ajustada | 0016/2000<br>V03.22 |
| Relación (sujet)                          | IF                  |                       | (a) paciente colaborador             | 0016/2000<br>V03.22 |
| Estado de Corazón (sujet)                 | IF                  |                       | (a) Ni/a                             | 0016/2000<br>V03.22 |
| Observación Clínica (sujet)               | IF                  |                       | (a) hasta 3 elementos de observ      | 0016/2000<br>V03.22 |
| Exámenes Extraños (sujet)                 | IF                  |                       | (a) ninguno                          | 0016/2000<br>V03.22 |
| Examen Personal (sujet)                   | IF                  |                       | (a) de 1 a 4 hipercoagulables SIC II | 0016/2000<br>V03.22 |
| Cara (sujet)                              | IF                  |                       | (a) con simpli cambios de equis      | 0016/2000<br>V03.22 |
| Cateter (sujet)                           | IF                  |                       | (a) cateter vesical IV o sonda       | 0016/2000<br>V03.22 |
| Exámenes de Laboratorio (I.E.R.L. (sujet) | IF                  |                       | (a) hasta 3 muestras de sangre       | 0016/2000<br>V03.22 |
| Puntuación Total (sujet)                  | IF                  |                       | (a)                                  | 0016/2000<br>V03.22 |
| Nota (sujet)                              | IF                  | FORMULARIO INCOMPLETO | NIVEL LI CIUDAD EDITOR               | 0016/2000<br>V03.22 |

**LOS NIVELES DE DEPENDENCIA SE REGISTRAN A TRAVÉS DE FORMULARIOS DE ENFERMERÍA QUE PERMITEN VALORAR CARGAS DE TRABAJO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS HOSPITALARIOS. ESTA HERRAMIENTA NOS LA PROPORCIONA EL PROYECTO SIGNO II (1994, PERTENECIENTE A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y ANALÍTICA DE COSTES DEL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Y EL INSALUD). EN ESTE ESTUDIO SE ANALIZARON LOS NIVELES DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN EL MOMENTO DE SU INGRESO, PERO PARA EVALUAR REALMENTE LAS CARGAS DE TRABAJO SE DEBE REALIZAR A DIARIO Y POR TURNO**

Sanidad y Consumo y el INSALUD). Se desarrollan Sistemas de Medición-Imputación de Costes por Unidades de Hospitalización.

Según Signo II, existen varios criterios para medir estos costes, uno de ellos es por niveles de dependencia; por lo tanto, los niveles de dependencia son una herramienta de enfermería para la gestión de unidades de cuidados en el ámbito hospitalario.

En este estudio se analizaron los niveles de dependencia de los pacientes en el momento de su ingreso, pero para evaluar realmente las cargas de trabajo se debe realizar a diario y por turno (**ver Tabla I**).

Los cinco primeros indicadores que se miden son:

- Estado físico general.
- Estado mental.
- Autonomía para la actividad.
- Movilidad.
- Incontinencia.

Están basados en la escala de Norton y nos permite identificar pacientes con riesgo de aparición de úlceras por presión.

El resto de indicadores son más generales: edad, peso, autonomía en la alimentación, autonomía de la higiene, catéteres. diferentes tratamientos...

Cada indicador tiene cuatro opciones para poder valorar.

Al final se obtiene un resultado (numérico) que nos permite calcular el nivel de dependencia del paciente según el valor obtenido.

Se consideran cuatro niveles de dependencia:

**NIVEL I - CUIDADOS MÍNIMOS:** El valor final obtenido es de 16-23.

Se trata de un paciente autónomo, que precisa cuidados mínimos de enfermería como toma de constantes o pequeñas curas.

**NIVEL II - CUIDADOS MEDIOS:** El valor final obtenido es de 24-33.

Se trata de enfermos crónicos, que precisan ayuda parcial ABVD y tratamiento moderado.

**NIVEL III - CUIDADOS AMPLIOS:** El valor final obtenido es de 34-41.

Se trata de pacientes con gran dependencia de enfermería, que precisan observación frecuente, que son incontinentes, inmóviles, presentan desconexión con el medio y precisan tratamientos amplios.

**NIVEL IV - CUIDADOS MUY AMPLIOS:** El valor final obtenido es de 42-60.

Se trata de pacientes totalmente dependientes.

En nuestro trabajo se han considerado tres niveles de dependencia (mínimo, medio y amplio), porque no había muestra suficiente de pacientes que cumplieran criterio de inclusión en cuidados muy amplios.

## RESULTADOS

Para este estudio se encontraron disponibles 168 evaluaciones de los niveles de dependencia al ingreso (168/299; 56,1%).

Se detectaron diferencias muy significativas ( $p < 0,001$ ) en los niveles de dependencia de los varones en comparación con las mujeres, **resultando más dependientes los varones**.

De modo similar, el grupo de **pacientes de mayor edad** resultó **significativamente más dependiente** que el resto de los grupos etarios ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 2**

|             | DEP. MÍNIMA | DEP. MEDIA | DEP. AMPLIA | P      |
|-------------|-------------|------------|-------------|--------|
|             | %           | %          | %           |        |
| HOMBRES     | 26,1        | 61,9       | 11,9        | <0,001 |
| MUJERES     | 61,8        | 35,3       | 2,9         | <0,001 |
| L. PROGRA   | 35,8        | 56,5       | 7,3         | 0,23   |
| L. URGENTE  | 28,8        | 55,9       | 15,3        | 0,23   |
| 15-45       | 75,0        | 25,0       | 0,0         | <0,001 |
| 45-55       | 44,8        | 51,7       | 3,4         | <0,001 |
| 56-65       | 29,5        | 61,0       | 9,8         | <0,001 |
| 66-75       | 15,0        | 77,5       | 7,5         | <0,001 |
| >75         | 30,0        | 56,7       | 30,0        | <0,001 |
| M. CÁLDIDOS | 32,5        | 53,2       | 14,3        | 0,25   |
| M. FRÍOS    | 34,1        | 59,3       | 6,6         | 0,25   |

Por el contrario, no fue posible identificar diferencias en los niveles de dependencia de los pacientes ingresados con carácter programado o urgente ( $p = 0,23$ ).

Tampoco la época del año en que se produjo el ingreso pareció condicionar una mayor dependencia ( $p = 0,25$ ).

**El análisis multivariante confirmó el carácter pronóstico, independiente del género y la edad, resultando:**

- Los hombres 3,6 veces más dependientes que las mujeres.
- Los pacientes de mayor edad (> 75 años) comportan un riesgo de dependencia media-amplia 14 veces superior al de los pacientes más jóvenes (**ver Tabla 2**).

## CONCLUSIONES

La consideración del género, edad, tipo de ingreso y de las condiciones meteorológicas en el momento del ingreso permite identificar pacientes potencialmente consumidores de cuidados: varones y mayores de 75 años.

Estos rasgos, y no la consideración del mero número de pacientes, son los que deberían ser tenidos en cuenta al establecer las dotaciones de personal en las unidades de cuidados en el ámbito hospitalario. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

1. Beare, Myers. *Enciclopedia Paradigma*. Enfermería Medico-Quirúrgica. Tomo 2. Harcourt brace de España. S.A. 1999.
2. Océano/ Centrum. *Enciclopedia de Enfermería. Medico- Quirúrgica*. Volumen 3.
3. Tilquin C.; Ferrús L.; Portella E. «Estrategias de Medida de los cuidados de enfermería». *Gacete Sanitaria*. Marzo-abril. 1992. Nº 29, vol. 6.
4. Proyecto Signo II. Dirección General Insalud. Subdirección General Atención Primaria.
5. Rui i Camps M.; Villares Garcia M.J.; Castelles i Oliveres X.; Gili i Ripio, P. «Producto enfermero: medida del tiempo por procesos». *Revista ROL de Enfermería*. Diciembre 1996, Nº 220.
6. *Guía metodológica para la Gestión clínica por Procesos. Aplicación en organizaciones de enfermería*. José Ramón Mora Martínez. Editorial Diaz de Santos. 2003.

## CONSULTAS EN PÁGINAS WB

- [www.enfermeriadeurgencias.com](http://www.enfermeriadeurgencias.com)
- [www.drugfarma.com/spa/gerokomos](http://www.drugfarma.com/spa/gerokomos)
- [www.index-f.com/comunitaria/1revista/1articulo29-34.php](http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1articulo29-34.php)



**¡VISÍTALA!**

**Nuestra página web:**  
[www.enfuro.org](http://www.enfuro.org)

**Nuestra página web  
empieza  
a abrirse un hueco entre  
las dedicadas a nuestra  
profesión; no en vano  
hemos superado  
las 22.000 visitas.  
Enhorabuena a todos los  
que han hecho posible  
este logro.**

ANA ISABEL GARCÍA MARTÍN  
Vocal AEEU

# Artículo de revisión sobre la prescripción enfermera

El día 27 de julio 2006, el Boletín Oficial del Estado aprobó la Ley de Garantías y el Uso Racional del Medicamento -conocida popularmente como la Ley del Medicamento-, cuyo artículo 77.1 establece que los únicos profesionales que pueden prescribir medica-

mentos son el médico y el odontólogo.

Como resultado de la ley se prohíbe a los enfermeros y enfermeras tomar decisión alguna respecto al tratamiento farmacológico de sus pacientes.

Esto genera un problema a los enfermeros/as, ya que

algunas de las actuaciones clínicas que se llevan a cabo diariamente pasan a ser actuaciones ilegales que podrían calificarse como delitos de intrusismo profesional.

El problema no se puede reducir a la cumplimentación de una «receta».

Prescribir es el acto de decidir respecto a muchas cosas. Entre ellas, un fármaco, ya sea de forma directa -por ejemplo, cuando las enfermeras administramos analgésicos a pacientes hospitalizados en caso de dolor, siguiendo un protocolo previamente establecido- o colaborativa -cuando la enfermera recalcula las dosis de determinados medicamentos teniendo en cuenta la evolución del paciente.

Con la Ley del Medicamento en la mano, cualquier decisión con respecto a un fármaco es ilegal, independientemente de si hay o no un protocolo establecido con el resto del equipo multidisciplinar.

Sin embargo, la realidad es muy diferente y cualquier profesional sanitario sabe que los enfermeros se ven obligados a decidir diariamente (prescripción enfermera) en miles de intervenciones clínicas y que, además, lo hacen con el consentimiento de médicos y gestores.

Existe un principio de acuerdo entre el Consejo General de Enfermería y el Ministerio de Sanidad y Consumo para dar provisionalmente una solución a este problema legal antes del próximo 31 de diciembre.

El compromiso adquirido por el ministro Bernat Soria consiste en aprobar una norma jurídica -es decir, que deberá tener rango de real decreto y ser publicada en el Boletín Oficial del Estado- que desarrolle una disposición adicional de la ley y establezca un catálogo de medi-

camentos que los profesionales de la enfermería podrían usar o autorizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.

Para la enfermería es un requisito irrenunciable que la Ley del Medicamento sea modificada, puesto que se trata de una ley mucho más restrictiva que la derogada Ley del Medicamento de 1990 y que ha dado la espalda a la realidad sanitaria.

Hasta el momento, las Consejerías de Andalucía y Cataluña son las que apuestan decididamente por este proyecto. La primera, con M<sup>a</sup> Jesús Montero como máxima responsable, aboga por unos servicios jurídicos que estudien una fórmula legal con la actual normativa en vigor para que se posibilite la publicación de un catálogo de medicamentos y productos sanitarios a prescribir por parte de la Enfermería y la emisión de un documento normalizado que, debidamente cumplimentado, el paciente pueda entregar en las farmacias para acceder a los medicamentos o productos sanitarios prescritos por el/la enfermero/a.

Y la segunda, con Marina Geli como consejera de Salud de la Generalitat de Catalunya, ha recibido del Consejo de la Profesión Enfermera de Cataluña una propuesta sobre prescripción enfermera aprobada en su reunión del 20 de noviembre en el que se presentó un docu-

mento que regula la prescripción enfermera en esta comunidad autónoma, así como el catálogo de medicamentos que podrían ser usados por los profesionales de enfermería de esta comunidad.

Entre las ventajas que se derivan del reconocimiento normativo de la capacitación enfermera para elegir los fármacos y productos sanitarios más adecuados en un catálogo cerrado, el sindicato de enfermería mayoritario (SATSE) destaca el correcto funcionamiento y el mayor aprovechamiento de los recursos humanos y materiales de los que dispone el Sistema Nacional de Salud y la reducción de la automedicación entre los ciudadanos, así como la continuidad en la prestación de una atención de calidad a los usuarios, favoreciendo el trabajo multidisciplinar y de colaboración entre los profesionales sanitarios y el aumento del nivel de satisfacción profesional entre los enfermeros.

La prescripción enfermera lleva más de 15 años implantada en Reino Unido sin que haya habido ni un solo caso de error de medicación de estos profesionales.

El 27 de noviembre de 2007 se celebró allí una jornada de trabajo que fue organizada conjuntamente con el Consejo Británico de Enfermería y Matronas, y contó con los principales expertos en el tema. De entre las intervenciones destaca la participación de Paul Robinson, representante del Ministerio de Sanidad británico, que aconsejó a España la implantación inmediata de la prescripción enfermera de cara a mejorar la asistencia sanitaria del sistema de salud.

El modelo británico establece que para conseguir el grado de «enfermera prescriptora» se debe estar colegiado durante tres años y realizar un curso de 26 días más otros 12 de prácticas supervisadas apoyadas por un médico.

El 28 de noviembre de 2007 se votó un borrador por la Comisión de Farmacia del Sistema de Salud en el que se recogen los fármacos y productos sanitarios que los profesionales de enfermería podremos prescribir.

Este listado de fármacos, elaborado por el Ministerio de Sanidad para regular la prescripción enfermera, es apoyado por la Semfyc (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y por el presidente de los médicos catalanes, Miguel Briguera, según declaraciones realizadas al *Diario Médico*. Pero, sin embargo, el sindicato de enfermería SATSE publica que esta propuesta no responde ni a las necesidades de los enfermeros ni a las de los propios usuarios de SNS.

Este informe fue llevado al Consejo Interterritorial el 12 de diciembre.

Esperemos que el Ministerio de Sanidad nos oferte definitivamente una regulación de la prescripción enfermera que nos devuelva la seguridad jurídica a todas las actuaciones clínicas realizadas diariamente.

**CON LA LEY DEL MEDICAMENTO EN LA MANO, CUALQUIER DECISIÓN CON RESPECTO A UN FÁRMACO ES ILEGAL, INDEPENDIENTEMENTE DE SI HAY O NO UN PROTOCOLO ESTABLECIDO CON EL RESTO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.**

**SIN EMBARGO, LA REALIDAD ES MUY DIFERENTE Y CUALQUIER PROFESIONAL SANITARIO SABE QUE LOS ENFERMEROS SE VEN OBLIGADOS A DECIDIR DIARIAMENTE (PRESCRIPCIÓN ENFERMERA) EN MILES DE INTERVENCIONES CLÍNICAS Y QUE, ADEMÁS, LO HACEN CON EL CONSENTIMIENTO DE MÉDICOS Y GESTORES**

**ENTRE LAS VENTAJAS QUE SE DERIVAN DEL RECONOCIMIENTO NORMATIVO DE LA CAPACITACIÓN ENFERMERA PARA ELEGIR LOS FÁRMACOS Y PRODUCTOS SANITARIOS MÁS ADECUADOS EN UN CATÁLOGO CERRADO, EL SINDICATO DE ENFERMERÍA MAYORITARIO (SATSE) DESTACA EL CORRECTO FUNCIONAMIENTO Y EL MAYOR APROVECHAMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DE LOS QUE DISPONE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA REDUCCIÓN DE LA AUTOMEDICACIÓN ENTRE LOS CIUDADANOS, ASÍ COMO LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE UNA ATENCIÓN DE CALIDAD A LOS USUARIOS, FAVORECIENDO EL TRABAJO MULTIDISCIPLINAR Y DE COLABORACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y EL AUMENTO DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN PROFESIONAL ENTRE LOS ENFERMEROS**



## DE INTERÉS PARA NUESTROS ASOCIADOS

## Curso de investigación

*Dentro del programa de formación puesto en marcha por nuestra Asociación se celebró los pasados días 22, 23 y 24 de noviembre el I Curso sobre investigación titulado: «Metodología de Investigación aplicada a los cuidados» dirigido por el profesor D. Luis López Rodríguez, supervisor de Investigación del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, y con un amplísimo currículum de perfil investigador, así como ganador de numerosos premios regionales y nacionales de investigación, el cual, de manera muy didáctica y a la vez amena, impartió el citado curso que fue un éxito tanto de participación como de calidad. Acudieron un total de 25 inscritos que como sabéis fueron subvencionados por nuestra Asociación.*

*Esperamos continuar con este atractivo programa y animaros a participar en próximas ediciones.*



Asistentes al curso de investigación

## PREMIOS ENFURO

*Durante el acto de clausura del XXX Congreso que celebraremos en Jerez se hará entrega del premio «ENFURO» otorgado al mejor trabajo publicado en la revista durante los dos últimos años (números del 98 al 105), ambos inclusive.*

*El montante económico del mismo será de 1200 euros.*

**El Jurado estará compuesto por:**

*Un miembro del Consejo de Redacción de Enfuro  
Tres miembros de la Asociación Española de Enfermería en Urología.*

*El fallo del Jurado será comunicado a los interesados con antelación al Congreso, pudiendo ser recogido por los premiados o persona en quien deleguen.*

La **discreción** es  
el **secreto**  
mejor **guardado**



# Nueva Alterna Ideal

Set de Urostomía Multicanal



 **Coloplast**

Coloplast Productos Médicos, S.A.  
Calle de los Arroyos, 2 - 4ª planta  
28027 Madrid  
España  
Tel: +34 91 411 11 00  
Fax: +34 91 411 11 00  
Email: [comunicacion@coloplast.com](mailto:comunicacion@coloplast.com)  
Web: [www.coloplast.es](http://www.coloplast.es)



Todos nuestros consejos en  
[www.coloplast.es](http://www.coloplast.es)



**PACE**  
Programa de Ayuda  
en el Cuidado del Extoma