enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 105. Marzo 2008

Plan de cuidados estandarizados para pacientes con cirugía percutánea (nefrolitotomía). Aplicación en el programa informático Gacela

Mejora de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia de esfuerzo tras la realización de biofeedback y ejercicios de suelo pélvico

Nefrectomía radical abierta y laparoscópica: estudio comparativo de cuidados de enfermería y calidad de vida

Protocolos de enfermería urológica como necesidad en la relación especializada-primaria. Comparativa 1996-2006

Vejiga retráctil tras radioterapia por adenocarcinoma de próstata. Derivación urinaria cutánea

ENFURO
nº 105 / Enero/Febrero/Marzo 2008
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
Traducción:
Montserrat Gea Sanchez

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: Puerta de Armas del Alcázar. 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

Sumario

- Editorial 5
- Plan de cuidados estandarizados para pacientes con cirugía percutánea (nefrolitotomía). Aplicación en el programa informático Gacela. José Ramón Merino Martín; Matilde López Pérez; Mª Jesús Marinas Pérez; Almudena Merino Saiz; Esther Sánchez Mesonero; Rosa Vaca Bachiller 6
- Mejora de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia de esfuerzo tras la realización de biofeedback y ejercicios de suelo pélvico. Mª Esperanza Ramos Sánchez; Sergio Domínguez Domínguez; Juana Rocío Reyes Bautista. 11
- Nefrectomía radical abierta y laparoscópica: estudio comparativo de cuidados de enfermería y calidad de vida. E. Blaise; E. Franquet; A. Fuemayor; Mª C. González; Mª J. Pollán; Anna Ruiz; Alicia Ruiz, Antonio Vela 15
- Protocolos de enfermería urológica como necesidad en la relación especializada-primaria. Comparativa 1996-2006. Real Romaguera, Arcadio; Ferrer Casares, Elena; Rubia Fernández, Amalia; Piquer Bioscá, Cecilia 22
- Vejiga retráctil tras radioterapia por adenocarcinoma de próstata. Derivación urinaria cutánea. Echeandía Valencia, B.; López de Carlos, E.; Lara Bueno, M. C.; Egaña Gorráiz, C.; Sancho Rey, B.; Napal Ros, C. 26

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

¿Qué nos está pasando?

Me gustaría que desde aquí, desde este nuestro espacio en la revista, pudiéramos reflexionar un poquito sobre la sociedad que estamos viviendo... o, mejor dicho, sobre la sociedad que continuamos construyendo.

En el siglo de la tecnología, la inteligencia virtual y la comunicación, aumentan como nunca los problemas de introspección, radicalización, xenofobia, agresividad, violencia mal llamada de «género», violencia en el colegio, violencia en casa, violencia laboral..., violencia en general.

¿Qué nos ocurre? ¿Qué les ocurre a nuestros valores?

¿Que la sociedad actual es androcéntrica? ¡Otro rollo feminista! La educación de hoy hace tiempo que es igualitaria. ¡Es una cuestión superada!

¿Seguro que está superado?

En conjunto, continuamos manteniendo la superioridad de los valores «típicamente masculinos»: competitividad, ambición, agresividad, conquista, dominio, egocentrismo, autoritarismo..., infravalorando los considerados «femeninos»: intuición, empatía, comprensión, cooperación, ternura, cuidado de la familia, respeto, flexibilidad, vulnerabilidad...

Desde el colegio se premia el mundo laboral y público (históricamente de hombres) por encima del doméstico y privado (históricamente de mujeres). El trabajo retribuido (ejercido normalmente por los «padres») por encima del voluntario y «por amor» (normalmente de las «madres»). Aprendemos poco a poco a potenciar la racionalidad sobre la emotividad, la producción sobre la salud y el bienestar, la competitividad sobre la cooperación, la rapidez sobre la reflexividad, la palabra sobre el silencio...

Apostamos por los valores cognitivos frente a los afectivos. Preferimos el análisis a la expresividad, el individualismo a la solidaridad, el autocontrol de las emociones mejor que el desarrollo sentimental...

La igualdad «actual» esconde jerarquización de roles, consigue que las niñas se integren en lo «masculino» como único marco de referencia a lo que se debe aspirar. En cambio en los hombres, por la educación que continuamos promoviendo, el asumir valores femeninos parece que implica renunciar a su masculinidad en lugar de lo que tendría que ser: enriquecer su personalidad.

¿Qué ocurre en nuestra profesión que desde sus orígenes ha sido eminentemente femenina?

Potenciamos el comportamiento instrumental frente a los cuidados integrales, la medicina sobre la enfermería, la economía sobre la calidad de atención, curar sobre cuidar..., y no deberíamos olvidar que curar el cuerpo sirve de poco si en el proceso se estropea el alma.

Es difícil retener características femeninas si nos hemos habituado a progresar dentro de las organizaciones, gracias a la habilidad por demostrar características masculinas. Y no vamos bien. Las nuevas situaciones sociales (paro, droga, violencia entre sexos, entre países) nos dicen que el modelo falla de base. Incentivamos cada vez más la agresividad.

El desarrollo se construye buscando una relación igualitaria (entendida como el respeto hacia el otro) con unos valores como la participación, la democracia, la interculturalidad, el respeto...

Me gustaría que desde nuestra profesión eminentemente femenina, desde nuestro importante papel como educadoras/es, nos mantuviéramos firmes para reconstruir la imagen integral del ser humano y reinstaurar los valores femeninos en la gestión social, sin relacionar ningún género con la inferioridad o la superioridad.

Animarnos a seguir luchando por una sociedad de respeto donde cualquier persona pueda expresarse y vivir libremente, donde se mejore la igualdad de las personas desde sus diferencias.

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

José Ramón Merino Martín; Matilde López Pérez; Mª Jesús Marinas Pérez; Almudena Merino Saiz; Esther Sánchez Mesonero; Rosa Vaca Bachiller
Unidad de Urología del Hospital Universitario «Pío del Río Hortega»

Plan de cuidados estandarizados para pacientes con cirugía percutánea (nefrolitotomía) Aplicación en el programa informático Gacela

RESUMEN

La aparición de nuevas tecnologías trae añadida nuevas formas de abordaje quirúrgico.
En el Hospital Universitario «Río Hortega» de Valladolid, desde el año 1988 se han tratado aproximadamente 780 pacientes con cirugía percutánea.
Cirugía con abordaje percutáneo se definiría como el acto quirúrgico sobre la estructura, en este caso, renal y ureteral cuya vía de acceso o de entrada al órgano se efectúa a través de la piel, concretamente una nefrostomía.
En nuestra Unidad, un 77% de los casos de cirugía percutánea es aplicada en el tratamiento de litiasis renales-ureterales cuando otros tratamientos fallan o no son factibles, por ejemplo litotricias fallidas, cálculos ureterales de mal abordaje, cálculos renales coraliformes, etc. También se aplica en tratamientos tumorales, endopielotomías, etc. A priori esta cirugía es de elección preferente por ser mínimamente invasiva.
Por otra parte, la implantación del programa informático GACELA permite estandarizar los cuidados enfermeros, lo que facilita la creación de un plan de cuidados específico para este tipo de pacientes, ya que los diagnósticos y acciones cuidadoras descritas son comunes en un alto porcentaje de casos tratados (próximo al 100%).
La taxonomía empleada en la descripción de diagnósticos enfermeros corresponde a la clasificación NANDA y las acciones se encuentran en la base de datos del programa GACELA.
Palabras clave: Plan de cuidados, cirugía percutánea, aplicación informática.

SUMMARY

In the University Hospital «Río Hortega» in Valladolid, since 1988 approximately 780 patients have been treated with percutaneous surgery.
Surgery with percutaneous approach would be defined as the surgical act on the structure, in this case, renal and uretheral, which access tract to the organ is carried out through the skin, precisely a nephrostomy.
In our Unit 77% of the cases of percutaneous surgery it is applied in the treatment of renal lithiasis-uretheral when other treatments fail or are not feasible, for example unsuccessful lithotripsy, ureteral calculus of difficult approach, coralliform kidney calculis, etc. It is also applied in tumoral treatments, endopyelotomy, etc. A priori this surgery is of preferential choice because it is minimally invasive.
On the other hand, the introduction of the GAZELLE computer program allows standardizing the Nursing Cares , what facilitates the creation of a specific cares plan for this type of patients, since the diagnoses and care actions described are common in a high percentage of cases treated (close to 100%).
The taxonomy used in the description of nursing diagnoses corresponds to the classification NANDA and the actions are found in the database of the GAZELLE program.
Keywords: Plan of cares, percutaneous surgery, computer application.

Valoración

Los pacientes que van a ser sometidos a cirugía percutánea en la Unidad de Urología, ingresan de manera programada el día previo a la cirugía. De forma protocolizada se efectúa la valoración enfermera según un documento consensuado en nuestro centro e incluido en la ficha del paciente que nos proporciona el programa informático y permite su registro. Esta hoja de valoración está estructurada siguiendo las 14 necesidades que determinan la aplicación de cuidados según la filosofía de Virginia Henderson, marco conceptual que adopta nuestro hospital en el cuidado enfermero.

En esta valoración quedan registrados datos de filiación, signos/síntomas y factores de relación que determinarán posteriormente el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados. También se registran datos específicos de cada paciente: antecedentes, medicación habitual, centro de salud al que pertenece…

Señalar que es un cuestionario-registro abierto y que ha sido adaptado para poder introducirlo en el programa GACELA (versión 17), ya que no permitía una valoración adecuada a la hora de aplicar un plan de cuidados estándar.

En el momento del ingreso, además, se activa el protocolo de acogida del paciente, de obligado cumplimiento, y el protocolo preoperatorio general. Ambos recogen una serie de acciones y su registro, que en el caso que nos ocupa correspondería al siguiente listado de acciones:

- Comunicación con el paciente. Ofertar disponibilidad.
- Informar al paciente (especificar).
- Informar a los familiares (especificar).
- Entregar documentación.
- Entrevista de Enfermería.
- Indagar sobre alergias.
- Diete (especificar).
- Pulso-frecuencia cardiaca (FC).
- Tensión arterial (TA).
- Temperatura (Tª).
- Ingreso del paciente.
- Colocar/comprobar brazalete de identificación.
- Ayuno.
- Muestra de sangre.
- Enema evacuador de limpieza.
- Proporcionar infusiones tranquilizantes.
- Reposo-sueño. Atención-acomodar.
- Reposo-sueño. Atención-ambiente.
- Rasurar.
- Poner vía venosa (VV) periférica.
- Mantener vía. Cambio de apósito.
- Administrar medicamentos VV.
- Arreglo de camas. Cama quirúrgica.
- Retirar elementos peligrosos y/o contaminantes.

DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

CÓDIGOS EMPLEADOS

- P + NÚMEROS. Problema (diagnóstico).
- FR + NÚMEROS. Factor de relación.
- O + NÚMEROS. Objetivo.
- NÚMEROS. Específicos para las acciones.

Una vez valorado el paciente y acogido en la Unidad, se establece el Plan de Cuidados Estándar para la cirugía percutánea.

DIAGNÓSTICOS PREVIOS A LA CIRUGÍA

- P14001. Déficit de conocimientos.

Delante

Detrás

- FR0259. Falta de conocimientos.
- O00839. Identificará signos y síntomas que debe comunicar.
- O00210. Mostrará comprensión del proceso al alta.

Acciones:

- 10.005. Comunicación con el paciente. Ofertar disponibilidad.

- 10.017. Entregar documentación.
- 10.011. Informar al paciente (especificar).
- 10.013. Informar a los familiares (especificar).
- 140012. Instruir en cuidados de las sonda.
- 140030. Instruir en ingesta de líquidos.
- 140040. Instruir signos y síntomas que deben comunicar.
- 140064. Instruir sobre efectos secundarios del tratamiento.

• P90006. Ansiedad.
- FR0113. Cirugía.
- O00032. Estará informado de todos los cuidados que se le realicen.
- O00241. Comunicará sus dudas y temores durante la estancia hospitalaria.

Acciones:
- 170064. Observar signos y síntomas de ansiedad.
- 170028. Observar expresiones no verbales.
- 120004. Promover la expresión de sentimientos.
- 10.011. Informar al paciente.

DIAGNÓSTICOS POSOPERATORIOS

Al regreso del paciente a la Unidad de Enfermería tras la intervención se establecen el resto de diagnósticos estándares.

Descripción del paciente intervenido:
- Paciente sometido a anestesia general.
- En el quirófano ha estado sometido a una posición forzada (posición de Valdivia).
- Trae insertado un tubo de nefrostomía (pueden ser más de uno) y lo habitual es que, además, lleve una sonda vesical y un catéter ureteral. En ausencia de estas últimas con toda probabilidad portará un catéter Doble J. Esta información deberá ser verificada en la hoja de quirófano de la Hª Cª.
- Es habitual el adormecimiento, el dolor y las náuseas.
- Sangrado por las sondas y catéteres.

• P10004. Riesgo de patrón respiratorio ineficaz.
- FR0002. Dolor.
- FR0078. Afección neuromuscular.
- O00060. Mantendrá las vías aéreas permeables.
- O00080. Mantendrá su patrón respiratorio.

Acciones:
- 400011. Posiciones. Colocar en cama.
- 170010. Pulso. FC (frecuencia cardiaca).
- 170015. TA (tensión arterial).
- 150003. Mantener O2.
- 170044. Valorar la necesidad y/o eficacia de los analgésicos.
- 170024. Valorar permeabilidad de las vías aéreas.
- 170022. Valorar la presencia y características del dolor.
- 170038. Valorar los signos y síntomas de insuficiencia respiratoria.
- 170038. FR (frecuencia respiratoria).

• P90004. Dolor.
- FR0113. Cirugía.
- FR0162. Procesos obstructivos.
- O00141. Referirá tener menos dolor tras la aplicación de medidas terapéuticas.

Acciones:
- 140034. Instruir en movilización.
- 170028. Observar expresiones no verbales.
- 400011. Posiciones. Colocar en cama.
- 170044. Valorar la necesidad y/o eficacia de los analgésicos.
- 170022. Valorar la presencia y características del dolor.

• P30006. Riesgo de retención urinaria.
- FR0113. Cirugía.
- FR0108. Obstrucciones del tracto genito-urinario.
- FR0105. Sonda vesical/nefrostomía/ureteral.
- O00094. Detección precoz de signos y/o síntomas de retención urinaria.

Acciones:
- 140040. Instruir en signo y síntomas que debe comunicar.
- 300018. Mantener sonda vesical/nefrostomía/ureteral.
- 300012. Medir diuresis.
- 300023. Lavado vesical manual.
- 170072. Valorar signos y síntomas de retención urinaria.
- 170117. Realizar exploración abdominal.

• P50002. Riesgo de perturbación del sueño.
- FR0001. Ansiedad.
- FR0126. Aparataje.
- FR0002. Dolor.
- FR0402. Posición forzada.
- O00030. Manifestará haber descansado cada noche.

Acciones:
- 170046. Observar signos y síntomas de insomnio.
- 170138. Valorar la necesidad y/o eficacia de los somníferos.
- 170022. Valorar la presencia y características del dolor.
- 900021. Proporcionar medidas de comodidad y confort.

• P90012. Riesgo de infección.
- FR0354. Procedimientos invasivos.
- O00131. Detección precoz de signos y/o síntomas de infección.

Acciones:
- 170059. Valorar signos y síntomas de infección.
- 140029. Instruir en higiene personal.

- 140040. Instruir en signos y síntomas que debe comunicar.
- 300018. Mantener sonda vesical/ureteral/nefrostomía.
- 200030. Mantener vía. Cambio de apósito-equipo.
- 170078. Observar aspecto del apósito.
- 300020. Sondaje vesical. Cambio y/o vaciado de bolsas.
- 170014. Temperatura.

• P30002. Riesgo de estreñimiento.
- FR0269. Cambios en la rutina.
- FR0215. Falta de intimidad.
- O00247. Las heces serán blandas y bien formadas.

Acciones:
- 170021. Observar características de las deposiciones.
- 170115. Valorar la necesidad y/o eficacia de los laxantes.
- 600002. Proporcionar intimidad.

• P40006. Riesgo de deterioro de la movilidad física.
- FR0002. Dolor.
- FR0126. Aparataje.
- FR0115. Intolerancia a la actividad.
- O00618. Será capaz de movilizarse con aparataje.
- O00098. Realizará el programa de movilización progresivo establecido.

Acciones:
- 140035. Instruir en nivel apropiado de actividad.
- 400008. Levantar-acostar. Ayuda parcial.
- 400012. Fijar drenajes/sondas.

• P80005. Déficit de autocuidados: Baño-higiene.
• P60001. Déficit de autocuidado: Vestido-arreglo personal.
• P30011. Déficit de autocuidado: Eliminación-aseo.
- FR0126. Aparataje.
- O00008. Tendrá cubierta su necesidad de autocuidado.

Acciones:
- 120008. Dar tiempo para la realización de la tarea.
- 120009. Favorecer autonomía en el autocuidado.
- 800037. Higiene general. Ayuda parcial.
- 170026. Valorar grado de dependencia en el autocuidado.
- 600004. Vestido. Atención. Ayuda parcial.
- 140041. Instruir en vestido.
- 300003. Eliminación (WC). Ayuda parcial.
- 800023. Higiene perineal-perianal. Ayuda parcial.
- 140029. Instruir en higiene personal.

COMPLICACIONES (PROBLEMAS POTENCIALES)

• C00036. Hemorragia de vías urinarias.
- OC0073. Vigilar signos y síntomas de hemorragia de vías urinarias.

Acciones:
- 10.12A. Comunicar signos y síntomas de alarma:
  - Aparición de dolor.
  - Nerviosismo-inquietud.
  - Palidez.
  - Sudoración.
  - Hipotensión.
  - Taquicardia.
  - Hematuria franca.
  - Sondas no permeables (obstrucción por coágulos).
- 170010. Pulso. FC.
- 170010. TA.
- 170143. Valorar signos y síntomas de hemorragia de vías urinarias:
  - Hematuria.
  - Disuria.
  - Tenesmo vesical.
  - Dolor.

• C00238. Náuseas y vómitos posoperatorios.
- OC0218. Vigilar signos y síntomas de náuseas y vómitos posoperatorios

Acciones:
- 170344. Observar presencia de náuseas.
- 170023. Observar características de los vómitos.
- 10.12A. Comunicar signos y síntomas de alarma.
- 200036. Establecer dieta progresiva.
- 200017. Dieta. Especificar.

• C00061. Perforación intestinal (colon).
• C00077. Peritonitis (por urinoma-fístula urinaria).
- OC0105. Vigilar signos y síntomas de perforación intestinal.
- OC0049. Vigilar signos y síntomas de peritonitis (urinoma-fístula urinaria).

Acciones:
- 10.12A. Comunicar signos y síntomas de alarma de perforación intestinal y/o peritonitis (urinoma-fístula urinaria).
- 170014. Temperatura.
- 170117. Realizar exploración abdominal.
- 170023. Observar características de los vómitos:
  - Acuoso.
  - Alimenticio.
  - Biliar.
  - Hemático.
- 170184. Valorar signos y síntomas de perforación intestinal y/o peritonitis (urinoma-fístula urinaria):
  - Dolor abdominal.
  - Rigidez abdominal.
  - Sensibilidad extrema a la palpación.
  - Vómitos.
  - Agitación.
  - Hipertermia.
  - Ausencia de peristaltismo.

• Variaciones en el débito y características de los drenajes urinarios.

- 300012. Medir diuresis.

Estas dos complicaciones se valoran juntas por la similitud o coincidencia de los signos y síntomas que hay que vigilar y comunicar. Aunque no son frecuentes, deben ser tenidas en cuenta siempre por la gravedad y el deterioro que ocasionan. Son consecuencia, generalmente, de perforaciones instrumentales del intestino o de las vías urinarias, y pueden tener una manifestación en el posoperatorio inmediato o en el más tardío.

• C00124. Insuficiencia respiratoria.

- OC0058. Vigilar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria.

Acciones:

- 10.12A. Comunicar signos y/o síntomas de insuficiencia respiratoria.
  • Baja saturación de O_2.
  • Dolor.
  • Dificultad respiratoria.
- 170003. FR.
- 170010. Pulso. FC.
- 170200. Valorar pulsiosímetro.
- 170038. Valorar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria.
  • Cianosis.
  • Disnea.
  • Aumento de la frecuencia respiratoria.
  • Taquicardia.
  • Alteración en los ruidos respiratorios.
  • Dolor costal-torácico.
  • Tiraje respiratorio.

Esta última complicación se contempla, más que por su porcentaje de aparición, por la gravedad y premura en su tratamiento, ya que la insuficiencia respiratoria de instauración brusca generalmente nos indicaría la posible aparición de un neumotórax que puede ocasionarse por desgarro, irritación o fisura en la pleura debido casi siempre a la inserción de la nefrostomía, generalmente en el abordaje del polo superior renal, o en el momento de la retirada de dicho tubo.

No hay que olvidar que además del estándar se deben añadir los diagnósticos y acciones derivadas de las particularidades de cada paciente y que necesariamente deben ser incluidas en el Plan de Cuidados. Por ejemplo, que el paciente a tratar fuera diabético, o sordomudo, o laringuectomizado, o con cualquier tipo de minusvalía u otras patologías añadidas.

CUIDADO DE LAS SONDAS Y CATÉTERES

- SONDA DE NEFROSTOMÍA: Se pinza en torno a las 24-48 horas posoperatorias, siempre según la evolución del paciente, y se retira al día siguiente del pinzamiento si el paciente lo ha tolerado bien, es decir, no ha aparecido fiebre y/o dolor.

- SONDA URETERAL: Se quita al día siguiente de la retirada de la nefrostomía junto con la sonda vesical que sirve de medio de fijación mientras permanece la ureteral.

- DOBLE J: Cuando existe, no hay catéter ureteral, y se retira en consulta ambulatoria tras 3-4 semanas de la intervención. O bien permanece hasta un segundo tiempo en el tratamiento de restos litiásicos en el que se precisa complementar con litotricia, ondas de choque, nueva cirugía percutánea... Este catéter previene la obstrucción de la vía urinaria hasta la total resolución.

CONCLUSIONES

El trabajo de Enfermería está obligado a adaptarse a las nuevas tecnologías y terapias y, aunque los sistemas informáticos suponen un aumento de la carga diaria del trabajo enfermero en las unidades de hospitalización, sí ayudan enormemente en la planificación y registro de cuidados enfermeros. Además, el manejo de los cuidados estandarizados facilita el manejo del programa GACELA al personal de nueva incorporación y a los de aparición ocasional por la Unidad.

Si bien es fundamental el conocimiento del manejo de sondas y catéteres que portan estos pacientes, es a su vez importantísimo tener un buen conocimiento de la anatomía del aparato renal-urinario y del mecanismo y función de cada sonda y catéter a la hora de detectar complicaciones y/o prevenirlas. Los cuidados estandarizados para la cirugía percutánea contemplan de forma principal la vigilancia y control de los signos y síntomas que deben poner en alerta al profesional. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. «Manual de Diagnósticos Enfermeros para GACELA». Hospital Universitario «Río Hortega» de Valladolid.
2. «Propuestas de "acciones cuidadoras" para GACELA (descripción)». Hospital Universitario «Río Hortega» de Valladolid.
3. «Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2005-2006». *NANDA INTERNACIONAL*. Ed. Eselvier.
4. *Enfermería práctica.* Brunner, Suddarth. Ed. MARIN, 1987.
5. Campbell. *Urología*, TOMO I. Ed. Panamericana, 8ª edición.

AGRADECIMIENTOS

Doctor Amón Sesmero, experto en cirugía percutánea del Servicio de Urología del Hospital Universitario «Río Hortega» de Valladolid.
Doctora Castroviejo, médico residente de 5º año del Servicio de Urología del Hospital Universitario «Río Hortega» de Valladolid.

Mª Esperanza Ramos Sánchez*; Sergio Domínguez Domínguez**; Juana Rocío Reyes Bautista***

* DUE C.E. Urología. Hospital de Riotinto (Huelva)
** DUE Atención Primaria
*** Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria

Mejora de la calidad de vida de las pacientes con incontinencia de esfuerzo tras la realización de biofeedback y ejercicios de suelo pélvico

RESUMEN

Se define la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina que es objetivamente demostrable en grado suficiente para constituir un problema social e higiénico en quien la padece (Internacional Continente Society). El impacto sobre la calidad de vida de la IU es superior a otras patologías crónicas, como la hipertensión o la diabetes; deteriora la calidad de vida, reduce la autoestima, teniendo graves repercusiones psicológicas y sociales (la persona cambia muchos de sus hábitos diarios para adaptarse a ella, limitando salidas, reuniones, viajes, el uso de algún tipo de transporte público...) y además provoca un enorme gasto sanitario; en países desarrollados supone el 2% del presupuesto, debiéndose el 90% del gasto a los accesorios (en España en 1996 supuso el 3,2% de la prestación farmacéutica del SNS).

Entre los diferentes tipos de incontinencia encontramos la incontinencia urinaria de Esfuerzo (IUE), o también denominada de estrés que se produce cuando el aumento de presión intraabdominal (producido por la tos, risa, estornudos, levantar pesos...) supera la resistencia uretral, permitiendo la expulsión de orina en ausencia de contracción del detrusor. Entre sus causas se incluyen la deficiencia estrogénica, la debilidad de los músculos pelvianos, la debilidad del esfínter uretral y la obesidad. Diversos estudios sobre IU muestran una mayor prevalencia en mujeres y un aumento de la misma con la edad, menopausia y el número de partos, oscilando entre el 40,6% y el 75% según el grupo de edad.

Estamos, por tanto, ante un problema de gran magnitud, en el que enfermería puede colaborar en su resolución, mediante la metodología enfermera; valorando, formulando diagnósticos con taxonomía NANDA, objetivos a conseguir (NOC) y estableciendo las intervenciones más adecuadas en cada caso (NIC), procediendo después a su evaluación.

Este trabajo pretende evaluar en qué medida las intervenciones aplicadas (biofeedback más ejercicios de suelo pélvico) en nuestra consulta a las pacientes diagnosticadas de IUE mejoraron su calidad de vida.

Palabras clave: Incontinencia orina de esfuerzo, ejercicios suelo pélvico, biofeedback, calidad de vida.

SUMMARY

The urinary incontinence (UI) is defined as the involuntary loss of urine that is objectively proved in sufficient degree to constitute a social problem and hygienic in the one who suffers it (International Continent Society). The impact on the quality of life of the UI is superior than other chronic pathologies, as the hypertension or the diabetes; it deteriorates the quality of life, reduces the self-esteem, having severe psychological and social repercussions (the person changes many of their daily habits to adapt to it, limiting going out, meetings, journeys, the use of some type of public transportation…) In addition, it provokes an enormous health care expense, in developed countries it means the 2% of the budget; the 90% of the expense is due to the accessories (in Spain in 1996 it meant 3.2% of the pharmaceutical service of the SNS).

Among the different types of incontinence we find the Urinary Incontinence of Effort (UIE) or also named of stress that is produced when the intraabdominal increase of pressure (produced by the cough, laughter, sneezes, to lift weights...) surpasses the urethral endurance, allowing the ejection of urine in the absence of contraction of the detrusor. Among their causes the estrogenic deficiency, the weakness of the pelvic muscles, the weakness of the urethral sphincter and obesity are included. Different studies on UI show a greater prevalence in women and an increase of it with age, menopause and the number of deliveries, oscillating between 40.6% and 75% depending on the age group.

Therefore, we are in the faced with a problem of great magnitude, in which nursing can collaborate in its resolution, through the nursing methodology; valuing, formulating diagnoses with NANDA taxonomy, objectives to obtain (NOC), and establishing the most adequate interventions in every case (NIC), proceeding afterwards to its evaluation.

This work intends to evaluate in what measure the applied interventions (biofeedback adding pelvic floor exercises) in our practice to the diagnosed of IUE patients improved their quality of life.

Keywords: Urine incontinence of effort, pelvic floor exercises, biofeedback, quality of life.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo (serie de casos) en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de IUE leve-moderada en la consulta externa de Urología del Hospital de Riotinto, todos los pacientes tratados eran de sexo femenino.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES: Utilizaremos las definiciones aportadas por las diferentes taxonomías (NANDA, NIC, NOC):

Diagnósticos de Enfermería (DxE): según taxonomía NANDA y bajo el modelo de Dª Virginia Henderson

- (00017) Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales: Pérdida de orina inferior a 50 ml al aumentar la presión abdominal. Aunque María Teresa Luis Rodrigo nos dice que no es aconsejable la utilización de este diagnóstico cuando está relacionado precisamente con este factor, nosotros, desde una perspectiva hendersoniana, consideramos que nuestra intención es precisamente solucionar el problema mediante una de las premisas de esta teórica, en este caso aumentando la fuerza de la musculatura.
- (00120) Baja autoestima situacional r/c cambios en la imagen corporal (consecuencia de las pérdidas de orina): Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía de respuesta a una situación actual.
- (00054) Riesgo de soledad r/c aislamiento físico del paciente (por temor a tener un escape de orina en público o desprender mal olor): Riesgo de experimentar una vaga disforia (entendiendo disforia por malestar o inquietud, lo opuesto a la euforia).

Intervenciones realizadas: según taxonomía NIC

- 5860 BIORRETROALIMENTACIÓN (también conocida como biofeedback): Ayuda al paciente para que modifique una función corporal mediante técnicas de retroalimentación. Entenderemos realizada la intervención tras la finalización de las actividades que desarrollamos en la página siguiente:

Criterios de resultados: según taxonomía NOC

INDICADORES		RESULTADOS				
0502	CONTINENCIA URINARIA: Control de la eliminación de orina de la vejiga. Dominio II (Salud fisiológica), Clase F (eliminación).	Nunca manifestada	Raramente manifestada	En ocasiones manifestada	Con frecuencia manifestada	Constantemente manifestada
050207	Ausencia de pérdidas de orina entre micciones.	1	2	3	4	5
050208	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de orina.	1	2	3	4	5
050211	Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos).	1	2	3	4	5
1205	AUTOESTIMA: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo. Dominio III (salud psicosocial), Clase M (bienestar psicológico)	Nunca positivo	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
120519	Sentimientos sobre su propia persona.	1	2	3	4	5
120518	Descripción de estar orgulloso.	1	2	3	4	5
1503	IMPLICACIÓN SOCIAL: Frecuencia de las interacciones sociales de un individuo con personas, grupos u organizaciones. Dominio III (Salud psicosocial), Clase P (interacción social).	Ninguna	Escasa	Moderada	Sustancial	Extensa
150311	Participación en actividades de ocio.	1	2	3	4	5
150312	Otros. Interacción con amigos/compañeros de trabajo para salir de compras, tomar café, etc.	1	2	3	4	5

- Elaboramos plan de tratamiento: Un total de 6 sesiones de biofeedback, a razón de una sesión semanal de 20 minutos de duración.
- Ayudar al paciente a que aprenda a modificar las respuestas corporales según las indicaciones del equipo: Nuestro objetivo es que aprendan a identificar qué músculos son los que deben contraer para fortalecer la musculatura del suelo pélvico. Para ello introducimos una sonda vaginal conectada a un ordenador que nos facilita información sobre la intensidad y duración de la contracción.
- Proporcionar seguridad sobre el progreso después de cada sesión.

■ 0560 EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO (también conocido como ejercicios de Kegel): Entenderemos realizada la intervención tras la finalización de las siguientes actividades:

- Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra, como si intentara evitar orinar.
- Enseñar a evitar contraer los músculos abdominales y glúteos.
- Enseñar a identificar el músculo pubocoxígeo colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
- Enseñar a detener y reiniciar el flujo de orina.
- Damos instrucciones y folletos informativos: Insistimos en la importancia de su realización diaria desde que comenzamos con la primera sesión de biofeedback. Recomendamos entre 30-45 contracciones diarias de 10 segundos de duración seguidas de otros 10" de relajación, pudiendo realizarlas de una vez o repartidas en 2-3 sesiones a lo largo del día.
- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue de las 6 a 12 semanas.
- Proporcionar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Finalizadas las seis sesiones de biofeedback, la paciente seguirá realizando en su domicilio los ejercicios de Kegel durante dos meses más; transcurrido este tiempo la citaríamos de nuevo para evaluar los resultados obtenidos.

■ 5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

■ 0610 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

- Ayudar a seleccionar la prenda/compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo, hasta que vayamos consiguiendo resultados con las intervenciones propuestas.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.

Población diana: Todas las mujeres que padecen IUE en la zona de influencia del Hospital de Riotinto.

Muestra utilizada (nuestra serie de casos):

En total hemos trabajado con 11 pacientes, todas mujeres, que acudieron a la consulta externa de Urología y fueron diagnosticadas de IUE en el periodo de tiempo comprendido entre 1/1/2006 y el 1/5/2007.

RESULTADOS

Las edades de las pacientes oscilaron entre los 17 y los 75 años.

De ellas, tres abandonaron antes de las seis sesiones de biofeedback (lo que supone el 27,2% de abandono); según manifestaron una lo hizo por falta de tiempo para acudir a las sesiones, y dos por dificultades en la accesibilidad a nuestra consulta (se encontraban a una hora de distancia y con escasez de medios de transporte, sólo hay un autobús que viene por la mañana y regresa por la tarde) y además por no obtener grandes resultados de forma inmediata. Al no finalizar las intervenciones planteadas, no las incluimos en la evaluación de resultados.

Analicemos los resultados obtenidos en los indicadores utilizados:

■ NOC 050207. Previo a las intervenciones, el 28,57% de las mujeres nunca manifestaron ausencia de pérdidas entre micciones y el 71,43% raramente lo manifestaron. Después de las intervenciones, el 42,86% lo manifestaron en ocasiones, el 28,57% con frecuencia y el 28,57% constantemente.

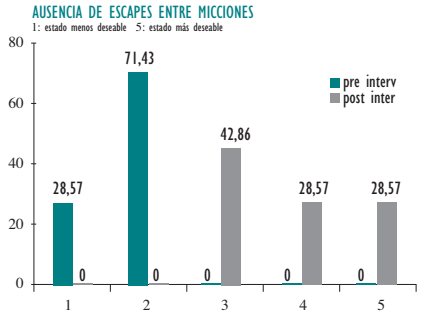
■ NOC 050208. Previo a las intervenciones, el 57,14% de las pacientes nunca manifestaron la capacidad de comenzar e interrumpir el chorro de la orina y el 42,86% raramente lo manifestaron. Después de las intervenciones, el 14,29% nunca lo manifestó, el 28,57% raramente lo manifestó, el 42,86% con frecuencia y el 14,28%, constantemente.

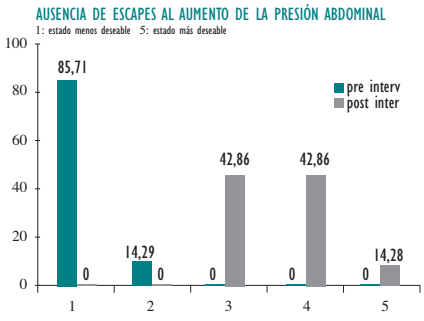
■ NOC 050211. Previo a las intervenciones, el 85,71% de las pacientes nunca manifestaron la ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos), y el 14,29% raramente lo manifestó. Después de las intervenciones, el 42,86% lo manifestaron en ocasiones, el 42,86% con frecuencia y el 14,28% lo manifestó constantemente.

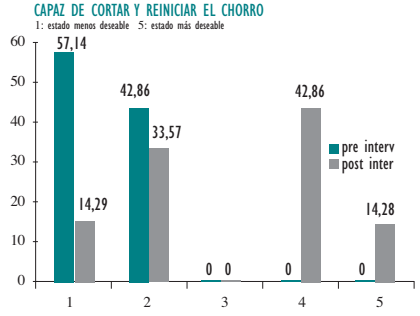
■ NOC 1205. En ambos indicadores (120518 y 120519) hemos obtenido los mismos resultados; previo a las intervenciones, los sentimientos expresados sobre su propia persona y la descripción de estar orgullosa en el 100% de las mujeres raramente fue positivo. Después de las intervenciones, en el 28,57% de las mujeres en ocasiones fue positivo, y en el 71,43% con frecuencia positivo.

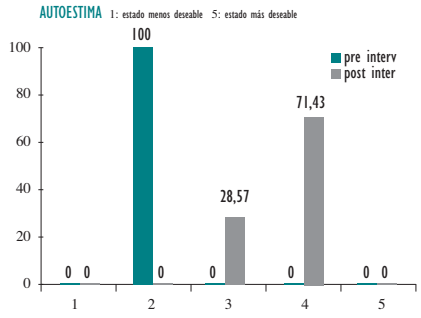
■ NOC 1503. En ambos indicadores (150311 y 150312) hemos obtenido los mismos resultados; previo a las intervenciones, el 71,43% consideraba que su participación en actividades de ocio e interacción con amigos era escasa, y el 28,57% la consideraba moderada. Después de las

intervenciones, el 14,8% seguía considerándola escasa, el 57,14% la consideraba moderada, el 14,28%, sustancial, y el 14,28% restante, la consideraba extensa.



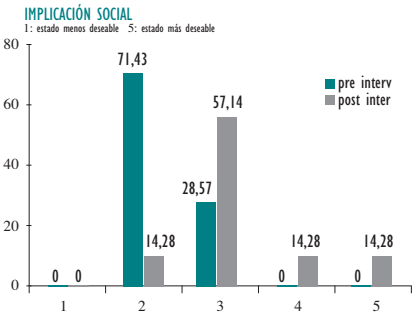






CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN

Se trata de una serie de casos cuyos resultados no pueden ser extrapolados a la población en general, pero podemos concluir que las pacientes con las que hemos trabajo en nuestra consulta han conseguido un aumento en su calidad de vida, refieren menos pérdidas de orina y un aumento de su autoestima y de las relaciones sociales. Todas ellas manifestaron encontrarse muy satisfechas con los logros obtenidos.



Nosotros debemos tener en cuenta que sólo ha conseguido la curación completa (no volver a tener pérdidas entre micciones ni con los esfuerzos) el 14,28% del total de las pacientes, con lo que debemos seguir trabajando con aquellas que sólo han mejorado (aunque para ellas es un logro bastante importante y esta satisfacción que expresan también nos anima a nosotros, los profesionales, y no sólo a ellas, a seguir trabajando para intentar mejorar aún más o llegar a la curación). A estas pacientes volveríamos a citarlas al cabo de tres meses de estar realizando ejercicios de suelo pélvico en su domicilio y volveríamos a realizar seis nuevas sesiones de biofeedback, tras las cuales volveríamos a evaluar los resultados obtenidos; si aún no consiguen la curación completa, al cabo de tres meses volveríamos a realizar un nuevo ciclo de seis sesiones de biofeedback. Tras este tercer ciclo, aunque no consiguiesen la curación completa, daríamos por finalizadas estas actividades, pues no se ha demostrado mayor eficacia de las intervenciones a partir de este tercer ciclo.

Llegamos, pues, a la conclusión de que tenemos que seguir trabajando con estas pacientes, aplicando las intervenciones propuestas y evaluando los resultados en un plazo mayor de tiempo. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. *Diagnósticos Enfermeros; definiciones y clasificación 2001-2002.* Mª Teresa Luís Rodrigo.
2. *Clasificación de intervenciones de Enfermería.* 2ª edición. McCloskey, J.; Bulechek, G. M.
3. *Clasificación de resultados de enfermería.* 2ª edición. Jonson, M,; Maas, M.; Morread, S.
4. *Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria.* 2ª edición. S.A.S. Morilla Herrera, J. C.
5. *Guía práctica sobre el abordaje de la incontinencia urinaria en enfermería.* 2002. Vila Coll, M. A.; Benítez Camps, M.
6. *Incontinencia urinaria en esquemas.* 2006. Virseda Chamorro, M.; Salinas Casado, J.; Adot Zurbano, J. M.

E. Blaise, E. Franquet, A. Fuenmayor, Mª C. González, Mª J. Pollán, Anna Ruiz, Alicia Ruiz, Antonio Vela

Nefrectomía radical abierta y laparoscópica: estudio comparativo de cuidados de enfermería y calidad de vida

RESUMEN

En la Fundación Puigvert se ha introducido la nefrectomía laparoscópica como innovación quirúrgica durante el año 2001. Desde enero de 2001 se emplean ambas técnicas quirúrgicas simultáneamente, disminuyendo progresivamente el número de nefrectomías abiertas en beneficio de la cirugía laparoscópica, lo cual nos exige no sólo conocer las diferencias clínicas existentes entre ambas, sino discernir los cuidados de enfermería a proporcionar según la demanda asistencial.

Como equipo de enfermería consideramos que es imprescindible poseer un cuerpo de conocimientos, habilidades y actitudes que se adapten a los cambios e innovaciones. De este modo podremos identificar necesidades de salud, planificar cuidados de enfermería adecuados, prevenir complicaciones y contribuir a la adaptación del paciente a la vida diaria fomentando la independencia en todas sus necesidades según el modelo conceptual de Virginia Henderson.

El objetivo de este estudio es describir desde un punto de vista comparativo la evolución posquirúrgica de la nefrectomía radical abierta y laparoscópica durante la hospitalización y el alta domiciliaria, en función de los cuidados de enfermería requeridos según el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Palabras clave: Calidad de vida, estudio comparativo, nefrectomia, cuidados enfermería.

SUMMARY

In the Puigvert Foundation the laparoscopic nephrectomy has been introduced as surgical innovation during 2001. From January 2001 both surgical techniques are used simultaneously, decreasing progressively the number of open nephrectomies for the benefit of the laparoscopic surgery, which requires that us not only to know the existing clinical differences between both, but to discern the cares of nursing to provide according to the demand.

We, as a nursing team, consider that it is essential to possess a corps of knowledge, skills and attitudes that could be adapted to changes and innovations. In this way, we will be able to identify health needs, plan adequate nursing cares, prevent complications, and contribute to the adaptation of the patient to daily life encouraging the independence in all their needs according to the conceptual model of Virginia Henderson.

The goal of this study is to describe from a comparative point of view the post-surgical evolution of the open radical nephrectomy and laparoscopic during the hospitalization and the house discharge, according to the nursing cares required according to the conceptual model of Virginia Henderson.

Keywords: Quality of life, comparative Study, Nephrectomy, Nursing Cares.

Introducción

La nefrectomía radical es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del riñón hasta la porción proximal del uréter junto con los tejidos situados a su alrededor. Si es preciso se pueden extraer algunos ganglios linfáticos de la zona para ser analizados. El abordaje quirúrgico puede realizarse por cirugía abierta o por vía laparoscópica.

La nefrectomía radical por vía abierta consiste en realizar una incisión quirúrgica lumbar (lumbotomía) o transperitoneal (a través del peritoneo), precisando la resección de la 12ª costilla en la mayoría de ocasiones; de este modo se accede al riñón y se logra la disección completa del mismo.

La nefrectomía por vía laparoscópica es una técnica de acceso quirúrgico a través de pequeñas incisiones a nivel abdominal. La cavidad peritoneal se encuentra sellada, y para trabajar en su interior se debe crear una distensión abdominal (neumoperitoneo) mediante la insuflación de un gas (CO_2). Se precisa también de un equipo tecnológico capaz de proporcionar luz e imagen dentro de esta cavidad, a través de un trócar a nivel umbilical y de tres a cinco incisiones para introducir trócares accesorios por donde se manejan los instrumentos quirúrgicos. La incisión se realiza a nivel infraumbilical en las cirugías del lado derecho y a nivel supraumbilical en las del lado izquierdo. Existe la posibilidad de reconvertir una cirugía laparoscópica en

cirugía abierta si en el transcurso de la misma cursan complicaciones que así lo indiquen.

La práctica de la cirugía abierta se inició en la Edad Media con la finalidad de conocer el funcionamiento y estudio del cuerpo humano. A finales del siglo XIX tomó mayor relevancia con el desarrollo de la anestesia y antisepsia. En el campo de la urología, fue en la década de los 80 cuando se empezó a utilizar la laparoscopia como técnica diagnóstica, hasta que en 1990 R. Clayman realizó la primera nefrectomía laparoscópica, inicialmente en cerdos y más tarde en humanos.

En la Fundación Puigvert se ha introducido la nefrectomía laparoscópica como innovación quirúrgica durante el año 2001. Desde enero de 2001 se emplean ambas técnicas quirúrgicas simultáneamente, disminuyendo progresivamente el número de nefrectomías abiertas en beneficio de la cirugía laparoscópica, lo cual nos exige no sólo conocer las diferencias clínicas existentes entre ambas, sino discernir los cuidados de enfermería a proporcionar según la demanda asistencial.

Como equipo de enfermería consideramos que es imprescindible poseer un cuerpo de conocimientos, habilidades y actitudes que se adapten a los cambios e innovaciones. De este modo podremos identificar necesidades de salud, planificar cuidados de enfermería adecuados, prevenir complicaciones y contribuir a la adaptación del paciente a la vida diaria fomentando la independencia en todas sus necesidades según el modelo conceptual de Virginia Henderson.

El objetivo de este estudio es describir desde un punto de vista comparativo la evolución posquirúrgica de la nefrectomía radical abierta y laparoscópica durante la hospitalización y el alta domiciliaria, en función de los cuidados de enfermería requeridos según el modelo conceptual de Virginia Henderson.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo observacional de todos los casos de nefrectomías radicales tumorales por cirugía abierta realizadas en la Fundación Puigvert de enero a diciembre del año 2001, y por vía laparoscópica en el mismo período en el año 2005.

Al plantearnos el trabajo se tomó como referencia las nefrectomías abiertas del año 2001 para disponer de una muestra amplia, dado que desde la instauración de la cirugía laparoscópica en nuestro centro en el 2001, las nefrectomías por vía abierta se han ido reduciendo progresivamente.

Para realizar este estudio se revisaron en el año 2001 un total de 52 casos que suponen el 100% de los pacientes intervenidos de nefrectomía radical por cirugía abierta. Se descartaron un total de 14 pacientes (12,8%) por presentar otra patología asociada que requirió otra intervención quirúrgica junto con la nefrectomía en estudio. En el año 2005 se revisaron un total de 57 historias clínicas de pacientes intervenidos de nefrectomía laparoscópica, no descartándose ninguna de ellas. Así pues, el total de la muestra seleccionada para el estudio es de 95 pacientes, de los cuales 38 (40%) corresponden a nefrectomías realizadas por cirugía abierta y 57 (60%) a nefrectomías laparoscópicas.

Como instrumento de recogida de información se elaboró una hoja de recogida de datos en la que se incluyen tres tipos de parámetros:

- Parámetros identificativos: datos personales, edad, sexo, número de historia clínica (HC).
- Parámetros clínicos: características tumorales, tipo de cirugía realizada, estancia hospitalaria pre y posquirúrgica.
- Parámetros relacionados con los cuidados de enfermería valorados según las necesidades de V. Henderson: necesidad de respirar, alimentarse e hidratarse, eliminar, moverse y mantener una buena postura, dormir y descansar, mantener la temperatura corporal, proteger los tegumentos, seguridad, ocuparse y realizarse. En estos parámetros se recogen aspectos como: complicaciones posquirúrgicas, tolerancia hídrica y dietética, presencia y retirada de catéteres y drenajes, deambulación, descanso nocturno, presencia de hipertermia, antibioticoterapia recibida, localización y curas de las heridas quirúrgicas, presencia de dolor y localización, analgesia administrada, aplicación de terapias complementarias, incorporación a las actividades cotidianas, al mundo laboral y complicaciones post alta.

La recogida de datos se realizó revisando las H.C. de los pacientes y mediante una encuesta telefónica domiciliaria, previa autorización verbal del paciente, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS, mientras que la representación gráfica se realizó mediante el programa Excel.

RESULTADOS

El estudio abarcó un total de 38 casos de cirugía abierta, de los cuales el 76,3% fueron hombres (29/38) y el 23,6% mujeres (9/38), siendo la edad media de 60,7 años (40-82). Por su parte, la nefrectomía laparoscópica comprendió un total de 57 casos estudiados, de los cuales el 54,4% (31/57) fueron hombres y el 45,6% (26/57) mujeres, siendo la edad media de 60,33 años (rango 28-81).

La estancia media posoperatoria es de 7,42 días en la cirugía abierta (4-22) y de 5,67 días en la nefrectomía laparoscópica (3-13). Los casos de cirugía abierta permanecieron una media de 20,1 horas en Reanimación, mientras que en cirugía laparoscópica se amplió a 15 horas de media.

Necesidad de respirar

En ambas cirugías, en el 100% de los casos se realizó fisioterapia respiratoria previa y posterior a la intervención por protocolo institucional.

En la cirugía abierta, el 18,4% (7/38) precisó fisioterapia adicional: nebulizaciones (3/7), clapping + nebulizaciones (1/7), clapping (2/7), CPAP + clapping + nebulizaciones (1/7). El 28,9% de los casos estudiados fueron portadores de pleur-evac tras la intervención durante un tiempo medio de 103 horas (48-192).

En la Unidad de Reanimación el 15,7% (6/38) de las cirugías abiertas presentó complicaciones respiratorias (desaturación, espasticidad, apneas, derrame pleural y apertura de pleura) y un 21% (8/38) en Unidad de Hospitalización (derrame pleural, colapso pulmonar, infección respiratoria, disnea severa, broncoespasmo, hiperactividad bronquial).

Por su parte, sólo el 1,8% (1/57) de los casos de cirugía laparoscópica estudiados precisó colocación de drenaje pleural (pleur-evac ®) y el 3,5% (2/57) la realización de ejercicios de fisioterapia adicional.

Tanto en el Servicio de Reanimación como en Unidades de Hospitalización no se presentaron complicaciones respiratorias de ningún tipo durante el posoperatorio.

TABLA 1. COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

	Pleur-evac ®	Fisioterapia adicional	Complicaciones
Cirugía abierta	28,90%	18,40%	Reanimación: 15,7% Hospitalización: 21%
Cirugía laparoscópica	1,8%	3,5%	Reanimación: 15,7% Hospitalización: 21%

Necesidad de alimentarse e hidratarse

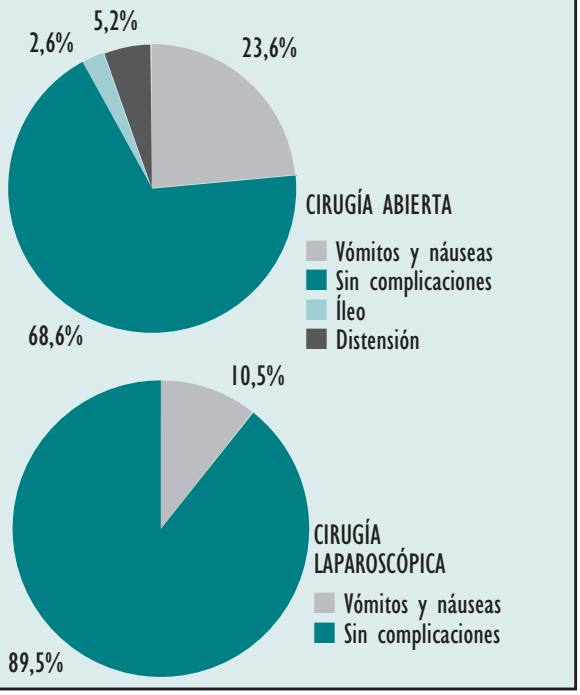
El 23,6% (9/38) de la cirugía abierta presentó náuseas o vómitos como complicaciones digestivas; el 5,2% (2/38) distensión abdominal y ausencia de peristaltismo (en un caso se precisó reintervención y Nutrición Parenteral Total (NPT) durante 8 días), y el 2,6% (1/38) íleo paralítico precisando la administración de NPT durante 11 días.

En las cirugías laparoscópicas, la única complicación digestiva detectada fueron los vómitos y la distensión abdominal, que se presentaron en el 10,5% de los casos (6/57).

La tolerancia de alimentación sólida precisó un tiempo medio de 72 horas en la cirugía abierta y 55 horas en la nefrectomía laparoscópica. Por otra parte, el 13,1% (5/38) de las cirugías abiertas fueron portadoras de SNG en Unidad de Hospitalización, mientras que en las laparoscópicas descendió al 8,8% (5/57).

En ambas cirugías todos los pacientes fueron portadores de vía periférica en el posoperatorio para la administración de fluidoterapia. La colocación de vía central fue del 79,7% en las abiertas y del 52,6% (30/57) en las laparoscópicas. La elevada utilización de vías centrales en la cirugía laparoscópica se debe a un criterio preventivo, ya que la insuflación abdominal de CO_2 durante un periodo de tiempo prolongado podría producir absorción vascular, lo que requeriría de la aspiración inmediata del gas por un acceso venoso de gran calibre.

TABLA 2. COMPLICACIONES DIGESTIVAS



Necesidad de eliminar

En las cirugías abiertas el 100% de los pacientes regresaron a la Unidad de Hospitalización con sonda vesical, mientras que en las cirugías laparoscópicas lo hicieron el 96,5%. En cuanto al tiempo de permanencia de la sonda vesical en Unidades de Hospitalización, la mediana fue en ambos casos de 48 horas.

En la cirugía abierta, tras la retirada de la sonda vesical, la micción se realizó de forma espontánea entre 2,30 h y 7 h, en la cirugía laparoscópica la micción se realiza entre 1 h y 8 h, presentándose en este caso un 5,35% (3/57) de retenciones agudas de orina.

En la cirugía abierta el 100% de los pacientes llevaron algún tipo de drenaje (lumbar, hipogástrico, retroperitoneal); mientras que en la nefrectomía laparoscópica fue el 97,3% (lumbar).

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

La movilización (levantarse de la cama y sentarse en el sillón) se inició entre las 24 y las 120 horas en la cirugía abierta, mientras que en la laparoscópica se comenzó entre las 15 y las 96 horas.

Necesidad de dormir y descansar

El descanso nocturno apareció interrumpido en el 28,9% (11/38) de los casos de cirugía abierta, siendo la causa el

dolor, la ansiedad y la presencia de vómitos. En el caso de la laparoscopia se interrumpió en el 7% de los casos (4/57), por ansiedad fundamentalmente.

Necesidad de mantener la temperatura corporal

La quimioprofilaxis antibiótica se reflejó en el 100% de los casos estudiados, ya fuese en tratamiento antibiótico previo o en monodosis endovenosa durante la inducción anestésica según protocolo institucional.

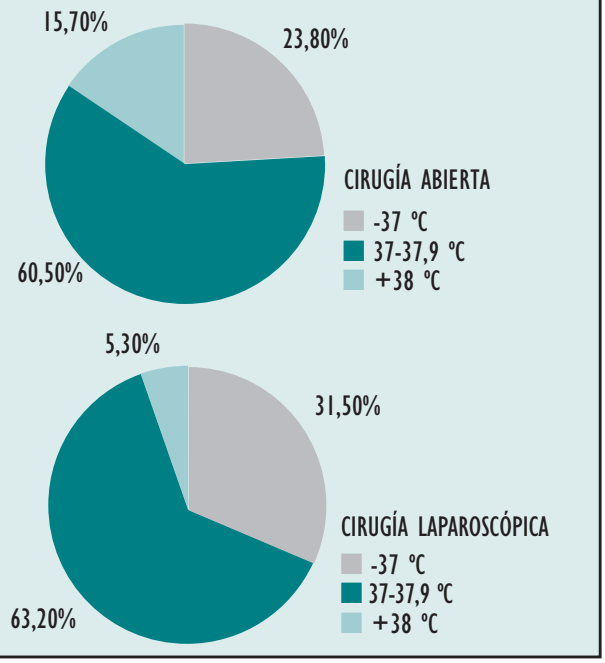
En la nefrectomía radical abierta apareció hipertermia superior a 38 ºC en el 15,7% (6/38), y entre 37-37,9 ºC en el 60,5% (23/38).

En la nefrectomía laparoscópica la hipertermia igual o superior a 38 ºC apareció en el 5,3% (3/57), y entre 37-37,9 en el 63,2% (36/57).

La aparición de hipertermia en Unidad de Hospitalización coincidió, en la cirugía abierta, con la retirada de catéteres (sonda vesical, drenajes) en el 18,4% (7/38) de los casos; en el 5,2% (2/38) coincidió con la presencia de un seroma en herida quirúrgica, y en el 2,6% (1/38) con la aparición de complicaciones respiratorias (derrame pleural).

En el caso de la cirugía laparoscópica, la hipertermia coincidió con la retirada de catéteres en el 7% (3/56) de los casos, desconociéndose otras posibles causas.

TABLA 3. PRESENCIA DE HIPERTERMIA



Necesidad de estar limpio, aseado y proteger los tegumentos

Como protocolo estandarizado de cuidados en todos los casos de ambas técnicas quirúrgicas se realizó una cura diaria de la incisión quirúrgica.

Las complicaciones detectadas en la herida quirúrgica se muestran en la tabla 4:

TABLA 4. COMPLICACIONES HERIDA QUIRÚGICA

	Complicación	Evolución	Incidencia
Cirugía abierta	Hematoma	Reabsorción espontánea	4/38
	Supuración seromática	Resuelto al alta en 2 casos	5/38
	Seroma	Realización de curas ambulatorias por un período de tiempo entre 10 y 34 días hasta resolución del problema	3/38
Cirugía laparoscópica	Hematoma	Reabsorción espontánea	8/57
	Seroma orificio umbilical	Resuelto al alta y curas ambulatoiras hasta resolución del problema	3/57

Necesidad de evitar peligros

En el 100% de los casos estudiados el dolor se localizó en la herida quirúrgica. En la cirugía abierta se administró morfina al 1% en bomba de analgesia controlada por el paciente (PCA) como pauta fija en el posquirúrgico inmediato en el 34% de los casos (13/38), de forma exclusiva o asociada a otros fármacos. Se aplicaron terapias complementarias (reflexoterapia y tacto terapéutico) en dos pacientes para paliar el dolor.

En la cirugía laparoscópica no se utilizó en ningún caso PCA con mórficos, aunque se administró morfina en el 29,8% (17/57) de los casos, siendo el grupo analgésico más utilizado las pirazolonas 82,5% (47/57) de forma exclusiva o asociado a otros fármacos.

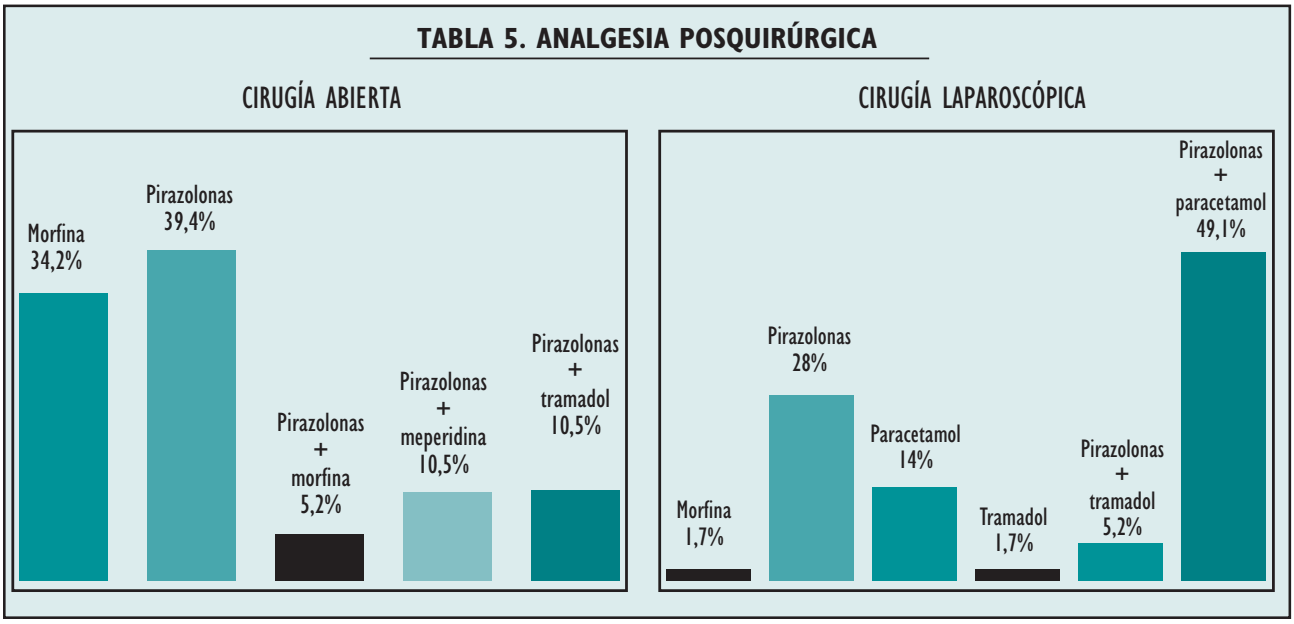
El tratamiento farmacológico del dolor posquirúrgico se resume en la tabla 5.

Necesidad de ocuparse y realizarse

El estudio de esta necesidad se realizó sobre un total de 34 casos, ya que 2 fueron descartados por exitus, un caso por no localizarse al paciente y otro por estar ingresado en otro centro por patología distinta a la de este estudio.

El tiempo que tardaron los pacientes de cirugía abierta una vez dados de alta en insertarse a las **actividades de la vida diaria (AVD)** osciló entre 2 y 60 días; entre 2 y 7 días tardaron el 47% (16/34); entre 8 y 15 días el 26,4% (9/34);

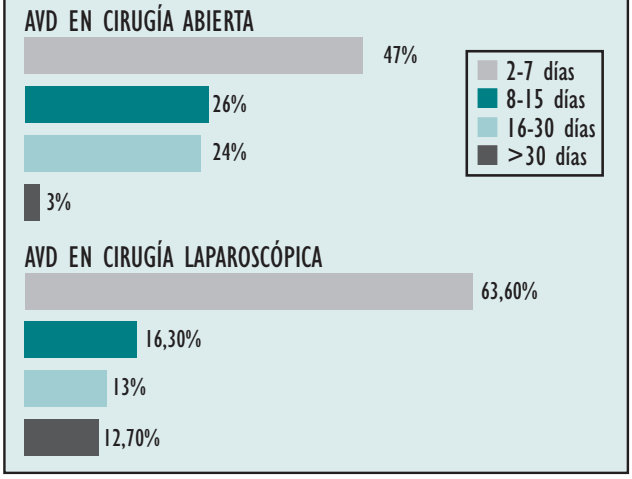
TABLA 5. ANALGESIA POSQUIRÚRGICA



entre 16 y 30 días el 23,5% (8/34) y un tiempo superior a 30 días el 2,9% (1/34).

Respecto a la cirugía laparoscópica, el estudio se realizó sobre 55 pacientes debido a que dos de ellos no contestaron la encuesta. El tiempo que tardaron los pacientes una vez dados de alta en insertarse a las actividades cotidianas oscila entre los 2-30 días. Entre 2-7 días tardaron el 63,6% (35/55), entre 8-15 días el 16,3% (9/55) y entre 16-30 días el 13% (4/55). El 12,7% (7/55) tardó más de 30 días.

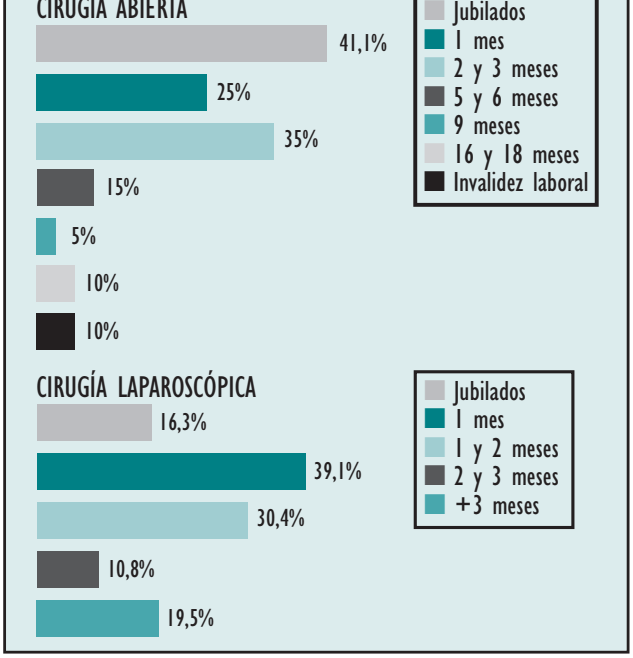
TABLA 6. INSERCIÓN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



La **reinserción laboral** en la cirugía abierta se produjo entre los 30 días y los 18 meses. El 41,1% (14/34) eran jubilados; el 25% (5/20) tardó un mes; el 35% (7/20) necesitó entre 2 y 3 meses; el 15% (3/20) se insertó entre los 5 y 6 meses; en el 5% (1/20) la inserción laboral se produjo a los 9 meses; el 10% (2/20) lo hizo entre los 16 y 18 meses, y el 10% (2/20) estaba en tramitación para conseguir la invalidez laboral.

En el caso de la cirugía laparoscópica, la inserción laboral se produjo entre los 30 días y más de 3 meses. El 16,3 (9/55) eran jubilados; el 39,1% (18/46) tardaron alrededor de 1 mes; el 30,4% (14/46) entre un mes y dos meses; el 10,8% (5/46) tardaron entre 2 y 3 meses; el 19,5% (9/46) necesitaron más de 3 meses.

TABLA 7. INSERCIÓN LABORAL



Del total de nefrectomías radicales abiertas, refirieron **dolor en su domicilio** el 64,7% (22/34), de éstos el 35,3% (12/34) manifestó haber tenido molestias localizadas en la zona de la herida quirúrgica sin cuantificar la intensidad del dolor; el 29,4% (10/34) cuantificó la intensidad del dolor de la siguiente manera: el 20% valoró la intensidad del dolor según EVA (del 1 al 10) entre «2 y 3»; el 20% refirió dolor con intensidad entre «4 y 6»; el 30% entre «6 y 8»; el 20% entre «7 y 8», y el 10% (1/10) entre «8 y 9».

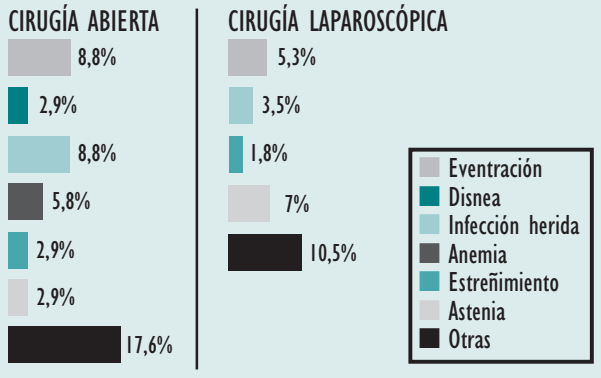
De los pacientes que manifestaron dolor, precisaron analgesia en su domicilio el 90,9% y de éstos un caso precisó además consulta con clínica del dolor y tratamiento con acupuntura. La analgesia utilizada fue: pirazolonas (44,4%), paracetamol (22,2%) y asociación de ambos (33,3%).

En los pacientes intervenidos de cirugía laparoscópica, refieren dolor en su domicilio el 50,9% (28/55), de éstos el 3,6% (2/55) no identifican la intensidad del dolor, el 47,2% (26/55) restante refieren intensidad del dolor según EVA de «2» en el 11,5% (3/26); entre «3 y 4» en el 42,3% (11/26); entre «4 y 6» en el 30,8% (8/26); entre «7 y 8», en el 15,4 % (4/26).

Como **complicaciones al alta** de la cirugía abierta, se presentaron 3 eventraciones producidas entre los 2 y 7 meses poscirugía que representaron el 8,8% (3/34); uno de ellos requirió cirugía; el 8,8% (3/34) presentó infección de la herida quirúrgica requiriendo curas ambulatorias; un 2,9% (1/34) manifestó imperiosidad miccional tras la cirugía; un 2,9% (1/34) refirió aumento de la dificultad respiratoria; el 5,8% (2/34) presentó anemia que requirió tratamiento; el 2,9% (1/34) refirió estreñimiento; un paciente (2,9%) presentó un cuadro de astenia y depresión que precisó tratamiento y el 17,6% (6/34) manifestó persistencia de molestias.

Respecto a las nefrectomías laparoscópicas, destacan como complicaciones al alta 3 eventraciones que supusieron el 5,3% (3/57); también el 3,5% (2/57) presentó infección de la herida quirúrgica que requirió curas ambulatorias; el 7% (4/57) refirió cansancio, astenia y depresión; el 1,8% refirió una alteración de la evacuación intestinal (1/57) y un 10,5% presentó molestias inespecíficas.

TABLA 8. COMPLICACIONES AL ALTA



DISCUSIÓN

Las nefrectomías efectuadas mediante cirugía laparoscópica conllevan una estancia media hospitalaria notablemente inferior a las realizadas por cirugía abierta, como consecuencia directa de una menor agresividad de la técnica y de una importante disminución de las complicaciones posquirúrgicas. Este aspecto implica una mayor satisfacción para el usuario, mayor agilidad de las listas de espera y simplifica la planificación de cuidados por parte del equipo asistencial.

En cuanto a la valoración por necesidades, los beneficios más importantes de la cirugía laparoscópica recaen en las de respirar, alimentarse e hidratarse, dormir y descansar, mantener la integridad de los tegumentos, evitar peligros y, sobre todo, ocuparse y realizarse en su domicilio.

En las nefrectomías laparoscópicas se constata una menor incidencia de complicaciones respiratorias frente a la cirugía abierta, así como la ausencia de fisioterapia respiratoria adicional.

Además, en la cirugía abierta aparece un elevado porcentaje de pacientes portadores de drenaje pleural, lo que implica un mayor riesgo e incomodidad.

Los pacientes operados por vía laparoscópica reinician la ingesta hídrica y progresiva antes y con una menor incidencia de complicaciones digestivas.

En ambas técnicas la totalidad de pacientes estudiados son portadores de sonda vesical, con un tiempo de retirada ligeramente menor en la laparoscópica, siendo la diferencia poco significativa. El porcentaje de pacientes portadores de drenaje quirúrgico sí es notablemente superior en la cirugía abierta.

El descanso nocturno de los pacientes operados por laparoscopia se ve menos interrumpido debido, principalmente, a una disminución del dolor, de la ansiedad y a una mejor movilización postural.

Por otra parte, las complicaciones de la herida quirúrgica son mayores y más frecuentes en la cirugía abierta, aunque también en la cirugía laparoscópica cabe señalar la aparición de eventraciones y otras complicaciones.

La analgesia de elección en las nefrectomías laparoscópicas es el grupo de pirazolonas, mientras que la cirugía abierta requiere, además, una pauta combinada con analgésicos más potentes incluyendo la morfina en bomba de perfusión continua las primeras 48 horas.

La aplicación de terapias complementarias como la reflexoterapia o el tacto terapéutico han sido utilizadas en la cirugía abierta, a criterio de enfermería, para reducir el dolor y la ansiedad del paciente.

El tiempo de incorporación a las actividades de la vida diaria y al mundo laboral es inferior en los pacientes operados por laparoscopia. ▼

Real Romaguera, Arcadio*; Ferrer Casares, Elena*; Rubia Fernández, Amalia*; Piquer Bioscá, Cecilia*
** Profesor asociado de la Escuela de Enfermería de Valencia, supervisor del Servicio de Urología
* Enfermeras del Servicio de Urología

Protocolos de enfermería urológica como necesidad en la relación especializada-primaria
Comparativa 1996-2006

Introducción

Diez años después de realizar una revisión sobre el uso de los protocolos en nuestra ciudad nos hemos planteado volver a realizar dicho estudio para comprobar nuestra situación actual. Dado que se pretende iniciar un estudio sobre la situación del paciente sondado, hemos aprovechado la revisión para comprobar si existe algún documento, carta o recomendaciones que se le entregue al paciente sondado.

Hemos vuelto a comprobar que al realizar el seguimiento del paciente dado de alta en un centro hospitalario, hasta su total recuperación existe una solución de continuidad con la Asistencia Especializada, y ésta con la Atención Primaria, que es quien debería conducir el paciente hasta su total reinserción en la sociedad.

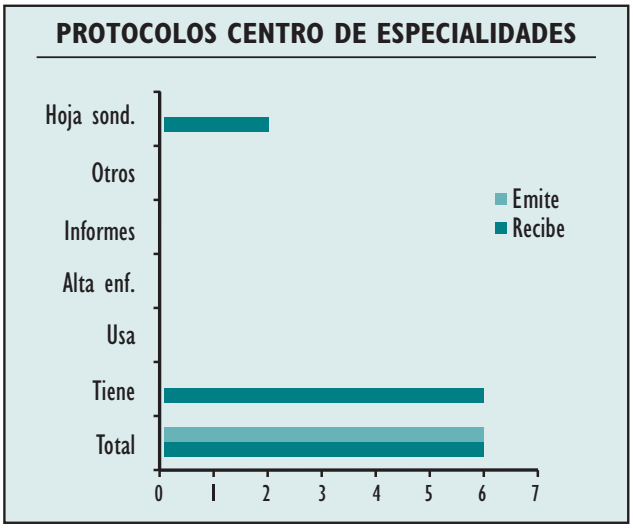
Por ello nos planteamos seguir la línea descendente:

CENTRO DE ESPECIALIDADES
→ CENTRO DE SALUD

Situación actual

Al realizar una visita a los 6 centros de Especialidades nos encontramos que:

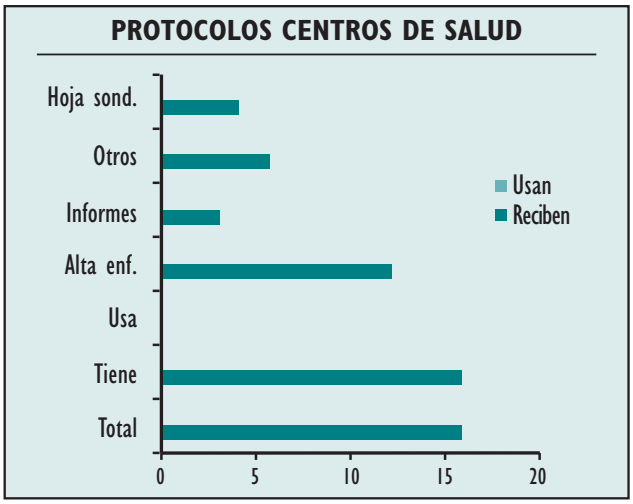
- En todos los centros dicen que existen protocolos de la Generalitat. Pero al pedir que te los enseñen, las respuestas son muy variadas, como:
  a) «Están por ahí…»
  b) «No se usan exactamente… pero…»
  c) «Todos sabemos lo que hay que hacer…»
  d) «No hacen falta…»
- No existe relación con los hospitales.
- En la mayoría de los casos, las enfermeras prácticamente sólo rellenan recetas y practican las técnicas propias de su profesión, pero sin aplicar planes de cuidados.
- Las altas de enfermería son escasas. Pero hay una clara referencia a las de hospitalización domiciliaria.



Al realizar una visita a los 6 centros de salud podemos observar que:

- En todos los centros existen protocolos de la Generalitat. Pero al pedir que te los enseñen, las respuestas fueron tan variadas como las anteriormente expuestas.
- En algunos centros existen protocolos de atención, pero no están relacionados con los hospitales.
- En la mayoría de los casos las enfermeras prácticamente realizan técnicas pero sin aplicar planes de cuidados, en muy pocos casos se habla de prevención, aplicación de los cuidados en sentido amplio.

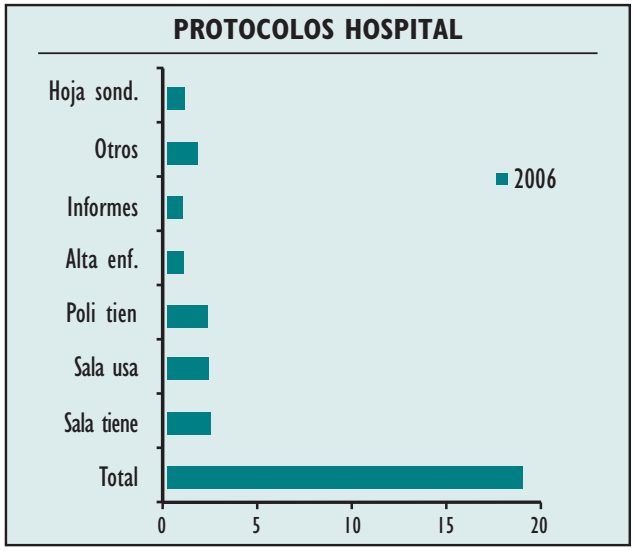
- Las altas de enfermería son escasas. Sólo hay una clara referencia a las de hospitalización domiciliaria.
- Algunas reciben informes, o notas de enfermería.



La objetivización de estos hechos nos hace sospechar que algo falla en los hospitales, ya que por lo general existe la creencia de que se usan los protocolos.

Por ello nos planteamos realizar unas entrevistas telefónicas con los Servicios de Urología de todos los hospitales de referencia de estos centros.

Los resultados de las entrevistas quedan reflejados en el cuadro «Protocolos Hospital»:



El análisis comparativo nos muestra la siguiente realidad:

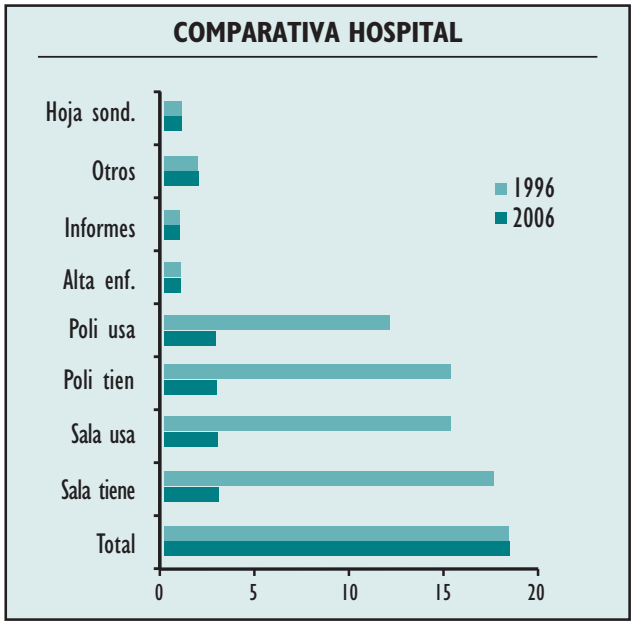
- Como se puede observar sólo 3 centros tienen y usan protocolos tanto en la unidad de hospitalización como en la consulta externa.
- Sólo un centro emana altas de enfermería, pero sólo de algunos procesos.
- Un centro emana algún tipo de informe o sugerencias de enfermería.
- Dos centros emanan alguna recomendación o sugerencias de forma escrita.

FICHA USADA PARA LA ENTREVISTA

ENTREVISTA TELEFÓNICA A HOSPITALARIAS

HOSPITALES		SALA		POLI					
		Tiene	Usa	Tiene	Usa	Alta. Enf	Infom	R. Sond.	Otros
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									

- Un centro entrega una hoja de recomendaciones y sugerencias a los pacientes sondados y a derivaciones urinarias.
- Sólo dos hospitales tienen sala específica de urología, en los demás casos es compartida con otras especialidades.
- En las clínicas privadas tienen los protocolos de los «doctores». Confunden los protocolos con las órdenes médicas de preparación prequirúrgica.



Lo que más llama la atención al realizar la comparación del año 1996 es:

- En la revisión de 1996 hay un gran número de hospitales que dicen tener protocolos, pero como ya demostramos en su momento no era una realidad. Tanto en la tenencia como en el uso.
- Actualmente existe una mayor conciencia e identificación del concepto de protocolo.
- Hay un número similar de hospitales que usan protocolos.
- Los hospitales que tienen sala específica de urología, tienen protocolos.
- En las clínicas privadas siguen teniendo los protocolos de los «doctores». Suelen confundir los protocolos con las órdenes médicas de preparación prequirúrgica.

Por todo ello creemos conveniente realizar un análisis conceptual de las definiciones.

ANÁLISIS CONCEPTUAL

Protocolo

(Del latín «protocollum», hoja que se pegaba a un documento para darle autenticidad, «proto» al principio y «cokolla»; V. «colla» –pegamento–).

Conjunto de originales de las escrituras y otros documentos notariales que se custodian en el despacho de cada notario. Tiene que ver con «ceremonial, etiqueta, ritual».

Primera hoja de un rollo de papiro. Nota original de un experimento, autopsia o examen médico.

Protocolo: ordenada serie de anotaciones establecidas para comenzar y terminar toda intervención o actividad de enfermería.

Teniendo en cuenta que intervención es: todo tratamiento, basado en el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para obtener un resultado esperado en el paciente.

Actividad de enfermería: son acciones específicas que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención.

Un protocolo tiene que incluir los siguientes apartados: objetivo, personal, material procedimiento, cuidados posteriores u observaciones.

Procedimientos

Proceder (del latín «procédere», retirarse; v. «ceder»). Ir en fila, serie o procesión, en sentido espacial o no espacial. Continuar realizando cierta acción que requiere un orden. Tiene que ver con: descender, emanar, origen.

Procedimiento: Sucesión. Serie de cosas que siguen cada una a otra. Acto o serie de actos u operaciones con que se hacen una cosa

PROCEDIMIENTO: orden secuencial y detallada de pasos a seguir para ejecutar una técnica.

Método de proceder.

Forma de hacer o de desarrollar una técnica. Manera de practicar un acto u operación, sujeta a ciertos principios.

Serie de pasos por los cuales se logra un resultado deseado.

Es la descripción sistemática y ordenada de la ejecución de una técnica en forma escrita, que exige un formato lógico que tenga en cuenta los siguientes apartados:

- Título.
- Definición.
- Objetivo o propósito del mismo.
- Material necesario.
- Determinación cronológica de cada paso a seguir.
- Fundamento de cada paso.
- Precauciones y observaciones.

Técnicas

Tecn- (raíz del griego «tekhne», arte).

Técnico/a (adj.). Relacionado con la aplicación de la ciencia a la obtención de objetos o resultados. Una carrera (escuela) técnica

TÉCNICA: incluye el material y el procedimiento entendido como secuencia de órdenes a realizar.

Adjetivo y n. aplicado a personas. Preparado con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para una determinada actividad.

Conjunto de procedimientos (reglas, requisitos, formalidades, exigencias, condiciones, obligaciones, método, manera de actuación, forma, sistema, modo) y de detalles de una obra mecánica, operación quirúrgica, experimento. etc.

Cuidados

Cuidar (del latín «cogitare», poner diligencia, atención y solicitar la ejecución de una cosa; «pensar», «cogitar»; descuidar). Pensar o discurrir para algo.

Tener cierta precaución o temor.

Ocuparse, atender a que una cosa esté bien o no sufra daño. Asistir a un enfermo.

Cuidado (del latín «cogitatus», solicitud y atención en hacer bien alguna cosa. «Estar con» intranquilidad, precaución.

En nuestro hospital los protocolos se han realizado siguiendo los siguientes conceptos:

Proceso

(Del latín «processus», significa apófisis).

«Proceder».

Serie de operaciones, acontecimientos o etapas que culminan con el logro de un resultado específico.

Acontecimientos o pasos que desembocan en el logro de un resultado.

Desarrollo, por etapas, de una alteración o problema de salud.

Serie de las fases sucesivas de un fenómeno.

Serie de acciones que conducen a un fin.

Evolución de una enfermedad

Administrativamente se considera desde que ingresa un paciente hasta que es dado de alta.

Etapa

Periodo de tiempo que se distingue de los demás por alguna circunstancia.

Época o avance en el desarrollo de una acción o proceso.

Cualquiera de los diversos aspectos o etapas por los que puede pasar una enfermedad o proceso patológico.

Fase de un proceso caracterizado por signos y síntomas. Alteración de patrones funcionales y cuidados.

Son las partes que componen un proceso, tienen relación directa y están organizadas cronológicamente.

Fase

(Aplicado originariamente en español sólo a las fases de la Luna; del griego «phasis», aparición de una estrella, derivado del «phaino», aparecer).

Cada uno de los estados que se van sucediendo en una cosa que evoluciona o se desarrolla.

Atención

(Del latín «Attentio-onis», acción de atender.)

Acción de atender.

Atender

(Del latín «attendere» de ad, a y tendere, extender.)

Aplicar los sentidos al conocimiento de alguna cosa. Cuidar de alguna persona.

Actividad

(Del latín «activitas, -atis», facultad de obrar; diligencia, eficacia; conjunto de operaciones o tareas propias de una persona o entidad.)

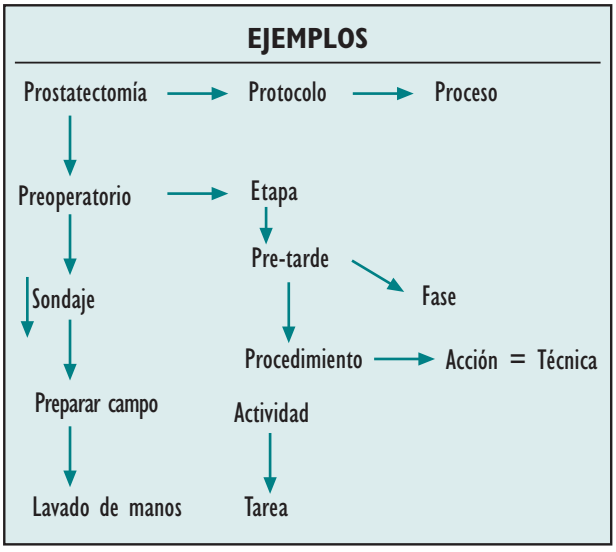
Conjunto de tareas que tiene un objetivo determinado.

Tarea

Cualquier obra o trabajo.

Trabajo que debe hacerse en un tiempo limitado.

Mínima acción que se puede realizar o llevar a cabo. Es una acción concreta. No tiene por qué tener un fin determinado. Se puede delegar.



CONCLUSIONES

A la situación actual se ha llegado por una falta o mala planificación. Donde ha imperado en el mejor de los casos una excesiva voluntariedad, pero sin dirección.

La necesidad de protocolizar los hospitales es fundamental por las siguientes razones:

1. Para homogeneizar la asistencia

La tendencia debería ser que todos los centros tuvieran los mismos protocolos. En principio la atención debe ser la misma en todos los centros.

2. Para poder llevar a cabo el control de calidad

¿Cómo se puede llevar a cabo un control de calidad sin protocolos ni procedimientos? ¿Cuál es la calidad pedida? ¿Con qué se mide ? ¿Dónde está el marco o el espejo?

3. Para la docencia

Pregrado: sólo con protocolos podremos lograr que las enseñanzas que se ofrecen en las Escuelas sean acordes a la realidad, que tengan los pies en el suelo.

Posgrado: son la base para poder formar a los profesionales cuando son asignados a alguna nueva unidad.

4. Para poder medir las necesidades de RRHH o RRMM

En el actual sistema es posible llegar a prever las necesidades de personal y de material. Para ello sería necesario tener totalmente protocolizada la atención de enfermería, de los tiempos, de riesgos potenciales (y el porcentaje de incidencia).

Entonces podríamos saber de antemano las necesidades con un índice de fiabilidad muy importante.

Se ha planteado mucho el poder llegar a saber cuánto cuesta un proceso (administrativamente desde que ingresa un paciente para hacerse algo hasta que sale de un centro). ¿Cómo se puede realizar sin estar protocolizado? La situación ideal será la igualdad entre el proceso y el protocolo específico.

5. Para progresar

Para poder mejorar esa condición es necesario comparar, para comparar se necesita medir y para poder medir es necesario una escala y la escala es sin lugar a dudas el protocolo.

Incluso para poder mejorar el protocolo es necesario tener una base y que siempre esté abierto a revisiones periódicas.

6. Para poder emanar cualquier alta o informe

Cómo se podría plantear si no existe una unidad de protocolos. Cómo plantear unos cuidados si no se conoce la evolución previa.

¿Si no se conocen las etapas de una prostatectomía, cómo pueden hacer su seguimiento en el centro de salud?

7. Por profesionalidad

Solo la existencia de protocolos nos podrá llevar a la estandarización de actuaciones. No nos podemos plantear realizar una técnica si no se cumplen todos los pasos del procedimiento (material, tiempo, forma, etc.).

8. Para normalizar nuestras intervenciones

La existencia de protocolos contribuirá a la normalización de la actividad enfermera (profesional).

Sólo después de una protocolización de los hospitales nos podremos plantear una protocolización de los centros de Especialidades, y después en los centros de salud.

Todo ello nos hace pensar que, con independencia del que gestione, siempre necesitará de los puntos anteriormente expuestos y para ello es condición necesaria una protocolización. ▼

Bibliografía

1. Atquinson, L.J.; Khon, M.L. *Técnicas de quirófano*. Interamericana. México, 1981.
2. Andrew Kofke, W.; H. Levy, Jerrold. *Procedimientos de cuidados intensivos postoperatórios del Massachusetts General Hospital*. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1990.
3. Vuori, H. V. *Control de calidad en los servicios sanitarios*. Masson, S.A. Barcelona, 1988.
4. Smeltzer, Suzanne C., Bare, Brenda, G. *Enfermería Medicoquirúrgica*. Interamericana. México, 1994.
5. Carpenito, Lynda Juall. *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. Interamericana de España. Madrid, 1994.
6. Novales, Mª Victoria. et all. *Cuidados de Enfermería*. Monografies Sanitaries Série G. Núm.6 Conselleria de Sanidad y Consumo. Genralitat Valenciana. Valencia, 1993.
7. Parrilla Almansa, J. et all. *Proyecto de normatización de la comunicación en enfermería entre la atención primaria y especializada relacionada al paciente ostomizado*. Monografies Sanitaries Série A: Estudis. Núm. 22. Conselle-ria de Sanitad i Consum. Genralitat Valenciana, 1992.
8. Junquero Garcia, Asunción. et all. «Cuidados de enfermeria a pacientes en Hospitalización a domicilio» Monografies Sanitaries Série M:Manuals. Núm. 19. Conselleria de Sanitad i Consum. Genralitat Valenciana. Quiles, Artes Graficas, 1994.
9. Molina, María. *Diccionario de uso del español*. Gredos. Madrid, 1990.
10. *Diccionario enciclopédico*. Plaza y Janes. Barcelona, 1976.
11. Braier, L. *Dicionario Enciclopédico de Medicina Jims*. De. Jims. Barcelona, 1986.
12. Grau-Hill, Mc. *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina*. Dorlan. Ed. Interamericana, 6ª Edición. Madrid, 1987.
13. *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. 12ª edición. Ed. Salvat. Barcelona, 1984.
14. Roper, N. *Diccionario de Enfermería*, 15ª edición. Ed. Interamericana. México, 1986.
15. *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*, Edición Electrónica, versión 21,1,0. Espasa Calpe. S.A. 1995.
16. «Manual de procedimientos de enfermería». Baraza Saz, A; Pulido Justicia, R.; Marrero Gonzalez, H.; Guerra Arencibia, V.; Crujeiras Pérez, R. M.; Cruz Lendinez, A.; *Enfermería Científica*, 2002; 242-243: 43-49.
17. «Estandarización de los cuidados de enfermería urológica». Puntes Farnos, Gloria Escoda Pellisa, Teresa Benet Marti, Rosa Ripio Castelló, Mónica Brull Gisbert, Tania Verdoy cuevas, Susana Estrada Ferrando, Cinta Sáez Vay, Florencia Brull Gisbert. *AE Enferm Urolog*. 1996 abr-jun. 59: 21-27.
18. «Evolución de los cuidados de enfermería urológica en el entorno hospitalario. Retos actuales». Besalú i Morancho, Anna. *AE Enferm Urolog*. 1998 ene-mar. 66: 69-77.

Echeandía Valencia, B.; López de Carlos, E.; Lara Bueno, M.C.; Egaña Gorráiz, C.; Sancho Rey, B.; Napal Ros, C.
Enfermeras. Servicio de Urología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

Vejiga retráctil tras radioterapia por adenocarcinoma de próstata
Derivación urinaria cutánea

RESUMEN

El cáncer de próstata, después del de piel, es el más común en los hombres, y la segunda causa principal de muerte por cáncer, después del de pulmón. Es más prevalente entre los hombres mayores de 65 años.
Un gran porcentaje de individuos con cáncer de próstata cursa la enfermedad sin sintomatología ni complicaciones. Aunque, generalmente, no hace variar la expectativa de vida del paciente ya que crece lentamente, una detección y tratamiento precoz aumentan la perspectiva de curación.
Es por ello que, cuando se llega al diagnóstico, no sólo se tiene en cuenta el estadío clínico del tumor, sino también los factores pronósticos y la expectativa de vida del paciente para decidir entre las diversas alternativas terapéuticas posibles (tratamiento hormonal, radioterapia, prostatectomía radical...).
El tratamiento del cáncer de próstata comienza con tratamiento hormonal (supresión andrológica) y, posteriormente, se realiza una estimación porcentual de la afectación tumoral (según la edad, el estadío clínico del tumor, los valores Gleasson y de PSA). Si ésta indica una probabilidad alta de que el tumor esté localizado únicamente en próstata, una prostatectomía radical suele ser la elección. Si, por el contrario, la estimación considera que hay una probabilidad alta de que los tejidos anexos estén afectados el consejo es realizar sesiones de radioterapia.
Tanto los tratamientos utilizados como las actuaciones en el desarrollo del ejercicio profesional pueden producir efectos iatrogénicos. El gran reto para los próximos años que tienen los profesionales sanitarios es la disminución o eliminación de éstos.
En este trabajo presentamos un caso de cáncer de próstata tratado con radioterapia que tuvo efectos iatrogénicos severos.
Palabras clave: Adenocarcinoma de próstata, radioterapia, microvejiga, derivación cutánea, cuidados enfermería.

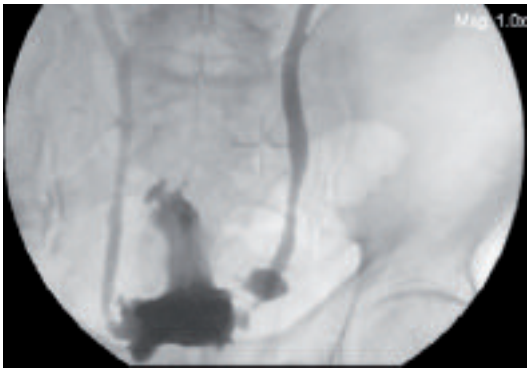
SUMMARY

The cancer of prostate, after that of skin, is the most common among men, and the second mainspring of death for cancer, after the one of lungs. It is more prevalent among the men older than 65 years.
A great percentage of individuals with cancer of prostate passes the illness neither with symptomatology nor complications. Although, generally, it does not make to vary the patient's life expectancy since it grows slowly, a detection and precocious treatment increases the perspective of curing.
It is because of that, that when the diagnosis is achieved, not only the clinic phase of the tumor is taken into account but also the prediction factors and the life expectancy of the patient to decide among the different possible therapeutic alternatives (hormonal treatment, radiotherapy, radical prostatectomy...)
The cancer of prostate treatment starts with hormonal treatment (andrologic suppression) and, later, a percentil estimation of the tumoral affectation is carried out (according to the age, the clinical phase of the tumor, Gleasson and PSA values). If this indicates a high probability that the tumor is located only in the prostate, a radical prostatectomy is usually the choice. If, on the contrary, the estimation considers that there is a high probability that the attached tissues are affected the piece of advice is to carry out radiotherapy sessions.
The used treatments as well as the performances in the development of the professional practice can cause iatrogenic effects. The great challenge for the next years that health workers have is the decrease or elimination of them.
In this work we present a case of cancer of prostate treated with radiotherapy that had severe iatrogenic effects.
Keywords: Adenocarcinoma of prostate, radiotherapy, microbladder, cutaneal derivation, nursing cares.

Caso clínico

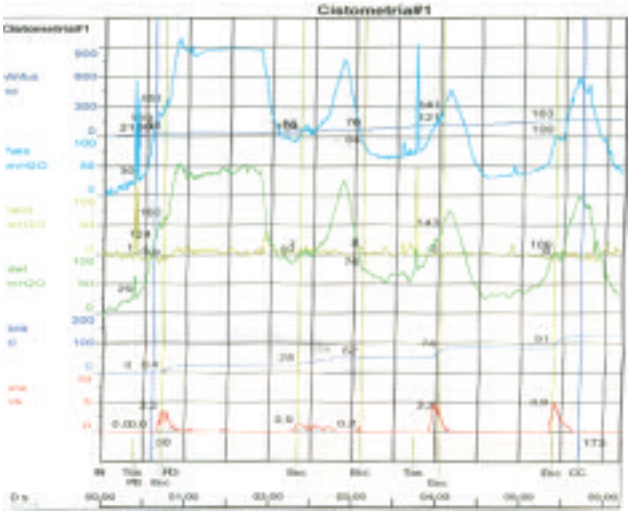
Varón de 71 años, sin alergias conocidas y sin patologías previas, se le diagnostica un adenocarcinoma de próstata en junio de 2005; con un Gleasson de 7 (3+4), con afectación de 5 de los 6 cilindros; un PSA de 38; un estado clínico del tumor T3b, N0, M0 y pruebas complementarias (gammagrafía ósea) normal. En septiembre de 2005, el paciente comienza con tratamiento hormonal (Procrin). Los datos clínicos indican una alta probabilidad (86%) de que el tumor se haya extendido fuera de la próstata. Por ello, se le indica tratamiento de radioterapia que el paciente acepta comenzando en diciembre de 2005 con sesiones de radioterapia pélvica con dosis de 45 Gy. Posteriormente, la zona

radiada se redujo a la glándula prostática con márgenes y vesículas seminales hasta alcanzar dosis de 71,8 Gy.



Tras 30 sesiones, mayo de 2006, aparece un cuadro de insuficiencia renal aguda ocasionada por una hidronefrosis obstructiva bilateral. Se suspende la radioterapia.

Tras intento fallido de colocación de catéteres ureterales Doble J se colocan nefrostomías en ambos riñones. En junio de 2006 se realiza una urodinamia que constata un volumen vesical de 21 cc. Se consiguen colocar catéteres ureterales Doble J en ambos riñones y se cierran las nefrostomías. Es portador también de una sonda vesical con tapón.



En julio de 2006 el paciente es diagnosticado de retracción vesical posradioterapia, hidronefrosis bilateral y estenosis ureteral bilateral.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

El paciente no tiene ingresos hospitalarios durante estos meses. Los cuidados de enfermería en pacientes no ingresados se centran en la educación sanitaria. Al paciente se le enseña, en consulta de enfermería, el manejo de la sonda vesical y los cuidados de la nefrostomía suministrándole un tríptico con los consejos y recomendaciones que tiene que seguir en casa.

CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL EN DOMICILIO

Recomendaciones generales	- Fijar la sonda a la pierna para evitar tirones y posibles lesiones de la uretra. - Mantener la bolsa por debajo del nivel de la vejiga. - Evitar desconexiones innecesarias de la sonda y no hacer movimientos bruscos. - No realizar esfuerzos físicos intensos. - Vigilar que la sonda no esté obstruida (doblada, presionada o tenga un tapón de moco o sangre).
Alimentación	- Ingesta de líquidos de 2 a 3 litros. - Tomar zumos de naranja, mandarina, pomelo, limón, kivi para acidificar la orina. - Evitar el estreñimiento tomando alimentos con fibra.
Ropa	- Llevar ropa interior cómoda evitando presionar la sonda.
Higiene	- Todos los procedimientos que vaya a realizar deberán ser con extremada limpieza. - Lavar manos con jabón antes y después de manipular la sonda. - Limpieza de zona genital con agua templada y jabón, 2 veces al día. Puede ducharse sin problemas.

RECOMENDACIONES POR SER PORTADOR DE NEFROSTOMÍA

Higiene	- Puede ducharse sin problemas, con bolsa o sin ella. Ingerir 2-3 litros al día.
Alimentación	- Tomar zumos de naranja, mandarina, pomelo, limón, kivi para acidificar la orina.
Ropa	- Llevar ropa cómoda evitando que realice presión sobre el catéter. Si se pone faja, ésta debe tener un agujero a nivel del dispositivo.
Vida diaria	- Evitar esfuerzos físicos violentos.

EVOLUCIÓN

Se resuelve la insuficiencia renal aguda y el cuadro de hidronefrosis (en agosto de 2006), pero la calidad de vida del paciente es muy mala. Tiene dolor y constantes contracciones vesicales, con sensación intensa de orinar, lo que le produce escapes de orina contínuos. Es portador de sonda vesical, de catéteres ureterales Doble J y de nefrostomías.

Se le propone una solución quirúrgica para mejorar su calidad de vida. Realizar una derivación cutánea tipo Bric-

ker sin cistectomía con una biopsia intraoperatoria vesical para descartar células tumorales en vejiga. La intervención se realiza en septiembre de 2006.

ESTADO POSQUIRÚRGICO. PROCESO DE ENFERMERÍA

El paciente, una vez intervenido, es portador de:

• Catéter venoso central.

RECOMENDACIONES

GENERALES

- Fijar la sonda a la pierna para evitar tirones y posibles lesiones de uretra.
- Mantener la bolsa por debajo del nivel de la vejiga (para prevenir infecciones por reflujo).
- Por la noche, colocar la bolsa en la cama con un soporte, evitando que esté apoyada en el suelo.

- Evitar desconexiones innecesarias de la sonda y no hacer movimientos bruscos.
- No realizar esfuerzos físicos intensos.
- Vigilar que la sonda no esté obstruida (doblada, presionada al estar tumbado sobre ella, o tenga tapones de moco o sangre).
- Existen bolsas que se sujetan a la pierna, que le permitirán moverse con más libertad durante el día.

ALIMENTACION

- Aumentar la ingesta de líquidos de 2 a 3 litros (para prevenir las complicaciones más comunes como la formación de cálculos y la infección urinaria).
- Tomar zumos de naranja, mandarina, pomelo, limón, kiwi, ya que en una orina ácida es menos probable que se desarrolle una infección.
- Evitar el estreñimiento tomando alimentación con fibra.

ROPA

- Llevar ropa interior cómoda evitando presionar la sonda.

HIGIENE

- Todos los procedimientos que vaya a realizar deberán ser con extremada limpieza.
- Lavar las manos con jabón antes y después de manipular la sonda.
- Limpieza de la zona genital con agua templada y jabón, 2 veces al día. Puede ducharse sin problemas.
- Mueva la sonda en sentido rotatorio para evitar cualquier incrustación o secreción que haya en la sonda y en el orificio uretral; lávese y aplique solución antiséptica (betadine).

¿En que consiste una nefrostomía?

En la introducción de un tubo de drenaje en el riñón (pelvis renal) a través de la piel de la espalda para salida de la orina a una bolsa.

¿Quien puede ser portador de una nefrostomía?

Puede que usted presente alguno de estos problemas: hidronefrosis, anuria,uropatía obstructiva secundaria,.....
Por lo que está indicada la realización de nefrostomía

¿En que consiste el dispositivo que lleva usted colocado?

Vd tiene un dispositivo (el catéter) que está fijado a piel por medio de puntos. A su vez el catéter estará conectado a un sistema colector compuesto de placa adhesiva protectora y bolsa.

Cuidados del catéter

CUIDADO EN NO DARSE TIRONES DEL MISMO

Higiene de la piel que rodea al catéter

Todos los procedimientos que vaya a realizar deberán ser con extremada limpieza. La piel que rodea a dicho catéter necesita una cuidadosa higiene para evitar infecciones.
Limpie la piel con agua y jabón neutro, séquela bien y pincele con solución de povidona yodada, después coloque la placa y bolsa

Cambios de placa y bolsa

Se colocará una placa protectora alrededor del catéter para evitar el contacto entre la piel y la orina:

La bolsa se cambiará a diario

La placa se cambiara cada 5-6 días o cuando ésta se despegue.

- Catéter venoso periférico.
- Drenaje abdominal.
- Herida quirúrgica abdominal.
- Sonda nasogástrica.
- Sonda vesical de tres vías.
- Suero lavador vesical continuo.
- Urostomía con los catéteres ureterales.

Podemos identificar los siguientes diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración teniendo como problema interdependiente el dolor.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Conocimientos deficientes: Ostomía R/C falta de exposición.
- Déficit de autocuidados: baño/higiene R/C dolor, debilidad o cansancio.
- Deterioro de la movilidad fisica R/C restricción de movimientos/disminución de fuerza o resistencia.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C efluente de urostomía.
- **Riesgo de infección R/C.** Catéter venoso central, catéter venoso periférico, herida quirúrgica, drenajes y catéteres ureterales.
- Riesgo de lesión perioperatoria R/C efectos posanestésicos.
- **Transtorno de la imagen corporal R/C** cambio en la apariencia física.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

- Atelectasia.
- **Complicaciones de la urostomía.**
- Dehiscencia de herida.
- Fístula intestinal.
- Fístula urinaria
- Hemorragia
- Ileo paralítico.
- **Obstrucción de catéter ureteral.**
- Transtorno hídrico.
- Trombosis venosa profunda.

Voy a desarrollar únicamente dos diagnósticos de enfermería y dos problemas de colaboración (los que considero más representativos).

DIAGNÓSTICO ENFERMERO:
Riesgo de infección R/C Herida quirúrgica

NOC: Severidad de la infección	NIC: Cuidados del sitio de incisión
Indicadores	**Actividades**
• Supuración purulenta. • Fiebre. • Dolor, hipersensibilidad. • Colonización del cultivo de la herida.	• Cura de la herida. • Vigilar signos y síntomas de infección. • Control de temperatura.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO:
Riesgo de infección R/C Drenaje de herida

NOC: Severidad de la infección	NIC: Cuidados del drenaje
Indicadores	**Actividades**
• Supuración purulenta. • Fiebre. • Dolor, hipersensibilidad. • Colonización del cultivo de la herida.	• Control del drenaje. • Cura del drenaje. • Vigilar signos y síntomas de infección. • Control de temperatura.

Riesgo de infección R/C Catéter uretral

NOC: Severidad de la infección	NIC: Cuidados del catéter urinario
Indicadores	**Actividades**
• Supuración purulenta. • Fiebre. • Piuria. • Colonización del urocultivo.	• Cuidados del catéter urinario. • Vigilar signos y síntomas de infección. • Control de temperatura.

Trastorno de la imagen corporal R/C cambio en la apariencia física

NOC: Imagen corporal	NIC: Potenciación de la imagen corporal
Indicadores	**Actividades**
• Adaptación a cambios en el aspecto físico. • Adaptación a cambios en la función corporal.	• Ayudar a identificar/superar repercusiones del cambio/pérdida. Apoyo emocional a paciente y familia, implicar a la familia en el proceso, favorecer autonomía en el autocuidado, ayudar a incrementar la percepción sobre la valía personal y poner en contacto con otros profesionales y con grupos de apoyo.

PROBLEMA DE COLABORACIÓN:
Obstrucción de catéter uretral

NOC: Eliminación urinaria	NIC: Cuidados del catéter urinario. Manejo de la eliminación urinaria
Indicadores	**Actividades**
• Cantidad de orina. • Color de la orina. • Claridad de la orina.	• Lavar catéter ureteral. • Vigilar signos y síntomas de obstrucción del catéter ureteral (ausencia de goteo de orina por el catéter ureteral, dolor lumbar o abdominal). • Control de diuresis.

Complicaciones de la urostomía

NOC: Severidad de los síntomas	NIC: Cuidados de la ostomía
Indicadores	**Actividades**
• Intensidad del síntoma. • Frecuencia del síntoma.	• Instruir: cuidado de la ostomía y manejo de dispositivos. • Instruir sobre los cambios en actividad de la vida diaria (alimentación, actividad laboral, vida social, sexualidad, vestido, deportes y viajes). • Proporcionar material adecuado a su ostomía. • Realizar Informe de continuidad de Cuidados. • Vigilar complicaciones del estoma: - Inmediatas: Sangrado periestomal, isquemia o necrosis, edema, desinserción precoz y retracción, infección. - Tardías: Prolapso, estenosis, hernia periestomal.

EVOLUCIÓN POSQUIRÚRGICA

La evolución posquiúrgica del paciente fue buena y sin complicaciones.

1. Retirada de la sonda nasogástrica cuando llega a planta de hospitalización tras la intervención.
2. Tolerancia líquida a las 24 horas.
3. Analgesia: Precisa analgesia únicamente durante los dos primeros días.
4. Retirada de las nefrostomías a los 9 días de la intervención.
5. Retirado drenaje abdominal a los 10 días de la intervención.
6. La herida quirúrgica evoluciona favorablemente, sin complicaciones. Retirada de las grapas a los 12 días de la intervención.
7. La anatomía patológica intraoperatoria de la vejiga confirmó la ausencia de células tumorales: «Músculo liso sin alteraciones y sin infiltrado tumoral».
8. Recibe el alta hospitalaria a los 13 días de la intervención.

En noviembre de 2006 el paciente está sin dolor y sin fiebre. El estoma tiene muy buen aspecto y los catéteres se han retirado. Realizada una ecografía abdominal todo está dentro de la normalidad. Ha mejorado sustancialmente su calidad de vida. En enero de 2007 aparece un episodio de hematuria por estoma urinario que cede espontáneamente y no se pudo filiar y en la revisión de agosto 2007 el paciente está asintomático. Las pruebas realizadas (TAC y citologías) dan resultados negativos.

CONCLUSIÓN

Tanto en la actividad profesional como en los tratamientos administrados existe el riesgo de producir efectos no deseados. Por lo tanto, la información al paciente sobre las actuaciones a seguir debe ser clara y adecuada para el conocimiento de los posibles efectos iatrogénicos y en consecuencia poder aceptar o rechazar el tratamiento propuesto.

DEFINICIONES

1. *Diagnóstico enfermero* es: «Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable».
2. *NOC: Nursing Outcomes Classification* (Clasificación de Resultados de Enfermería.). Resultado enfermero: Un estado, comportamiento o percepción del individuo, familia o comunidad que se mide de forma continuada y que se puede atribuir a las intervenciones de Enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores utilizado para determinar el estado del paciente en relación con el resultado.
3. *Indicador del resultado del paciente*: Estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.
4. *NIC: Nursing Interventions Classification* (Clasificación de Intervenciones de Enfermería.). Intervención enfermera: Todo tratamiento basado en el conocimiento y el juicio clínico que realiza un profesional de la enfermería para obtener resultados sobre el paciente/cliente.
5. *Actividades enfermeras*: Actividades o acciones específicas que las/los enfermeras/os realizan para poner en práctica una intervención y que ayudan a los pacientes a obtener el resultado deseado. Para ejecutar una intervención se requiere una serie de actividades.
6. *Problema de colaboración*: Ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o un cambio en su evolución.
7. *Taxonomía de los resultados de Enfermería NOC*: Es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basada en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de taxonomía de la NOC tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.
8. *Taxonomía de las intervenciones de Enfermería NIC*: Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC tiene tres niveles: campo, clase e intervenciones. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. *Pautas de Oncología*. Instituto Ángel H. Roffo.
2. NANDA. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. Junio 2005-2006. Madrid: Elsevier España, S.A., 2005.
3. Mc. Closkey J, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC). Madrid: Elsevier España, S.A., 2005.
4. Moorhead S, Jhonson M, Maas M. *Clasificación de Resultados de Enfermería* (NOC). Madrid: Elsevier. España, S.A., 2005.
5. www.uroportal.net.
6. www.cancer.org.
7. www.urologyhealth.org.
8. www.radiologyinfo.org.
9. www.meb.uni-bonn.de.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestra compañera Berta Vicuña, por sus consejos y orientación sobre Diagnósticos de Enfermería y clasificaciones NIC y NOC.

XXX Congreso Nacional
de Enfermería Urológica
Jerez de la Frontera
del 21 al 24 de Octubre de 2008
Sede:
ma museo de la atalaya
"Gestionar retos,
liderar el futuro"
Organiza:
selma EVENTOS
www.selmaeventos.com

XXIX Congreso Nacional de Enfermería Urológica

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

Por favor rellene todos los datos en letra mayúscula y utilice un formulario por cada Congresista. Rogamos devuelva el formulario de inscripción, junto con el justificante de pago a la Secretaría Técnica del Congreso.

CONGRESISTA

NIF _____ Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ CP _____ Localidad _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

Centro de Trabajo _____

ACOMPAÑANTE

Nombre _____ Apellidos _____

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre o Razón Social _____ NIF / CIF _____

Dirección _____ CP _____ Localidad _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	INSCRIPCIONES ANTES DEL 19/09/08	INSCRIPCIONES DESPUÉS DEL 19/09/08
Socios ENFURO	380,00 €	410,00 €
No Socios ENFURO	480,00 €	500,00 €
Estudiantes	250,00 €	280,00 €
Acompañantes	310,00 €	340,00 €

FORMA DE PAGO

Mediante Transferencia Bancaria

CONGRESO ENFURO: 2071 1200 12 0210900034

GASTOS DE CANCELACIÓN

Antes del 10 de Octubre, reembolso 100%. Entre el día 10 y el 15 de Octubre, reembolso 75%. Después del 15 de Octubre, no hay reembolso. La cancelación tendrá que ser solicitada por escrito a la Secretaría Técnica. Todas las devoluciones serán realizadas a la finalización del evento.

Las inscripciones sólo podrán ser confirmadas tras la recepción del boletín de inscripción correctamente relleno y acompañado de su respectivo justificante. No se aceptarán inscripciones sin haber sido efectuada su liquidación.

Secretaría Técnica: Selma Eventos
c/ Diego Fernández Herrera 2 / 11401 Jerez de la Frontera. Cádiz
Teléfono y Fax: 956 34 37 68
info@selmaeventos.com www.selmaeventos.com

XXIX Congreso Nacional de Enfermería Urológica

BOLETIN DE RESERVA HOTELERA

Por favor rellene todos los datos en letra mayúscula y utilice un formulario por cada Congresista. Rogamos devuelva el formulario de reserva de hotel, junto con el justificante de pago a la Secretaría Técnica del Congreso.

CONGRESISTA

NIF _____ Nombre _____ Apellidos _____

Dirección _____ CP _____ Localidad _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

Centro de Trabajo _____

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre o Razón Social _____ NIF / CIF _____

Dirección _____ CP _____ Localidad _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

HOTELES OFICIALES DEL CONGRESO

MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN ELEGIDA — PRECIOS POR HABITACIÓN/NOCHE — CONSULTE OTRAS OPCIONES — I.V.A. 7% NO INCLUIDO EXCEPTO INDICACIÓN (*)

☐ Prestige Palmera Plaza 5 * (Hotel Sede)	☐ 91€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 105€ Hab. Doble	Solo Alojamiento
☐ Jerez & Spa 5*	☐ 105€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 120€ Hab. Doble	Desayuno Buffet Incluido
☐ Villa Jerez 5 *	☐ 165€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 180€ Hab. Doble	Desayuno Buffet Incluido
☐ Barcelo Jerez 4*	☐ 94€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 110€ Hab. Doble	Desayuno Buffet Incluido
☐ Los Jandalos Jerez 4*	☐ 95€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 95€ Hab. Doble	Desayuno Buffet Incluido
☐ Palacio Garvey 4*	☐ 110€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 130€ Hab. Doble	Desayuno Incluido
☐ Hipotels Sherry Park 4*	☐ 82€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 102€ Hab. Doble	Desayuno Buffet Incluido (*)
☐ Guadalete 4*	☐ 85€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 95€ Hab. Doble	Desayuno Buffet Incluido
☐ Tryp Jerez 4*	☐ 80€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 80€ Hab. Doble	Solo Alojamiento
☐ NH Avenida Jerez 3*	☐ 75,5€ Hab. Doble Uso Individual ☐ 98€ Hab. Doble	Desayuno Buffet Incluido
☐ Tierras de Jerez 3*	☐ 66€ Hab. Individual ☐ 84€ Hab. Doble	Desayuno Incluido (*)
☐ Doña Blanca 3*	☐ 61€ Hab. Individual ☐ 77€ Hab. Doble	Solo Alojamiento

DATOS DE LA RESERVA

Fecha de Entrada _____ Fecha de Salida _____ Nº de Noches _____ Nº de Personas _____

Nombre del Acompañante _____ Apellidos _____ Asiste al programa acompañantes SÍ NO

Observaciones _____

FORMA DE PAGO

Mediante Transferencia Bancaria: SELMA AGENCIA DE VIAJES S.L. 2071 1200 19 0121389037

CONDICIONES DE RESERVA Y GASTOS DE CANCELACIÓN

Condiciones de Reserva: Adjunte justificante de pago (Copia sellada por el banco). No se considerará confirmada ninguna reserva que no vaya acompañada del pago correspondiente. El envío del pago no supone la confirmación de la reserva. La reserva se dará por confirmada en el momento de recibir el Congresista la correspondiente carta de confirmación, que deberá utilizar como bono de presentación a su llegada al hotel.
Cancelaciones: Todas las Cancelaciones se realizaran por escrito. Las cancelaciones recibidas antes del 19/09 tendrán derecho al importe abonado. Las devoluciones se realizán después del Congreso. Las Cancelaciones recibidas a partir de la fecha indicada no tendrán derecho a devolución.
Notas Generales: Las reservas se realizarán por orden de recepción. En caso de no disponer de habitación en el hotel solicitado, se confirmará en el hotel disponible de características similares. Toda solicitud implica la aceptación de estas condiciones.

Secretaría Técnica: Selma Eventos
c/ Diego Fernández Herrera 2 / 11401 Jerez de la Frontera. Cádiz
Teléfono y Fax: 956 34 37 68
info@selmaeventos.com www.selmaeventos.com

XXX Congreso Nacional de Enfermería Urológica

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

SEDE

ma museos de la atalaya

ORGANIZA

Selma EVENTOS

www.selmaeventos.com

MARTES 21 de OCTUBRE de 2008

Fecha / Hora	Mesa	Ponencia
21/10/08 16:30h. - 19:00h.	ACREDITACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN	
21/10/08 17:00h. - 18:45h.	TALLER (Aforo máximo 30 personas)	CUIDADOS EN ESTOMAS UROLÓGICOS
21/10/08 19:00h. - 19:30h.	MESA INAUGURAL	
21/10/08 19:30h. - 20:45h.	CONFERENCIA INAUGURAL	BIOÉTICA
21/10/08 21:00h.	RECEPCIÓN OFICIAL Y COCKTAIL DE BIENVENIDA JARDINES DE LA ATALAYA	

MIÉRCOLES 22 de OCTUBRE de 2008

22/10/08 9:00h.- 9:30h.	ACREDITACIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN		
	COMUNICACIONES	RESPONSABLE COMUNICACIONES	EVALUADORES
22/10/08 9:30h.- 10:45h.	Comunicaciones Orales	COMITÉ CIENTÍFICO	COMITÉ CIENTÍFICO
22/10/08 10:45h.-11:15h.	CAFÉ DESCANSO		

Fecha / Hora	Mesa	Ponencia
22/10/08 11:15h.-12:30h.	MESA DE PONENCIAS: CUIDADOS Y SEGURIDAD CLÍNICA	
22/10/08 12:45h.-14:15h.	MESA DE PONENCIAS: CUIDADOS E INCONTINENCIA URINARIA	RESPUESTAS HUMANAS EN PACIENTES INCONTINENTES AUTOSONDAJE VESICAL
22/10/08 14:30h. – 16:30h.	ALMUERZO - NAVE BODEGUERA "DON JORGE" MUSEOS DE LA ATALAYA	

	COMUNICACIONES	RESPONSABLE COMUNICACIONES	EVALUADORES
22/10/08 16:30h.- 18:00h.	Comunicaciones Orales	COMITÉ CIENTÍFICO	COMITÉ CIENTÍFICO
22/10/08 20:00h.	VISITA Y CENA - SALÓN LOS APÓSTOLES DE LA BODEGA GONZÁLEZ BYASS		

JUEVES 23 de OCTUBRE de 2008

	COMUNICACIONES	RESPONSABLE COMUNICACIONES	EVALUADORES
23/10/08 9:30h.- 10:45h.	Comunicaciones Orales	COMITÉ CIENTÍFICO	COMITÉ CIENTÍFICO
23/10/08 10:45h.-11:15h.	CAFÉ DESCANSO		

Fecha / Hora	Mesa	Ponencia
23/10/08 11:15h.-12:30h.	MESA DE PONENCIAS: ACREDITACIÓN PROFESIONAL	MODELO ANDALUZ DE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES LA ACREDITACIÓN A VISTA DE UNA ENFERMERA

	COMUNICACIONES	RESPONSABLE COMUNICACIONES	EVALUADORES
23/10/08 12:45h.- 14:15h.	Comunicaciones Orales	COMITÉ CIENTÍFICO	COMITÉ CIENTÍFICO
23/10/08 14:30h.	ALMUERZO - RESTAURANTE VENTA ANTONIO		
23/10/08 20:00h.	ESPECTÁCULO "COMO BAILAN LOS CABALLOS ANDALUCES" REAL ESCUELA ANDALUZA DE ARTE ECUESTRE		

VIERNES 24 de OCTUBRE de 2008

	COMUNICACIONES	RESPONSABLE COMUNICACIONES	EVALUADORES
24/10/08 10:00h.- 11:30h.	Comunicaciones Orales	COMITÉ CIENTÍFICO	COMITÉ CIENTÍFICO
24/10/08 11:30h.-12:00h.	CAFÉ DESCANSO		
DEFENSA DE POSTERS FINALISTAS (Los autores de los pósters seleccionados previamente por el comité científico defenderán de forma presencial sus trabajos)			
24/10/08 12:00h.- 13:00h.	Comunicaciones Posters	COMITÉ CIENTÍFICO	COMITÉ CIENTÍFICO

24/10/08 13:00h.- 13:30h.	PRESENTACIÓN DE SEDE ENFURO 2009		
24/10/08 13:30h.- 14:00h.	ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA		
24/10/08 14:00h.- 14:30h.	MESA	PONENCIA	INTERVINIENTES
	MESA DE CLAUSURA		Directora de Enfermería Directora Gerente Presidente Com. Org. Presidente de Soc. Enfuro
24/10/08 14:30h.	ALMUERZO - NAVE BODEGUERA DEL HOTEL PRESTIGE PALMERA PLAZA		
24/10/08 17:30h.	ASAMBLEA DE SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA UROLÓGICA		
	CENA DE GALA - FERIA DE JEREZ		