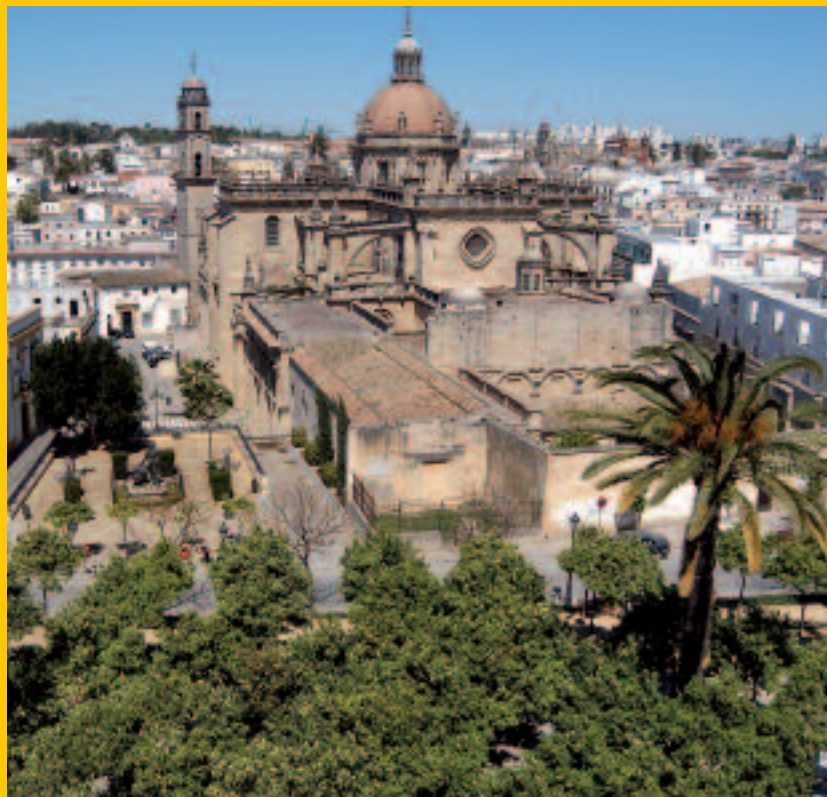


enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 106. Junio 2008



Ansiedad en el paciente urológico quirúrgico

Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida. Estudio desde una consulta de urología

Plan de cuidados en autosondaje: a propósito de un caso

Futuro de la enfermería urológica en el desarrollo de las especialidades

Enfermería quirúrgica urológica en los campamentos de refugiados saharauis



ENFURO

nº 106 / Abril/Mayo/Junio 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
- Ansiedad en el paciente urológico quirúrgico. Solar Gutiérrez, C.; Agudo Domínguez, F. J.; Espada Bordes, J. M.; Saavedra Fernández, M. J. 6
- Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida. Estudio desde una consulta de urología. Guillén Del Castillo, A.; Espada Puedo, A.; Legarra Muruzábal, S.; García López, M.; Garayoa Arizcuren, B. 9
- Plan de cuidados en autosondaje: a propósito de un caso. Gómez García, E.; Herrera Álvarez, A.; López Guerrero, I. 13
- Futuro de la enfermería urológica en el desarrollo de las especialidades. Roldán Valcárcel, M.D.; Ruiz Manresa, C. D; Serrano Bueno, B. M. 17
- Artículo de revisión sobre el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales 22
- Enfermería quirúrgica urológica en los campamentos de refugiados saharauis. Olea Ulloa, L.; Sagüillo Antolín, M.; Amador Martínez, A.; Molina Alén, E.; Del Campo Antolín, A.; González Albornoz, V. 27



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, 4-6°. 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

«Todos licenciados»

Parece que esta vez sí, el colectivo de Enfermería ha conseguido una vieja aspiración, la licenciatura de Enfermería (Grado) que es como se llamará definitivamente y es que como sabéis el pasado mes de febrero el Consejo de Ministros ha dado luz verde a la Licenciatura de Enfermería, por tanto con este acuerdo el Ministerio de Educación y Ciencia publicará en el BOE las ordenes que establezcan los objetivos del título y la planificación de las enseñanzas.

Sabemos que la nueva titulación tendrá una duración de 240 créditos repartidos en cuatro años, al igual que el resto de las titulaciones, ya que desaparece la clasificación de diplomaturas y

licenciaturas, unificándose todas en el título de grado.

Con esta nueva titulación podremos acceder al Master y Doctorado todos los enfermeros, es por ello que ahora más que nunca, pensamos que toma mayor relevancia la investigación y la especialización en nuestras tareas, por ello, si esto finalmente es así, también tomarán un papel más importante, si cabe, las Asociaciones de Colectivos Enfermeros como vía de canalización de toda esta actividad, publicaciones, proyectos de investigación, tesis doctorales etc. que deriven de esta nueva situación.

Así que desde estas líneas ánimo y proponernos una meta, en 2012: «todos licenciados» y «todos asociados».

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

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP..... TELÉFONO.....

Española de

CORREO ELECTRÓNICO.....

Enfermería

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.

en Urología

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

SOLAR GUTIÉRREZ, C.; AGUDO DOMÍNGUEZ F.J.*; ESPADA BORDES, J.M.; SAAVEDRA FERNÁNDEZ, M.J.
 Enfermeros Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz)
 *Enfermero Hospital Universitario Puerto del Real (Cádiz)

Ansiedad en el paciente urológico quirúrgico

RESUMEN

Hay un gran número de pacientes que pueden presentar un cuadro ansioso, acrecentando en el paciente urológico por el síntoma autónomo de la frecuencia miccional.

El objetivo es determinar los factores relacionados y las características que originan este diagnóstico para, mediante intervenciones de enfermería, disminuir la ansiedad.

La variable diagnóstica ansiedad al igual que el resultado control de ansiedad sería una constante como objetivo del plan de cuidados, presentando como variables independientes de estudio las intervenciones asociadas a este diagnóstico y sus resultados.

Una vez conocidas las necesidades aplicamos las siguientes intervenciones: Información escrita y oral al ingreso.

Técnicas que aumenten la relajación.

Información escrita y oral al alta.

La valoración durante la estancia del paciente en planta, acompañada de información continua y personalizada hará que a este le sea mucho más sencilla su adaptación a un medio que para él resulta "hostil y a la vez necesario".

Palabras clave: ansiedad, diagnósticos e intervenciones, valoración.

SUMMARY

There is a great number of patients who can present an anxious profile, increasing in the urological patient for the autonomous symptom of the mictorial frequency.

The goal is to determine the related factors and the characteristics that originate this diagnose for; through nursing interventions, decreasing the anxiety.

The variable diagnose anxiety in the same way as the result of control of anxiety would be a constant as a goal of the cares plan, presenting as independent variables of study the associated interventions to this diagnose and their results.

Once the needs are known we apply the following interventions:

Written and oral information in the admission.

Techniques that increase the relaxation.

Written and oral information in the discharge.

The appraisal during the stay of the patient admitted, accompanied by continuous and personalized information, will make much more easier the adaptation to a means that for them is "hostile and at the same time necessary".

Keywords: Anxiety, Diagnoses and Interventions, Appraisal/Evaluation.

INTRODUCCIÓN

Si analizamos la palabra ansiedad vemos que se define como un sentimiento desagradable producida por una fuente desconocida por el individuo. Durante este cuadro el individuo presenta sensaciones de inquietud, miedo e incluso pánico.

Según las estadísticas el 32%, aproximadamente, de los enfermos pueden presentar un cuadro ansioso, acrecentando en este tipo de pacientes el síntoma autónomo de la frecuencia miccional.

Los pacientes en los momentos previos a la cirugía, presentan alteraciones en el estado psíquico. Hay evidencia de trabajos que han estudiado la influencia de la información, acompañamiento y cuidados en el período inmediato y

posterior a la intervención, en relación con el grado de Estado de Ansiedad. Los resultados indican que, el grupo que no recibió información preoperatoria, tiene una puntuación media en estado de ansiedad, superior al grupo que sí recibió apoyo psicológico preoperatorio y muy por encima de la puntuación media.

El diagnóstico ansiedad se va a mantener durante todo el período en que el paciente permanece ingresado por lo que el objetivo de control de la ansiedad va a ser nuestra meta a partir del plan de cuidados generado. Aunque este sea individualizado se mantendrá abierto durante todo el proceso y hasta el momento que se produzca el alta hospitalaria pasando a través del informe de continuidad de cuidados la información suficiente para que el enfermero de zona gestione el caso y el paciente no se sienta abandonado y res-

ponsable total de los cuidados, sino que mantenga la tranquilidad de que un profesional va a servirle de apoyo hasta la resolución de su caso. Los factores relacionados con el diagnóstico van a ser los que afectan al estado de salud del paciente (problema urológico) y el cambio de medio con unas características propias como es la expresión de vergüenza y la verbalización de sentimientos negativos. Toda nuestra atención se debe centrar en conseguir como resultado el control de la ansiedad, mediante intervenciones enfermeras.

METODOLOGÍA

En nuestra unidad está vigente el modelo conceptual enfermero de Virginia Henderson y usando las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification).

Presentamos un caso clínico de características estándar para un paciente que se va a intervenir de una adenomectomía abierta.

Valoración del paciente

La valoración será completa y nos permite conocer al paciente, su familia y entorno. El momento ideal para iniciarla es cuando la enfermera pueda dedicar el tiempo necesario para desarrollarla atendiendo al paciente y familia de una forma correcta sin que este detecte «prisas» que pueden generar más ansiedad. Esta valoración debe hacerse dentro de las primeras 24 h del ingreso. Patrones para la valoración:

- Promoción de la salud.
- Nutrición.
- Eliminación.
- Actividad/reposo.
- Percepción.
- Auto concepto.
- Rol-relaciones.
- Sexualidad.
- Principios vitales.
- Seguridad-protección.
- Crecimiento desarrollo

Diagnósticos

- Conocimiento deficiente del paciente.
- Riesgo de lesión.
- Dolor agudo.
- Déficit de auto cuidado: baño-higiene.
- Déficit de auto cuidado: uso del baño.
- Desequilibrio nutricional por defecto.
- Deterioro de la movilidad.
- Deterioro de la eliminación urinaria.

- Deterioro eliminación intestinal.
- Temor.
- Deterioro de la integridad cutánea.

Planificación

Los Resultados sugeridos corresponden a los diagnósticos expuestos anteriormente:

- Conocimiento de su tratamiento y de su proceso durante la estancia hospitalaria.
- Control del riesgo.
- Control del dolor.
- Cuidados personales de la actividad diaria.
- Cuidados personales de la vida diaria.
- Etapas de la dieta.
- Nivel de movilidad adecuado.
- Eliminación urinaria adecuada.
- Eliminación intestinal adecuada.
- Cura de la herida por primera intención.
- Control de ansiedad.

Gracias al programa informático la selección de un diagnóstico, el resultado y las intervenciones se hace de forma sistemática. Y al trabajar con mapas de cuidados la variabilidad es mínima.

Las Intervenciones conforme al plan de cuidados van a ser:

- Enseñanza del procedimiento.
- Administración de medicamentos.
- Manejo de la nutrición.
- Ayuda con los auto cuidados.
- Terapia de ejercicios deambulación.
- Monitorización de signos vitales.
- Manejo de la eliminación urinaria.
- Disminución de la ansiedad.

En este trabajo nos vamos a centrar en las intervenciones enfermeras para disminuir la ansiedad

RESULTADOS

Información oral y escrita al ingreso

La información sobre el procedimiento que se transmite al paciente debe de ser manejada con habilidad por el profesional, ya que esta va a ser demandada por el paciente y familia durante todo el proceso y si es una información buena, entendible y sopesada hace que la ansiedad se minimice y fomenta la cooperación con la familia. Facilitamos una información en forma de cómic que explica todo el proceso de forma gráfica de forma que un paciente aun sin saber leer pueda recibir una información básica del proceso quirúrgico.

LA INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE SE TRANSMITE AL PACIENTE DEBE DE SER MANEJADA CON HABILIDAD POR EL PROFESIONAL, YA QUE ESTA VA A SER DEMANDADA POR EL PACIENTE Y FAMILIA DURANTE TODO EL PROCESO Y SI ES UNA INFORMACIÓN BUENA, ENTENDIBLE Y SOPESADA HACE QUE LA ANSIEDAD SE MINIMICE Y FOMENTA LA COOPERACIÓN CON LA FAMILIA

Técnicas de relajación

Durante su estancia en el hospital nos planteamos una serie de técnicas que van a aumentar su relajación y a la vez disminuir la ansiedad. Los ejercicios respiratorios van ayudar en los momentos de contracción vesical por obstrucción o espasmos vesicales.

Por un lado para aumentar la relajación del paciente es necesario cubrir las necesidades mermadas durante el proceso y detectadas por la valoración, es decir para estar relajado debe de sentirse lo mas autosuficiente posible.

Necesita de alguien que le ayude a alimentarse, a sentirse limpio mientras no pueda a hacer por si mismo. La eliminación

intestinal se debe alterar lo menos posible, asistiéndolo por si necesitar ir al baño con ayuda o un laxante. En la eliminación urinaria debemos mantener siempre permeable la sonda urinaria evitando el dolor obstructivo. Necesita comunicarse con sus compañeros para distraerse y deambular para lo cual le facilitaremos los medios necesarios como bolsas de pierna o palos de ruedas en correcto funcionamiento. Necesita evitar peligros y confiar que el personal le va ayudar en este sentido, recibiendo la información necesaria para sus autocuidados, esta información debe de ser adecuada al lenguaje y comprensión del paciente y familia.

Información oral y escrita al alta

La planificación del alta del paciente a su domicilio se hará cuando haya adquirido los conocimientos de los dispositivos de que sea portador, así como la enseñanza y comprensión de los ejercicios de suelo pélvico para que tras la retirada de la sonda le ayude al control de la orina lo antes posible.

Se dan al paciente una serie de indicaciones sobre higiene y signos de alarma, que debe de conocer para pedir ayuda profesional. El paciente no debe de salir de hospital con miedo a no saber desenvolverse.

Dejamos abierto los diagnósticos no resueltos en el Informe de Continuidad de Cuidados así como las indicaciones que consideremos convenientes para su seguimiento.

LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA DEL PACIENTE A SU DOMICILIO SE HARÁ CUANDO HAYA ADQUIRIDO LOS CONOCIMIENTOS DE QUE SEA PORTADOR, ASÍ COMO LA ENSEÑANZA Y COMPRENSIÓN DE LOS EJERCICIOS DE SUELO PÉLVICO PARA QUE TRAS LA RETIRADA DE LA SONDA LE AYUDE AL CONTROL DE LA ORINA LO ANTES POSIBLE

DISCUSIÓN

Existe una relación clara entre la entre la satisfacción del paciente y la información recibida, la valoración personal hace que el paciente perciba una mayor calidad en el servicio, sintiendo un trato mas individualizado. La información, el entrenamiento, consejos y formación de autocuidados tienen efectos beneficiosos durante todo el proceso quirúrgico, siempre que los problemas estén bien definidos y catalogados como diagnósticos. Intervenciones mínimas como la presentación del proceso en comic obtienen resultados favorables tanto para el control de la ansiedad, autocuidados y prevención de efectos adversos.

Para la enfermera el diagnostico ansiedad se presenta como una desviación de la salud y para su manejo esta demostrado el uso de técnicas grupales y en nuestro caso la realización de ejercicios de relajación que van a permitir un postoperatorio mas confortable, potenciando una intervención enfermera promocionar la salud desde un enfoque no farmacológico.

A partir de nuestra experiencia estamos en condiciones de presentar las intervenciones antes descritas con un grado de recomendación optimo para el resto de profesionales. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Marqués Andrés S, Villaverde Estébanez M. «La relajación grupal es una terapia eficaz para el tratamiento de la ansiedad generalizada en mujeres». *Evidentia* 2006 nov-dic; 3(12). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n12/281articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
2. Andérez Aragón, J Elena; Galán Miguel, Julia y Martins Revelo, Ana Rosa: «La ansiedad en el paciente quirúrgico». *Revista Oiñarri*. 1996 jun. 7:4-13.
3. Legarra Muruzabal S., Unanua Aragon, C., Beriain, M.J. «Tratamiento de los espasmos vesicales mediante técnica de relajación». *Enfuro* N° 49 Oct-Nov-Dic 1993: 60-64.
4. Garcia Martin AI, Del Olmo Cañas P, y cols. «Reeducacion del suelo pelvico». *Enfuro* N° 100. Dic 2006. 27-29.

GUILLÉN DEL CASTILLO, A.*; ESPADA PUEDO, A.*; LEGARRA MURUZÁBAL, S.*; GARCÍA LÓPEZ, M. **; GARAYOA ARIZCUREN, B.*

* Diplomadas en Enfermería. Servicio de Urología. Hospital Virgen del Camino. Centro de Consultas Príncipe de Viana

** Diplomada en Enfermería. Instituto Navarro de Salud Pública

Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida

Estudio desde una consulta de urología

RESUMEN

La incontinencia urinaria es un problema universal, que tiene una repercusión importante en la percepción de salud de las mujeres que la padecen.

Realizamos un estudio de calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en un periodo de 9 meses con dos encuestas: ICIQ-SF y EQ-5D. Los resultados obtenidos mostraron una media de 15 en el ICIQ-SF y 0.67 en el EQ-5D, con una menor afectación en la calidad de vida de la incontinencia de esfuerzo respecto a la mixta y a la de urgencia.

Como conclusión creemos que la enfermería juega un papel decisivo en la implantación de las encuestas auto administradas, como una herramienta más en la evaluación de estas pacientes.

Palabras clave: incontinencia urinaria, calidad de vida, herramientas de evaluación.

SUMMARY

Urinary incontinence is a universal problem, which has an important repercussion on the perception of health of the women who suffer it. We carry out a study about quality of life in women with urinary incontinence in a period of 9 months with two surveys: ICIQ-SF and EQ-5D. The obtained results showed an average of 15 in the ICIQ-SF and 0.67 in the EQ-5D, with a smaller affectation in the quality of life of the incontinence of effort with regard to the mixed one and to that of urgency.

As a conclusion, we think that nursing stakes a decisive role in the introduction of the self administered surveys, as one common tool in the evaluation of these patients.

Keywords: urinary incontinence, quality of life, tools for evaluation.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social y de higiene, definición adoptada por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) (1).

La incontinencia urinaria, un problema universal, tiene un importante impacto en las mujeres que la padecen. Las tasas de prevalencia varían en función de las áreas estudiadas y de la edad. Estudios en nuestro país indican que aproximadamente un 20% de la población femenina, entre 18 y 65 años, la padece en grados variables, con un 79,2% de ellas con más de un año de evolución (2). La prevalencia aumenta con la edad de manera que si a los 35 años ya el 21% la padece, este porcentaje crece muy ligeramente hasta los 60 años, alcanzando entonces el 25% y llegando hasta el 34% a los 65 y al 61% a los 90 años (3).

Estos datos contrastan con el hecho del bajo porcentaje de pacientes que consultan con su médico. En el estudio comparativo de Hunskaar y cols. de 2004, comparando cuatro países europeos (España, Francia, Alemania, Reino Unido), sólo el 24% de las españolas habían consultado por su incontinencia frente al 40% de las alemanas (3).

Si bien disponemos de amplios datos sobre la prevalencia, los de incidencia son escasos. Gavira y cols. en un estudio a 5 años, y en población mayor de 65 años, apreciaron un incremento de la incontinencia en mujeres del 41 al 54%. Además un 29% de los continentes acababan en incontinentes, los grados leves o moderados tendían a pasar a grados de severidad mayores, con una tasa de remisiones del 14% (4).

A la evaluación clínica con anamnesis y exploración física, en los últimos años se han añadido las encuestas de calidad de vida, que pretenden reflejar el impacto que tiene la incontinencia en la percepción de salud de las

LA MAYORÍA DE NUESTROS PACIENTES SE PRESENTARON CON IU DE ESFUERZO (58.6%), SEGUIDAS DE LAS AFECTADAS POR IU MIXTA (30.6%), Y FINALMENTE LAS DE URGENCIA (10.6%)

personas. Estos sistemas de medida de calidad de vida son recomendados hoy en día para una correcta evaluación, no sólo diagnóstica, sino también para valorar los resultados de los tratamientos (5, 6). Presentamos aquí los resultados de dos encuestas de calidad de vida aplicadas a mujeres que consultaron por incontinencia urinaria.

El otro cuestionario empleado, no específico sino de percepción de la salud general, ha sido el EuroQoL- 5D (EQ-5D). Con 5 atributos: movilidad, auto cuidado, actividad habitual, dolor/malestar y ansiedad/depresión, y cada uno con tres niveles (ausencia de problemas, algo de problema, gran problema), permite establecer 243 estados de salud posibles. Dispone además de una Escala Visual Analógica (EVA) que, a modo de termómetro, determina entre 0 y 100 el estado de salud que la paciente cree tener, siendo el 100 el mejor estado de salud imaginable y el 0 el peor. EQ-5D permite asignar valores, entre 0,0 (muerto) y 1,0 (salud perfecta) (7), a los estados de salud obteniendo un índice para cada uno de ellos, el EQ- index.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante un periodo de tiempo, que va de Octubre de 2006 a Junio de 2007, se han registrado los efectos que tiene la incontinencia urinaria en la calidad de vida, en mujeres que han consultado en nuestra consulta de Urología.

Para el análisis de la calidad de vida, se emplearon dos cuestionarios auto administrados que se entregaron a las pacientes en el momento de la primera consulta (ANEXOS). El primero de ellos es el ICIQ-SF (International Consultation Incontinence Questionnaire- Short form), que recoge en tres preguntas aspectos de calidad de vida específicos de la incontinencia urinaria: cuántas veces pierde orina, en que cantidad y cuánto considera que le afecta a su vida cotidiana. Las puntuaciones van de 1 a 21, siendo las mayores las que suponen un mayor impacto en la calidad de vida.

Anexo I

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO ICIQ-SF

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)

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

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

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

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

- | | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Nada | | | | | | | | | Mucho |

RESULTADOS

Se han recogido encuestas en 75 mujeres afectadas de incontinencia urinaria, con una edad media de 56 años (entre 84 y 31). En 70 de ellas las encuestas son completas y en 5 no se cumplimentó el EQ-5D. Del total de pacientes, tenían incontinencia de esfuerzo 44, por urgencia 8 y mixta 23.

En los resultados globales del ICIQ-SF se encontraron puntuaciones entre 21 y 5, con una media de 15. El EQ-5D mostró una puntuación máxima de 0.919 y mínima de -0.349, siendo la media de 0.671. Con la EVA el máximo fue de 100, con un mínimo de 10 y una media de 62.

Por tipo de incontinencia, en la IU de esfuerzo los resultados en el ICIQ-SF fueron de 14.3 de media (entre 21 y 5); en el EQ-5D de 0.734 (entre 0.919 y 0.093); y una media de 63 en la EVA (100-10).

Los resultados en la IU mixta fueron de 14.3 de media en el ICIQ-SF (20 - 7); 0.628 de media en el EQ-5D (0.919 - -0.181) y una media 60.8 en la EVA (90 - 20).

Las medias en ICIQ-SF, EQ-5D y EVA fueron 15,2 (21- 7), 0,621 (0,919 - -0,349) y 60,4 (95 - 20), respectivamente, en los casos de IU por urgencia.

DISCUSIÓN

Aunque en España las primeras consultas de pacientes afectadas de por IU son realizadas por médicos de Atención Primaria y Ginecólogos, un pequeño porcentaje son atendidas en las consultas especializadas de Urología. En el estudio publicado por Monz y cols. la valoración inicial de las pacientes fue realizada en un 56% en Atención Primaria y en un 37% por Ginecólogos (8). Sin embargo, muchas pacientes son remitidas posteriormente a Urología, como lo demuestra el hecho de que en nuestro medio el 10% de las primeras consultas urológicas sean por incontinencia urinaria.

En este estudio hemos empleado una encuesta genérica como la EQ-5D y una específica, la ICIQ-SF, por ser esta última una encuesta sencilla de entender, fácil de cumplimentar

y validada en España, aunque existen otro tipo de cuestionarios específicos (9, 10, 11).

La mayoría de nuestras pacientes se presentaron con IU de esfuerzo (58.6%), seguidas de las afectadas por IU mixta (30.6%), y finalmente las de urgencia (10.6%). Estos resultados contrastan con los de Monz y cols. (12) donde la incontinencia más frecuente era la mixta (58%), pero se asemejan a los de Patrick y cols. (10) con un 49% de IU de esfuerzo.

Nuestro estudio confirma el impacto significativo que tiene la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres. Aunque el número de pacientes que tenemos con incontinencia de urgencia es bajo, es el tipo que más afecta a la calidad de vida, tanto en el cuestionario específico (ICIQ-SF) como en el general (EQ-5D).

En un estudio realizado en 9.487 mujeres de 15 países de Europa, incluida España (12), la

EVA en la incontinencia de esfuerzo era del 71.2, con un 64 y un 67,9 para la mixta y por urgencia, frente a nuestros resultados de 63,5, 60,8 y 60,4 respectivamente. Si atendemos al EQ-5D los resultados en España (13) eran del 0,81 global, frente a nuestro 0,677. Esto viene a demostrar que las pacientes remitidas a especializada de Urología presentan un mayor deterioro en su calidad de vida, probablemente por padecer incontinencias urinarias más severas.

Aunque los cuestionarios están enfocados de manera distinta, el estudio de Monz (12) demuestra la correlación existente entre ambos, y así las medidas en el genérico EQ-5D, están asociadas con parámetros específicos, concretamente la severidad y el tipo de incontinencia urinaria.

Anexo II

CUESTIONARIO DE SALUD EuroQoL-5D EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar

Tengo algunos problemas para caminar

Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

No tengo problemas con el cuidado personal

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme

Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas

Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

No tengo dolor ni malestar

Tengo moderado dolor o malestar

Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

No estoy ansioso ni deprimido

Estoy moderadamente ansioso o deprimido

Estoy muy ansioso o deprimido

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

(POR FAVOR, PONGA UNA CRUZ EN EL CUADRO)

Méjor

Igual

Peor

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que se pueda imaginar y con un 0 el peor estado de salud que se pueda imaginar.

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Por favor, dibuje una línea desde el castillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

CONCLUSIÓN

Las encuestas auto administradas de calidad de vida son métodos exactos y reproducibles de medida y suponen un valor añadido en la evaluación de las pacientes con incontinencia urinaria. La enfermería puede jugar un papel importante en su implantación y desarrollo tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento y en los resultados de los tratamientos. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Hu T W, Wagner T H, Hawthorne G, Moore K, Subak L L. «Economics of incontinence» in Abrams, Cardozo, Kohuri,

Wein; Incontinece. Basics and evaluation. 3º International Consultation. International Continence Society:73- 97. 2004.

2. Modroño Freire, F. J.; Sánchez Coughil, M. J.; Gayoso Diz, P.; Valero Paternain, M. y cols. «Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 25 años y su influencia en la calidad de vida». *Aten Primaria*; 34: 134-149. 2004.
3. Hunskar, S.; Lose, G.; Sykes, D.; Voss, S. «The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries». *BJU Int*; 93: 324- 330. 2004.
4. Gavira Iglesias, F.; Caridad y Ocerin, J. M.; Guerrero Muñoz , J. B.; López Pérez, M. y cols. «Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos en una población rural española». *Aten Primaria*; 35: 67- 73. 2005.
5. Napal Ros, C.; Lara Bueno, C.; Echeandía Valencia, B.; Egaña Gorraiz, C.; Sancho Rey, B.; Recalde Yoldi, A. «Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria». *Enfuro*; 89: 8 -10. 2004.
6. Neves de Sousa, C., Nascimento, A.; Machado Andrade, M. «Incontinencia urinaria versus calidad de vida». *Enfuro*; 95: 27 -29. 2005.
7. Brooks R and the Euro-Qol Group. «Euro-Qol: the current state of play». *Health Policy*; 37: 57- 72. 1996.
8. España Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. «Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para la evaluación de la incontinencia urinaria». *Med Clin*; 122: 288- 292. 2004.
9. Monz B, Hampel Ch, Porkess S, Wagg A y cols. «A description

of health provision and access to treatment for women with urinary incontinence in Europe A five-country comparison». *Maturitas*; 52S: 3- 12. 2005.

10. Patrick D L; Martin M. L.; Bushnell, D. M.; Yalcin, I. y cols. «Quality of life of women with urinary incontinence: further developement of the incontinence quality of life instrument (I-QOL)». *Urology*; 53: 71- 76. 1999.
11. Wagner, T. H.; Patrick, D. L.; Bavendam, T. G.; Martin, M. L.; Buesching, D. P. «Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure». *Urology*; 47: 67- 72 .1996.
12. Monz B; Chartier-Kastler E; Hampel Ch; Samsioe G y cols. «Patient characteristics associated with Quality of Life in European women seeking treatment for urinary incontinence: Results from PURE». *Eur Urol*; 51: 1073-1082. 2007.
13. Monz, B.; España Pons, M.; Hampel Ch; Hunskarr, S. y cols. «Patient reported impact of urinary incontinence Results from treatment seeking women in 14 European countries». *Maturitas*; 52S; 24- 34. 2005.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento al doctor M. Montesino Semper (Jefe Clínico del Servicio de Urología del Hospital Virgen del Camino) y al resto de Urólogos de dicho Servicio, por su contribución en la elaboración de este trabajo.



Nuestra página web:
www.enfuro.org

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

GÓMEZ GARCÍA, E.*; HERRERA ÁLVAREZ, A.**; LÓPEZ HERRERO, I.**

* Enfermera Consulta de Urología

** Jefe de Bloque de Formación y Cuidados

*** Auxiliar de Enfermería Consulta de Urología. Hospital Comarcal "Valle de los Pedroches". Pozoblanco. Córdoba

Plan de cuidados en autosondaje: a propósito de un caso

RESUMEN

Basándonos en la oferta de una adecuada atención enfermera, centrada en la personalización y en la continuidad con planes de cuidados estandarizados, mostramos mediante el presente trabajo un ejemplo de intervención enfermera en Autosondaje. Entre los nuevos retos de reorientación en el cuidado para Enfermería, se encuentra el de utilizar un lenguaje común estándar, y que permita hacer visible la labor autónoma de la enfermera.

En nuestro entorno asistencial del ASNC, se viene aplicando el modelo de Enfermería de Virginia Henderson, que define la salud como un estado de completa autonomía (independencia) del usuario. La enfermera interviene supliendo aquellas necesidades alteradas (manifestaciones de dependencia o problemas de autonomía), haciendo por el paciente aquello que él mismo realizaría si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesarias; y en caso de problema de autonomía, supliendo totalmente la necesidad en cuestión.

Por otro lado, el plan de cuidados se erige como el mejor método para comprobar la evolución del problema en cuestión, haciendo medibles los resultados en salud según la objetivación de indicadores del resultado en base a una escala Likert.

Todos los conceptos mencionados quedan plasmados en el trabajo que desarrollamos a continuación.

Palabras clave: Plan de Cuidados, Diagnóstico Enfermero, Taxonomía NANDA-NIC-NOC, Criterios de Resultado, Intervenciones, Autosondaje.

SUMMARY

We build on the offer of an adequate nursing attention, centered in the personalization and in the continuity with plans of standardized cares, we show through this research an example of nursing intervention in Selfsounding. Among the new challenges of redirection in the nursing cares, it is the one of using a common standard language, and which allows being visible the autonomous work of the nurse. In our assistance environment in the ASNC, the Virginia Henderson model of nursing is being applied, which defines the health as a state of complete autonomy (independence) of the user. The nurse takes part making up for those altered needs (a show of dependence or autonomy problems), making for the patient what they self would carry out if they had the strength, knowledge or the necessary will; and in the event of autonomy problem, totally making up for the need matter.

On the other hand, the care plan is erected as the best method to check the evolution of the problem matter; making the results measurable in health according to the objectivation of the indicators of the result following a Likert scale.

All the mentioned concepts are represented in the research that we develop next.

Keywords: Plan of Cares, Nursing Diagnosis, NANDA-NIC-NOC Taxonomy, Result Criteria, Interventions, Selfsounding.

INTRODUCCIÓN

En algunas patologías malignas urológicas, como el carcinoma de pene, es frecuente la estenosis de meato-fosa navicular. La estenosis es una cicatriz en la uretra o cerca de ella que puede bloquear el flujo de orina, y aparece como resultado de una inflamación, lesión, infección, o tras intervención quirúrgica, que sería nuestro caso. Otras posibles causas de estenosis pueden ser:

- 1) Traumatismos de la uretra.
- 2) Lesión asociada con traumatismo del hueso pelviano.
- 3) Traumatismos directos en el pene (por ejemplo, los ocasionados al cabalgar).
- 4) Cirugía de próstata.

- 5) Cateterización espontánea u otras instrumentaciones.
- 6) Cirugía reconstructiva en anomalías congénitas del pene.
- 7) Exploraciones vesicales, como cistoscopias.
- 8) Retención urinaria, sondaje simple con complicación en la técnica.

Los principales síntomas que pueden indicar la presencia de una estenosis uretral son:

- 1) Disuria.
- 2) Flujo urinario débil.
- 3) Menor producción de orina.
- 4) Dispersión del chorro de orina.
- 5) Dolor abdominal.
- 6) Secreciones por la uretra.

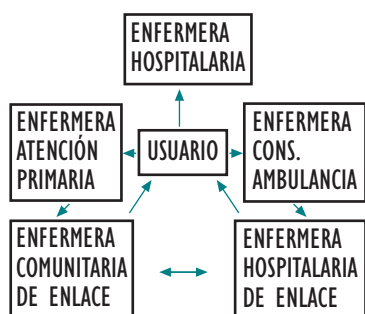
LAS DILATACIONES DEBEN SER CONTINUADAS EN EL PROPIO DOMICILIO, POR LO QUE SE HACE INDISPENSABLE QUE EL PACIENTE DOMINE LA TÉCNICA, CONOZCA SUS FUNDAMENTOS, Y SE FAMILIARICE CON EL MATERIAL QUE TANTA ANSIEDAD LE PRODUCE EN UN PRINCIPIO

Una vez dado de alta el paciente, precisa controles en consulta, con sesiones de dilataciones progresivas, educando a éste para que las efectúe en nuestra presencia, evaluando su destreza y depositando en él nuestra confianza. Las dilataciones deben ser continuadas en el propio domicilio, por lo que se hace indispensable que el paciente domine la técnica, conozca sus fundamentos, y se familiarice con el material que tanta ansiedad le produce en un principio. Valorar muy a fondo a nuestro paciente y evitar este tipo de temores así como el riesgo de infección

y las complicaciones que de ello se pueden derivar, constituyen el pilar de la técnica del autosondaje. Obviamente, no todos los pacientes estarán capacitados para el ejercicio de esta intervención, que sin duda, aspira a la máxima autonomía del paciente en la satisfacción de sus necesidades de salud.

En situaciones como la descrita, cobra valor añadido la intervención enfermera, sin la cual el paciente no llegaría al alcance de esa fuerza, conocimientos o voluntad en que Virginia Henderson se basó para establecer la esencia del quehacer enfermero.

Para ofertar cuidados de calidad, no podemos obviar el matiz de personalización que se debe otorgar a pacientes que, como el de nuestro caso, demandan cuidados de Enfermería. La Consulta ambulatoria de Enfermería Urológica oferta dichos cuidados personalizados, ya que acoge a los pacientes en base a una valoración integral de sus problemas, ofrece a los mismos a un profesional que se muestra referente de su atención enfermera en este ámbito de atención y además constituye un eslabón más en la gestión de cuidados de su caso:



PARA OFERTAR CUIDADOS DE CALIDAD, NO PODEMOS OBIJAR EL MATIZ DE PERSONALIZACIÓN QUE SE DEBE OTORGAR A PACIENTES QUE, COMO EL DE NUESTRO CASO, DEMANDAN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Toda atención enfermera recibida no tendría sentido sin una continuidad asistencial. Para evitar esta fragmentación en los cuidados, todo plan debe contemplar un seguimiento del mismo en otros niveles de atención en aras a dar a conocer siempre a otros profesionales qué problemas quedan sin resolver y donde Enfermería debe seguir trabajando. Todo ello, en el seno de un lenguaje estandarizado con

herramientas que nos permitan observar lo más objetivamente posible en qué grado de resolución de su problema se encuentra el paciente (indicadores de resultados NOC, mediante escala Likert), independientemente del ámbito de atención en que se encuentre.

OBJETIVOS

Mediante el presente trabajo pretendemos conseguir tres objetivos fundamentales:

- 1) Mostrar la factibilidad de nuestra atención usando el lenguaje enfermero unificado NANDA-NIC-NOC.
- 2) Constatar la forma en que pueden empezar a ser medidos indicadores de resultado formulados en base a problemas de salud del paciente susceptibles de intervención enfermera.
- 3) Dar a conocer que la metodología enfermera constituye en definitiva una herramienta fundamental para mejorar la comunicación enfermera-paciente y enfermera-enfermera en los distintos ámbitos asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para nuestro trabajo precisamos de la literatura unificada sobre lenguaje enfermero (taxonomías de diagnósticos, objetivos e intervenciones) NANDA-NIC-NOC. El resto es una descripción detallada de un caso clínico que ilustra nuestra experiencia laboral.

El caso clínico constituye una modalidad formativa que favorece extraordinariamente la transferencia del conocimiento.

EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

Nuestro caso versa sobre un paciente, varón, de 72 años que llega a la consulta derivado de Atención Primaria, tras la administración de varios tratamientos, sin éxito. Se trata de una estenosis de meato secundaria a intervención quirúrgica.

ca por carcinoma de pene, que se acompaña de erupción prepucial. Le acompaña como cuidadora su esposa.

Personas con las que convive: esposa e hijo. Profesión: jubilado.

Diagnóstico médico: erupción prepucial.

Siguiendo el modelo de las 14 necesidades básicas de V. Henderson, obtenemos los siguientes datos de nuestra valoración de Enfermería:

1. OXIGENACIÓN

- Patrón habitual normal, sin dificultad respiratoria (tanto en reposo como en situación de esfuerzo).
- No dificultad respiratoria, ni en reposo ni ante esfuerzo.
- No uso de oxigenoterapia domiciliaria.
- No presenta dificultad para expectorar.
- El paciente presenta una coloración normal de las mucosas y piel, no siendo fumador.
- Tampoco se aprecian edemas ni cambios de temperatura en las extremidades.

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- Es un paciente autónomo para la alimentación, no precisa ayuda para alimentarse.
- Su dieta habitual es normal, con un número de tomas de 3-4 al día, ingiriendo unos 2000 cc de líquidos. No bebedor.
- No presenta alteración para la masticación, usando prótesis dental.
- Tampoco refiere presencia de molestias gástricas y su estado de hidratación es bueno.

3. ELIMINACIÓN

- Patrón urinario normal, aunque últimamente y debido a la estenosis presenta leve dificultad a la micción y sensación de plenitud vesical.
- Patrón intestinal en rango de normalidad, sin estreñimiento ni hemorroides.
- No se perciben ruidos abdominales, ni distensión.
- No precisa ayuda para la eliminación, ni urinaria ni fecal.

4. MOVILIDAD

- Deambula normalmente sin ayuda. Pasea por las tardes durante 1 hora, saliendo a la calle solo.

5. DORMIR Y DESCANSAR

- No presenta dificultad para dormir, ni precisa medicación alguna para hacerlo.

6. VESTIRSE- DESVESTIRSE

- También es autónomo para satisfacer esta necesidad, no precisando de ayuda.

7. TERMORREGULACIÓN

- Es un paciente que se manifiesta «caluroso», no pre-

sentando en sus visitas fiebre ni alteración de la temperatura alguna.

8. MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL

- Es autónomo para la realización del baño, y su aspecto es aseado. No precisa ayuda.
- Escala de Braden de riesgo de desarrollo de UPP, en la última visita: 19 (sin riesgo).
- Piel sin alteraciones significativas, ausencia de ictericia o palidez.
- No heridas. Zona prepucial enrojecida por erupción.

9. SEGURIDAD

- No alergias conocidas.
- El paciente acude a la Consulta perfectamente orientado, sin dolor ni tratamiento asociado al mismo.

10. COMUNICACIÓN

- Leve dificultad de expresión verbal. Al llegar a la consulta se muestra un poco retraído y se comunica poco. Manifiesta con actitud algo aprensiva que «está nervioso porque no sabe qué le van a hacer».
- Presenta problemas de presbicia en la visión, para lo cual utiliza gafas cuando tiene que leer o realizar actividades que requieren enfocar la visión a distancias cercanas. No alteración auditiva que se perciba.

11. CREENCIAS Y VALORES

- El paciente no manifiesta preocupaciones religiosas o espirituales. Se considera una persona agnóstica para el hecho religioso, y sus costumbres, según refiere son «las cotidianas de una persona de su edad» en nuestra sociedad actual.

12. REALIZACIÓN PERSONAL

- Nuestro paciente está jubilado, y se dedica a ayudar en casa a las labores domésticas y a pasear con los amigos de su edad cuando sale a dar paseos.
- En la consulta le encontramos un poco ansioso y teme al dolor y a la dificultad que pueda entrañarle la técnica. Es un paciente muy colaborador.
- No vive solo, como se recoge anteriormente, convive con su esposa.
- Le preocupa su imagen corporal, manifiesta sentimientos de pérdida por la intervención realizada, añorando sus años de plenitud vital.

13. DISTRACCIÓN / OCIO

- Además de las actividades mencionadas, suele ver televisión durante las mañanas, es aficionado a escuchar radio, y le gusta llevar a cabo actividades lúdicas con amigos de su edad en centros de la tercera edad por las tardes, sobre todo juegos de mesa.

- Ocasionalmente va de viaje con su mujer, aunque últimamente con su enfermedad se ve más limitado para hacerlo y teme que exista alguna complicación durante los viajes.

14. APRENDIZAJE

- El paciente conoce el motivo de su tratamiento, así como su cuidadora, y demandan correctamente toda la información que precisan sobre los cuidados para su enfermedad.

PLAN DE CUIDADOS INICIAL SUGERIDO

DIAGNÓSTICO 1. 00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos.

■ RESULTADOS ESPERADOS

- 1807. Conocimiento: control de la infección.

Indicador de resultado: Descripción de las prácticas que reducen la transmisión (Escala Likert: 1 –nunca manifestado–).

■ INTERVENCIONES

- 6540. Control de las infecciones.
 - Enseñar lavado de manos, dirigido al personal de cuidados.
 - Lavarse las manos, antes y después de cada actividad.
- 6550. Protección contra las infecciones.
 - Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

DIAGNÓSTICO 2. 00120 Baja autoestima situacional relacionada con alteración de la imagen corporal, y cambio del rol social, manifestada por expresiones de desesperanza e inutilidad (opta por callarse y observar).

■ RESULTADOS ESPERADOS.

- 1205. Autoestima.

Indicadores:

- 120508. Comunicación abierta (Escala Likert 1 –nunca manifestado–).
- 120502. Aceptación de las propias limitaciones (Escala Likert 1).
- 120508. Cumplimiento de los roles (Escala Likert 1).
- 120519. Sentimiento sobre su propia persona (Escala Likert 1).

■ INTERVENCIONES.

- 5400. Potenciación de la autoestima.
 - Animar al paciente a identificar sus virtudes.
 - Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
 - Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.

- Recompensar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.
- Comprobar la frecuencia de manifestaciones negativas sobre sí mismo.

Estos dos primeros diagnósticos del Plan son registrados en nuestro Plan de Cuidados de la Historia Clínica digital del paciente, de manera que puedan ser monitorizados por su enfermero referente de Atención Primaria. Se asegura así la continuidad asistencial.

CONCLUSIONES

Es de destacar la importancia de trabajar con planes de cuidados, para hacer visible la labor autónoma de Enfermería. Si bien apreciamos la labor colaborativa de la enfermera con otros profesionales como el médico especialista, también este plan de cuidados inspirado en el modelo henderoniano de las necesidades humanas, muestra cómo la enfermera (en su labor autónoma) se ocupa de la respuesta humana ante la enfermedad. Enfermería observa el patrón de respuesta, e interviene para que sea lo más efectiva posible. Desgraciadamente, esta faceta tan importante de presencia cuidadora no es registrada como tal, permaneciendo, como muchos autores han proclamado, «invisible». Gracias a planes como el de nuestro caso, y a lenguajes universales para Enfermería como los mostrados (NANDA-NIC-NOC), este desfalco puede ser subsanado.

Mediante el plan de cuidados podemos comprobar la evolución del problema en cuestión, haciendo medibles los resultados en salud, según la objetivación de indicadores de resultado, en base a una escala Likert. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. North American Nursing Diagnosis Association, Fildelfia, Pennsylvania. «Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002». Ediciones Harcourt. S.A. Madrid 2001.
2. M. Jonson; M. Maas y S. Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Ediciones Harcourt/Mosby. Madrid. Segunda Edición. 2002.
3. J. C. McCloskey y G.M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). Ediciones Harcourt/Mosby. Madrid. Tercera Edición 2002.
4. Procedimientos de enfermería. Sondaje vesical. Oto Cavero, I.; Sanz Moncusí, M.; Montiel Pastor, M. Enfermería Médico-Quirúrgica. Necesidad de nutrición y eliminación. Barcelona: Masson, 2003: p 203-11.
5. Kozier, B.; Erb, G. *Técnicas en Enfermería Clínica*. Vol I y II. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1999.

ROLDÁN VALCÁRCEL, M.D; RUIZ MANRESA, C.D; SERRANO BUENO, B.M.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Futuro de la enfermería urológica en el desarrollo de las especialidades

RESUMEN

Actualmente no existen determinadas especialidades en Enfermería que nos permitan el desarrollo en un campo específico, de ahí la relevancia de nuestro estudio, que parte de la necesidad de preparar enfermeras especializadas más allá de la formación básica, para dar cuidados de calidad. Los objetivos del estudio son analizar los conocimientos sobre Urología en el Personal de Enfermería y utilizar los datos extraídos y las conclusiones finales para establecer acciones de mejora (formativas, procedimientos, revisión de protocolos,...). Para ello se elaboró un cuestionario autocumplimentado sobre los cuidados más frecuentes en pacientes urológicos, llegando a la conclusión de la necesidad de la creación de la Especialidad en Enfermería Urológica para incrementar la Calidad de los Cuidados.

Palabras clave: cuidados de enfermería urológica, conocimientos, cuestionario, especialidades de enfermería.

SUMMARY

At present there are not specific specialities in nursing that allow us to the development in a specific field, for this fact comes the relevance of our study, which begins with the need to prepare specialized nurses beyond the basic training, to give cares of quality. The goals of the study are to analyze the knowledge on Urology in the Staff of nursing and to use the extracted data and the final conclusions to establish actions of improvement (formative, procedures, revision of protocols...). For that, a questionnaire selffilled in on the most frequent cares in urological patients was carried out, reaching the conclusion of the need of the creation of the Speciality in Urological nursing to increase the Quality of the Cares.

Keywords: Urological nursing cares, Knowledge, Questionnaire, Nursing specialities.

INTRODUCCIÓN

Esta Comunicación trata sobre la necesidad del desarrollo e implantación de las especialidades en Enfermería.

Nosotros los diplomados en Enfermería a lo largo de nuestra carrera universitaria adquirimos multitud de conocimientos que resultan escasos cuando nos incorporamos al mundo laboral, puesto que trabajamos en diferentes unidades y servicios que requieren diversos conocimientos, procedimientos y cuidados específicos (lo que supone la actualización continua del personal). De aquí parte la relevancia de nuestro estudio, de la necesidad de preparar enfermeras especializadas más allá de la formación básica, creando determinadas especialidades que nos permitan el desarrollo en un campo específico. Esto debería de tenerse en cuenta a la hora de contratar personal para cubrir determinados puestos que requieran de cuidados específicos; partiendo siempre de los conocimientos, así como de la experiencia de los profesionales de Enfermería. Lo que hemos intentado mediante este estudio, es demostrar la relación directa entre poseer años de experiencia y el haber trabajado en el servicio de urología, con

tener mayores conocimientos en la materia, que después influirá en la buena praxis de los cuidados enfermeros.

Si hacemos un recorrido por la historia y comienzo de las especialidades en Enfermería nos remontamos a 1953, según decreto del 4 diciembre, y es en 1957 cuando de conformidad con el citado decreto se inicia la creación de las siguientes especialidades:

- Asistencia Obstétrica (Matronas).
- Fisioterapia (convertida en escuela Universitaria por RD 2965/1980 de 12 de Diciembre).
- Radiología y Electrología.
- Podología.
- Pediatría y Puericultura.
- Neurología.
- Psiquiatría.
- Análisis Clínicos
- Urología y Nefrología.

Vemos, por tanto, el intento de desarrollo de la Especialidad de Enfermería Urológica creada por el RD 2233/1975 del 24 de Julio.

En el año 1977 Enfermería se integra en la Universidad, esto no supone ningún avance en las especialidades. Es en el año 1998 cuando se desarrolla el RD 992/1987, del 3 de Julio sobre la obtención del título de enfermero especialista, pero sólo entra en vigor el acceso a la formación de Obstétrico-Ginecología (Matronas) y de Enfermería de Salud Mental, quedando el resto de especialidades pendientes de aprobación.

Pero con el último RD 450/2005, del 22 de Abril, quedan suprimidas las especialidades que se crearon en 1957, quedando aprobadas las siete siguientes:

1957	2005
- Asistencia Obstétrico (Matronas)	- Enfermería Obstétrico-Ginecológica o Matronas
- Psiquiatría	- Enfermería de salud mental
- Fisioterapia	- (Escuela Universitaria Fisioterapia)
- Podología	- (Escuela Universitaria Podología)
- Pediatría y Puericultura	- Enfermería pediátrica
- Neurología	- Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos
- Análisis clínicos	- Enfermería Geriátrica
- Radiología y Electrología	- Enfermería del Trabajo
- Urología y Nefrología	- Enfermería Familiar y Comunitaria

Según este nuevo Decreto, la especialidad necesaria para el desempeño del trabajo en nuestra Unidad de Urología, sería la Médico-Quirúrgica, especialidad que consideramos muy generalista ya que engloba a la vez que Urología y Nefrología, las especialidades de Neurología, Radiología y Electrología y, Análisis Clínicos, siendo materias muy dispares, lo que a nuestro parecer supone un retroceso en el avance obtenido anteriormente, donde sí se reconocía como Especialidad independiente Urología y Nefrología.

El desarrollo de las Especialidades supone un paso decisivo para poder garantizar un avance en la profesión enfermera.

OBJETIVOS

El propósito de este estudio parte de la importancia de poseer unos conocimientos adecuados y específicos para poder llevar a cabo una labor asistencial de calidad, por lo que es necesario el desarrollo inminente de las especialidades de Enfermería.

Los objetivos son los siguientes:

- Analizar los conocimientos sobre Urología en el Personal de Enfermería.
- Detallar el porcentaje de enfermeras que poseen un nivel de conocimientos en Cuidados Urológicos, en función de los años de vida laboral y si han trabajado o no en el Servicio de Urología.

- Utilizar los datos extraídos y las conclusiones finales para establecer acciones de mejora (formativas, procedimientos, revisión de protocolos...).

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio Descriptivo Cuantitativo basado en cuestionarios autocumplimentados (ver cuadro 1.), con los casos típicos sobre los cuidados más frecuentes en pacientes urológicos.

Se elabora un cuestionario donde reflejamos tres temas relacionados con cuidados de Enfermería en:

- Lavados Vesicales.
- Pacientes intervenidos de Nefrostomías /Cistectomía.
- Espasmos Vesicales.

Las preguntas realizadas reflejan situaciones típicas, no muy específicas, pero no por ello carentes de importancia, ya que una buena actuación de Enfermería repercute en una favorable evolución del paciente.

Dicho cuestionario consta de 15 preguntas de las cuales 12 se corresponden al desempeño de los cuidados de Enfermería al paciente Urológico con 4 opciones a elegir 1. Las otras 3 cuestiones son relativas a:

- Haber trabajado o no en el Servicio de Urología.
- Años de experiencia laboral: < 5 años, entre 5-10 años y > de 10 años.
- Y opinión personal sobre la necesidad o no del desarrollo de las especialidades en Enfermería.

La población de estudio esta formada por todo el personal de Enfermería del HGRS, del cual se ha extraído una muestra aleatoria simple. Repartimos 80 cuestionarios por los diferentes servicios de todo el Hospital, siendo cumplimentados un total de 59.

Cuestionario:

Este cuestionario es anónimo. Ha sido elaborado por personal de Enfermería con la intención de estimar los conocimientos generales de los profesionales de Enfermería sobre distintos procedimientos y patologías de Urología y ver si es necesaria la creación de una guía con los aspectos más relevantes como complemento en las diferentes unidades o la revisión de protocolos ya existentes en el Hospital, así como el desarrollo de las Especialidades en Enfermería, para aumentar la calidad de los cuidados a los pacientes.

Es por ello, importante que sea sincero y conteste todas las preguntas señalando con un círculo la opción que considere correcta, no saltando ninguna para su posterior validación, de lo contrario el cuestionario será anulado.

Tu colaboración es esencial para la mejora en nuestro

campo asistencial y así aumentar la calidad de los cuidados dados a los pacientes.

1. ¿Ha trabajado alguna vez en la Unidad de Urología?

- a) Sí.
- b) No.

2. ¿Cuántos años tiene de experiencia profesional?

- a) <5 años.
- b) Entre 5 y 10 años.
- c) >10 años.

3. Cuando ingresa un paciente en planta tras RTU próstata, ¿se debe realizar lavado manual?

- a) Sí, si no hay contraindicación.
- b) Sólo si la orina es hematuria.
- c) No, si lleva lavado continuo.
- d) No sé, no recuerdo.

4. El lavado vesical manual tras una prostatectomía radical debe ser:

- a) A alta presión, si hay hematuria.
- b) A baja presión.
- c) Nunca se debe realizar lavado vesical.
- d) No sé, no recuerdo.

5. ¿Cómo realizarías un lavado manual en un paciente intervenido de Adenomectomía de Próstata?

- a) No se le realizan lavados
- b) A alta presión.
- c) A baja presión.
- d) No sé, no recuerdo.

6. En una hematuria franca por posible Tumor Vesical, ¿se debe realizar lavado manual?

- a) No se debe realizar lavado manual
- b) Sólo si se obstruye la sonda vesical.
- c) Hasta que aclare la orina.
- d) No sé, no recuerdo.

7. Si un paciente con hematuria precisa lavado manual:

- a) Irrigamos con 500 cc y dejamos que salga por gravedad.
- b) Realizamos lavado manual hasta que aclara.
- c) Utilizaremos un máximo de 1000 ml.
- d) No sé, no recuerdo.

8. Se realiza una Nefrostomía a un paciente y presenta leve hematuria. Se debe:

- a) Es normal y se debe realizar lavado por Nefrostomía.
- b) Es normal y no se debe realizar lavado.
- c) Conectar el lavado continuo a la Nefrostomía.
- d) No sé, no recuerdo.

9. Un paciente portador de nefrostomía requiere lavados por turno, qué cantidad de suero introduciremos:

- a) 2 cc.
- b) 40 cc.
- c) 10 cc.
- d) No sé, no recuerdo.

10. Con respecto a los cuidados de una urostomía percutánea, se debe:

- a) Cambiar disco y bolsa a diario.
- b) Cambiar disco cada 48-72 horas y bolsa a diario.
- c) Cambiar disco y bolsa cada 48- 72 horas.
- d) No sé, no recuerdo.

11. Un paciente intervenido de cistectomía y portador de un estoma urinario con dos catéteres ureterales:

- a) Haremos lavados por ambos catéteres.
- b) Conectaremos lavado continuo para evitar obstrucción.
- c) Los retiraremos a los dos días de la intervención.
- d) No sé, no recuerdo.

12. Un paciente que acaba de ser intervenido de RTU de Próstata, refiere sensación de defecar, y debemos:

- a) Llevarlo al baño y que intente defecar.
- b) Explicarle que se debe a la intervención y que no defecará.
- c) Pinzarle la sonda vesical hasta que ceda dicha sensación.
- d) No sé, no recuerdo.

13. ¿A que se debe que un paciente intervenido de RTU de próstata con orina clara tenga pérdidas de orina por perisonda?

- a) Tiene incontinencia urinaria.
- b) Tiene espasmos vesicales.
- c) A un posible defecto de la sonda.
- d) No sé, no recuerdo.

14. ¿Es normal que un paciente portador de sonda vesical tenga necesidad inminente de orinar?

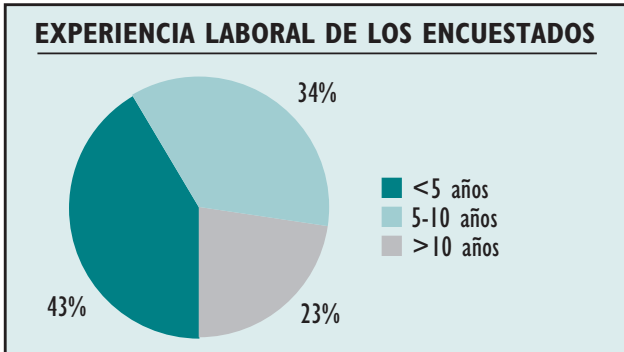
- a) No, pues lleva sonda vesical.
- b) Sí, debido a los espasmos vesicales.
- c) No, pues indicaría que la sonda está mal colocada.
- d) No sé, no recuerdo.

15. Después de haber realizado el cuestionario, ¿crees que se deben crear plazas de enfermeras especialistas?

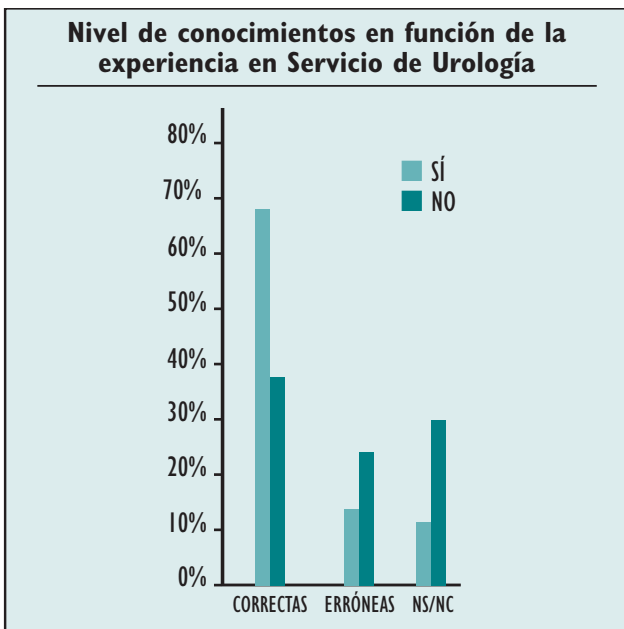
- a) Sí.
- b) No, no es necesaria.

RESULTADOS

Pretendemos demostrar como factores causales: el hecho haber trabajado o no el servicio de Urología y los años de experiencia laboral, y como ellos influyen en poseer determinados conocimientos específicos de Urología que repercuten después directamente en el cuidado del paciente. Los resultados son expresados gráficamente para una mejor visualización de los datos.



En cuanto a la relación entre tener experiencia en el Servicio de Urología y poseer un nivel alto de conocimientos en dicho campo, vemos que efectivamente el personal que había trabajado en Urología presenta un 70% de aciertos, frente al casi 40% de aciertos del personal que nunca había trabajado en dicho servicio.



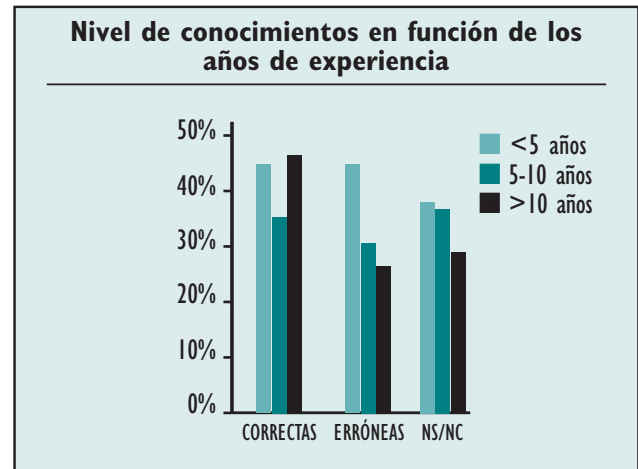
Del total de encuestados vemos que el 43% tenían una experiencia laboral <5 años, 34% entre 5-10 años y el 23% una experiencia >10 años.

En base a los años de experiencia laboral, sólo vemos

como significativo, para destacar, que los que han trabajado < 5 años cometen más respuestas erróneas (un 45%), resultado superior a los que poseen mayor experiencia, y por tanto podemos observar que existe una relación directa entre tener más años de experiencia laboral y tener menos respuestas erróneas.

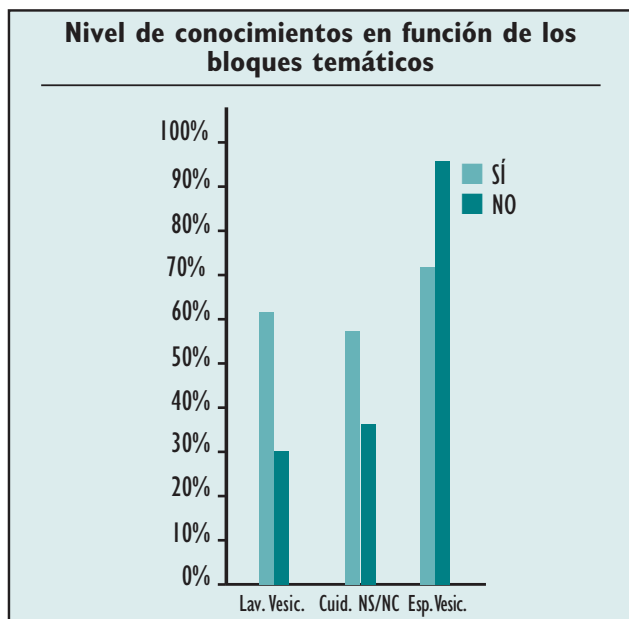


Como hemos mencionado anteriormente, las preguntas del cuestionario se agrupan en tres bloques temáticos relacionados con lavados vesicales, cuidados a pacientes intervenidos Nefrostomía/Cistectomía y espasmos vesicales.



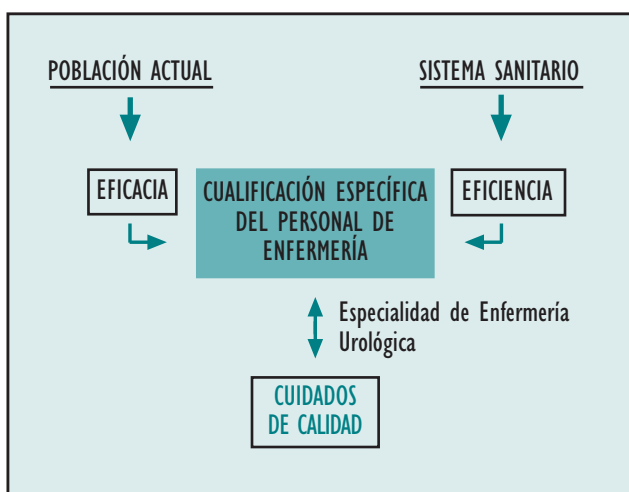
Observamos que el personal de enfermería que ha trabajado en la unidad de Urología tiene mayor nivel de conocimientos en los tres temas estudiados, en cambio el personal que no ha trabajado en dicho servicio presenta un déficit de conocimientos en lavados vesicales y cuidados a pacientes intervenidos de Nefrostomía y Cistectomía, y un nivel alto en espasmos vesicales.

Con respecto a la última pregunta del cuestionario donde planteábamos sobre si se creía necesaria la creación de las especialidades en Enfermería, del total de encuestados un 95% la cree necesaria frente a un 5% que no.



CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tras la evaluación del cuestionario, era predecible que el personal que ha trabajado en una unidad de urología iba a poseer mayor nivel de conocimientos en la materia que el resto de personal, pero precisamente por eso queremos resaltar la importancia de la especialización y la creación de plazas de enfermeros especialistas, reivindicando la creación de más especialidades, entre ellas la de Urología, puesto que las ya existentes resultan ser poco específicas sobre determinados campos.



Esperemos que dicho desarrollo se lleve a cabo y no ocurra como en anteriores decretos, que quedaron en el olvido tras el paso del tiempo provocando la desilusión en el personal de Enfermería pues desde que en 1975 se

produjo el primer intento de crear la especialidad de Enfermería Urológica hasta hoy día, no se ha obtenido ningún progreso, viendo que dicho objetivo va a ser difícil de alcanzar, serán necesarios el apoyo y reivindicación de los profesionales de Enfermería para el desarrollo de nuestro campo.

La solución que proponemos a corto plazo hasta la consecución de la especialidad, y ante los resultados obtenidos en dicho estudio, es el reciclaje y ampliación de conocimientos del personal de enfermería con la realización de talleres, cursos formativos de reciclaje y, revisión y nueva creación, si fuera necesario, de nuevos protocolos. Decir también que en nuestro Hospital se dispone de una recopilación de protocolos de actuación en las diferentes patologías, y procedimientos sobre cuidados a pacientes urológicos, elaborados por el personal de Enfermería de dicha unidad, lo que favorece los cuidados de calidad en la medida de que es una guía importante para las dudas que en ocasiones pueden surgir en nuestra labor diaria.

Y puesto que la población actual es cada vez más exigente con los servicios recibidos, demandando eficacia en los cuidados por el personal de enfermería, así como el Sistema Sanitario nos demanda máxima eficiencia en el desempeño de nuestro trabajo, vemos necesaria una cualificación específica en Urología para poder llevar a cabo unos Cuidados de Calidad y un mejor servicio a la Ciudadanía. ▼

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen la colaboración brindada a las personas que han hecho posible que este estudio se lleve a cabo, especialmente a Darío.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.especialidades.enfermundi.com>
2. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd450-2005.html
3. BOE 108 de 06/05/2005 Sec 1 Pag 15480 a 15486
4. Hernández Conesa, J.; con la col. De Paloma Moral de Calatrava; prólogo del Prof. Manuel Esteban Albert. *Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Ed. Interamericana/ Mc Graw-Hill, 1995.
5. Grande, I. y E. Abascal (2000), *Fundamentos y Técnicas de Investigación Comercial*. 5ª edición, Ed. Esic, Madrid.
6. Luque, T. (1997), *Investigación de Marketing*. Ariel Economía, Barcelona.
7. Luque, T. (coord.) (2000), *Técnicas de Análisis de Datos en Investigación de Mercados*, Pirámide, Madrid.

Artículo de revisión sobre el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las *Enseñanzas Universitarias Oficiales*

En 1999 se inició, con la Declaración de Bolonia, el proceso de construcción del Espacio Europeo de Educación Superior.

Un año antes, los máximos responsables de la Educación de Francia, Italia, Reino Unido y Alemania se reunieron en La Sorbona y firmaron una Declaración donde se recogieron las necesidades de reformar la Universidad Europea haciendo hincapié en el papel central de las Universidades en el desarrollo de las dimensiones culturales Europeas.

Veintinueve países se suscribieron a dicha declaración en la que se marcaron seis objetivos para una mayor comparabilidad y compatibilidad de los títulos en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES). Entre ellos destacan:

■ La implantación de un sistema de titulaciones fácilmente comparables y comprensibles a través de la puesta en marcha de un Suplemento al Diploma para promocionar la obtención de empleo y la competitividad del sistema de educación superior europeo.

■ Adopción de un sistema basado en tres ciclos fundamentales:

- PRIMER CICLO: GRADO.
- SEGUNDO CICLO: MASTER.
- TERCER CICLO: DOCTOR.

■ Establecimiento de un sistema de créditos europeos.

¿QUÉ ES EL SUPLEMENTO EUROPEO AL DIPLOMA?

Es un documento que acompañará al título obtenido por cada universitario.

Su objeto es incrementar la transferencia de las titulaciones impartidas en países europeos para facilitar su reconocimiento académico y profesional por las instituciones.

Contenido:

- Datos del estudiante.
- Información de la titulación y de la Institución que lo expide.
- Nivel y duración del programa.
- Contenidos de programa de estudios y calificaciones (expediente en créditos)
- Información adicional.
- Información sobre la función de la titulación
- Certificación.

¿QUÉ ES UN CRÉDITO EUROPEO?

Es la unidad de valoración de la actividad académica. En ella se integran enseñanzas teóricas y prácticas, actividades académicas dirigidas y cantidad de trabajo que el estudiante debe realizar para alcanzar los objetivos formativos propuestos en cada una de las materias del plan de estudios.

No se contabilizarán sólo las horas de clase teóricas y prácticas, sino también las horas de estudio para la preparación de exámenes, horas de seminarios, trabajos, prácticas externas y horas invertidas en exámenes. En resumen, la atención se centra en el trabajo del estudiante, en su aprendizaje, poniendo en valor la motivación y el esfuerzo del estudiante para aprender.

El número mínimo de horas por crédito será de veinticinco y el máximo de treinta. Y el número total de créditos establecido en los planes de estudios para cada curso académico será de sesenta.

PANORAMA UNIVERSITARIO ESPAÑOL TRAS LA REFORMA

El proceso de homologación europea deberá estar terminado antes del 2010.

El sistema actual de titulaciones español (diplomaturas y licenciaturas) desaparecerá.

■ Formación de GRADO

A partir del 2010 todos los universitarios obtendrán el título de Grado. Los títulos universitarios de Grado se organizarán por grandes ramas del conocimiento:

1. Artes y Humanidades.
2. Ciencias.
3. Ciencias de la Salud.
4. Ciencias Sociales y Jurídicas.
5. Ingeniería y Arquitectura.

Cuando el estudiante salga de la Universidad, independientemente de la carrera que haya estudiado, obtendrá el título de GRADO. Todos serán universitarios de GRADO.

Todos los títulos de GRADO constarán de 240 créditos ECTS (European Credit Transfer System- Sistema Europeo de Transferencia de Créditos)

Se accederá a través de los actuales sistemas de acceso a la Universidad.

Entre los créditos que se hayan de cursar en el GRADO, se incluirán actividades con un alto contenido práctico, en donde se podrán incluir el aprendizaje de idiomas, las prácticas externas o elaboración de proyectos.

El GRADO terminará con la elaboración y la defensa de un trabajo de fin de Grado por parte del estudiante, cuya valoración en créditos será establecida por los planes de estudios correspondientes y que estarán incluidos en el cómputo total.

Tendrá una orientación generalista. Capacitará al universitario para integrarse en el mundo laboral.

■ Formación de POSTGRADO

La finalidad de los estudios de Postgrado es la profundización y la especialización.

Para cursarlos se debe tener el título de GRADO.

Están compuestos por dos títulos: MASTER Y DOCTORADO.

¿QUÉ DIFERENCIA EXISTE ENTRE ELLOS?

- Master: Su extensión mínima son 60 créditos y la máxima 120. La duración será de uno o dos años, respectivamente. Estará compuesto por dos partes:

1. Formación académica avanzada.
2. Iniciación a la investigación.

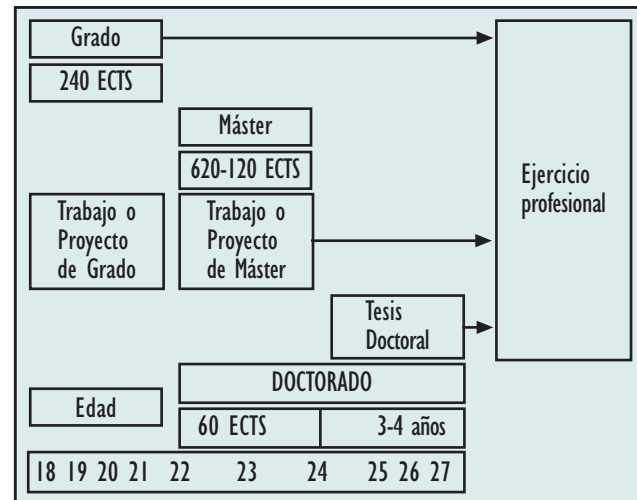
- Doctorado: Titulación más elevada. Para acceder a él

es necesario cursar al menos 300 créditos, contabilizando los créditos del GRADO y del MASTER.

¿QUÉ PASARÁ CON LA DIPLOMATURA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA ACTUAL?

En la actualidad, la Enfermería es una Diplomatura de tres años. Con la nueva reforma nos equiparemos al resto de universitarios. Se obtendrá el nuevo título europeo de GRADO. Tanto la duración del plan de estudios como la denominación del Grado tendrán que determinarla el Gobierno.

Pero lo más importante: la Enfermería podrá, una vez alcanzado su título de Grado, acceder al título de Máster y Doctor.



SITUACIÓN DEL PROCESO DE CONVERSIÓN DE LOS TÍTULOS UNIVERSITARIOS ACTUALES A LOS NUEVOS TÍTULOS OFICIALES DE GRADO

Según lo publicado en el boletín electrónico DIARIO ENFERMERO del día 15 de Enero, las Universidades han comenzado a presentar, a partir de esta fecha, sus memorias para la solicitud de los nuevos títulos oficiales de Grado que irán sustituyendo a los actuales.

Estos planes de estudios comenzarán a impartirse el próximo curso 2008-2009, tras el visto bueno de la Agencia Nacional de Calidad y Acreditación (ANECA) y la aprobación del Consejo de Universidades y la Comunidad Autónoma a la que pertenece cada Centro.

La ANECA evaluará estas memorias, emitirá un informe de los programas propuestos y los enviará al Consejo de Universidades.

Las Universidades que no puedan elaborar sus programas para este período, tendrán que esperar al curso siguiente (2009-2010), fecha límite en toda Europa. ▼

Resultados del cuestionario de valoración del curso: «Metodología de investigación aplicada a los cuidados»

Durante la celebración del Curso celebrado en Madrid los días 22, 23 y 24 de Noviembre del pasado año, pasamos a los asistentes un cuestionario para conocer la opinión sobre distintos aspectos del mismo. Presentamos aquí un resumen de los resultados obtenidos.

La encuesta constaba de varios apartados:

A. ORGANIZACIÓN

1. DURACION

- 1.1. La duración del curso ha sido: un 35% la puntuó como muy buena un 50% buena y solo un 12% como regular y un 3% mala.

B. DESARROLLO DEL CURSO

2. OBJETIVOS

- 2.1. Los objetivos del curso han quedado claramente formulados desde el principio: un 85% otorga la máxima puntuación y el 15% restante un punto por debajo.
- 2.2. El grado de cumplimiento de los objetivos ha sido para un 78% muy bueno, para el 10% bueno y para el 12% regular.

3. CONTENIDOS

- 3.1. La adecuación al contenido temático para un 75% ha estado muy bien adecuado y para el 25% restante bien adecuado.

4. FORMADOR

- 4.1. Conoce los temas en profundidad: máxima nota en el 100% de los casos.
- 4.2. Resuelve las dudas que surgen: muy bien en un 90% y bien para el 10% restante.
- 4.3. Sus explicaciones se apoyan en casos prácticos: Excelente en el 95% y muy bien para el 5% restante.
- 4.4. Explica con claridad: 90% máxima puntuación y 10% muy bien.
- 4.5. Comprueba que los alumnos entienden lo explicado: 85% excelente y resto muy bien
- 4.6. Fomenta la participación de los alumnos: 80% otorga máxima puntuación y 20% un punto por debajo
- 4.7. La relación entre el profesor y los alumnos ha

sido cordial y se ha desarrollado en un clima favorable de aprendizaje: 95% excelente y 5% restante muy buena.

5. MATERIALES DIDÁCTICOS

En cuanto al material didáctico (libros de consulta etc.):

- 5.1. Se adaptan a los temas que se tratan: Perfectamente en el 85% y muy bien en el 15% restante.
- 5.2. Son comprensibles: para un 60% perfectamente, para un 38% bastante comprensible y solo para un 2% medianamente.
- 5.3. Están bien presentados: Excelente para el 85% y muy bien para el 15%.
- 5.4. Son suficientes: Perfectamente suficientes para el 60%, bastante para el 45% y medianamente solo para el 5%.

C. VALORACION GLOBAL

6. VALORACION DEL CURSO

- 6.1. En general el curso me ha parecido: Excelente para el 85% de los asistentes y muy bueno para el resto.

Por último, en cuanto al apartado de observaciones y sugerencias

- Entre los aspectos positivos a destacar: «Tema adecuado»; «buen docente»; «número de participantes correctos»; «ambiente muy agradable».
- Entre los aspectos negativos: «Falta de tiempo»; «denso».
- Qué ha faltado y debería incorporarse: «Repetirlo y ampliarlo».

De los resultados de esta encuesta podemos concluir que el curso en opinión de los asistentes ha sido un éxito, tanto a nivel de organización como de contenidos y de elección del formador, lo cual nos anima a seguir trabajando en esta línea y poder seguir ofreciendo a nuestros asociados cursos de calidad, para lo cual ya estamos trabajando en el que posiblemente sea ofertado este año.

NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS



ESPECIALIDADES

Hemos recibido en nuestra sede carta del Ministerio de Educación y Ciencia informándonos de que han incorporado una pagina web sobre el Real Decreto 450/2005 de Especialidades de Enfermería que ponen a disposición del colectivo. La dirección es la siguiente:

www.mec.es

También puede consultarse el texto en la dirección:

<http://micinn.es/universidades/index.html>

Desde esta pagina se pretende ofrecer a los enfermeros interesados en conocer cual es el estado actual de las especialidades, una información actualizada y fluida que facilite el análisis y el contenido de los principales aspectos del Real Decreto a través de un sistema de comunicación tecnológico.

También ponen a nuestra disposición un correo electrónico por si queremos hacer alguna sugerencia o comentario sobre dicha web en la siguiente dirección:

esp.enfermeria@mec.es



PREMIO ENFURO AL MEJOR TRABAJO PUBLICADO EN LA REVISTA

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

El montante económico del mismo será de 1.200 euros.

El Jurado estará compuesto por:

- Un miembro del Consejo de Redacción de Enfuro.

- Tres miembros de la Asociación Española de Enfermería en Urología.

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



Direcciones de internet de revistas de enfermería con versión electrónica

- http://www.seis.es/i_si_sl6/i_sl6h.htm
REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMÁTICA Y SALUD. SM, RS, TC
- <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/3714/>
AGENTES DE CAMBIO. REVISTA BASADA EN EL MODELO ENFERMERO DE D. OREM. CONTIENEN UN PAR DE CASOS PRACTICOS SOBRE EL MODELO. LLEVA AÑOS SIN ACTUALIZARSE. SOLO HAY UN NUMERO. TC
- <http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/indice.html>
CULTURA DE LOS CUIDADOS. REVISTA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE. NO ESTA ACTUALIZADA. SM RS
- <http://www.al4.san.gva.es/hos/enfer/>
BOLETIN INFORMATIVO DEL AREA DE SALUD Nº 14 ALCOY ALICANTE. CONTIENE ALGUNA INFORMACION DEL PROPIO HOSPITAL Y ALGUNOS ARTICULOS INTERESANTES. SM, RS TC.
- http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=35
ENFERMERIA CLINICA SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES.
- http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=142
ENFERMERIA INTENSIVA SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES
- http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=156
GEROKOMOS. REVISTA SOBRE GERONTOLOGIA. SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES
- http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=146
FISIOTERAPIA SUM RES
- http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=176
REVISTA IBEROAMERICANA DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA. SM RS
- http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=2
MEDICINA CLINICA SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES
- http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_home.home
PAGINA DE DOYMA EDICIONES CON LOS LINKS DE TODAS LAS REVISTAS DE LA EDITORIAL, ORGANIZADOS POR ESPECIALIDADES.
- <http://www.enfer.org/aec/revista/eecsuma.htm>
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA. RES SUM TC.
- <http://www.seeiuc.com/>
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS. RES TC
- <http://www.seeo.org/revis.html>
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA ONCOLOGICA. RE SUM
- <http://www.ocenf.org/granada/EnfermeriaG/revista.html>
REV DEL COLEGIO DE ENFERMERIA DE GRANADA. SUM
- <http://www.valme.sas.junta-andalucia.es/fc/hermes/>
REV DEL DEPARTAMENTO DE FORMACION HOSPITAL DE VALME. RE SUM TC
- <http://www.arrakis.es/~hiades/>
REV DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA. SUM RES TC
- <http://www.index-f.com/>
REV INDEX DE ENFERMERIA. SUM.
- http://www.sepa.es/areas/Enfermeria/Inspiracion_n3.htm
REV DE ENFERMERIA NEUMOLOGICA A TEXTO COMPLETO.
- <http://www.metas.org/revistametas/index.htm>
REV METAS SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES
- <http://www.aep.es/castellano/revista.htm>
REV DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PERFUSIONISTAS. TC (PDF) NO ESTA ACTUALIZADA.
- <http://www.interbook.net/colectivo/seden/revista.htm>
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA NEFROLOGICA. SUM
- <http://rol.readysoft.es/>
REV ROL SUM RES.
- <http://www.puntex.es/todohospital/Default.html>
REV TODO HOSPITAL. TC
- <http://www.infodoctor.org/bandolera/>
BANDOLERA. TRADUCCION DE LA REVISTA INGLESA BANDOLIER AL ESPAÑOL. REVISIONES SISTEMATICAS SOBRE DIVERSOS TEMAS. SUM RES.
- http://www.secpal.com/revi_gral.html
REV MEDICINA PALIATIVA. SUM RES.
- <http://www.podonet.net/rep/rep.htm>
REV DE PODOLOGIA SUM
- <http://www.sepre.es/sepre.html>
REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PROTECCION RADIOLOGICA SUM RES
- http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_revistas.htm
DIRECTORIO CON CIENTOS DE DIRECCIONES DE REVISTAS EN ESPAÑOL ORDENADAS POR ESPECIALIDADES, INCLUYENDO ENFERMERIA
- <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html>
REV DE ENFERMERIA CUBANA SUM RES TC
- <http://www.evidencebasednursing.com/contents-by-date.0.shtml>
EVIDENCE BASED NURSING. REVISTA DE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA SUM RES TC. INGLES.
- <http://www.adeci.org.ar/>
VISION. REVISTA DE ENFERMERIA ARGENTINA SOBRE CONTROL DE INFECCIONES. SUM RES TC
- <http://infodoctor.org/dolor/#Acute>
WEB DEL DOLOR DE OXFORD ESPAÑOL. CONTIENE INTERESANTES TRABAJOS DE REVISION SOBRE EL DOLOR EN TODOS SUS ENFOQUES. TC
- <http://www.enfersalud.com/>
PAG PERSONAL DE JOSE MARIA DACAL. LA MAS COMPLETA RECOPIACION DE PAGINAS DE ENFERMERIA SOBRE TODOS LOS TEMAS. PERFECTAMENTE ORDENADOS Y CONSTANTEMENTE ACTUALIZADOS.
- <http://www.msc.es/revistas/home.htm>
REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA. SM, RS TC
- <http://www.dolor.es/vol0711992.html>
REVISTA SOBRE DOLOR, INVESTIGACION CLINICA Y TERAPEUTICA. CONTIENE SUN RS TC DE ARTICULOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA
- <http://histolii.ugr.es/journals.html>
BUSCADOR DE REVISTAS DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. INTRODUCIENDO LA PALABRA "NURSING" SE OBTIENEN LOS LINNS DE REVISTAS EN INGLES.



Es importante comprobar que el paciente y la familia ha entendido la información que se les da, así como cerciorarnos que se dispone de desplazamiento particular o a través de las ambulancias que gestionan los diferentes centros de asistencia sanitaria de las Wilayas.

También se pasó consulta en el Hospital Militar de Bue-lla, consultándose en total, 300 pacientes en horario de 9 de la mañana a las 10 de la noche.

EL QUIRÓFANO

La Enfermera responsable de Quirófano revisa todo el material, pues algunos se encuentran en mal estado, y junto con los Urólogos hacen varias cajas para Cirugía abierta: una de Nefrectomía, una de Próstata y dos Pediátricas; cuatro Equipos para RTU. Cabe destacar que la Glicina que se utiliza en las RTU, se elabora en el Laboratorio de producción creado por Farmacéuticos del Hospital Clínico de Barcelona, edificio anexo al Hospital de Rabuni.

El instrumental de Endoscopia se encuentra bajo llave debido a su alto valor en el mercado negro. Para su “esterilización” se utilizan cubetas con “Instrunet” pues la mayor parte del Proyecto es Cirugía endoscópica.

Contábamos con dos Quirófanos, una Sala de limpio, otra de sucio, cuatro autoclaves, que el Técnico reparó, así como dos respiradores y dos mesas de quirófano. La instalación eléctrica también requirió su revisión.

PREPARACIÓN DEL ENFERMO

El paciente ingresa por la tarde en el Hospital de Rabuni. Le acompañan sus familiares que serán los responsables de suministrarle la comida y lavarle la ropa durante el tiempo que permanezca hospitalizado. La familia se convierte así, en una pieza imprescindible dentro del hospital.

Para realizar el ingreso contamos con la colaboración de un administrativo saharauí que es el encargado de asignar un número de historia a cada paciente y de facilitarnos los impresos (hoja de quirófano, evolución, órdenes médicas,

registro de enfermería y hoja de alta) que utiliza el hospital.

La llegada de los pacientes al hospital se produce a lo largo de la tarde y en ocasiones es impredecible. Los problemas de transporte hacen que, en la mayoría de las ocasiones, no se sepa cuando ni cuantos pacientes llegarán, así que la programación puede verse sometida a variaciones.

Una vez identificado el paciente y asignado su número de historia, se le acompaña a la antesala del preoperatorio donde se le realiza:

extracción de sangre para analítica, EKG, toma de constantes y valoración por anestesta.

En la analítica de sangre se determina: urea, creatinina, Hb, glucosa y K a través de un aparato “REFLOTRON”. La coagulación se empezó a analizar el año pasado a través del “CoaguChek Pro” que analiza PT (protrombina) y PTTA (cefalina).

Los reactivos de la coagulación deben permanecer en la nevera y sacarlos cinco minutos antes de la determinación. Se extraen 4-5 ml de sangre periférica y se rellenan capilares heparinizados, 7 como mínimo, por si hubiera que repetir alguna determinación. La manipulación y mantenimiento del aparataje de analítica es realizada por personal de la comisión, la extracción de sangre, por un técnico de laboratorio saharauí.

Una vez finalizado el preoperatorio, se le entrega al Enfermero saharauí (o alumno de enfermería, en su defecto) el material necesario para rasurar al paciente que lo precise, el material de aseo (toalla, esponja y gel) y el poncho de quirófano.

LA SALA DEL PREOPERATORIO DISPONE DE UN ASEO CON DUCHAS, PERO CARECE DE AGUA CALIENTE Y POR ESO ES COMPLICADO QUE LOS PACIENTES CUMPLAN CON LA HIGIENE. LA ADMINISTRACIÓN DEL ENEMA ES IGUALMENTE COMPLICADA POR LOS TABÚES CULTURALES



ES NECESARIA UNA MAYOR COOPERACIÓN E IMPLICACIÓN DE LAS DISTINTAS ONG QUE PARTICIPAN EN ESTOS PROYECTOS, DADA LA SITUACIÓN CATASTRÓFICA QUE PADECEN LOS REFUGIADOS. AL MISMO TIEMPO SE DEBERÍAN IMPLANTAR CURSOS DE INFORMACIÓN Y FORMACIÓN PREVENTIVOS

La sala del preoperatorio dispone de un aseo con duchas, pero carece de agua caliente y por eso es complicado que los pacientes cumplan con la higiene. La administración del enema es igualmente complicada por los tabúes culturales.

Esta sala dispone de seis camas fijas, no articuladas y sin ruedas; donde pasan la noche los pacientes quirúrgicos masculinos. En caso de que hubiera alguna mujer o niño, estos dormirían en la antesala del preoperatorio. Ésta no dispone de tomas de oxígeno.

El personal de la Comisión se encarga de preparar diariamente el carro de curas de esta zona, además

se encarga de transcribir las órdenes preoperatorias, proporcionar la medicación necesaria y comprobar su correcta administración con las dificultades idiomáticas que esto conlleva.

Las vías periféricas las canaliza el Enfermero saharauí a la mañana siguiente, siguiendo el orden de intervenciones quirúrgicas programadas. Además es responsable de la administración de la medicación parenteral, de tomar las constantes antes de la intervención y de acompañar al paciente al quirófano a pie.

Una vez allí, la Enfermera de la Comisión coordina y controla todo el proceso quirúrgico, siempre con muy buena colaboración e implicación de los Enfermeros Saharauis.

OBJETIVOS

Beneficiar de la asistencia urológica al Pueblo Saharaui.

Aportar conocimientos y formación tanto a los Enfermeros como a los Alumnos del Hospital General de Rabuni.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 300 pacientes se intervinieron quirúrgicamente 34 (11%).

Dos pacientes entraron en el programa de evacuación por litiasis renal coraliforme. La evacuación de estos dos pacientes depende exclusivamente de las autoridades Argelinas.

MÉTODO: Observacional, Descriptivo y Prospectivo.

RESULTADOS

Se realizaron 34 cirugías:

- 19 Endoscópicas:
- 12 Resección transuretral de Próstata.
- 2 Exploraciones bajo anestesia.
- 3 Resección transuretral de Vejiga.
- 2 Estenosis uretrales.
- 15 Abiertas.
- 4 Meatoplastias.
- 1 Orquiectomía.
- 2 Fístulas vaginales.
- 1 Cistolitotomía.
- 1 Quistectomía testicular.
- 1 Hidrocolectomías.
- 2 Nefrectomías.
- 1 Orquidopexia.
- 1 Incontinencia (TOT).
- 1 Varicocelectomía.

A una paciente que iba a ser intervenida de Incontinencia urinaria se le detectó una Fístula vesico vaginal, el resto de los pacientes no presentaron ninguna complicación.

Las lesiones de Meato se dan como consecuencia de la utilización de arena para la limpieza del Pene (Rito religioso).

Hay una alta incidencia de litiasis debido a la mala calidad del agua.

CONCLUSIONES

Es necesaria una mayor cooperación e implicación de las distintas ONG que participan en estos proyectos, dada la situación catastrófica que padecen los refugiados. Al mismo tiempo se deberían implantar cursos de información y formación preventivos.

Trabajar en un medio cultural, físicamente tan distinto al nuestro, nos obliga a tener una visión abierta y una actitud flexible ante ciertas costumbres. Fue muy satisfactorio poder aportar medios, tanto humanos como técnicos, en el terreno de la Urología.

Por último, destacamos la buena coordinación entre el personal de la Comisión y los Enfermeros Saharauis asignados a la preanestesia y quirófano. También la gran hospitalidad y generosidad de este Pueblo. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Reverte, J. «El Médico de Ifni». Areté 2005.
2. Papua, J. «Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales». Fondo de cultura económica. México 1987.
3. Sierra Bravo, R. «Técnicas de investigación social». Paraninfo 1985.



XXX Congreso Nacional de Enfermería Urológica



Jerez de la Frontera

del 21 al 24 de Octubre de 2008

Sede:



"Gestionar retos,
liderar el futuro"

Organiza:



www.selmaeventos.com

XXX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Jerez de la Frontera. 21 al 24 de octubre de 2008

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidenta: Dña. Francisca Domínguez Guerrero

Secretario: D. Fernando González Posada

Dña. M^a Josefa Fontanilla Parra

Dña. Milagrosa Hernández Garrido

Dña Mercedes Herrera Torres

Dña Isabel Martínez Muñoz-Cruzado

D. Alfonso José Parra Estrada

Dña. Teresa Tamayo López

MARTES, 21 DE OCTUBRE16.30 h **Acreditación y entrega de documentación**17.00 h **Acto inaugural**Dña. M^a Fernanda Raposo Triano. Directora Gerente. Hospital de Jerez.

Dña. Josefa Guerra Arévalo. Directora de Enfermería. Hospital de Jerez.

D. Jose M^a Rocco Galera. Director del Comité Organizador.

Dña. Francisca Domínguez Guerrero. Presidenta del Comité Científico.

17.30 h **Conferencia inaugural: «Ética del cuidado»**

Ponente: Dña. Lydia Feito Grande. Doctora en Filosofía. Magíster en Bioética

18:30 h **Conferencia a cargo de la Asociación Española de Enfermería Urológica
«Aspectos jurídico-legales en la práctica de los cuidados urológicos»**

Ponente: D. Roger Bruguera Villagrasa. Licenciado en Derecho. Profesor Asociado de la Universidad Autónoma. Barcelona

21.00 h **Recepción oficial y cocktail de bienvenida Jardines de la Atalaya****MIÉRCOLES, 22 DE OCTUBRE**09.00 h **Comunicaciones Orales**10.45 h **Café**11.15 h **Mesa redonda: Cuidados y Seguridad Clínica****Ponencia: «Cuidados seguros, el factor humano»**

Pendiente confirmación ponente

Ponencia: «Implantación de un plan de seguridad clínica en el área de urología: experiencia del Hospital del Aljarafe»

Ponente: D. Efrén Ramos Calero. Subdirector de Enfermería. Hospital San Juan de Dios de Aljarafe. Sevilla

Ponencia: «Observatorio de Seguridad Clínica de Andalucía»

Ponente: D. Vicente Santana López. Director del Observatorio de Seguridad. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud

Modera: Francisca Domínguez Guerrero. Presidenta del Comité Científico. Hospital de Jerez SAS

12.45 h **Mesa redonda: Cuidados e incontinencia urinaria****Ponencia: «Respuestas humanas relacionadas con la incontinencia urinaria»**

Ponente: D. Juan Miguel Izquierdo Carrasco. Enfermero Gestor de Casos. Distrito Atención Primaria valle del Guadalhorce. Málaga

XXX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Jerez de la Frontera. 21 al 24 de octubre de 2008

- Ponencia: «Autosondaje Vesical» (patrocinado por Astra Tech)**
 Ponente: D. Julio Aparicio. Enfermero Servicio de Urología. Hospital Carlos Haya. Málaga
- Ponencia: «Cuidados y rehabilitación del suelo pélvico»**
 Ponente: D. Francisco José Millas España. Enfermero. Unidad de Urodinámica y Reeducación Vesical. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga
- Moderador: Isabel Martínez Muñoz-Cruzado. Enfermera Supervisora. Hospital de Jerez SAS
- 14.30 h **Almuerzo**
- 16.30 h **Comunicaciones Orales**
- 20.00 h **Visita y Cena. Bodega Real Tesoro**

JUEVES, 23 DE OCTUBRE

- 09.00 h **Comunicaciones Orales**
- 10.45 h **Café**
- 11.15 h **Mesa redonda: Nuevas perspectivas profesionales**
- Ponencia: «Prescripción enfermera»**
 Ponente: Dña. Manuela Lacida Baro. Directora de Enfermería. Hospital de Puerto Real. SAS
- Ponencia: «Acreditación profesional»**
 Pendiente confirmación ponente
- Ponencia: «Enfermería de practica avanzada»**
 Pendiente confirmación ponente
- Moderador: Fernando González Posada. Secretario del Comité Científico. Hospital de Jerez. SAS
- 12.45 h **Comunicaciones Orales**
- 14.30 h **Almuerzo**
- 20.00 h **Espectáculo «Como bailan los caballos andaluces». Real Escuela Andaluza del Arte Ecuestre**

VIERNES, 24 DE OCTUBRE

- 09.00 h **Comunicaciones Orales**
- 10.45 h **Café**
- 12.00 h **Defensa de los cinco póster finalistas**
- 13.00 h **Presentación Sede Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería Urológica 2009**
- 13.30 h **Entrega de premios y mesa de clausura**
 Dña. M^a Fernanda Raposo Triano. Directora Gerente. Hospital de Jerez
 Dña. Josefa Guerra Arévalo. Directora de Enfermería. Hospital de Jerez
 D. Jose M^a Rocco Galera. Director del Comité Organizador
 Dña. Francisca Domínguez Guerrero. Presidenta del Comité Científico
- 14.30 h **Almuerzo. Nave bodeguera Doña María**
- 17.30 h **Asamblea de socios de la Asociación Española de Enfermería Urológica**

Visita cultural**Cena de Gala. Feria de Jerez**

PREPROGRAMA CIENTÍFICO

XXX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Jerez de la Frontera. 21 al 24 de octubre de 2008



PROGRAMA DE ACOMPAÑANTES

MIÉRCOLES, 22 DE OCTUBRE

Salida a pie de los Museos de la Atalaya dirección Alameda Vieja. Ruta Teatralizada por el Centro Histórico de Jerez «Ruta Don Ventura».

Recorrido por las calles de Jerez, acompañados por el Barón de Aguas Claras, D. Ventura Stewart, bodeguero, diputado del partido de Cánovas, conspirador de la Gloriosa e implicado de forma fortuita en los hechos de la Mano Negra, y así nos irá deleitando con sus historias y nos irá descubriendo los misterios de una ciudad como Jerez de la Frontera, a la vez que nos hará partícipe de su romance apasionado con una actriz...



JUEVES, 23 DE OCTUBRE

Salida de los Museos de la Atalaya. Visita Bahía de Cádiz. Puerto de Santa María y Cádiz.

Pequeña Panorámica en autobús del Puerto de Santa María. A continuación embarcamos en El Vaporcito dirección Cádiz. Por esta ciudad trimilenaria pasearemos, adentrándonos en el Barrio del Pópulo y centro histórico de la ciudad, visitando las calles y plazas más típicas: Plaza de España, Plaza de mina, Plaza de San Antonio, tiempo libre en la Plaza de las Flores y finalizamos en Plaza San Juan de Dios.

Visita monumento: Catedral y Museo Litúrgico.



VIERNES, 24 DE OCTUBRE

Salida desde los Museos de la Atalaya. Ruta de los Pueblos Blancos. Visita Guiada Arcos y Ubrique.

Panorámica y paseo a pie por Arcos, ciudad con laberínticas Callejuelas, empinadas cuevas y miradores con vistas maravillosas.

Visita monumento: Iglesia San Pedro.

A continuación, visita a Ubrique, pueblo blanco conocido por la elaboración de productos de Marroquinería, donde tendrán tiempo libre para paseo y compras y a, continuación, vuelta a Jerez.

