enfuro
Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 110. Junio 2009

Cuidados de enfermería en la atención intraoperatoria de la prostatectomía radical.

Proceso asistencial hipertrofia benigna de próstata-cáncer de próstata: papel de enfermería de atención primaria en la implantación, desarrollo y control de calidad del proceso

Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria

Especial XXXI Congreso Nacional de Enfermería Urológica. Gijón, 20 al 23 de octubre de 2009

Suero fisiológico o agua destilada en el globo de la sonda vesical

Proceso enfermero en la consulta de Urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ENFURO
nº 110 / Abril/Mayo/Junio 2009
Quinta 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 Sánchez

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: *Puerto de Gijón*

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 4
- Cuidados de enfermería en la atención intraoperatoria de la prostatectomía radical. Quintanilla Sanz, A; Cucurull Llobet, MA; Llovera Garrofé, M; Sanchez Barea, C; Milla Salas, M 5
- Proceso asistencial hipertrofia benigna de próstata-cáncer de próstata: papel de enfermería de atención primaria en la implantación, desarrollo y control de calidad del proceso Travieso Mayoral, JM; Ruiz Aguilar, JM 10
- Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria. GPierre-Louis Lauture, M; Martínez Feria, L; Sánchez Alvarez, A 13
- Especial *XXXI Congreso Nacional de Enfermería Urológica.* Gijón, 20 al 23 de octubre de 2009 15
- Suero fisiológico o agua destilada en el globo de la sonda vesical. Garzón Mondéjar, IM; Araoz Fernández, G 21
- Proceso enfermero en la consulta de Urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente. Ramos Sánchez, ME; Domínguez Dominguez, S; García Dominguez, Y; de la Corte Sánchez, M 23
- Colposacropexia Robótica Da Vinci: Papel de la enfermería. Mansilla García I; Escudero Mate M; García Rodríguez Y; Morales Y 28

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.

EDITORIAL

Seguridad clínica, ¿una moda?

En ocasiones la asistencia sanitaria se ve inmersa en situaciones que se ponen «de moda». Asistimos en nuestros puestos de trabajo a oleadas de elementos emergentes que, durante un tiempo, se empiezan a hablar de ellos. Se habla calidad, de procesos, de nuevos modelos de gestión, etc.

Quizás estemos asistiendo en estos momentos a la aparición de un fenómeno que se nos mete día a día y nos machaca en nuestro quehacer diario. «La seguridad clínica», ¿es esto una nueva moda?, pues no, podríamos decir con rotundidad que esto no es una moda, es un verdadero **problema**.

Desde la aparición en el año 2003 del trabajo: «To err is human, Building a safer health system» se ha producido toda una revolución en materia de seguridad.

Este estudio abrió los ojos y las conciencias de profesionales e instituciones al poner sobre la mesa, que las muertes producidas por eventos adversos superaban en un altísimo porcentaje a enfermedades endémicas como el cáncer de mama o el Sida y que los accidentes que se producían en los hospitales, procedentes de errores asistenciales, superaban enormemente a los producidos por el trabajo, la carretera o, a mucha distancia, por los aviones. Un pasajero tendría que volar durante 438 años seguidos para tener un accidente con consecuencia de muerte y el riesgo de morir en un accidente de avión es de 1/8.000.000, sin embargo este estudio, y otros que a raíz de este empezaron a publicarse, aseguran que el 10% de los hospitalizados sufre un eventos adverso, de los cuales casi el 20% es por un error de medicación. A esta lista de eventos, se unen las caídas, la cirugía del lado erróneo, las infecciones nosocomiales, los errores por identificación de pacientes etc, etc, etc.

Pero también es verdad que estos estudios revelan que casi el 50% de estos errores son prevenibles y aquí es donde está la fortaleza del tema. Está en nuestras manos aumentar la seguridad clínica, está en nuestras manos el preservar la integridad de los pacientes ante eventos indeseados. Gestos tan sencillos como la higiene de manos, la correcta identificación del paciente, una lista de verificación quirúrgica (chek-list quirúrgico) o un adecuado procedimiento en el circuito de medicación, pueden salvar vidas.

Seguiremos desde estas páginas abundando en este tema, por que, como dijo Haigk, «Investigar en seguridad es como pelar una cebolla cuanto más miras, mas capas encuentras y mas te hace llorar».

NOTA DE INTERÉS

CURSO *Herramientas para evitar la variabilidad en la práctica enfermera*

En fecha por determinar pero muy probablemente en el mes de Noviembre-Diciembre, la AEEU oferta a sus asociados el siguiente CURSO: ***Herramientas para evitar la variabilidad en la práctica enfermera***.

El **esquema del curso** y las **bases de inscripción**, son:

- Director del curso: Joseph Mª García Alamino.
- Participantes: hasta un total de 20 alumnos.
- Sede: Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
- Precio del curso: 250 €
- Acreditación: Acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón, válida para todo el territorio nacional
- Carga lectiva y formato: 30 horas lectivas, modalidad semipresencial.
- Incluye:
  - Acceso a los contenidos del curso.
  - Acreditación por parte de la Comisión Nacional de Formación.
  - Documentación del curso.
  - Tutoría para el módulo a distancia.
  - Diploma Acreditativo.
  - Aperitivo de Bienvenida en la sede del curso.
  - Cafés y Almuerzos de trabajo (Viernes y Sábado).
  - Alojamiento (Dos noches Jueves y Viernes).
- La asociación financiará con una beca de 200 euros a las primeras 15 solicitudes que lleguen de Asociados (en caso de igualdad en la recepción de solicitud se becará al socio mas antiguo). Resto de plazas tendrán prioridad los asociados sobre el resto de solicitantes.
- Las inscripciones deberán dirigirse a la secretaría de la AEEU (Avd. Ramón y Cajal 20, 41005 Sevilla) por correo certificado siendo válida la fecha de la emisión del certificado. También podrá realizarse la inscripción en la secretaria de la AEEU instalada en la sede del Congreso Nacional en Gijón.
- Una vez conocidos los admitidos se les comunicará el modo de hacer la transferencia de 50 € para los 15 primeras inscripciones de socios y de 250 para el resto de solicitantes (socios y no socios).
- Fecha y plazos de inscripción: El curso se realizará la segunda quincena de Noviembre. La fecha definitiva será comunicada a los socios por correo el próximo mes de Septiembre y también será publicada en el próximo número de la revista de la AEEU.
- Para beneficiarse de la beca es imprescindible estar al corriente de las cuotas de socio.

Quintanilla Sanz, Ana[1]; Cucurull Llobet, Mª Abel[2]; Llovera Garrofé, Magdalena[3]; Sanchez Barea, Carmen[4]; Milla Salas, Montserrat[5]
[1] Cliniques de Catalunya. Clínica Terres de Ponent. Lleida. [2, 3, 4 y 5] Hospital Santa María. Lleida.

Cuidados de enfermería en la atención intraoperatoria de la prostatectomía radical*

RESUMEN

La próstata es un órgano interno que se encuentra en la pelvis, situado delante del recto e inmediatamente por debajo de la vejiga de la orina. Envuelve y rodea la primera porción de la uretra (uretra prostática) como una especie de"flotador» en el punto donde se conecta a la vejiga. Estas características anatómicas hacen fácilmente entendible que todos aquellos cambios y procesos patológicos, tanto benignos como malignos, que se produzcan en esta glándula van a provocar alteraciones, más o menos notables, en la forma de evacuar la orina. Los conductos deferentes son unos tubos finos que van desde cada uno de los testículos hasta la uretra prostática, encargándose del transporte de los espermatozoides. Las vesículas seminales son unas estructuras con forma de saco que están por encima de la próstata y detrás de la vejiga. Vacían sus secreciones (líquido seminal y espermatozoides) en la uretra prostática mediante un conducto común, llamado conducto eyaculador que atraviesa la próstata. De aquí saldrán al exterior junto con la secreción de la próstata, constituyendo el semen (1). Aunque el tamaño de la próstata varia con la edad, se aceptan como normales unas dimensiones de 4 cm. de largo por 3 cm. De ancho. Clásicamente se ha dicho que tiene forma de castaña. Si aumenta su tamaño, habitualmente a partir de la edad adulta, desarrolla ciertas patologías benignas que influirán en mayor o menor grado en el proceso de excreción de orina. O si por el contrario existiera una proliferación anormal de células malignas nos encontramos ante una neoplasia de próstata. La prostatectomía radical es el método de opción para el tratamiento de dicha enfermedad en su etapa localizada en hombres jóvenes que gocen de buena salud (2, 3, 4). Consiste en la extirpación completa de la próstata junto a las vesículas seminales complementada en ocasiones con linfadenectomía iliaca. Existe la controversia sobre la conveniencia de realizar la técnica de prostatectomía radical con conservación de las bandeletas neurovasculares para el mantenimiento de la potencia sexual. Si bien parece admitido que esta técnica disminuye notablemente el porcentaje de casos de disfunción sexual, hay discusión sobre su conveniencia para eliminar completamente el tumor o vía de diseminación. La preservación de los nervios erectores no se realiza de forma sistemática, siendo ésta indicada en casos de poca carga tumoral con menos de 30% de cilindros positivos y Gleason bajo. Siendo la actitud más extendida la no conservación de las mismas para un mayor control oncológico. En la actualidad, tenemos un abanico de opciones para esta cirugía que va desde el abordaje retropúbico, perineal y el laparoscópico incluso en algunos casos con ayuda de la robótica. Estos últimos agilizan el proceso y favorecen la recuperación (5). En nuestro medio hospitalario, se intervienen los pacientes, con éxito y a ser posible, previa selección, por vía laparoscópica. ¿Cómo se prepara enfermería para la continua evolución de los cuidados quirúrgicos en urología?
Palabras clave: prostatectomía radical, técnicas quirúrgicas, evolución cuidados enfermería.

SUMMARY

The prostate is an internal organ that is in the pelvis, situated in front of the rectum and immediately below the bladder of the urine. It wraps and surrounds the first portion of the urethra (prostatic urethra) as a sort of "rubber ring" in the point where it is connected to the bladder. These anatomical characteristics do easily understood that all those changes and pathological processes, benign as well as malignant, that they are produced in this gland provoke alterations, more or less remarkable, in the way of evacuating the urine.

The deferent ducts are some fine tubes that go from each of the testicles up to the prostatic urethra, being in charge of the transport of the spermatozoids. The seminal vesicles are some structures with form of bag that are above the prostate and behind the bladder. They empty their secretions (seminal liquid and spermatozoids) in the prostatic urethra through a common conduct called ejaculatory duct that goes through the prostate. From that point, they will go out to the exterior together with the secretion of the prostate, constituting the semen (1). Although the size of prostate changes depending on age, some dimensions of 4 cm long per 3cm wide are accepted as normal. In a classic way it has been said that it has form of chestnut. If it increases its size, usually from the adult age, develops certain benign pathologies that will influence in greater or smaller degree in the process of excretion of urine. Or, if, on the contrary, there were an abnormal proliferation of malignant cells we find a neoplasia of prostate. The radical prostatectomy is the optional method for the treatment of this illness in its located stage in young men that have good health (2, 3, 4). It consists of the complete extirpation of the prostate besides the seminal vesicles complemented on occasions with iliac linfadenectomy. There is controversy about the convenience to carry out the technique of radical prostatectomy with conservation of the neurovascular bandelets for the maintenance of sexual power. Although it seems it admitted that this technique decreases the percentage of cases of sexual dysfunction notably, there is discussion on its convenience to eliminate completely the tumor or way of dissemination. The conservation of the erector nerves is not carried out systematically, being this indicated in cases of little tumoral load with less than 30% of positive cylinders and Gleason low. The most extended attitude is the non conservation of them for a bigger oncologic control.

At present, we have different options for this surgery: from the retropubic boarding, perineal and the laparoscopic one, even in some cases with help of the robotics. These speed up the process and favor the recovery (5). In our hospital means, patients are operated successfully and if it is possible, with a previous selection, in a laparoscopic way. How is nursing prepared for the continuous evolution of surgical care in urology?
Keywords: radical prostatectomy, surgical techniques, evolution nursing care.

* **Resultados:** Documento adjunto: Dvd (Acceso en la web: www.enfuro.org)

Justificación

¿Podemos afrontar los profesionales de enfermería urológica, la formación continuada necesaria para asumir la responsabilidad intraoperatoria dentro del equipo quirúrgico?

La PR aún con técnicas mínimamente invasivas, es cirugía mayor no exenta de complicaciones, con impacto importante en la calidad de vida posterior. El mayor conocimiento de la pelvis y anatomía prostática junto con los cambios informáticos, nos permiten en la actualidad una mejoría en los resultados de esta cirugía, haciéndola menos agresiva, (5) pero con una gran complicación tecnológica intraoperatoria.

Preparar al equipo enfermero para la contínua evolución de los cuidados quirúrgicos en urología hace que sea de primordial importancia establecer un sistema de actualización que nos permita adecuarnos a las innovaciones y ayudar a optimizar el proceso. Incluso con los profesionales recién incorporados.

Objetivos

- Constituir una herramienta formativa de fácil manejo, para los/las profesionales de enfermería del ámbito quirúrgico, explicación de la técnica, material, procedimiento y cuidados del paciente.
- Difundir la información entre el equipo y miembros nuevos.
- Conseguir la máxima calidad en los cuidados intraoperatorios, reduciendo la frecuencia de los efectos adversos y posibles complicaciones intra y post operatorias.

Posibilidades de investigación futuras

- Implantarlo unificando criterios de actuación.
- Valorar los resultados de su aplicación para monitorizarlos y reducir la variabilidad.
- Estandarizarlo y comunicar los resultados creando nueva evidencia científica.

Material y métodos

Patología seleccionada: **Prostatectomía radical.**

Por su alta frecuencia en nuestro medio, relevancia y curso clínico predecible (con variabilidad a la baja siguiendo una atención adecuada)

Proceso: Cuidados de enfermería en la atención intraoperatoria de la prostatectomia radical.

Método:

– Una vez identificado el proceso.
– Reunión del equipo de personas implicadas en él.
– Obtención de permisos de la dirección del hospital y éticos.
– Organizamos los elementos técnicos necesarios: Cámara, video, posiciones accesibles dentro de quirófano, esterilidad, pantallas disponibles, ordenadores, programas, tiempo…
– Definición de los tiempos quirúrgicos y estructuración de la atención enfermera según el proceso.
– Búsqueda, valoración y revisión bibliográfica de la evidencia científica existente. (Medline, Agency for Health Care Policy and Research Guidelines, Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase, the Cochrane library, fundación Index…)
– Clarificación del proceso según nuestra experiencia.
– Montaje y estructuración del Dvd.
– Difusión entre los diferentes profesionales y posterior encuesta sobre su utilidad.

Procedimiento: **Prostatectomía radical retropúbica**

Posición del paciente sobre la mesa de cirugía en decúbito supino, bajo anestesia raquídea i/o general. Se rasura el área inferior del abdomen y se procede a un lavado quirúrgico del área por intervenir según las normas de asepsia y antisepsia del centro.

Se realiza cateterismo uretral retrógrado con sonda Foley 18fr insuflando el balón de la sonda con 10cc de agua, se colocan campos quirúrgicos que incluyen desde el área umbilical hasta la base del pene, en la unión peneoescrotal, incluyendo en el campo quirúrgico la sonda uretral. Se realiza incisión de laparotomía media infraumbilical y se disecan los planos hasta llegar al espacio prevesical, se libera la cara anterior de la vejiga y las caras anterior y laterales de la próstata. Realizando hemostasia de los pequeños vasos sangrantes hasta el momento. Se coloca un separador abdominal y se inicia el procedimiento quirúrgico propiamente dicho. Se realiza linfadenectomia pélvica bilateral, resecando las cadenas obturatrices derecha e izquierda, que se ligan con «clips». Colocándose en sendos potecitos para biopsia posterior. Una vez realizado, aplicamos 2 puntos de dexon en próstata y otro en vejiga, referenciados para presentar.

Se diseca el espacio retropúbico de grasa periprostática hasta identificar adecuadamente la fascia endopélvica y los vasos dorsales del pene. Se procede a electrocoagulación del complejo venoso dorsal del pene con pinzas de Ligasure (sistema de sellado vascular de corriente de alta intensidad y bajo voltaje con presión) hasta conseguir hemostasia satisfactoria. Se procede de la misma manera, con los ligamentos puboprostáticos. Accediendo así al área esfinteriana sobre el ápex de la próstata. Este último, se diseca de forma roma para preservar la integridad del esfínter. Se van resecando también las estructuras de soporte uretral hasta identificar la uretra membranosa, rodeándola mediante disección también roma. Se incide transversalmente en su cara anterior y se logra la visualización del catéter uretral, el cual se tracciona hacia proximal, se pinza y se corta distal al área de pinzamiento, para conservar el balón inflado en la vejiga.

Se corta de forma nítida la cara posterior de la uretra, intentando preservar la mayor longitud uretral posible. Se diseca la próstata en sentido retrógrado, desde el ápex hasta la base a lo largo de la cara posterior de la glándula,

Rechazando hacia atrás la fascia de Denonvillier, y los músculos rectouretrales hacia lateral. En sus porciones laterales, se disecan los paquetes neurovasculares, desde dentro

de la fascia periprostática. Dicha disección se ayuda con la tracción del catéter, si es necesario.

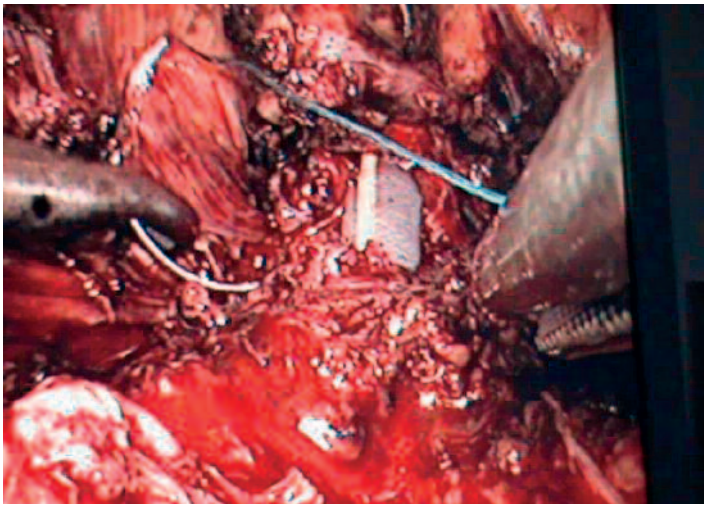
Se incide el espacio prostatovesical distal al área donde se colocaron los puntos de referencia, y se diseca de forma cortante la base de la próstata preservando el cuello vesical siempre que sea posible. Al llegar a la porción anterior del cuello vesical, este se incide en su porción más distal hasta evidenciar la sonda, se retira el clamp del mismo y se vacía el balón, extrayendo por la incisión del cuello la punta de la sonda. Se completa la disección del cuello en su porción posterior y se reseca la base de la próstata, disecando los conductos eyaculadores, seccionándolos y resecando a su vez la vesícula seminal de cada lado. Se continúa la disección hasta la fascia de Denonvillier, para encontrar el plano formado durante la disección retrógrada. Finalmente, se disecan los pedicúlos prostáticos, se pinzan, cortan y ligan, preservando los haces neurovasculares que se dirigen hacia el pene y el esfínter, si el cirujano lo considera pertinente, según se desarrolle la intervención o si el estadiaje de la neoplasia lo permite. Se extrae la pieza quirúrgica, que se revisa.

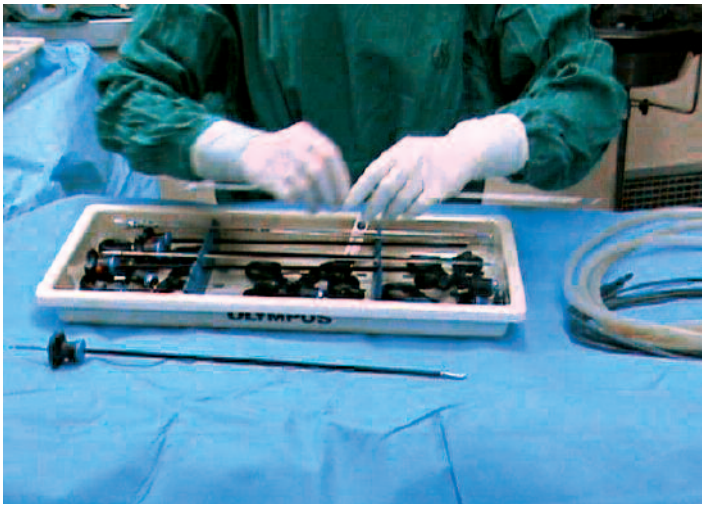
Se realiza hemostasia sobre los puntos sangrantes. De igual manera, se remodela el cuello vesical si es necesario. Se revisa la integridad del recto y los meatos ureterales. Se realiza una anastomosis uretrovesical ferulizada por un catéter o sonda que se usará de forma definitiva una vez se han puesto los cuatro puntos uretrales de Dexon 3/0, y antes de colocar los puntos sobre el cuello vesical. Se evierten los bordes del cuello para exponer la mucosa vesical antes de afrontarlos. Se introduce la sonda en la vejiga y se insufla el balón, nuevamente con 20 cc de SF. Se anudan los puntos para aproximar los tejidos. Se deja un drenaje de silicona perianastomótico. Se fijan y se cierran los planos hasta la piel (6).

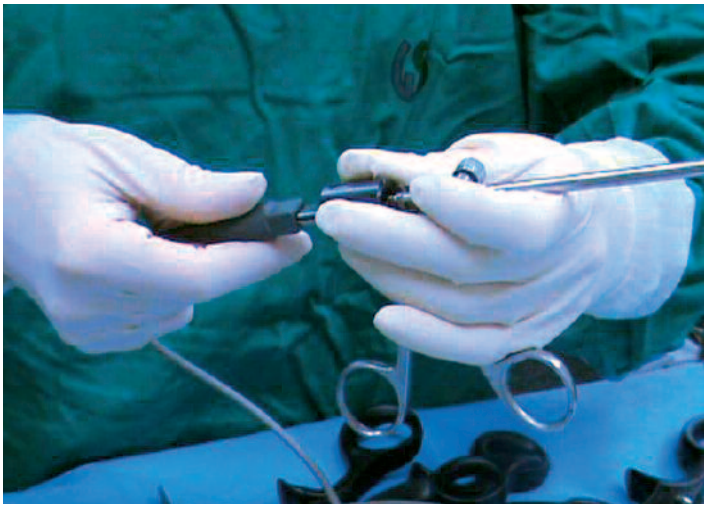
Material necesario:
- Equipo de mesa (cirugía general).
- Caja de laparotomía.
- Separador abdominal trivalvo.
- Op-site grande.
- Mangos o protectores de lampara.
- Gasas contrastadas.
- Compresas de vientre.
- Turundas pequeñas y grandes contrastadas.
- Tubo de aspiración Cánula de aspiración.
- Bisturí electrico con pala larga.
- Hoja de bisturí del 24.
- Valvas maleables.
- Disectores largos.
- Bengoleas largas.
- 2 contenedores o bateas pequeñas.
- 1 batea grande.
- Ligasure Xtd con punta de disector.
- Pinza larga sin dientes.
- Separadores palpebrales.
- Jeringa de 50cc y de 20cc.
- Pinza bipolar ocasional.
- Bolsas de diuresis.
- Sonda Foley n 16 o 18 al principio.
- Sonda de silicona punta recta definitiva.
- Drenaje multitubo o de silicona.
- Bolsa de drenaje.

Suturas
- Ligadura de dexon nº1.
- Dexon n1 HR-37 punta circular.
- Safil quick 3/0 HR-26 punta circular.
- Safil quick 2/0 HR-26 punta circular.
- Dexon nº0 HR-26 punta circular.
- Dexon nº2 HR-42 punta triangular.
- Dexon 3/0 HR-26 punta circular.
- Ligaduras 2/0 dexon.
- Grapas o seda recta 2/0.

FINALMENTE, EN EL PROCEDIMIENTO DE PROSTATECTOMÍA RADICAL RETROPÚBICA, SE DISECAN LOS PEDICÚLOS PROSTÁTICOS, SE PINZAN, CORTAN Y LIGAN, PRESERVANDO LOS HACES NEUROVASCULARES QUE SE DIRIGEN HACIA EL PENE Y EL ESFÍNTER, SI EL CIRUJANO LO CONSIDERA PERTINENTE, SEGÚN SE DESARROLLE LA INTERVENCIÓN O SI EL ESTADIAJE DE LA NEOPLASIA LO PERMITE. SE EXTRAE LA PIEZA QUIRÚRGICA, QUE SE REVISA







Prostatectomía radical transperitoneal por vía laparoscópica

Los pasos son: Colocación de puertos y acceso al espacio retroperitoneal, disección de cuello vesical y vesiculas seminales, disección y ligadura del plexo de Santorini, disección de la pieza y colocación en bolsa, anastomosis vesico-uretral y final del procedimiento.

Se utilizan 4 trocares (2 de 5 mm, 1 de 11 mm y el hasson), se libera peritoneo anterior apertura de la fascia endopélvica. Liberación del cuello vesical, liberación deferentes y vesiculas seminales. Apertura espacio Denonvillier, coagulación plexo de Santorini. Liberación uretra membranosa y apex prostático. Anastomosis uretro-vesical con sutura con sutura contínua. Retirada de pieza y extraida por el orificio del hasson. Colocación drenaje y sutura de piel.

Material necesario:
- Equipo de mesa (cirugía general).
- Perneras ginecologicas.
- Protector de camara.
- Caja de laparotomía.
- Caja de laparoscopia.
- Caja pinzas Olimpus.
- Torre de laparoscopia. Bisturí monopolar y bipolar. Ligasure.
- Gasas, compresas.
- Hojas de bisturí nº24 y 15.
- Bisturí electrico.
- Pinza bipolar de laparoscopia.
- Aspirador-irrigador de laparoscopia Ligasure de 5mm.
- Termo con suero caliente.
- Batea grande.
- 2 bateas pequeñas.
- 2 portas de laparoscopia.
- Jeringa de 50cc y de 20cc.
- Sonda foley de 18 o 20fr para el inicio.
- Sonda foley de silicona punta recta para el final.
- Bolsa de diuresis.
- Mangos o protectores de lampara.
- Lubricante.
- Suero esteril.
- 1 jeringa de 2cc.
- 1 aguja de cargar.
- Azul de metileno.
- 1 sonda rectal.
- Suero de 1litro para conectar con el irrigador y manguito de presión.

Trocares
- 1 Hasson.
- 1Trocar de 11.
- 2 trocares de 5.

Suturas
- Safil green 2/0 HR-26 punta circular.
- Safil green 3/0 HR-26 cortados a medida de 18cm.
- Ethibo nº1 para sujetar el hasson
- Safil green de 2 HR-37.
- Apositos.

* Ocasionalmente redon de baja presión.

ESTA DOCUMENTACIÓN ALTAMENTE PEDAGÓGICA Y FÁCILMENTE ACCESIBLE, NOS PERMITE LA ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA Y MEJORA LA ADAPTABILIDAD CONTÍNUA A LOS CAMBIOS TECNOLÓGICOS Y DIFERENTES PROFESIONALES DEL EQUIPO QUIRÚRGICO DE UROLOGÍA. PERMITIÉNDONOS POSIBILIDADES DE INVESTIGACIÓN FUTURAS, COMO LA VALORACIÓN DE SU APLICACIÓN INTERCENTROS A TRAVÉS DE LA WEB, COMENTANDO RESULTADOS Y MODIFICACIONES

Conclusiones

Obtenemos un material audiovisual de consulta que junto con la amplia difusión realizada en el servicio, consigue una valoración positiva por parte de los profesionales, considerándolo un documento práctico y de fácil disponibilidad.

Se optimiza, el tiempo de preparación del material y el tiempo quirúrgico, minimizando los lapsus intra y las complicaciones post intervención (7, 8, 9 y 10).

Esta documentación altamente pedagógica y fácilmente accesible, nos permite la actualización de enfermería y mejora la adaptabilidad contínua a los cambios tecnológicos y diferentes profesionales del equipo quirúrgico de urología. Permitiéndonos posibilidades de investigación futuras, como:

- La valoración de su aplicación intercentros a través de la web, comentando resultados y modificaciones.
- Estandarizarlo creando nueva evidencia científica. ▼

Bibliografía

1. Cáncer de próstata. Una guía práctica. Asociación española contra el cáncer.2004. Madrid.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, Thun MJ. «Cancer Statistics», 2006. *CA Cancer J Clin* 2006; 56 (2): 106-130. [PubMed]
3. Centro Nacional de Epidemiología. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
4. Meng MV, Elkin EP, Harlan SR et al. «Predictors of treatment alter inicial surveillance in men with prostate cancer: Results from CapSURE». *J Urol*. 2003 Dec;170(6 Pt 1):2279-2283. [PubMed]
5. Gómez Veiga F, Barbagelata López A, Ponce Díaz-Reixa J, Fernández Rosado E, González Martín M. «Técnica de minilaparotomía «Minilap» en pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer de próstata». *Actas Urol Esp.* 2007;31(6):593-602. Pagina web: www.actasurologicas.info/v31/n06/ESP/3106OR04.htm
6. Dallos Osorio, Luis Alejandro(1); Cajigas Plata, Jaime Andrés(2); Quiroga Matamoros, William; «Prostatectomía radical intrafascial abierta: Descripción de la técnica empleada en el Hospital Militar Central». *Rev. Urol. Col.* Vol. XVI, Nº3: pp89-92, 2007.
7. Garcia Rodriguez J.A, Prieto J, Gobernado M, Gomis M, Mensa J, Azanza J.R, Dominguez-Gilhurle A, Lozano F, Davila D, Cainzos M. «Documento de consenso quimioprofilaxis quirúrgica» Rev Esp Quimioterapia, 2000. Seq.es
8. Fajardo Rodriguez H.A, Quemba Gordillo J, Eslava Schmalbach J. «Escalas de predicción e infección de sitio quirúrgico en 15625 cirugías 2001-2003» *Revista Salud Pública*, marzo 2005, vol 7, num 001. pp 89-98. Universidad Nacional Colombia. Bogota Colombia.
9. Lobato J.J, Giner C, Leivar A, Caballero J.P, Perez-Llorca L, Jimenez J. «Comparación del tiempo quirúrgico en la PR entre sutura tradicional y Capio(R) RP Suturing device, así como de sus respectivas complicaciones» Volume 66, Issue3, Suplement. Page 10. Setember 2005.
10. Arrowsmith VA, Maunder JA, Sargent RJ, Taylor R. «Eliminación del esmalte de uñas y extracción de anillos para prevenir la infección quirúrgica» (Revisión Cochrane traducida) La Biblioteca Cochrane Plus 2008. Num 2 Oxford. www.update-software.com

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.

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP..... TELÉFONO.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

Solicita la admisión como socio de la Asociación **(Asociación Española de Enfermería en Urología)** por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La cuota de socio anual es por un importe de 50 euros mediante pago en cuenta corriente.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

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

Fecha: Firma

Asociación Española de Enfermería en Urología. Colegio Oficial de Enfermería
Avda. Ramón y Cajal, 20 - 41005 Sevilla

Travieso Mayoral, José María[1]; Ruiz Aguilar, Juan Manuel[2]
[1] DUE UGC Vejer de la Frontera. Distrito Bahía de Cádiz – La Janda.
[2] Coordinador de Cuidados. UGC Vejer de la Frontera. Distrito Bahía de Cádiz – La Janda

Proceso asistencial hipertrofia benigna de próstata-cáncer de próstata: papel de enfermería de atención primaria en la implantación, desarrollo y control de calidad del proceso

RESUMEN

Hemos estudiado el cumplimiento de los indicadores de calidad del Proceso Asistencial Hipertrofia Benigna de Próstata (HBP) – Cáncer de Próstata (CP) en la Zona Básica de Salud de Vejer de la Frontera por parte de médicos y enfermero, y el papel de estos últimos en la implantación, desarrollo y control de calidad de dicho proceso.
Los resultados obtenidos a los 7 meses de la evaluación indican un alto grado de implicación por parte del servicio de Enfermería de Atención Primaria tanto en la implicación como en el desarrollo de dicho proceso así como un alto índice de satisfacción por parte de los usuarios de la atención enfermera recibida.
Palabras clave: enfermería, atención primaria, procesos asistenciales, hipertrofia benigna de próstata, cáncer de próstata

SUMMARY

We have studied the fulfillment of the indicators of quality of the Process Assisted Hypertrophy Benign of Prostate (HBP) - Cancer of Prostate (CP) in the Basic Area of Health of Vejer de la Frontera which was carried out by doctors and nurses, and role of nurses in the introduction, development and quality assurance of this process.
The results obtained at the 7 months of the evaluation indicate a high degree of implication on the part of the service of nursing of Primary Care in the implication as well as in the development of this process as well as a high index of satisfaction of users of the nurse attention receive.
Keywords: nursing, primary care, assisted processes, benign hypertrophy of prostate, cancer of prostate.

Introducción

En nuestro actual sistema sanitario existen dos niveles asistenciales claramente definidos: Atención Primaria y Atención Especializada. La Atención primaria constituye la puerta de acceso al sistema y la Atención Especializada se concibe como un apoyo y complemento, atendiendo aquellos casos cuya complejidad exceda la capacidad de la primera. La realidad es que la falta de continuidad entre ambas y la falta de criterios clínicos y organizativos comunes constituye uno de los principales problemas del sistema sanitario. Esta división en la asistencia origina problemas en la accesibilidad, demoras, consultas médicas innecesarias, duplicidad de pruebas diagnósticas…, proporcionando al paciente una imagen de mal funcionamiento asistencial y administrativo.

Desde este punto de vista surgen dos tipos de estudios, los que se dedican a establecer la selección y uso racional, sobre la base de la evidencia disponible, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (Guías de Práctica Clínica) y, por otra, los que determinan qué debe hacerse, quién debe hacerlo y en qué nivel del Sistema Sanitario (Gestión por Procesos).

Entendemos como parte del proceso al conjunto de actividades encaminadas a la atención de aquel paciente, que en ausencia de infección urinaria, presenta manifestaciones clínicas y/o analíticas de Hipertrofia Benigna de Próstata y/o Cáncer de Próstata.

Objetivos

- Evaluar papel de la Enfermería de Atención Primaria en la implantación, desarrollo y control de calidad del proceso Hipertrofia Benigna de Próstata– Cáncer de Próstata.
- Unificación de criterios de actuación, protocolizando y optimizando resultados obtenidos.
- Mejorar la práctica interdisciplinaria entre todos los niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario.
- Aumentar la calidad asistencial y el índice de satisfacción del usuario/paciente.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional prospectivo realizado durante los meses de Marzo a Septiembre de 2007 en el que se pretende evaluar el cumplimiento de los criterios de calidad del Proceso Asistencial Integrado HBP – CP por parte de médicos y enfermeros.

Se definen como criterios de calidad las siguientes variables, para Atención Primaria: realización adecuada del International Prostatic Symptom Score (IPSS); petición adecuada del Antígeno Prostático Específico (PSA); derivación adecuada de pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el proceso: historia clínica compatible con sedimento normal, IPSS > 8 con sedimento normal, PSA > 3; adecuada información al paciente previa a la consulta con Atención Especializada, adecuado conocimiento del manejo postoperatorio de los pacientes y por último índice de satisfacción del usuario. Inicialmente en el proceso se refleja que el médico de Atención Primaria debe realizar un tacto rectal, pero ante la poca experiencia de los profesionales y el problema añadido de la alteración de los valores séricos de PSA si se realizaba previamente a la extracción, se acordó que se haría en atención especializada, en la cual también estaba especificado en dicho proceso.

Para Atención Especializada: realización de tacto rectal en la primera consulta, realización de flujometría, peticiones adecuadas de ecografía, realización de biopsias prostáticas eco dirigidas, demora de la primera consulta, índice de satisfacción del usuario.

El estudio se dividió en tres fases:

1. Fase de Planteamiento de actuación:
   a) Participación en consulta de Proceso: realización de IPSS y analítica.
   b) Recogida y tabulación de datos.
   c) Recomendaciones y cuidados.
2. Fase de Implantación:
   a) Docencia y taller del profesional referente del Proceso al personal sanitario del Centro.
   b) Formación del personal de Atención Primaria.
3. Fase de Aplicación del Proceso.

La captación de pacientes se realizó indistintamente a través de la consulta de urgencias y de demanda tanto de médico como de enfermero. Ante todo paciente susceptible de entrar en el proceso se le debía realizar anamnesis, IPSS, solicitud de analítica con PSA y sedimento de orina, seleccionando a aquellos pacientes que cumplan alguno de los siguientes requisitos: anamnesis con clínica sugestiva de HBP, puntuación de IPSS > 8, o PSA >3.

Se procedió a la citación en Atención especializada de los pacientes seleccionados a través del programa informático Diraya en consulta de Acto Único de Urología, evitando pérdidas de tiempo innecesarias, adjuntando todos los datos tabulados. Además se informó a los pacientes que debían acudir a la consulta reteniendo orina para la práctica de ecografía y/o flujometría. En la consulta de Acto Único de Atención Especializada se procedería a la realización de historia clínica, IPSS, tacto rectal, flujometría, medición residual y ecografía. Procediendo al diagnóstico de HBP y decidiendo la actitud terapéutica más conveniente: tratamiento médico o quirúrgico (directamente o si fracasa el primero) mediante resección transuretral o adenomectomía.

Tras el tratamiento quirúrgico, se procederá al alta hospitalaria lo antes posible dentro de la estabilidad del paciente, en la mayoría de ocasiones portando sonda vesical y herida quirúrgica, cuidados que recaerán directamente sobre enfermería.

La mayoría de profesionales enfermeros de Atención Primaria no estaban habituados a estos cuidados, por lo que se realizó un taller de actualización de conocimientos en este tipo de cuidados, así como pautas de ejercicios para evitar en la medida de lo posible los problemas de incontinencia que suelen aparecer.

Los médicos de Atención Primaria deben realizar revisiones de estos pacientes y si hubiese cambios en su valoración, remitir al paciente de nuevo a Atención Especializada.

En los casos con sospecha de CP se procederá a la realización de las pertinentes pruebas complementarias, entre ellas biopsia eco dirigida. Si esta es negativa se podrá repetir dicha biopsia hasta en tres ocasiones en función del grado de sospecha, si es positiva, se procederá al estadiaje y estudio de extensión de la enfermedad (Radiografía de tórax, geografía ósea,…). Y por último el tratamiento más conveniente: prostatectomía radical, radioterapia y bloqueo hormonal.

A todos los pacientes se les realizó una encuesta al final del estudio para valorar el índice de satisfacción con enfermeros, médicos de Atención Primaria y médicos de Atención Especializada.

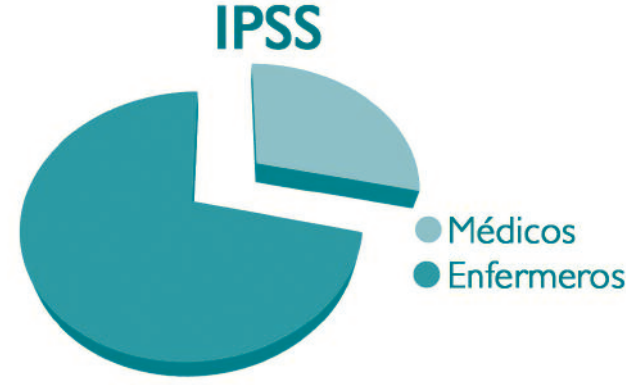
Resultados

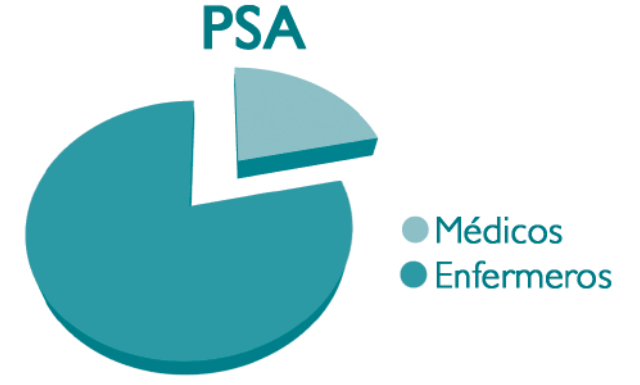
Partimos de que nuestro Centro de Salud tiene una gran parte de la población diseminada en diversos núcleos rurales y por esto el trabajo de la enfermería es mucho más intenso y cercano a los pacientes, además este proceso asistencial fue de los primeros en implantarse en nuestra Zona Básica de Salud.

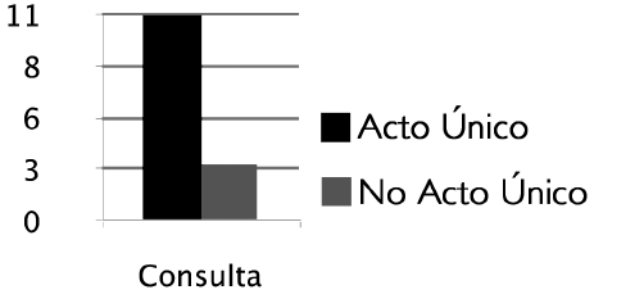
Durante el período de estudio se evaluaron un total de 26 derivaciones efectuadas al Servicio de Urología del Hospital Universitario de Puerto Real. De ellas, 14 presentaban diagnóstico de HBP – CP.

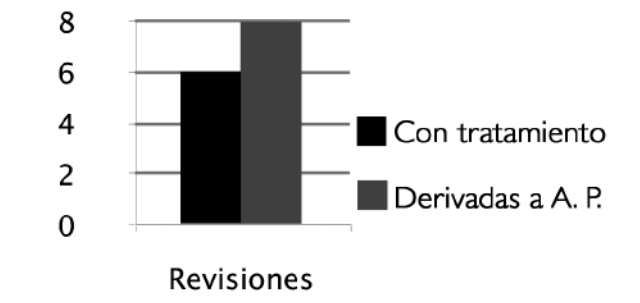
Se monitorizó la realización del cuestionario I.P.S.S., así como la solicitud de analítica con PSA por parte de los Médicos de familia o los Enfermeros. El cuestionario IPSS fue realizado en 4 ocasiones por el Médico y en 10 por el Enfermero, la petición de analítica con PSA fue realizada en 3 ocasiones por el Médico y en 11 por el Enfermero.

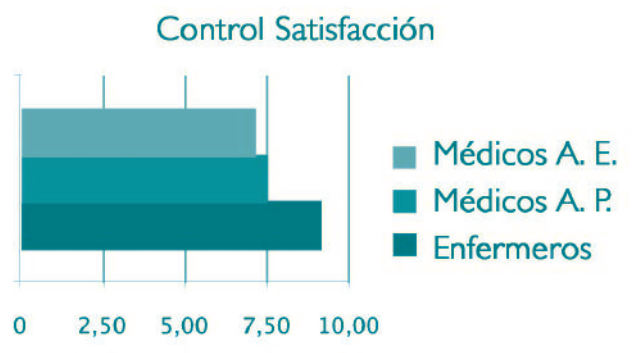
El número de consultas por parte de atención especializada realizadas antes del mes según el criterio de calidad del proceso HBP – Ca de Próstata fue 0. Todas las deriva-











ciones tuvieron más de un mes de demora desde la fecha de solicitud.

Las derivaciones realizadas mediante el proceso de Acto Único (criterio de calidad del proceso) fueron 11.

De las derivaciones realizadas, 6 precisaron revisión con tratamiento médico y 8 fueron derivadas a Atención Primaria según el proceso HBP – Ca de próstata.

Se realizó una encuesta de satisfacción a los usuarios cuyas puntuaciones sobre un máximo de 10 fueron las siguientes: enfermero de atención primaria 9.14, médico de atención primaria 7.5, médico de atención especializada 7.14.

Conclusiones

Destacar el papel fundamental de la enfermería de Atención Primaria en la implantación y ejecución del proceso, consiguiendo una importante disminución de la demora en la derivación de los pacientes a atención especializada así como un adecuado ajuste a los criterios de calidad del proceso en las derivaciones realizadas.

Objetivación del incumplimiento de los criterios de calidad del proceso por parte de atención especializada tanto a nivel de tratamiento precoz de la patología como de derivación rápida a lista de espera quirúrgica.

Alto nivel de satisfacción de los usuarios con la enfermería de Atención Primaria. ▼

Bibliografía

Proceso Hipertrofia Benigna de Próstata – Cáncer de Próstata. 2ª Edición. Junta de Andalucía.

«Bening postatic hiperplasia: diagnosis and treatment». AHCPR. Agency for Health Care Policy and Research. *Practice guideline. J Am Geriatr Soc* 1998 Sep; 46(9): 1163-5.

Berra de Unamuno A, Calahorra Fernández L, Lázaro y de Mercado P. *Surgery in bening hypertrophy of the prostate. Standards of appropiate use*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). 1996. 75.

«Early Detection of Prostate Cancer». *Clinical Guidelines. Annals of Internal Medicine*, 126: 468-479, 1997.

Pierre-Louis Lauture, Mario; Martínez Feria, Laura; Sánchez Alvarez, Antonia
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria

Introducción

Una nefrostomía es una técnica mediante la cual se inserta un catéter de fino calibre a través de la piel de la zona lumbar hasta el riñón para evacuar la orina. Requiere la necesidad de recoger la orina en bolsas diseñadas para tal fin y se precisa de unos cuidados especiales: adiestramiento para la colocación de los diferentes tipos de dispositivos, cuidados de la piel y prevención y/o actuación en caso de que aparezcan complicaciones.

Como todos sabemos, una cistectomía radical es una intervención quirúrgica mayor, por lo que es necesario un ingreso hospitalario durante un tiempo que puede variar de un enfermo a otro, pero por lo general suele oscilar entre 15 y 20 días.

Cuando se le realiza a un paciente una derivación urinaria tras una cistectomía radical, al iniciar su recuperación, primero pasa a la UCI unos días y luego regresa a nuestra planta para adquirir un estado de normalidad después de haber pasado por una situación difícil.

Analizando los resultados obtenidos en los últimos años a la hora de aplicar los cuidados postoperatorios en los diferentes puntos por los que pasa el paciente hasta llegar a nuestra unidad, se han detectado claras deficiencias sobre todo en la época vacacional con incremento de personal eventual.

Para corregir dichas carencias, hemos elaborado un conjunto de láminas que ilustran los cuidados de las tres derivaciones más frecuentes, con objeto de incluirlas en las historias de los pacientes identificando los dispositivos implantados y los cuidados a aplicar a los mismos, facilitando principalmente la labor de los profesionales no habituados a este tipo de cuidados.

Dichas derivaciones son:

– Ureterosigmoidostomía
– Neovejiga Ortotópica
– Ureterostomía cutánea transintestinal (Bricker)

Es común en los tres casos:

- Mantener permeables los catéteres ureterales, evitando el paso de orina a la zona de cicatrización, acodamientos, tracción accidental y en caso de obstrucción realizar lavados de los mismos con suero fisiológico.

Para comprobar dicha permeabilidad, se introduce entre 5 y 10 ml. de suero fisiológico en cada catéter. Posteriormente se espera la salida por goteo del suero introducido. Sí esto no sucede se puede aspirar con suavidad.

Se debe valorar el color de la orina y medirla de forma individualizada, ya que la diuresis de cada riñón es un dato importante en la evolución del paciente.

- Cuantificar el debito de los drenajes, anotando sus características.
- En cuanto a la SNG es necesario vigilar su permeabilidad. Por ello se ha de comprobar en cada turno la permeabilidad de la misma que se mantendrá unos días para dejar en reposo el aparato digestivo. Sí evoluciona adecuadamente se retirará siempre que no haya distensión abdominal, ni síntomas de íleo paralítico, por indicación del facultativo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ureterosigmoidostomía destubulizada

Esta derivación consiste en la extirpación de la vejiga, con abocamiento de los uréteres al colon sigmoides. En esta técnica la orina será expulsada al exterior a través del ano junto con las heces.

Además el paciente es portador de una sonda rectal, que hay que mantener permeable para facilitar el reposo de toda la zona afectada y la cicatrización de la anastomosis, evitando una distensión intestinal, dehiscencia de las suturas y comprobar su correcta colocación.

Para conseguir dicho objetivo se hace imprescindible la realización de lavados suaves tantas veces como sea necesario.

Ureterostomía cutánea transintestinal (Técnica de Bricker)

Es la derivación urinaria más frecuente en Europa. Implica la cistectomía y el desvío del curso de la orina a la piel.

Consiste en aislar una porción de ileon para crear un conducto ileal al que se abocarán ambos uréteres. En este tipo de derivación por el estoma, además de la orina se expulsará el moco segregado por la porción de intestino.

Aparte de los cuidados comunes, lavar la sonda vesical para evitar la formación de moco y apertura del reservorio.

A pesar de que en nuestro centro no se realiza este tipo de derivación, si es frecuente en otros centros, por lo que se ha contemplado su inclusión en el conjunto de láminas con vistas a su uso.

Neovejiga ortotópica

La Neovejiga ortotópica es una técnica de sustitución vesical que respeta la vía excretora natural pudiendo entonces realizar la micción a través de la uretra con preservación de la función renal.

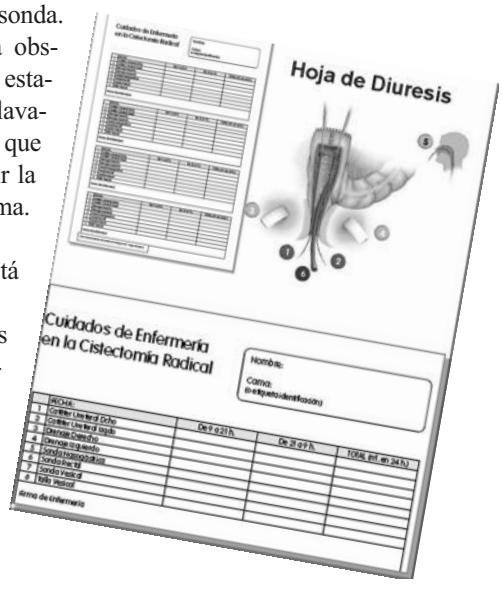
La talla vesical se usa como segunda vía de salida del posible contenido de la neovejiga, existiendo la posibilidad de que la sonda uretrovesical se obstruya debido a sedimentos o moco.

Es importante no movilizar la sonda uretrovesical para facilitar la cicatrización de la sutura entre la uretra y la neovejiga.

Hay que evitar en el postoperatorio inmediato realizar lavados periódicos de la sonda uretrovesical y de la talla vesical.

Al realizar un lavado de vejiga a través de la sonda uretrovesical y de la talla vesical es importante comprobar que el suero introducido sea drenado y cuantificado.

Con los lavados pautados en cada turno se evitará que dicho moco obstruya la sonda. Si aún así se produjera obstrucción de la misma, se estaría obligado a realizar lavados manuales cada vez que se precise para conseguir la permeabilidad de la misma.



Hoja de diuresis

La hoja de diuresis está al dorso de las láminas.

Todos los dispositivos identificados por números y colores en las láminas coinciden con las líneas correspondientes en la hoja de diuresis.

CONCLUSIONES

Tras la reciente puesta en marcha de esta herramienta, se están recogiendo los resultados estadísticos de su aplicación, los cuales deberán ser analizados y valorados debidamente.

Mientras tanto, en la práctica diaria se ha observado una mejora en la seguridad que tienen los profesionales a la hora de aplicar los cuidados a los pacientes, con mayor conocimiento del proceso. ▼

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Gijón, 20 al 23 de octubre de 2009

NOTA INFORMATIVA

Estimadas/os congresistas:

Tras la reunión llevada a cabo en Madrid el día 26 de junio de 2009, entre la junta directiva de ENFURO y el comité organizador, se tomaron decisiones que afectan a las siguientes cuestiones:

1. Se amplia la recepción de trabajos para su admisión en el congreso hasta el día 31 de agosto de 2009.
2. Dada las dificultades que se están presentando para enviar los formularios de los trabajos, se cambia el modelo de los mismo por uno único en formato word, que se deberá enviar como archivo adjunto en el correo electrónico para su valoración por el comité científico.
3. También se realizan modificaciones en las normas para la presentación de los trabajos, normas que no afectan a los trabajos ya recibidos. Dichas variaciones se pueden ver en el documento de normas de presentación de trabajos colgada en la web del congreso: **www.azulcongresos.com**

Daros las gracias por vuestro interés y deciros que os esperamos en Gijón en Octubre,

Un cordial saludo del comité organizador del XXXI Congreso Nacional de Enfermería Urológica

PROGRAMA

MARTES 20 DE OCTUBRE DE 2009

17:00 - 19:00	- Acreditación.
19:00 - 19:15	- Presentación del Congreso al cargo del Dr. Valentín Muruamendiaraz (Jefe del servicio de urología del Hospital de Cabueñes.)
19:00 - 19:40	- Conferencia inaugural: "Cuidados enfermeros de las prótesis en urología". Dr. Manuel Rivas y Dr. Luis Rodríguez, del Servicio de urología del Hospital de Cabueñes.

MIERCOLES 21 DE OCTUBRE DE 2009

9:00 - 10:00	- Comunicaciones libres.
10:00 - 11:00	- Ponencia - Mesa redonda "Aspecto psicológico del paciente estomizado", Mª Teresa Estrada, (D.U.E. De consulta externa de cirugía, del Hospital de Cabueñes.)
11:00 – 11:30	- Café.
11:30 - 12:30	- Ponencia " Urodinamica pediátrica. Indicaciones, técnica y reeducación miccional". Dr. Carlos Gutierrez Segura. (Grupno pediátrico. Unidades de urodinámica y movilidad pediátricas del H.U.C.A. De Oviedo)
12:30– 14: 00	- Comunicaciones libres.
14:00 – 16:00	- Almuerzo de trabajo.
16:00 – 17:00	- Comunicaciones libres.
17:00 – 18:30	-Ponencia a cargo de la AEEU

JUEVES 22 DE OCTUBRE DE 2009

9:00 – 10:00	- Comunicaciones libres.
10:00 - 11:00	- Ponencia: " Usoterapéutico de la electricidad. Aplicación en los cuidados urológicos" D. Francisco J. Milla España, (Enfermero acreditado nivel excelente por la A.C.S.A. responsable unidad de la reeducación uroginecológica del hospital Virgen de la Victoria.)
11:00 – 11:30	- Café.
11:30 – 14:00	- Ponencia: " Prescripción enfermera". Dª Raquel Diaz Bigotes, (Vicesecretaria de la Junta de Gobierno del Colegio de Enfermería de Asturias.)
14:00 – 16:00	- Almuerzo de trabajo.
16:00 – 17:00	- Comunicaciones libres. - Asamblea de socios.
17:00 – 18:30	- Sesión de trabajo: Instalaciones vesicales. Seguridad clínica. Desarrollo: Cáncer vesical superficial tratamiento complementario. Propuesta de estudio multicéntrico seguridad clínica en técnicas de instalaciones vesicales. Constitución del grupo de trabajo para el desarrollo del estudio multicéntrico. Laboratorio INIBSA

VIERNES 23 DE OCTUBRE DE 2009

9:30– 10:30	- Sesión de defensa de posters.
10:30 - 11:30	- Conferencia: "Acuerdos de Bolonia: Grado en enfermería". Virginia Alvarez Iglesias y Mª Teresa Puertas Gómez (Enfermeras del Hospital de Cabueñes)
11:30 - 12:00	- Café.
12:00 – 13:00	- Ponencia "Importancia del trabajo enfermero". Rosario Fernández Florez (Dirección de Calidad del S.E.S.P.A.)
13:00 – 14:00	- Acto Clausura: Entrega de premios. Presentación sede 2010

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Gijón, 20 al 23 de octubre de 2009

FORMULARIO COMUNICACIONES

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

20,21,22 Y 23 DE OCTUBRE 2009
GIJÓN

FORMULARIO COMUNICACIONES

Título	
Autores	
Centro de trabajo	
Responsable	
Contactar en	
Resumen	Introducción Objetivos Material y método Discusión Conclusiones Interés para la práctica

SECRETARIA TÉCNICA Azul Congresos, SL
C/ Uría, Nº 68 - 1º D
33003 Oviedo
Tfnos: 984 051 604 / 984 051 671 Fax: 984 28 16 71
E-mail: congresoenfurogijon@azulcongresos.com

Marcar opción prioritaria:
Comunicación oral ☐
Póster ☐

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Gijón, 20 al 23 de octubre de 2009

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

GIJÓN 20,21,22 Y 23 DE OCTUBRE 2009

FORMULARIO POSTER

TÍTULO	
AUTOR/ES	
LUGAR TRABAJO	
DATOS RESPONSABLE DEL POSTER	
CONTACTAR EN	
INTRODUCCIÓN	
OBJETIVOS	
MATERIAL Y MÉTODO	
DISCUSIÓN	
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	
INTERÉS PARA LA PRÁCTICA	

SECRETARIA TÉCNICA: Azul Congresos, SL
C/ Uría, Nº 68 - 1º D
33003 Oviedo
Tfnos: 984 051 604 / 984 051 671 Fax: 984 28 16 71
E-mail: congresoenfurogijon@azulcongresos.com

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Gijón, 20 al 23 de octubre de 2009

NORMAS
para la presentación de comunicaciones

COMITÉ CIENTÍFICO. Hospital de Cabueñes-GIJÓN. SESPA. C/ De los Prados, 395. 33203 Cabueñes-GIJÓN (Asturias) Tel.: 985185 000

- Fecha límite de presentación: 31 de agosto de 2009.
- Los resúmenes deberán enviarse a la secretaría técnica, rellenando el formulario correspondiente y por e-mail. No superaran las 350 palabras.
- Se deberán aportar dirección de correo electrónico y teléfono de contacto.
- Al cumplimentar el formulario se enviará como documento adjunto en el correo electrónico.
- Las comunicaciones y posters aceptados deberán enviar copia completa del trabajo a la Secretaría Técnica, en cualquier versión de Word.

  SECRETARÍA TÉCNICA XXXI CONGRESO ENFURO 2009
  Azul Congresos, SL C/ Uría, Nº 68 – 1º D • 33003 Oviedo
  Tfnos: 984 051 604 / 984 051 671 • Fax: 984 28 16 71
  www.azulcongresos.com
  E-mail: congresoenfurogijon@azulcongresos.com
- El tiempo máximo de exposición de cada comunicación será de 15 minutos.
- Las comunicaciones tendrán un máximo de seis autores, dando nombre y apellidos de todos ellos y resaltando en negrita quién realizará la presentación.
- Uno de los autores de la comunicación, el que realice la presentación, deberá estar inscrito en el congreso.
- El tamaño del póster no debe exceder de 90 cm de alto x 120 cm de ancho.
- Los pósters aceptados serán expuestos durante el congreso, deberán facilitar a los asistentes las aclaraciones que les sean solicitadas a los autores.
- Las comunicaciones recibidas, aunque indiquen prioridad de exposición como oral o poster, esta podrá ser modificada por el comité científico y así se comunicará al/los autores de la misma.
- Se establecerán premios a las mejores comunicaciones y pósters.
- No se admitirán comunicaciones que no cumplan estos requisitos.

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Gijón, 20 al 23 de octubre de 2009

BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

Nombre y Apellidos .....

Fecha de llegada ..... Fecha de salida ..... Tipo de habitación .....

Nº habitaciones ..... x ..... € / noche = ... €uros

Total: 0,00 €

- Garantizamos la confidencialidad de los datos personales y su uso exclusivo para comunicaciones relacionadas con la organización del curso.

- Se recomienda hacer las reservas con suficiente antelación. Las reservas se realizarán por riguroso orden de inscripción y no quedarán confirmadas hasta que se abone la totalidad de la tarifa, no aceptándose por tanto, depósito alguno.

HOTEL	HABITACIÓN INDIVIDUAL	HABITACIÓN DOBLE
Hotel ABBA Gijón	118,40 €	104,60 €
Parador de Gijón	139,50 €	184,70 €
Hotel Tryp Rey Pelayo	122,70 €	108,50 €
Hotel Príncipe de Asturias	85,70 €	115,50 €
Hotel Begoña Park	88,60 €	77,90 €
Hotel Alcomar	78,30 €	94,30 €
Hotel NH Gijón	111,70 €	107,20 €

Todos los precios son por persona y noche. Desayuno e IVA incluidos.

- Se ruega completar esta ficha y enviarla, junto con el cheque o justificante de la transferencia a:
  TELETOUR
  San Bernabé, 2 – 2º C 33002 Oviedo
  Tel 902 109 696 Fax 98520 99 02
  E-mail teletour@teletourviajes.com

FORMA DE PAGO:

Transferencia bancaria a TELETOUR, indicando XXXI Congreso Nacional de Enfermería Urológica
CAJASTUR 2048 0001 73 0340002129
Cheque bancario a nombre de TELETOUR, S.A

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Gijón, 20 al 23 de octubre de 2009

BOLETIN DE INSCRIPCIÓN

Nombre ..... Apellidos .....
Departamento .....
Institución/Hospital .....
Dirección .....
CP ..... Ciudad .....
Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

■ Garantizamos la confidencialidad de los datos personales y su uso exclusivo para comunicaciones relacionadas con la organización del curso

CUOTAS:

ANTES DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2009

❑ SOCIOS ENFURO 425 € ❑ NO SOCIOS ENFURO 525 € ❑ ESTUDIANTES 275 €

DESPUÉS DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 2009

❑ SOCIOS ENFURO 455 € ❑ NO SOCIOS ENFURO 555 € ❑ ESTUDIANTES 305 €

■ Los derechos de inscripción incluyen la participación en todas las sesiones material docente, certificado de asistencia, almuerzos y cafés de trabajo.

■ La inscripción no garantiza la disponibilidad de hotel. Se ruega completar la sección de alojamiento.

■ Se ruega completar esta ficha y enviarla, junto con el cheque o justificante de la transferencia a:
SECRETARÍA TÉCNICA XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA
Uría, 68 – 1° D 33003 Oviedo
Tel.: 984 051 604 / 671 Fax 984 281 671
E-mail: congresoenfurogijon@azulcongresos.com

FORMA DE PAGO:

– Transferencia bancaria a: AZUL CONGRESOS SL,
indicando XXXI Congreso Nacional de Enfermería Urológica
CAJASTUR 2048 0001 75 3404000343

– Cheque bancario a nombre de AZUL CONGRESOS SL

Garzón Mondéjar, Isabel Mª; Araoz Fernández, Gracia
DUE Unidad de Enfermería de los Servicios de Oncología Radioterápica y Urología. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla».

Suero fisiológico o agua destilada en el globo de la sonda vesical

RESUMEN

Demostrar si se confirma que el suero fisiológico se cristaliza en el canal del globo de la sonda vesical. Comprobar la permeabilidad del canal del globo vesical según el fluido y el tipo de sonda que se utilice.
Realizamos un estudio in Vitro con sondas vesicales de latex y silicona reproduciendo las condiciones ambientales corporales de la uretra y vejiga, comprobando después de un mes de vaciar el globo vesical, que no existe problema de vaciado ni obstrucción en el canal del globo de la sonda. Por lo que llegamos a la conclusión de que el uso del suero fisiológico no está relacionado con la obstrucción del canal de la sonda vesical.
Palabras clave: Sondaje vesical, suero fisiológico, canal del globo, latex, silicona

SUMMARY

TTo prove whether it is right or not that saline solution crystallizes in the balloon canal of the vesical catheter.
To check the permeability of this canal of the vesical balloon depending on the fluid or the kind of catheter used. We carried out an in vitro research with vesical catheters made of latex or silicone, reproducing the usual body conditions in urethra and urinary bladder, checking in a month's time after draining the vesical balloon that there is no emptying problem or obstruction in the balloon canal in the catheter. And so, we conclude that the use of saline solution is not related to canal obstruction
Keywords: Bladder catheterization, saline solution, balloon canal, latex, silicone.

Introducción

La sonda vesical permanente se utiliza en pacientes con retención de orina por varios motivos, disfunción neurológica, prostatismo, estenosis uretral, hematurias, control estricto de líquidos, traumatismos, etc.[1]. Su función es permitir el vaciado de la vejiga. El sondaje es una técnica de Enfermería en la que se utilizan distintos tipos de sondas (puntas, materiales y calibres) y pueden tener uno, dos o tres canales[2]. Uno es para vaciado de vejiga, el segundo para el inflado del globo de fijación y el tercero para lavados vesicales continuos[3].

El sondaje vesical consiste en introducir a través de la uretra hasta la vejiga la sonda más adecuada para cada caso, inflando el globo de fijación con diferentes soluciones[4]. Se ha venido utilizando durante mucho tiempo la solución salina, agua bidestilada, aire o agua del grifo[5]. Según las instrucciones de los distintos fabricantes de sondas, recomiendan agua bidestilada sin justificar el motivo[6]. Existen manuales de técnicas de sondaje en los que se utiliza indistintamente agua bidestilada o suero fisiológico[7], este último es rechazado en algunos manuales refiriendo la obstrucción del canal del globo vesical, no habiendo encontrado bibliografía referente a estudios que lo demuestren[8].

Los profesionales más habituados a las técnicas de sondaje creen que el uso de la solución salina hace que se pueda obstruir el canal o la válvula de la sonda, eliminando así la permeabilidad de éste por la cristalización de la solución. En el canal de inflado del globo de la sonda se producen ciertos casos de obstrucciones que impiden el vaciado del globo de fijación así como el retirado de la sonda, teniendo que buscar técnicas alternativas de retirada, en algunos casos, cruentas. Este hecho supone un impacto traumático para el paciente que tiene que sufrir un sondaje mensual y un momento de estrés para el personal de enfermería.

En el Hospital Gómez Ulla se han registrado 9 casos de obstrucción del canal del globo de sonda vesical en el periodo de un año en pacientes con sondajes permanente, a los cuales se les cambia mensualmente la sonda. Después de registrar bibliográficamente si existe algún estudio que compruebe cual es el motivo de la obstrucción, no hemos encontrado datos que verifique esa obstrucción.

Con el fin de poder evitar esta complicación hemos planteado hacer un estudio comparativo con ambos productos y protocolizar la actuación de enfermería en el llenado del globo vesical.

El objetivo de nuestro trabajo es comprobar la permeabilidad del canal del globo vesical según el fluido y el tipo de sonda que se utilice.

Material y métodos

Se trata de un estudio de cohortes in Vitro en el que utilizaremos 100 sondas distribuidas en cuatro grupos. Se utilizarán 25 sondas de lates del Nº 16 y porque son las que se usan con más frecuencia para el sondaje permanente con suero fisiológico, 25 sondas con agua destilada, 25 sondas del mismo

número de silicona con suero fisiológico y 25 sondas del mismo número de silicona con agua destilada.

Criterios de inclusión: sondas de látex y silicona del número 16

Criterios de exclusión: el resto de sondas menos utilizadas y el resto de los fluidos.

Comprobaremos la permeabilidad del canal del globo vesical en condiciones ambientales similares a las del cuerpo humano. Estarán sumergidas en agua simulando un PH neutro semejante al de la orina, a una temperatura de 37º que se obtendrá introduciéndolas en una estufa del laboratorio de microbiología. La permanencia en el agua y la estufa será de un mes, como corresponde al tiempo límite del cambio de sondaje permanente.

Resultados

Se comprueba que después de un mes de permanencia en la estufa y el agua no hay ningún problema de vaciado del globo vesical ni de obstrucción, por lo tanto la permeabilidad de las 100 sondas es completa tanto en las de látex como en las de silicona. Si se observa la maceración de la sonda de látex tanto en el exterior de la misma como en el canal del globo, y ninguna alteración en las de silicona.

Discusión

Dado que no hemos encontrado relación alguna de estudios realizados con el fluido introducido en el canal del globo vesical, y podemos afirmar que en nuestro estudio no hemos encontrado obstrucción alguna con el suero fisiológico, centraremos nuestra investigación en la obstrucción de la sonda, buscando una relación entre la maceración de las sondas y el pinzado de las mismas. ▼

Bibliografía

1 Arribas Hernández, F.J. (1989); «Sondaje vesico-uretral, Curso Intensivo» Nº 18; *ENFURO* (Asociación Española de Enfermería en Urología). Madrid; 32, 17-19.

2 Díaz Rodríguez F., Fernández Fernández J.L. Protocolo de sondaje del hospital Carlos Haya (Málaga).

3 García-Velasco Sánchez-Morago, S. 1991; Papel de enfermería ante pacientes con lavado vesical continuo, *ENFURO*, nº 14, Granada, 47, 70-72.

4 Carballo Alvarez M., Martinez Vilariño M., 2007, Sondaje vesical, Vol. 30, Nº. 11, pags. 39-42.

5 Dirección de enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, *Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería*. 3ª edición.

6 RUSCH médica España s.a. 03530 - La Nucía, Alicante. Instrucciones de uso.

7 PORGÉS S.L. 08012- Barcelona. Instrucciones de uso.

8 Guía manejo de sondas.www.fepafemorgve/guias.

Agradecimientos

Santiago Moronta Martín y Rosa Mª Galindo Vinagre, docentes y Coordinadores de Metodología de la investigación en Enfermería.

Carlos Gutiérrez Ortega, Dr. En Ciencias Biológicas, Diplomado en diseño y estadística en Ciencias de la Salud, Diplomado Superior en Metodología de Investigación Clínica.

Mª Jesús Serrano Licenciada en Filología Inglesa.

Milagros Jiménez Arias por su colaboración en el trabajo.

www.enfuro.org

visita nuestra página web

Cada vez es más utilizada como herramienta de consulta así como agilización de gestiones en todo lo referente a Congresos: acceso a programas, envío de resúmenes, inscripciones, no en vano nos acercamos a las 40.000 visitas, por lo que ya es un hecho la relevancia de nuestra web dentro de las dedicadas a la profesión. Gracias a todos los que la hacen posible.

Ramos Sánchez, M.E.[1]; Domínguez Dominguez, S.[2]; García Dominguez, Y.[3]; de la Corte Sánchez, M. [4]
[1] Enfermera Consulta de Urologia. Hospital de Riotinto. [2] Enfermero Gestor de Casos. Distrito Sierra de Huelva.
[3] Enfermera Distrito Sierra de Huelva – Andévalo Central. [4] TCAE. Consulta de Urologia. Hospital de Riotinto

Proceso enfermero en la consulta de Urología: un reto para enfermería traducido en mayor nivel de calidad en los cuidados al paciente

Introducción

El objetivo del SSPA es ofrecer una atención integral, continuada y centrada en la persona. Apuesta por elementos que favorecen la **continuidad de cuidados: reorientación de los servicios enfermeros** (asignación de enfermera referente a cada paciente e introducción del proceso enfermero como metodología de trabajo con la incorporación de un lenguaje normalizado), **la gestión por procesos** (en la implantación de Procesos Asistenciales, la enfermera tiene un papel autónomo con la implantación local de Planes de Cuidados de Enfermería Estandarizados) y **el informe de continuidad de cuidados de enfermería**, cuyos objetivos son: garantizar la continuidad de cuidados, coordinar distintos servicios y niveles de asistencia intercambiando información con los distintos profesionales que atenderán al paciente, e informar y orientar al paciente y/o familia. Con la continuidad de cuidados se evita la fragmentación de los cuidados y la variabilidad en la práctica clínica, mejora la seguridad del paciente y su familia, mejora la eficiencia de los servicios sanitarios y fomenta el autocuidado en el domicilio.

Hablábamos de una reorientación de los servicios enfermeros con la introducción del proceso enfermero como metodología de trabajo; pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de proceso enfermero? Alfaro lo define como «el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados, reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de la enfermería». «Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados.

Y la legislación vigente también nos reconoce nuestra autonomía en los cuidados: según la LOPS (44/2003 21 nov.) enfermería es responsable de los cuidados enfermeros y tiene obligación de reflejar el trabajo de forma escrita y unificar criterios según la evidencia científica, así como la realización de protocolos.

Por todo lo anteriormente mencionado, creemos justificado y necesario la utilización de Planes de Cuidados para prestar unos cuidados enfermeros de más calidad a nuestros pacientes.

Objetivos

- La creación de un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) para prestar una atención de calidad.
- La utilización de la metodología enfermera como herramienta fundamental en la comunicación enfermera-paciente y enfermera-enfermera.

Material y métodos

Para que nuestro trabajo sea operativo, hemos optado por la creación de un PCE. Este se define como la «Determinación por escrito y de forma organizada de los cuidados que la enfermera va a efectuar en una persona con una patología determinada y un curso clínico predecible».

En nuestro entorno asistencial utilizamos los once patrones funcionales de M. Gorgon como manera de organizar los datos en la valoración; y para el proceso enfermero empleamos el modelo de **Virginia Henderson**, que diferencia la actuación enfermera según se trate de **problemas de colaboración, problemas de autonomía y diagnósticos enfermeros** (estos dos últimos están enmarcados dentro del rol independiente de la actuación enfermera) *(Ver Anexo 1)*.

Como lenguaje común estándar utilizamos la taxonomía NANDA-NIC-NOC, para la formulación de Diagnósticos, Resultados e Intervenciones enfermeras.

Resultados

Elaboramos un PCE *(Anexo 2)* para ser aplicado a los pacientes atendidos en nuestra consulta que son sometidos a CMA (circuncisión, drenajes de abscesos, colocación de implante periuretral) y pruebas invasivas (estudio urodinámico, biopsia de próstata, cistoscopia, retirada de doble J…). El Plan de Cuidados estará abierto para adaptarlo a cada paciente.

Dicho plan consta de los siguientes puntos:

Valoración focalizada

Utilizando los once patrones funcionales de Gordon: Es la primera fase del Proceso Enfermero, indispensable para detectar los problemas que pueda tener el paciente.

1. Percepción-control de la salud.

2. Nutricional-metabólico
3. Eliminación
4. Ejercicio-actividad.
5. Sueño-descanso.
6. Cognitivo-perceptivo.
7. Autopercepción,
8. Rol de relaciones.
9. Sexualidad-reproducción.
10. Afrontamiento-tolerancia al estrés.
11. Valores-creencias

Problemas de autonomia, de colaboracion y diagnosticos enfermeros

Reflejaremos los problemas que con más frecuencia puedan darse en los pacientes que tratamos en nuestra consulta, y dejaremos espacio para poder cumplimentar otros problemas diferentes que detectemos.

Problemas de autonomia más probables que podamos detectar

Reflejan una falta total o parcial de la capacidad física o intelectual de la persona para llevar a cabo por sí misma las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas. De ser detectado algún problema de este tipo, procederemos a ayudarle en los casos que lo requiera con los autocuidados durante su estancia en nuestra consulta y si no dispone de cuidador capacitado será reflejado en el informe de enfermería al alta para que pueda ser abordado desde atención primaria.

– Suplencia para el baño e higiene.
– Suplencia para vestido/acicalamiento.
– Suplencia para el wc/orinal.
– Suplencia para la movilización.

Problemas de colaboración más probables

Problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, que él no puede realizarse a sí mismo.

– Suministro de servicios de asistencia.
– Riesgo de infección secundario a técnicas invasivas.
– Dolor secundario a la intervención.
– Riesgo de hemorragia relacionado con la intervención.

Diagnósticos de enfermería más probables

Utilizaremos para su formulación la nanda, que define el diagnóstico enfermero como: «Juicio Clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales, susceptible de ser tratados con intervenciones enfermeras para lograr objetivos de responsabilidad enfermera». NANDA 1994.

– 00146. Ansiedad r/c y m/p
– 00148. Temor r/c y m/p
– 00126. Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición, MP Verbalización del problema.

Intervenciones de enfermería más frecuentes (NIC)

Definidas como todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

Problemas de autonomia e intervenciones a realizar (NIC)

Problemas autonomia	Intervenciones
Suplencia para el baño e higiene	**1801**. Ayuda con los autocuidados: Baño/Higiene
Suplencia para vestido/ acicalamiento	**1802**. Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
Suplencia para el wc/orinal	**1804**. Ayuda con los autocuidados: aseo
Suplencia para la movilización	**1806**. Ayuda con los autocuidados: transferencias

Problemas de colaboración, intervenciones y actividades a realizar (NIC):

Prob. colaboración	Intervenciones y actividades
Suministro de servicios de asistencia	**7920**. Documentación – Registrar las valoraciones, diagnósticos de enfermería, intervenciones y los resultados de los cuidados proporcionados. – Cumplir los estándares de la práctica para la documentación en el centro. **7710**. Colaboración con el médico – Establecer una relación de trabajo profesional con el médico. – Informar de los cambios en el estado del paciente, si procede. – Ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico.
Dolor secundario a la intervención	**1400**. Manejo del dolor – Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos – Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos) **2210**. Administración de analgésicos – Comprobar el historial de alergias a medicamentos – Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia. – Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.
Riesgo de hemorragia relacionado con la intervención	**4010**. Precauciones con hemorragias – Ordenar al paciente que evite tomar ácido acetilsalicílico u otros anticoagulantes. – Instruir al paciente y/o a la fami-

lia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al cuidador), si se produjeran hemorragias.

Riesgo de infección secundario a técnicas invasivas

6550. Protección contra las infecciones
- Enseñar al paciente a tomar los antibióticos tal como se le ha prescrito.
- Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
- Fomentar la ingesta de líquidos si procede.

1876. Cuidados del catéter urinario
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares
- Cambiar el sistema de drenaje urinario a intervalos regulares
- Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.

2440. Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso
- Determinar tipo de catéter venoso a colocar.
- Mantener técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso
- Mantener las precauciones universales

2300. Administración de medicación
- Seguir los cinco principios de la administración de medicación
- Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco
- Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco

3440. Cuidados del sitio de incisión
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión
- Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

Diagnósticos de enfermería, criterios de resultados (NOC)*, intervenciones y actividades a realizar (NIC):

Diagnóstico enfermero: 00146 Ansiedad R/C ..... M/P .....

NOC

R140217 Controla la respuesta de ansiedad

140204 Busca información para reducir la ansiedad

NIC

5820. Disminución de la ansiedad.
- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Escuchar con atención.

Diagnóstico enfermero: 00148 Temor R/C ..... M/P .....

NOC

140403 Busca información para r educir el miedo

140412 Mantiene la concentración

140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo

NIC

5380. Potenciación de la seguridad.
- Disponer un ambiente no amenazador.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Escuchar los miedos del paciente/familia.
- Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos

5340. Presencia.
- Escuchar las preocupaciones del paciente.
- Mostrar una actitud de aceptación.
- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.

Diagnóstico enfermero: 00126 Conocimientos deficientes
R/C Falta de exposición .....
MP Verbalización del problema .....

NOC

181402 Explicación del propósito del procedimiento

181403 Descripción de los pasos del procedimiento

181410 Descripción de los posibles efectos indeseables

160901 Cumple las precauciones recomendadas

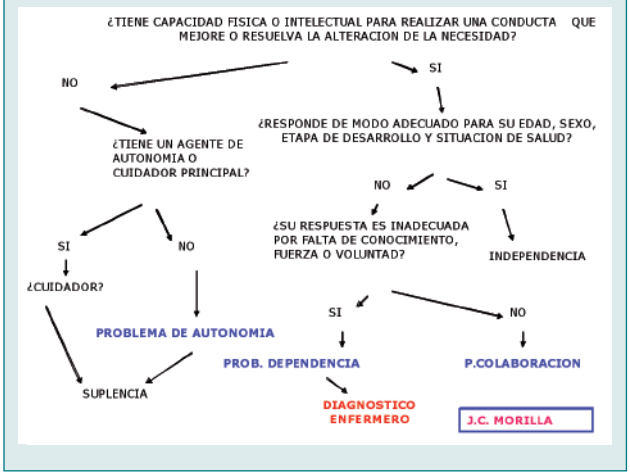
NIC

5606. Enseñanza individual
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Instruir al paciente cuando corresponda

5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- Informar al paciente/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento.
- Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento.
- Explicar el procedimiento.
- Enseñar al paciente como cooperar/participar durante el procedimiento, si procede.
- Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones.
- Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Incluir a la familia/ser querido, si resulta oportuno.

* Se definen los criterios de resultados (NOC) como los resultados que describen el estado de un paciente en un determinado momento a través de indicadores específicos que se pueden medir, pudiendo indicar deterioro o mejoría en comparación con otra anterior. Para la medición se emplea una escala tipo Likert.

El siguiente esquema expresa bastante bien la clasificación de los distintos tipos de problemas para su posterior abordaje según el modelo de Henderson:



EVALUACIÓN

Al final de la consulta evaluaremos los resultados obtenidos, según los criterios de resultados seleccionados, y los problemas pendientes de resolución serán reflejados en el Informe de Continuidad de Cuidados con el que aseguramos la continuidad de cuidados y le servirá al paciente y/o familia como información y orientación.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Hemos elaborado un PCE, que como cualquier plan estandarizado conlleva una serie de ventajas bastante importantes: no necesita escribir las rutinas, orienta al personal nuevo en el servicio, orienta sobre lo realmente necesario registrar; aporta los criterios para un plan que asegure la calidad y permite utilizar el tiempo en el enfermo y no en registrar.

ELABORAMOS UN PCE (ANEXO 2) PARA SER APLICADO A LOS PACIENTES ATENDIDOS EN NUESTRA CONSULTA QUE SON SOMETIDOS A CMA (CIRCUNCISIÓN, DRENAJES DE ABSCESOS, COLOCACIÓN DE IMPLANTE PERIURETRAL) Y PRUEBAS INVASIVAS (ESTUDIO URODINÁMICO, BIOPSIA DE PRÓSTATA, CISTOSCOPIA, RETIRADA DE DOBLE J…). EL PLAN DE CUIDADOS ESTARÁ ABIERTO PARA ADAPTARLO A CADA PACIENTE

Pero igualmente, también tiene inconvenientes: Pueden sustituir a las actuaciones individualizadas necesarias y hacer que las enfermeras se centren en los problemas previsibles en lugar de los añadidos. Tenemos pues que considerarlos como una guía que nos permite individualizar y planificar los cuidados del paciente sin obviar ningún área de importancia; prestando así unos cuidados integrales.

Conseguiremos prestar unos cuidados de más calidad al paciente, quedando todas nuestras actuaciones registradas y el paciente se marchará con un Informe de Continuidad de Cuidados, asegurando así la continuidad de cuidados y que además le servirá al paciente y/o familia como información y orientación. ▼

Anexo 2: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO en la consulta de Urología

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

PATRON 1. PERCEPCIÓN – CONTROL DE LA SALUD

Acepta su estado de salud ☐ Sí ☐ No
Participa en aspectos relacionados con su enfermedad ☐Sí ☐No
Conoce sus enfermedades ☐Sí ☐No Identifica su medicación ☐Sí ☐No
ESTADO DE SALUD ☐Muy bueno ☐ Bien ☐Regular ☐ Mal ☐Muy Mal

ALERGIAS
☐No ☐Sí

MEDICACIÓN
☐ Sin tratamiento ☐ Con tratamiento ☐ Automedicación
☐ Con tratamiento, pero no lo realiza bien

PATRON 2. NUTRICIONAL-METABOLICO

Alteraciones en el peso ☐ Sí _____ ☐No
Piel y mucosas ☐ Hidratadas ☐ Deshidratadas ☐ Heridas: Tipo: _____ Localización _____

PATRON 3. ELIMINACIÓN

ELIMINACIÓN URINARIA Características:☐ Nicturia ☐ Dolor ☐ Escozor ☐ Chorro discontinuo
☐ Hematuria ☐ Otros _____
Globo vesical ☐Sí ☐No
Incontinencia ☐Sí ☐No ☐ Urgencia ☐Esfuerzo ☐Funcional ☐Refleja ☐total
Usa dispositivos ☐Sí ☐No Cual: _____
Necesita ayuda ☐Sí ☐No Tipo de ayuda: _____

PATRON 4. ACTIVIDAD/EJERCICIO

Actividad habitual _____ Deambula ☐Sí ☐No Necesita ayuda ☐Sí ☐No
Limitación de algún movimiento _____
La limitación es de nueva aparición ☐Sí ☐No
Indice Barthel: ☐Total ☐Severa ☐Moderada ☐Escasa ☐Independiente

PATRON 5. SUEÑO/DESCANSO

Alterado ☐Sí ☐No Medicación _____

PATRON 6. COGNITIVO/PERCEPTIVO

☐Consciente ☐Somnoliento/Obnubilado ☐Comatoso
Espacial ☐ Temporal ☐ Personas ☐
Vértigos/Mareos ☐Sí ☐No
☐Orientado ☐Confuso ☐Agitado ☐Con alucinaciones ☐Desorientado

PROBLEMAS SENSORIALES ☐ Visual ☐Auditivo Tipo de ayuda _____
Conocimientos que tiene de su enfermedad ☐ Correcto ☐Insuficientes ☐Incorrecto
Descripción que hace de su problema de salud _____
Sabe leer/escribir ☐Sí ☐No

DOLOR: Tiene dolor ☐Sí ☐No Localización _____
Tipo: ☐Cólico ☐Punzante ☐Crónico ☐Agudo
Intensidad

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Leve			Moderado			Fuerte			Muy Fuerte

☐Habla Claro ☐No Habla ☐Afasia **Test de Pfeiffer** _____

PATRON 7. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

Aspecto : ☐Cuidado ☐Descuidado
Cambio de imagen corporal ☐Sí ☐No
Especificar _____
¿Le preocupa algo? ☐Sí ☐No
Verbalizaciones negativas sobre la autoestima
☐Sí ☐No _____

PATRON 8. ROL/RELACIONES

Componentes del núcleo familiar _____
Actividad profesional _____
Actividad recreativa _____
Parentesco con el cuidador Principal _____
Actitud del cuidador ☐Interés ☐Desinterés
Test de Sobrecarga del Cuidador

PATRON 9. SEXUALIDAD/REPRODUCCION. (Menopausia, problemas prostáticos, anticonceptivos, verbalizaciones sobre sexualidad)

PATRON 10. ADAPTACIÓN /TOLERANCIA AL ESTRES

Manifestaciones de intranquilidad y/o nerviosismo ☐Sí ☐No _____
Algún tipo de verbalización ☐Sí ☐No _____
Tristeza/llanto ☐Sí ☐No
¿Cómo interviene esta situación en su vida diaria? _____

PATRON 11. VALORES/CRENCIAS

Fdo. Enfermera de referencia: _____

Anexo 3: PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO en la consulta de Urología

Servicio Andaluz de Salud. Hospital General Básico de Riotinto.
Consulta Externa de Urología

Nombre y Apellidos _____ Edad _____
Teléfono
Nº de Historia _____ Lugar de residencia
PEGAR ETIQUETA IDENTIFICATIVA
Fecha_____

Cuidador principal_____Parentesco_____
Teléfono del cuidado_____ Diagnóstico Médico _____
Enfermera de Referencia_____

PLAN DE CUIDADOS PACIENTES SOMETIDOS A CMA Y PRUEBAS INVASIVAS EN LA CONSULTA EXTERNA DE UROLOGIA

PROBLEMAS DE AUTONOMIA		NIC
Suplencia para el baño e higiene	☐Total ☐ Parcial	☐ 1801. Ayuda con los autocuidados: Baño / Higiene
Suplencia para vestido/acicalamiento	☐ Total ☐ Parcial	☐ 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir /arreglo personal
Suplencia para el wc / orinal	☐ Total ☐ Parcial	☐ 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo
Suplencia para la movilización	☐ Total ☐ Parcial	☐ 1806. Ayuda con los autocuidados: transferencias

PROBLEMAS DE COLABORACION	NIC
☐ Suministro de servicios de asistencia	☐ 7920. Documentación ☐ 7710. Colaboración con el médico
☐ Riesgo de infección secundario a técnicas invasivas	☐ 6550. Protección contra las infecciones ☐ 1876. Cuidados del catéter urinario ☐ 2440. Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso ☐ 2300. Administración de medicación ☐ 3440. Cuidados del sitio de incisión
☐ Dolor secundario a la intervención	☐ 1400. Manejo del dolor ☐ 2210. Administración de analgésicos
☐ Riesgo de hemorragia relacionado con la intervención	☐ 4010. Precauciones con hemorragias

DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	NOC	NIC
☐ 00146 Ansiedad R/C M/P	☐ 140217 Controla la respuesta de ansiedad 1 2 3 4 5 ☐ 140204 Busca información para reducir la ansiedad 1 2 3 4 5	☐ 5820. Disminución de la ansiedad.
☐ 00148 Temor R/C M/P	☐ 140403 Busca información para reducir el miedo 1 2 3 4 5 ☐ 140412 Mantiene la concentración 1 2 3 4 5 ☐ 140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo 1 2 3 4 5	☐ 5380. Potenciación de la seguridad. ☐ 5340. Presencia.
☐ 00126 Conocimientos deficientes R/C Falta de exposición, MP Verbalización del problema.	☐ 181402 Explicación del propósito del procedimiento 1 2 3 4 5 ☐ 181403 Descripción de los pasos del procedimiento 1 2 3 4 5 ☐ 181410 Descripción de los posibles efectos indeseables 1 2 3 4 5 ☐ 160901 Cumple las precauciones recomendadas 1 2 3 4 5	☐ 5606. Enseñanza individual ☐ 5618. Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.
☐		
☐		
☐		

EL PLAN DE CUIDADOS CONSTA DE LOS SIGUIENTES PUNTOS:

- **VALORACIÓN FOCALIZADA;**
- **PROBLEMAS DE AUTONOMIA, DE COLABORACION Y DIAGNOSTICOS ENFERMEROS;**
- **PROBLEMAS DE AUTONOMIA MÁS PROBABLES QUE PODAMOS DETECTAR;**
- **PROBLEMAS DE COLABORACIÓN MÁS PROBABLES;**
- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS PROBABLES;**
- **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES (NIC);**
- **PROBLEMAS DE AUTONOMIA E INTERVENCIONES A REALIZAR (NIC);**
- **PROBLEMAS DE COLABORACIÓN, INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR (NIC);**
- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC), INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR (NIC).**

BIBLIOGRAFÍA

1. *NANDA. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación* 2003-2004. Elsevier. Madrid 2003
2. J. McCloskey, G.M. Bulechek. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4ª edición. Mosby. Madrid 2004.
3. S. Moorhead, M. Jhonson, M. Maas. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 3ª edición. Mosby. Madrid 2005.
4. Junta de Andalucía. SAS. *Cuidarte. Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI*. Sevilla 2007.

Mansilla García I; Escudero Mate M; García Rodríguez Y; Morales Y.

Colposacropexia Robótica Da Vinci: Papel de la enfermería

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la puesta en marcha y el desarrollo de la colposacropexia robótica, máxime si este implica, como es el caso del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, a diversas especialidades y se lleva a cabo en un centro universitario donde la docencia e investigación son elementos básicos en el quehacer diario.

La actividad de la enfermería en el quirófano robótico es crucial, ya que depende de nosotros la preparación del mismo y la puesta a punto del equipo Da Vinci y del instrumental antes del inicio de la intervención, así como los cambios de instrumental y la atención a todos los detalles durante el desarrollo de la misma.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es dar a conocer esta novedosa técnica de reconstrucción del suelo pélvico, analizar sus indicaciones y describir nuestros resultados iniciales.

Introducción

Las mejoras o aportaciones de la cirugía laparoscopica asistida por robot frente a la cirugía laparoscopica convencional en cirugías del suelo pélvico son:

- Cirugía mínimamente invasiva
- Se obtiene una visión tridimensional frente a la visión bidimensional que proporciona la cirugía laparoscopica convencional.
- Ofrece una mayor destreza, control y precisión en los movimientos
- Movimientos intuitivos y el sistema elimina el temblor fisiológico de las manos del cirujano
- Curva de aprendizaje mucho menor que la laparoscopia.

Indicaciones

El cistocele es un problema que se produce cuando la pared que existe entre la vejiga y la vagina se debilita tanto que permite que la vejiga asome por la vagina. Esta condición puede producir molestias y dificultad para vaciar la vejiga. Esta técnica se lleva a cabo en pacientes que presentan un Cistocele grado III-IV en el que la vejiga asoma al exterior por la vagina produciendo incontinencia de esfuerzo y dificultad para vaciar completamente la vejiga llegando a producir infecciones de repetición (Fig.1).

Fig. 1 Cistocele grado III-IV

Preoperatorio: actividades de enfermería

Correcta colocación del quirófano (Fig.2).

Fig. 2. Distribución del quirófano en cirugía robótica.

El quirófano donde se encuentra el robot Da Vinci es multifuncional: en el se llevan a cabo diferentes intervenciones de Cirugía General, Urología y Ginecología, de acuerdo con el desarrollo del Plan de Cirugía Robótica del Hospital.

Antes de cada intervención hay que colocar correctamente tanto los elementos fundamentales de un quirófano (carro de anestesia, mesa quirúrgica, bisturís eléctricos, sistemas de aspiración, mesas auxiliares) así como los distintos elementos del Da Vinci.

Acto seguido se lleva a cabo el chequeo del sistema asi como la preparación del instrumental y material de anestesia y comprobar la correcta colocación del paciente:

- Profilaxis antibiótica: Cefazolina 2gr iv
- Profilaxis antitrombótica
- Psicoprofilaxis
- Anestesia General
- Posición de litotomía
- Trendelemburg
- SV Foley 16
- Vendaje compresivo MMII
- Almohadillado perneras y hombreras
- Instrumental
- Preparar el robot con fundas estériles
- Calibración de la óptica

Fig. 3. Colocacion del quirófano en Urologia.

Técnica quirúrgica

1. Colocación de los trócares (Figs. 1 y 2)

Trócar supraumbilical de Hasson que se colocará mediante abordaje abierto. En aquellas pacientes que sean muy corpulentas o de grandes dimensiones se optará por colocar el trócar a nivel infraumbilical con el fin de facilitar la cirugía.

Colocación de los trócares del robot, equidistantes del trócar umbilical a ambos lados de la línea media, intentando conseguir una triangulación de los mismos.

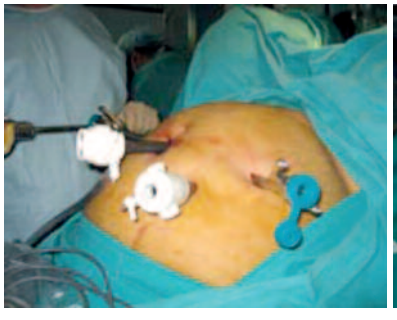


Fig. 1. Colocación de los trócares

Fig. 2. Posición definitiva de los puertos

Trócar de 12 mm a nivel de FID, a dos traveses de dedo de la espina iliaca antero superior, Este trócar será utilizado por el ayudante para utilización de material que no puede ser utilizado con el robot, como por ejemplo hemoclips, aspirador...

En ocasiones nos puede ser muy útil la colocación del cuarto brazo del robot, para la tracción del colon izquierdo o del útero.

Si el cirujano de campo lo precisa, se puede colocar un segundo trócar accesorio de 5mm para facilitar la cirugía.

2. Preparación del promontorio sacro

Liberación del colon izquierdo y tracción del mismo hacia lateral, identificando la grasa del promontorio sacro. El ayudante mediante la pinza o el aspirador identificará la zona del promontorio que se habrá de disecar.

Apertura de peritoneo parietal y disección de la grasa presacra hasta identificar el ligamento vertebral anterior.

3. Apertura del peritoneo del mesorrecto hacia el fondo de saco de Douglas (Fig. 3)

Mediante tracción del anejo derecho, en el caso de que la paciente no esté histerectomizada, se procede a la apertura del peritoneo parietal, en dirección hacia el ligamento uterosacro derecho.

Apertura de un ojal a nivel del ligamento ancho derecho, a través del cual, en un paso posterior pasaremos la malla de polipropileno.

4. Disección Vaginal Posterior

Apertura del fondo de saco de Douglas hasta identificar el recto y los músculos elevadores del ano.

Fijación de la malla de polipropileno a ambos músculos elevadores del ano y cara posterior de la vagina (Fig. 4).

Fig. 3. Apertura del peritoneo hacia el Douglas

Fig. 4. Malla fijada con puntos a la cara posterior de la vagina

5. Disección Vaginal Anterior

Introducción de valva vaginal y tracción de la misma para facilitar la liberación de la cara anterior de la vagina (Fig. 5).

Apertura del peritoneo a nivel del fondo de saco vésico-vaginal, desde el ligamento uterosacro derecho hacia el izquierdo.

Fijación de la malla con puntos sueltos de polipropileno a los ligamentos uterosacros y cara anterior-cúpula vaginal.

6. Paso de la malla a través del ligamento ancho derecho (Fig. 6)

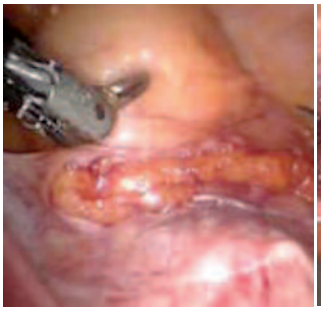


Fig. 5. Exposición de la cara anterior de la vagina mediante la valva

Fig. 6. Paso de la malla a través del ojal del ligamento ancho derecho

Si se hubieran colocado dos mallas, se fijarán ambas entre sí con puntos sueltos de material irreabsorbible monofilamento o trenzado.

En el caso de que sea una única malla con forma de «Y» se procederá a su paso a través del ojal previamente realizado en el ligamento ancho.

7. Tracción de la malla y fijación al promontorio sacro

El ayudante colocará la malla a nivel del promontorio, manteniendo una tracción suficiente para corregir el prolapso.

Mediante puntos sueltos de material irreabsorbible monofilamento se fijará la malla al ligamento vertebral anterior, teniendo la precaución de no lesionar la arteria sacra media (Fig. 7).

En el caso de que se produzca lesión de la arteria sacra media se procederá a anudar la sutura para controlar la hemostasia.

Una alternativa a la sutura, sería la utilización de «tacks» para la fijación de la malla.

8. Peritonización de la malla

Una vez comprobada la correcta corrección del prolapso se procede al cierre del peritoneo mediante una sutura continúa de material reabsorbible (Fig. 8).

9. Finalización de la intervención

Revisión de la hemostasia

Retirada de los trócares bajo visión

Cierre de los orificios de los trócares

Fig. 7. Fijación de la malla al promontorio sacro

Fig. 8. Comprobación de la correción del prolapso

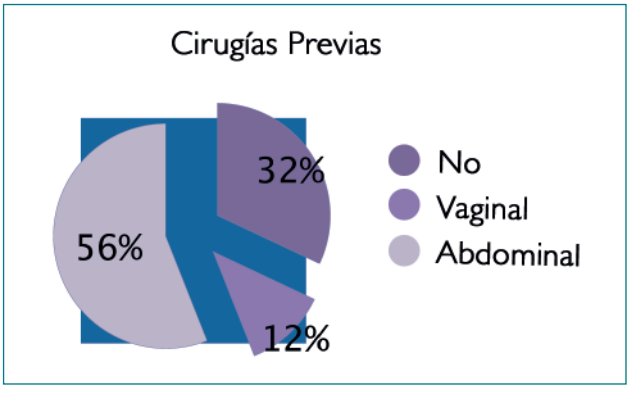
Cuidados postoperatorios

1. Tolerancia a las 6 horas.
2. Deambulación a las 12 horas.
3. Retirada de sonda y taponamiento a las 24 horas.
4. Controlar el estreñimiento y el dolor.
5. Cura de la herida quirúrgica según protocolo.
6. Vigilar posibles complicaciones del neumoperitoneo.
7. Mantener el tratamiento antibiótico durante 48 horas.
8. Control analgésico a demanda: Metamizol Magnésico 2gr iv, c/8h. Mantener durante 5 días V.O a demanda.
9. Evitar las relaciones sexuales durante 1-2 meses.

Material y métodos

Hemos realizado un estudio descriptivo con una serie que cuenta con 25 pacientes entre Noviembre 2006 y Enero de 2008; con un seguimiento de 7 meses con una edad media de 65,2 años (51-80 años), con Cirugías previas:

- Vaginal 3
- Apendicectomía 5
- Colecistectomía 2
- Resección intestinal 1
- Histerectomía 11
- Ligadura de Trompas 2

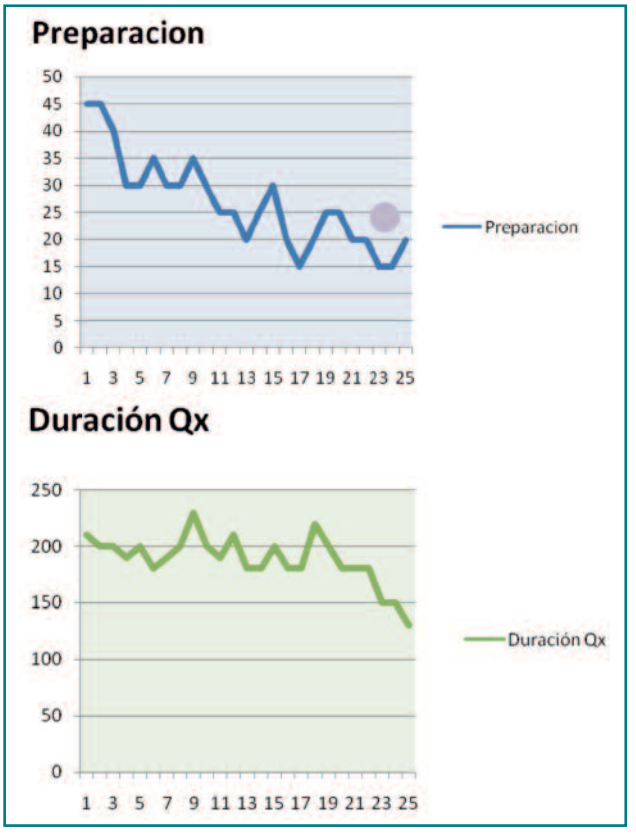


Resultados

El tiempo de preparación del quirófano ha ido disminuyendo progresivamente, siendo la media de 26,8 minutos (15-45 minutos) considerando dicho período desde el momento el que el paciente está anestesiado hasta que se inicia la intervención, incluyendo la colocación de la paciente, la preparación de todo el campo quirúrgico y la colocación del Robot.

En 8 pacientes se colocó previamente un sling suburetral y transobturatriz (TOT). La duración media de la intervención es de 191 minutos (150-230 minutos). En un caso se produjo una lesión vesical intraoperatoria, que fue diagnosticada en el propio acto quirúrgico siendo reparada sin dificultad y otra paciente conversión por adherencias de cirugía anterior. No se produjeron lesiones vaginales ni vasculares. En el postoperatorio

inmediato no se produjeron complicaciones hemorrágicas ni infecciones. Una paciente previamente diagnosticada de artrosis generalizada presentó en el postoperatorio inmediato dolor articular con la movilización del hombro derecho que requirió tratamiento analgésico hasta la completa rehabilitación del mismo. La estancia media de las pacientes fue de 3 días (2-7 días con una mediana de 2 días).



Conclusiones

La colposacropexia laparoscópica asistida por robot disminuye de forma importante los inconvenientes de la cirugía abierta en cuanto a morbilidad, control analgésico y estancia hospitalaria. Además permite un mejor acceso a la cavidad pélvica, identificación y liberación de estructuras y un control más preciso del instrumental que nos facilitará la ejecu¬ción de la técnica.

Permite un mejor acceso a la cavidad pélvica, identificación y liberación de estructuras y un control más preciso del instrumental que nos facilitará la técnica.

Parece ser la técnica reconstructiva del suelo pélvico futuro, ya que los resultados a largo plazo parecen ser mejores que los obtenidos por via vaginal.

El conocimiento de la técnica a realizar así como el entrenamiento facilita la preparación del quirófano y acorta el tiempo global de todo el procedimiento

El inicio de un programa de cirugía robótica en nuestro hospital no hubiera sido posible sin la implicación absoluta del equipo de enfermería. ▼

METER
EN ESTE ESPACIO
ALGUNA NOTICIA
O COMUNICADO DE INTERÉS
O BUSCAR ALGUN CONTENIDO
EN VUESTRA
PAGINA WEB

Contraportada: misma publicidad número anterior