enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 112. Diciembre 2009

Atención de enfermería en los cuidados intraoperatorios de la prostatectomía radical. Taxonomía Nanda, diagnósticos, Nic y Noc

Registros informáticos enfermeros en el seguimiento de pacientes con sonda vesical en Atención Primaria

Dehiscencias quirúrgicas en cirugía urológica

Repercusión del apoyo informal en la salud de nuestros pacientes urológicos

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 112 / Octubre/Noviembre/Diciembre 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: *Escultura - Cenachero*

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
- Crónica *XXXI Congreso Nacional de Enfermería Urológica.* Celebrado en Gijón en octubre de 2009 5
- Atención de enfermería en los cuidados intraoperatorios de la prostatectomía radical. Taxonomía Nanda, diagnósticos, Nic y Noc. Quintanilla Sanz, A.; Serra Gabernet, L.; Boix Llobet, C.; Alonso Patiño, A.; Niñoles Asín, M.; Cucurull Llobet, M.A. 8
- Registros informáticos enfermeros en el seguimiento de pacientes con sonda vesical en Atención Primaria. García Delgado Aguilar, H.; Pereda Arregui, E.; Remírez Suberbiola, J.M.; Delgado Aguilar, M.J. 19
- Dehiscencias quirúrgicas en cirugía urológica. Rodríguez Castañeda, L.; Oviedo Sotomayor, H.; Muñoz Rodríguez, A.; Sagüillo Antolín, M.; Garrido González, M.L.; Moreno Bermejo, L. 22
- Repercusión del apoyo informal en la salud de nuestros pacientes urológicos. Gómez García, E.; López Guerrero, I.; Herrera Álvarez, A.; Flores Raya, G.; Higueras Gómez, G.; Repullo Merino, A. 26
- Próximos Congresos y Convocatoria de Cursos 30

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

Balance anual

El pasado año, hacíamos balance del año transcurrido en esta misma ventana editorial, creemos no seria mala idea seguir haciéndolo cada final de año y así mirar un poco hacia atrás para ver que hemos hecho y que nos queda por delante.

En cuanto a nuestra publicación, sigue adelante, hemos tenido que adaptar su aspecto a los tiempos de austeridad que corren, pero sin renunciar ni un ápice a su contenido, que queremos sea punto de referencia para todos.

Hemos celebrado con gran éxito de afluencia y participación nuestro XXXI Congreso Nacional, que por su antigüedad y calidad, sigue siendo un punto de encuentro e inflexión de nuestra actividad anual.

Vamos a celebrar el próximo mes de Febrero en Zaragoza el II Curso de Formación para nuestros asociados.

Por fin el Grado en Enfermería ya es una realidad, hay muchos de nosotros realizando Masters que darán acceso al tercer Ciclo e incluso contamos ya con algún Doctor entre nuestra Comunidad.

Por otra parte, otros aspectos como la prescripción enfermera son ya un hecho en algunas Comunidades y la Ley a nivel nacional, ya ha sido aprobada en el Congreso y esta pendiente de su aprobación definitiva en el Senado.

Por todo lo anterior pensamos que nuestra Asociación va avanzando con paso firme y deseamos que este avance tenga continuidad en el futuro, todo depende de nosotros.

Como todos los años muchas Felicidades y Salud para todos. ■

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.....

DOMICILI

LOCALIDAD..... CP.....TELÉFON

CORREO ELECTRÓNIC

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

XXXI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERIA UROLOGICA

Crónica XXXI Congreso Gijón

Un año más durante los días del 20 al 23 de octubre celebramos nuestro congreso anual. En esta ocasión fue la ciudad de Gijón la encargada de acogernos mostrando su hospitalidad y buen hacer en todos los eventos organizados para este fin.

La sede del Congreso fue la Universidad laboral Construida entre 1946 y 1956, es la obra arquitectónica más importante realizada en el siglo XX en Asturias y es considerada, con sus 270 000 m², el edificio más grande de España, todo un lujo para acoger nuestro Evento.

Dos conferencias, seis ponencias, una mesa redonda, una sesión-taller de trabajo, 21 comunicaciones orales y 50 posters nos quedaban por delante y así se desarrolló:

La conferencia inaugural corrió a cargo de los Dres. Rivas del Fresno y Rodríguez Villamil y versó sobre «Cuidados enfermeros en las prótesis de Urología».

Posteriormente tuvimos un acto de bienvenida por parte del Ayuntamiento de la ciudad donde pudimos degustar exquisiteces de la tierra.

Ya el miércoles, comenzamos la jornada con una mesa redonda titulada

«Tratamientos de enfermería en los tumores urológicos: ostomias de eliminación en el cáncer de vejiga. El mundo de enfermería en braquiterapia de próstata». Entablándose posteriormente un ameno debate. Seguidamente se dicto una ponencia sobre Urodinamica pediátrica al a que siguieron los dos primeros bloques de comunicaciones orales.

Tras el descanso la ponencia patrocinada por la Asociación, que poco a poco va abriéndose hueco en los programas científicos y que en esta ocasión corrió a cargo de nuestro compañero de Junta Directiva y amigo, Luis Aparcero, el cual estuvo brillante en su alocución derrochando simpatía y saber a partes iguales sobre un tema tan de moda y de tanta importancia como es la Seguridad clínica.

El jueves comenzamos con una ponencia sobre:» el uso terapéutico de la electricidad. Aplicación en los cuidados urológicos», a cargo de F. Milla, enfermero acreditado nivel excelente, el cual nos hizo una magnífica exposición sobre cómo puede ayudarnos el uso de distintos estimuladores eléctricos en la corrección y rehabilitación de algunas patologías del suelo pélvico.

A continuación otra interesante ponencia sobre otro tema candente y que despertó gran interés como es la «Prescripción enfermera» por parte de la Vicesecretaria del Colegio de Enfermería de Asturias, Dña. Raquel Díaz Bigotes que suscito de nuevo un productivo debate.

Mas comunicaciones orales para abrir la tarde y para finalizar la jornada una Sesión de trabajo patrocinada por INIBSA sobre instilaciones vesicales y seguridad clínica, donde primero se hizo una exposición sobre el tema para posteriormente abrirse un debate donde muchos compañeros aportaron su experiencia y sus puntos de vista y se hizo un propuesta de estudio multicentrico, para analizar todos estos aspectos tratados, estando en la actualidad constituyéndose los grupos de trabajo para desarrollar el estudio. >

> Finalizamos el día con la Cena de clausura que en esta ocasión se adelantó a propuesta de la Asociación, para así poder partir un dia antes hacia nuestros lugares de origen con el consiguiente ahorro, habrá que valorar la experiencia para posteriores ediciones.

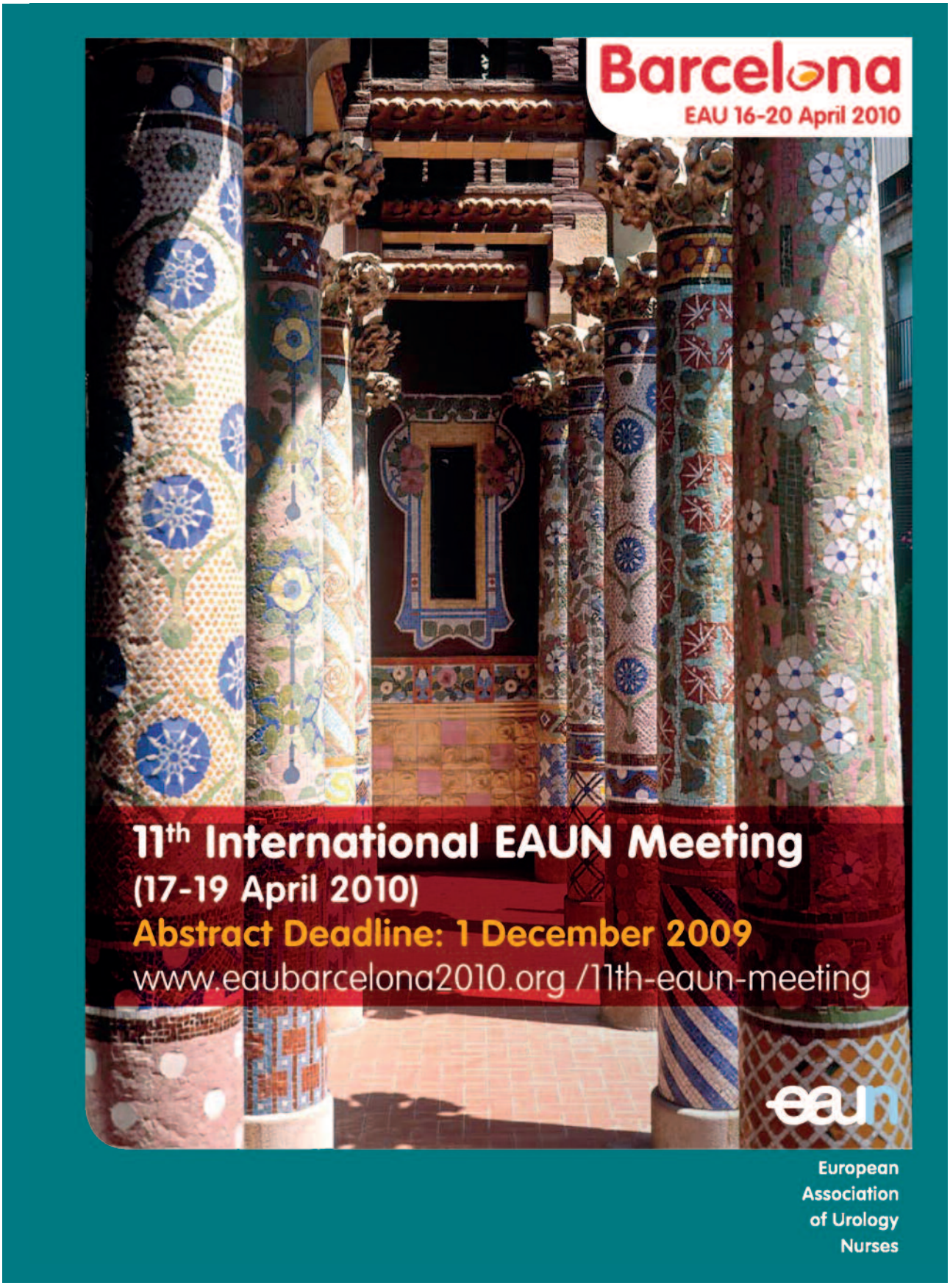
Y, ya para finalizar, el viernes defensa de posters, se presentaron un total de 50, todos de muy buena calidad y presentación, seguidos de una conferencia sobre otro tema de actualidad como son los acuerdos de Bolonia y el grado de Enfermería a cargo de Teresa Puertas y Virginia Álvarez del Hospital de Cabueñes y una última que sirvió como colofón a los actos científicos y que fue pronunciada por Rosario Fernández Flores de la Dirección General de Calidad e innovación de la consejería de salud del Principado, sobre: «La importancia del Cuidado».

Se procedió por último a clausurar el XXXI Congreso y a la entrega de premios a la mejor comunicación oral que recibió la titulada: «Dolor tras la lisis de adherencias balano-prepuciales bajo anestesia tópica en niños», presentada por Nuria Juárez Ruperto y cols. del Hospital de Fuenlabrada y al mejor póster, que recayó sobre los compañeros del Hospital de la Princesa de Madrid, Irene Sánchez Caburrasi y cols. con el Póster: «Optimización de la rentabilidad Terapéutica de la radioterapia tridimensional en el cáncer de próstata».

Y para finalizar dimos el relevo al XXXII a celebrar en Málaga, volvemos a Andalucía de la mano de nuestro querido compañero Chicho Milla, el cual nos hizo una presentación de lo que será el Congreso, que nos dejo boquiabiertos, ojala se cumplan todas las expectativas.

No sería justo terminar esta crónica sin agradecer profundamente la labor realizada por los comités Organizador y Científico capitaneados por Arantxa Crespo y Juan Suarez que con su labor incansable y pendientes de todos los detalles nos hicieron sentir como en casa en todo momento, vaya nuestro reconocimiento a cada uno de sus miembros.

Gracias amigos y nos vemos en Málaga 2011. ■


Barcelona
EAU 16-20 April 2010
11th International EAUN Meeting
(17-19 April 2010)
Abstract Deadline: 1 December 2009
www.eaubarcelona2010.org /11th-eaun-meeting
eaun
European
Association
of Urology
Nurses

Ana Quintanilla Sanz*. Lydia Serra Gabernet*Carmen Boix Llobet* Adela Alonso Patiño*. María Niñoles Asín*
MªAbel Cucurull Llobet**
* Cliniques de Catalunya. Clínica Terres de Ponent. Lleida.
** Hospital Sta. María. Lleida.

Atención de enfermería en los cuidados intraoperatorios de la prostatectomía radical

Taxonomía Nanda, diagnósticos, NIC y NOC

Introducción

La próstata es una glándula sexual masculina. Sirve para la producción de líquido prostático que forma parte del semen o esperma. El líquido prostático contiene un gran número de sustancias que proporcionan, junto con el liquido seminal, nutrientes y un medio adecuado para la supervivencia de los espermatozoides.

La próstata constituye una parte del aparato reproductor, relacionándose íntimamente con otras estructuras del mismo, como son los conductos deferentes y las vesículas seminales. Que se encargan de vaciar sus secreciones a la uretra prostática mediante el conducto eyaculador que la atraviesa. Saldrá al exterior, siendo semen (1).

LA PRÓSTATA SE DESARROLLA DURANTE LA EDAD FETAL POR LA INFLUENCIA DE ESTÍMULOS HORMONALES. CRECE DURANTE LA PUBERTAD RÁPIDAMENTE ALCANZANDO SU TAMAÑO NORMAL Y SE MANTIENE ESTABLE HASTA LLEGAR A LA MADUREZ DE LA VIDA (APROX. 40 AÑOS), EN QUE BAJO LA ACCIÓN, NO TOTALMENTE ACLARADA, DE HORMONAS Y FACTORES DE CRECIMIENTO, COMIENZA A AUMENTAR SU TAMAÑO DESARROLLÁNDOSE PROCESOS BENIGNOS Y/O MALIGNOS.

La próstata se desarrolla durante la edad fetal por la influencia de estímulos hormonales. Crece durante la pubertad rápidamente alcanzando su tamaño normal y se mantiene estable hasta llegar a la madurez de la vida (aprox. 40 años), en que bajo la acción, no totalmente aclarada, de hormonas y factores de crecimiento, comienza a aumentar su tamaño desarrollándose procesos benignos y/o malignos.

Estos son:

- Hipertrofia benigna de próstata (HBP)
- Prostatitis aguda o crónica
- Cáncer de próstata
- Siendo este último el objetivo de este trabajo.

EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer de próstata es en la actualidad la neoplasia más frecuente en el varón en el mundo occidental, siendo en USA la predicción en el 2006 de más de 230.000 nuevos casos, con un número estimado de 27.300 muertes por dicha causa, convirtiéndola en la tercera causa de muerte (2). En nuestro país en la década del 2000 y en particular en el 2002 según datos del Ministerio de Sanidad se diagnosticaron 13.500 nuevos casos (3). La puesta en marcha de los programas de detección precoz y cribado sistemático han emergido gran número tumores potencialmente susceptibles de ser tratados con intención curativa.

PROSTATECTOMIA RADICAL

Si bien esta técnica quirúrgica es un buen método para el manejo de esta neoplasia, la misma no está exenta de morbilidad, especialmente en lo referente a la disfunción eréctil, y también posible incontinencia con el consiguiente impacto en calidad de vida posterior (4).

El abordaje quirúrgico que se realizaba hasta ahora, en nuestro ámbito de trabajo, era mediante una incisión abdominal baja (Prostatectomía Radical Retropúbica).

La vorágine de la información, la revolución informática y la formación anatómica actual, consiguen unos óptimos resultados, no tan agresivos y en cualquier caso, con menor prevalencia de complicaciones tardías. En esta línea y en base a las modificaciones técnicas, se desarrollaron nuevos métodos que ahora nos permiten realizar esta operación facilitando la recuperación del paciente en su proceso postoperatorio (5).

Actualmente se intervienen los pacientes, en nuestro medio hospitalario, con éxito y a ser posible, previa selección, por vía laparoscópica.

Justificación

Así pues, vemos que en el contexto del tratamiento del cáncer localizado en los últimos años se han abierto múltiples alternativas, aunque la cirugía radical o más concretamente la prostatectomía radical sigue siendo el estándar de tratamiento. Dentro de la evolución de la intervención, conseguimos métodos menos invasivos, que reducen las incisiones, pero conllevando gran soporte técnico y derroche de aparataje.

¿Nos hemos planteado qué siente el paciente urológico introducido en un quirófano, rodeado de tecnología, cables, pantallas y ajeno totalmente a la monotonía quirúrgica?

¿Puede enfermería asumir la preparación y utilización de la tecnología intraoperatoria, optimizando el tiempo, sin olvidarse de la atención al cliente como persona? Siendo imprescindible regirse por un plan de cuidados como sistemática, con las evidencias disponibles y las generadas en este estudio, se propone una ficha de trabajo, escogiendo la taxonomía Nanda, como herramienta efectiva, ya que nos permite universalizar los resultados y compararlos/modificarlos con o desde cualquier centro o lugar del mundo.

Objetivos

- Proporcionar una atención consensuada por el equipo, que sea capaz de dar respuesta a las necesidades de información, formación y recuperación al cliente sometido a una prostatectomía radical.
- Mejorar la satisfacción del cliente, disminuyendo el miedo y la incertidumbre durante el proceso quirúrgico.
- Constituir un plan estandarizado, para evitar la variabilidad, según el turno, el profesional o el centro de atención.

Material y métodos

Proceso escogido: Atención intraoperatoria de la prostatectomía radical. Diagnósticos prevalentes, intervenciones de enfermería y valoración de resultados.

Método:

– Una vez identificado el proceso
– Organizamos un equipo de personas implicadas en él.
– 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…).
– Definición de estándares.
– Responsabilidad de enfermería según las acciones.
– Definición de la atención intra quirúrgica. Proposición de mejoras.
– Clarificación del proceso según nuestra experiencia.
– Plan asistencial con los diagnósticos acordados como prevalentes según taxonomía NANDA, intervenciones y actividades basadas en el NIC.
– Monitorización de resultados, introduciendo indicadores de proceso (basados en el NOC) para poder comunicarlos posteriormente.

Resultados

Se proponen unos cuidados intraoperatorios estandarizados, según la nomenclatura NANDA, con intervenciones NIC y resultados NOC, para obtener un máximo éxito, eficacia y confort intra y post operatorio, acercándonos así a la excelencia en los cuidados de enfermería.

Identificamos los diagnósticos que consideramos más comunes para poder estandarizar el proceso de cuidados.

Cabe recordar que este planteamiento se individualizará siempre que las necesidades personales del cliente lo requieran.

ASPECTO PSICOLÓGICO

Diagnóstico: TEMOR/MIEDO 00148

– Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce como peligro.
– Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.
– Clase 2: Respuestas el afrontamiento. Procesos para manejar el estrés ambiental.
– Características definitorias:
  Aumento de tensión.
  Reducción de la seguridad en uno mismo.
  Sentirse asustado.
  Cognitivas: Los estímulos se interpretan como una amenaza, disminución de la capacidad para solucionar problema.
  Conductuales: Aumento del estado de alerta, conductas de evitación o de ataque, irreflexión.

Intervenciones:

AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO 5230 (NIC)

Ayudar al cliente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenzas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida.

Actividades:

– Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.
– Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
– Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
– Fomentar un dominio gradual de la situación.

Intervenciones:

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA 2930 (NIC)

Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.

Actividades:

– Determinar el nivel de ansiedad/miedo del paciente respecto del procedimiento quirúrgico.
– Completar la lista de comprobaciones preoperatorias.
– Verificar la firma del consentimiento quirúrgico.

Diagnóstico: SINDROME DEL ESTRÉS DEL TRASLADO 00114

– Alteraciones fisiológicas o psicológicas como consecuencia del traslado de un entrono a otro.
– Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés: Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
– Clase 1: Respuesta post-traumática: Reacciones tras un trauma físico o psicológico.
– Características definitorias:
  Traslado de un entorno a otro.
  Falta de deseos de trasladarse.
  Ansiedad (p.ej. separación).
  Inseguridad.
  Preocupación.
  Pérdida de la sensación de ser una persona valiosa.
– Factores relacionados
  Falta de asesoría previa al traslado.
  Sentimientos de impotencia.
  Falta de soporte adecuado del sistema o grupo.
  Aislamiento de los familiares o amigos.

Intervención:

DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS POR TRASLADO 5350

Ayudar al individuo a prepararse y a afrontar el traslado de un entorno a otro.

Actividades:

– Antes del traslado informar y realizar los arreglos necesarios para los objetos personales que el individuo debe dejar.
– Preparar, un ambiente confortable y una atención humanizada dentro de las posibilidades de un quirófano.

Diagnóstico: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 00126

– Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
– Dominio 5: Percepción/Cognición.
– Clase 4: Cognición. Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.
– Características definitorias:
  Verbalización del problema.
  Seguimiento inexacto de las instrucciones.
  Comportamientos inapropiados o exagerados.

Intervenciones:

ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA 5610 (NIC)

Ayudar a un cliente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación posoperatorio.

Actividades:

– Informar sobre la duración esperada de la intervención.
– Conocer experiencias quirúrgicas previas y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
– Describir las rutinas preoperatorias.
– Dar tiempo para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
– Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía.
– Corregir las expectativas irreales, si procede.

Diagnóstico: RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA 00174

– Riesgo de percepción de pérdida del respeto y el honor.
– Dominio 6 Autopercepción: Conciencia del propio ser.

– Clase 1 Autoconcepto: Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser.
– Factores de riesgo:
  Pérdida de control de las funciones corporales.
  Percepción de tratamiento deshumanizador.
  Percepción de intrusión por parte de los clínicos.
  Percepción de invasión de la intimidad.

Intervenciones:

APOYO EMOCIONAL 5270 (NIC)

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

– Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
– Comentar la experiencia emocional con el paciente.
– Tocar respetuosamente al paciente para que no se sienta ofendido.
– No exigir demasiado del funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté fatigado o bajo efectos medicamentosos.
– Permanecer con él y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
– Preservar la intimidad en todo momento.

ASPECTOS «FÍSICOS»

Diagnóstico: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA 00046

– Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.
– Dominio 11 Seguridad/Protección.
– Clase 2 Lesión física Lesión o daño corporal.
– Características definitorias: Invasión de las estructuras corporales.

Intervenciones:

CUIDADOS DE LAS HERIDAS (NIC) 3660

Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

Actividades:

– Afeitar el vello de la zona quirúrgica en el preoperatorio, según evidencia científica, si procede.
– Limpieza de la zona con antiséptico, si así está indicado.
– Mantenimiento de la esterilidad, en la manipulación de todo el material quirúrgico.

Intervenciones:

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN 3440

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Actividades:

– Limpiar la zona de la incisión con una solución antiséptica apropiada.
– Limpiar desde la zona mas limpia a la zona menos limpia.
– Limpiar la zona que rodea cualquier sitio de drenaje o el final del tubo de drenaje.
– Mantener la posición de cualquier tubo de drenaje.
– Vendar o colocar apósito de forma adecuada.
– Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.

Diagnóstico: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA 00085

– Limitación del movimiento independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.
– Dominio 4: Actividad/Reposo
– Clase 2: Actividad ejercicio
– Características definitorias:
  Disminución del tiempo de reacción
  Enlentecimiento del movimiento
  Movimientos descoordinados
– Factores relacionados
  Deterioro cognitivo (anestésicos)
  Disminución control muscular
  Disminución de la fuerza muscular
  Deterioro sensorioperceptivo

Intervenciones:

CAMBIO DE POSICIÓN: INTRAOPERATORIO 0842

Movimiento del paciente o de una parte corporal para favorecer la exposición quirúrgica a la vez que se reduce el riesgo de molestias y complicaciones.

Actividades:

– Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.
– Inmovilizar o apoyar cualquier parte corporal, según proceda.
– Mantener alineación corporal correcta del paciente. Colocar material acolchado en prominencias óseas
– Registrar posición y dispositivos utilizados.
– Utilizar un numero adecuado de miembros del personal para la transferencia del paciente
– Proteger las vias i.v, los catéteres y los circuitos de respiración.

Diagnóstico: DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL 00051

– Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.
– Dominio 5: Percepción/Cognición
– Clase 5: Comunicación: Enviar y recibir información verbal y o verbal.
– Características definitorias:
  Falta de contacto ocular.
  No poder hablar o hablar con dificultad.
  Desorientación en el espacio y en el tiempo.
  Derivados de los efectos secundarios de la medicación anestésica.

Intervenciones:

PRESENCIA (NIC) 5340

Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica.

Actividades:
- Comunicar oralmente comprensión por el momento que está pasando el paciente.
- Permanecer con él para disminuir miedos, transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.

Diagnóstico: DOLOR AGUDO 00132
- Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (Internacional Association for the Study of Pain); Inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.
- Dominio 12 Confort: Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
- Clase 1 Confort físico
- Características definitorias:
  Cambios del pulso.
  Cambios en la respiración.
  Posición para evitar el dolor.
  Gestos de protección.
  Conducta expresiva: Agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros…
  Informe verbal del dolor.

Intervenciones:

ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA 2840

Preparación y administración de agentes anestésicos y vigilancia de la respuesta del paciente durante la administración.

Actividades:
- Realizar una comprobación de seguridad de todo el equipo de anestesia antes de la administración de anestésicos.
- Verificar la identificación del paciente
- Realizar y registrar el historial del paciente y la evaluación física; valoración de estados anteriores, alergias y contraindicaciones contra agentes o técnicas específicos.
- Llevar a cabo las actividades preoperatorias indicadas para preparar psicológicamente al paciente para la cirugía y anestesia.
- Informar al paciente sobre lo que debe esperar de la anestesia, respondiendo a todas las preguntas y atendiendo a todas sus inquietudes.
- Consentimiento informado
- Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia y resucitación
- Administrar la medicación pre-anestésica y los líquidos correspondientes
- Vigilar los signos vitales, suficiencia respiratoria y cardiaca, respuesta a la anestesia y demás parámetros fisiológicos.
- Comprobar la recuperación y estabilidad del paciente durante el período postoperatorio inmediato antes de la transferencia de cuidados.

Intervenciones:

MANEJO DE LAS VIAS AÉREAS 3140

Asegurar la permeabilidad de la vía aérea

Actividades:
- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula, si procede.
- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Eliminar secreciones fomentando la tos o la succión.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.
- Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea si procede.

Intervenciones:

MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES 3180

Mantenimiento de tubos endotraqueales y prevención de complicaciones asociadas con su utilización.

Actividades:
- Disponer de una vía aérea orofaríngea o una cánula de Guedel.
- Ayudar al anestesista en la intubación si procede.
- Auscultar sonidos pulmonares bilaterales después de la inserción.
- Inflar el globo, comprobar presión correcta y sujeción del tubo endotraqueal.
- Ayudar al anestesista en la extubación.
- Preparar ambú fácilmente disponible.
- Aspirar en la extubación si está indicado.

Intervenciones:

MANEJO DEL DOLOR 1400

Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido al procedimiento.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga y falta de conocimientos).
- Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.

Intervenciones:

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS 2210

Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

Actividades:
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

Diagnóstico: DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA 00016
- Trastorno en la eliminación urinaria.
- Dominio 3. Eliminación.
- Clase 1: Sistema urinario. Procesos de excreción y secreción de orina.
- Características definitorias: Catéter urinario.

Intervenciones:
CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO 1876
Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.
Actividades:
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje en la posición debida para favorecer el débito urinario.
- Observar si hay distensión de la vejiga.
- Mantener la permeabilidad del sistema y circuito cerrado.

IIDENTIFICACIÓN DE RIESGOS MÁS FRECUENTES PARA SU PREVENCIÓN Y EVITACIÓN

Diagnóstico: RIESGO DE CAIDAS 00155
- Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.
- Dominio 11: Seguridad/Protección.
- Clase 2: Lesión física: Lesión o daño corporal.
- Factores de riesgo:
  Disminución del estado mental por consumo de ansiolíticos, hipnóticos, anestésicos y toda la medicación pre y posanestésica.

Diagnóstico: RIESGO DE LESION PERIOPERATORIA 00087
- Riesgo de cambios anatómicos y físicos inadvertidos como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo.
- Dominio 11 Seguridad/Protección.
- Clase 2 Lesión física Lesión o daño corporal.
- Factores de riesgo:
  Alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia.

Diagnóstico: RIESGO DE INFECCIÓN 00004
- Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
- Dominio 11 Seguridad/Protección.
- Clase 1 Infección: Respuesta del huésped después de la infección por patógenos.
- Factores de riesgo:
  Alteración de las defensas primarias (rotura de la piel).
  Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos.
  Procedimientos invasivos.

Diagnóstico: RETRASO EN LA RECUPERACIÓN QUIRÚRGICA (Riesgo de) 00100
- Aumento del número de días del postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.
- Dominio 4 Actividad/reposo.
- Clase 2 Actividad/Ejercicio.
- Características definitorias:
  Evidencia de interrupción de la curación de la herida quirúrgica (p.ej. enrojecimiento, induración, drenaje, inmovilidad…).
  Percepción de que se requiere más tiempo para recuperarse.
  Retraso en la reanudación del trabajo o las actividades laborales.
  Informes de dolor o malestar.
- Factores relacionados:
  Procedimiento quirúrgico extenso.
  Dolor.
  Infección postoperatoria de la zona quirúrgica.
  Procedimiento quirúrgico prolongado.

Intervenciones:
VIGILANCIA: SEGURIDAD 6650
Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.
Actividades:
- Determinar los riesgos de salud del paciente.
- Comprobar el nivel de comodidad.
- Tener preparado todo el material en las óptimas condiciones de empaquetamiento, almacenaje y controles de caducidad.
- Mantener niveles estrictos de esterilidad.
- Conocer la intervención, técnica e instrumental a utilizar como para realizar la intervención en el tiempo quirúrgico mínimo, justo y necesario.

Diagnóstico: RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA TEMPERATURA CORPORAL 00005
- Riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.
- Dominio 11 Seguridad/Protección: Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario; preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
- Clase 6: Termorregulación: Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo.
- Factores de riesgo:
  Exposición a ambientes fríos.
  Medicamentos que provocan vasoconstricción.
  Medicamentos que provocan vasodilatación.
  Sedación.
  Extremos de edad.

Diagnóstico: RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS 00025

– Riesgo de sufrir una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro de los líquidos intravasculares, intersticiales o intracelulares. Se refiere a pérdida o aumento de líquidos corporales o ambos.
– Dominio 2 Nutrición
– Clase 5: Hidratación: Captación y absorción de líquidos y electrolitos.
– Factores de riesgo:

Programación para procedimientos invasivos mayores.

Diagnóstico: RIESGO DE ASPIRACIÓN 00039

– Riesgo de que penetren en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.
– Dominio 11 Seguridad/Protección.
– Clase 2 Lesión física Lesión o daño corporal.
– Factores de riesgo:

Depresión del reflejo tusígeno.
Depresión del reflejo nauseoso.
Cirugía.
Aumento de presión intragástrica.
Administración de medicación.
Reducción del nivel de conciencia.
Situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo.

Intervenciones:

MONITORIZACIÓN SIGNOS VITALES 6680

Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Actividades:

– Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.

Intervenciones:

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA INTRAOPERATORIA 3902

Consecución y/o mantenimiento de la temperatura corporal deseada durante la operación.

Actividades:

– Cubrir las partes expuestas.
– Calentar las soluciones de irrigación i.v.
– Cubrir al paciente con mantas calientes (eléctricas) en las zonas disponibles.

Intervenciones:

PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN 3200

Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.

Actividades:

– Vigilar el nivel de consciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.
– Mantener una vía aérea.
– Mantener el equipo de aspiración disponible.

Intervenciones:

MANEJO DE LÍQUIDOS 4120

Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los nieles de líquidos anormales o no deseados.

Actividades:

– Monitorizar signos vitales y estado hemodinámica si procede.
– Administrar terapia i.v según prescripción.
– Administrar líquidos i/o diuréticos según prescripción.
– Determinar la disponibilidad de productos sanguíneos para transfusión, si fuera necesario.

Intervenciones:

TERAPIA INTRAVENOSA (I.V) 4200

Administración y control de líquidos y fármacos por vía intravenosa.

Actividades:

– Realizar una técnica aséptica estricta.
– Administrar medicamentos i.v, según prescripción y observar los resultados.
– Conservar permeabilidad de la via.
– Registrar ingresos y egresos.
– Mantener las precauciones universales.

Intervenciones:

ASPIRACIÓN DE LAS VIAS AÉREAS 3160

Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral.

Actividades:

– Determinar la necesidad de aspiración.
– Disponer de precauciones universales, guantes, gafas, mascara si es el caso.
– Aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

Indicadores

Los indicadores se realizaran antes y después de la intervención.

En el tiempo prequirúrgico, dependerá de la administración de medicación preanestésica y de la respuesta personal a esta.

Según el resultado del ítem nº1 realizaremos los siguientes dentro de quirófano o fuera en la sala de preparación, si el protocolo del centro prevé la existencia de este espacio.

Así como en el despertar post-anestésico. Si el resultado de la orientación cognitiva estuviera en el nivel 1 dentro de quirófano, el resto de valoraciones se realizaría en la sala de reanimación post.quirúrgica.

1. ORIENTACIÓN COGNITIVA (0901)
Definición: Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud.
a) Dominio: Salud fisiológica (II).
b) Clase: Neurocognitiva (I).
c) Escala (s): Gravemente comprometido hasta No comprometido (a).
090101 Se autoidentifica.
090103 Identifica el lugar donde está.
Ítems: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometid o ;
4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.

2. CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (1803)
Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta.
a) Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV).
b) Clase: Conocimientos sobre salud (S)
180302 Descripción del proceso de la enfermedad
Ítems: 1. Ninguno; 2. Escaso; 3. Moderado; 4. Sustancial; 5. Extenso.

3. CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS (1814)
Definición: Grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico.
a) Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV).
b) Clase: Conocimientos sobre salud (S).
c) Escala (s): Ninguno hasta Extenso (i).
181401 Descripción del procedimiento terapéutico.
Ítems: 1. Ninguno; 2. Escaso; 3. Moderado; 4. Sustancial; 5. Extenso.

4. NIVEL DE MIEDO (1210)
Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.
a) Dominio: Salud psicosocial (III).
b) Clase: Bienestar psicológico (M).
c) Escala (s): Grave hasta ninguno.
121005 Inquietud.
121031 Temor verbalizado.
Ítems: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.

5. NIVEL DE ESTRÉS (1212)
Definición: Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.
a) Dominio: Salud psicosocial (III).
b) Clase: Bienestar psicológico (M).
c) Escala (s): Grave hasta ninguno.
121222 Ansiedad.
121224 Pensamientos opresivos.
Ítems: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.

6. AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS (1302)
Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.
a) Dominio: Salud psicosocial (III).
b) Clase: Adaptación psicosocial (N).
130203 Verbaliza sensación de control.
130204 Refiere disminución de estrés.
130205 Verbaliza aceptación de la situación.
Ítems: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente; 3. A veces; 4. Frecuentemente; 5. Siempre demostrado.

7. NIVEL DE COMODIDAD (2100)
Alcance de la percepción positiva de comodidad física y psicológica.
a) Dominio: Salud percibida (V).
b) Clase: Salud y calidad de vida (U).
c) Escala(s): No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho (s).
210001 Bienestar físico.
Ítems: 1.No del todo satisfecho; 2. Algo satisfecho; 3. Moderadamente satisfecho; 4. Muy satisfecho; 5. Completamente satisfecho.

8. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE/USUARIO: PROTECCIÓN DE SUS DERECHOS (3008)
Grado de la percepción positiva de la protección de los derechos legales y morales del usuario/paciente proporcionada por el personal de enfermería.
a) Dominio: Salud percibida (V).
b) Clase: Satisfacción con los cuidados (e).
c) Escala (s): o del todo satisfecho hasta Completamente satifecho(s).
300801 Mantenimiento de la privacidad.
300806 Uso del nombre preferido del paciente/usuario.
300807 Presentación del personal.
Ítems: 1.No del todo satisfecho; 2. Algo satisfecho; 3. Moderadamente satisfecho; 4. Muy satisfecho; 5. Completamente satisfecho.

9. NIVEL DE DOLOR (2102)
Intensidad del dolor referido o manifestado.
a) Dominio: Salud percibida (V).
b) Clase: Sintomatología (V).
c) Escala(s): Grave hasta ninguno (n).
210201 Dolor referido.
210208 Inquietud.
Ítems: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.

FICHA RESUMEN

ASPECTOS EMOCIONALES

Diagnóstico 00148 TEMOR/MIEDO
NIC: 5230 Aumentar afrontamiento
NIC: 2930 Preparación quirúrgica

Diagnóstico 00114 SINDROME DE ESTRÉS DEL TRASLADO
NIC: 5350 Disminución del estrés por traslado

Diagnóstico 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
NIC: 5610 Enseñanza prequirúrgica

Diagnóstico 00174 RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA
NIC: 5270 Apoyo emocional

ASPECTOS FÍSICOS

Diagnóstico 00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
NIC: 3660 Cuidado de las heridas
NIC: 3440 Cuidados del sitio de incisión

Diagnóstico 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA
NIC: 0842 Cambio de posición: Intraoperatorio

Diagnóstico 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL
NIC: 5340 Presencia

Diagnóstico 00132 DOLOR AGUDO
NIC: 2840 Administración de anestesia
NIC: 3140 Manejo de las vías aéreas
NIC: 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales
NIC: 1400 Manejo del dolor
NIC: 2210 Administración de analgésicos

Diagnóstico 00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA
NIC: 1876 Cuidados del catéter urinario

RIESGOS MÁS FRECUENTES PARA PREVENCIÓN Y EVITACIÓN

Diagnósticos:	INTERVENCIONES:
00155 RIESGO DE CAIDAS	NIC: 6650 Vigilancia: Seguridad
00087 RIESGO DE LESION PERIOPERATORIA	NIC: 6680 Monitorización signos vitales
00004 RIESGO DE INFECCIÓN	NIC: 3920 Regulación temperatura intraoperatoria
00100 RETRASO RECUPERACION QUIRURGICA	NIC: 3200 Precauciones para evitar aspiración
00005 R. DESEQUILIBRIO TEMP CORPORAL	NIC: 4120 Manejo de líquidos
00025 R. DESEQUILIBRIO VOLUMEN LIQUIDOS	NIC: 4200 Terapia intravenosa
00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN	NIC: 3160 Aspiración de las vías aéreas

RIESGOS MÁS FRECUENTES PARA PREVENCIÓN Y EVITACIÓN

Indicadores NOC — Sala preop/Quirófano — Quirófano/Reanimación

(0901) ORIENTACION COGNITIVA
090101 Se autoidentifica — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
09103 Identifica el lugar donde está — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente; 3.Moderadamte; 4.Levemente; 5. No comprometido).

(1803) CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD
180302 Descripción del proceso de la enfermedad Preint (1 2 3 4 5)
Ítems: (1. Ninguno; 2 .Escaso; 3. Moderado; 4. Sustancial; 5. Extenso).

(1814) CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS
181401 Descripción del procedimiento terapéutico Preint (1 2 3 4 5)
Ítems: (1. Ninguno; 2. Escaso; 3. Moderado; 4. Sustancial; 5. Extenso).

(1210) NIVEL DE MIEDO
121005 Inquietud — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
121031 Temor verbalizado — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente; 3.Moderadamte; 4.Levemente; 5. No comprometido).

(1212) NIVEL DE ESTRÉS
121222 Ansiedad — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
121224 Pensamientos opresivos — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente; 3.Moderadamte; 4.Levemente; 5. No comprometido).

(1302) AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS
130203 Verbaliza sensación de control — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
130204 Refiere disminución de estrés — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
130205 Verbaliza aceptación situación — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
Ítems: (1. Nunca demostrado; 2. Raramente; 3. A veces; 4. Frecuentemente; 5. Siempre demostrado).

(2100) NIVEL DE COMODIDAD
210001 Bienestar físico — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. No satisfecho; 2. Algo satisfecho; 3. Moderadamente; 4. Muy satisfecho; 5. Completamente satisfecho).

(3008) SATISFACCION DEL PACIENTE/USUARIO: PROTECCION DE SUS DERECHOS
300801 Mantenimiento privacidad — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
300806 Uso nombre preferido del usuario Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
300807 Presentación del personal — Preint (1 2 3 4 5) — Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. No satisfecho; 2. Algo satisfecho; 3. Moderadamente; 4. Muy satisfecho; 5. Completamente satisfecho).

Indicadores NOC	Sala preop/Quirófano	Quirófano/Reanimación
(2102) NIVEL DE DOLOR		
210201 Dolor referido	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
210208 Inquietud	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
Ítems: (1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno).		
(0208) MOVILIDAD		
020809 Coordinación	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
020803 Movimiento muscular	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
020805 Realización del traslado	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente; 3.Moderadamte; 4.Levemente; 5. No comprometido).		
(0800) TERMORREGULACIÓN		
080011 Tiritona con frío	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
080015 Comodidad térmica referida	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente; 3.Moderadamte; 4.Levemente; 5. No comprometido).		
(0413) SEVERIDAD DE LA PERDIDA DE SANGRE		
041301 Pérdida sanguínea visible	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
041302 Hematuria	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
Ítems: (1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno).		

* Estos últimos indicadores son sustituibles por los parámetros cuantitativos de las gráficas de enfermería.

(0403) ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN		
040301 Frecuencia respiratoria	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
040304 Expansión torácica simétrica	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
040306 Movilidad esputo fuera vías resp	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
040319 Ruidos resp en auscultación	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
040324 Volumen corriente	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente; 3.Moderadamte; 4.Levemente; 5. No comprometido).		
(0601) EQUILIBRIO HIDRICO		
060101 Presión arterial	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
060122 Velocidad del pulso	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
060107 Entradas y salidas equilibradas	Preint (1 2 3 4 5)	Postint (1 2 3 4 5)
Items: (1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente; 3.Moderadamte; 4.Levemente; 5. No comprometido).		

10. TERMORREGULACIÓN (0800)

Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

a) Dominio: Salud fisiológica (II).
b) Clase: Regulación metabólica (I).
c) Escala Gravemente comprometido hasta No comprometido (a).

080011 Tiritona con el frío.
080015 Comodidad térmica referida.
Ítems: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.

11. MOVILIDAD (0208)

Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

a) Dominio: Salud Funcional (I).
b) Clase: Movilidad ©.
c) Escala (s): Gravemente comprometido hasta o comprometido (a).

020809 Coordinación.
020803 Movimiento muscular.
020805 Realización del traslado.
Ítems: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.

12. SEVERIDAD DE LA PÉRDIDA DE SANGRE (0413)

Gravedad del sangrado/hemorragia interna o externa.

a) Dominio: Salud fisiológica (II).
b) Clase: Cardiopulmonar (E).
c) Escala(s) Grave hasta Ninguno (n).

041301 Pérdida sanguínea visible.
041302 Hematuria.
Ítems: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.

Estos últimos indicadores son sustituibles por los parámetros cuantitativos de las gráficas de enfermería de preoperatorios, anestesia o reanimación.

13. ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN (0403)

Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.

a) Dominio: Salud fisiológica (II).
b) Clase: Cardiopulmonar (E).
c) Escala(s) Gravemente comprometido hasta No comprometido (a).

040301 Frecuencia respiratoria.

040304 Expansión torácica simétrica.
040306 Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.
040319 Ruidos respiratorios a la auscultación.
040324 Volumen corriente.
Ítems: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.

14. EQUILIBRIO HIDRICO (0601)

Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.
a) Dominio: Salud fisiológica (II).
b) Clase: Líquidos y electrolitos (G).
c) Escala (s) Gravemente comprometido hasta No comprometido (a).
060101 Presión arterial.
060122 Velocidad del pulso.
060107 Entradas y salidas equilibradas.

Conclusiones

La implantación de plan de cuidados, en un documento «agil» proporciona una sistemàtica de trabajo necesaria para disminuir la variabilidad en la practica clínica, estructurando nuestras actuaciones y permitiendonos evaluarlas después para poder conocer los resultados obtenidos.

Nos mejora ademas la indefinicion de responsabilidades, proporcionandonos seguridad y un apoyo legal de nuestras actitudes terapeuticas al basarlas en evidencias científicamente comprobadas.

Así pues, se proponen unos cuidados intraoperatorios estandarizados, según la nomenclatura NANDA, con intervenciones NIC y resultados NOC, para disminuir la variabilidad, consiguiendo en un mínimo tiempo quirúrgico, un máximo éxito, eficacia y confort post operatorio, acercandonos así a la excelencia en los cuidados de enfermería. ▼

LA IMPLANTACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS, EN UN DOCUMENTO «AGIL» PROPORCIONA UNA SISTEMÀTICA DE TRABAJO NECESARIA PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA PRACTICA CLÍNICA, ESTRUCTURANDO NUESTRAS ACTUACIONES Y PERMITIENDONOS EVALUARLAS DESPUÉS PARA PODER CONOCER LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

NOS MEJORA ADEMAS LA INDEFINICION DE RESPONSABILIDADES, PROPORCIONANDONOS SEGURIDAD Y UN APOYO LEGAL DE NUESTRAS ACTITUDES TERAPEUTICAS AL BASARLAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAMENTE COMPROBADAS.

ASÍ PUES, SE PROPONEN UNOS CUIDADOS INTRAOPERATORIOS ESTANDARIZADOS, SEGÚN LA NOMENCLATURA NANDA, CON INTERVENCIONES NIC Y RESULTADOS NOC, PARA DISMINUIR LA VARIABILIDAD, CONSIGUIENDO EN UN MÍNIMO TIEMPO QUIRÚRGICO, UN MÁXIMO ÉXITO, EFICACIA Y CONFORT POST OPERATORIO, ACERCANDONOS ASÍ A LA EXCELENCIA EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

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.

Enlaces de interés

http://www.es-emoticon.com/enfermeria-actual/

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria/2006/planes_cuidados.htm

http://www.taxonomiaenfermera.com/

Bibliografía específica

NANDA. Diagnosticos enfermeros: Definición y Clasificación. Última edición.

NIC. Clasificación de Intervenciones de Enfermeria. Ultima edición.

NOC. Clasificación de Resultados de Enfermería. Última edición.

Delgado Aguilar, Herminia*; Pereda Arregui, Enrique**; Remírez Suberbiola, José Manuel***; Delgado Aguilar, Maria Jesús****
* C.S. Palacio Segovia. Area VII. Madrid.
** C.S. Almendrales. Area XI. Madrid.
*** Servicio de Urología, Hospital 12° Octubre. Area XI. Madrid.
**** C.S. Barcelona. Area VIII. Madrid.

Registros informáticos enfermeros en el seguimiento de pacientes con sonda vesical en Atención Primaria

Palabras clave: Registro informatico. Sonda vesical. Seguimiento
Keywords: computer record, vesical catheter, monitoring.

Introducción

La informática aplicada a la enfermería permite integrar a la enfermería, su información y la gestión de la información con el procesamiento de ésta y con la tecnología de la comunicación, a favor de la salud de las personas en el mundo. (Asociación internacional de informática médica - Grupo de interés especial en la informática de enfermería, 1998).

El sistema informático ha pasado a constituir una herramienta más de trabajo en el desarrollo de la actividad profesional. Este método sustituye gran parte de los documentos en papel, agiliza el registro de las actividades realizadas, permite invertir menor tiempo en esta tarea y potencia nuestra función investigadora, al facilitar la explotación de los datos registrados. Supone, el reconocimiento institucional del método científico para desarrollar la actividad asistencial.

EL SISTEMA INFORMÁTICO HA PASADO A CONSTITUIR UNA HERRAMIENTA MÁS DE TRABAJO EN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL. ESTE MÉTODO SUSTITUYE GRAN PARTE DE LOS DOCUMENTOS EN PAPEL, AGILIZA EL REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS, PERMITE INVERTIR MENOR TIEMPO EN ESTA TAREA Y POTENCIA NUESTRA FUNCIÓN INVESTIGADORA, AL FACILITAR LA EXPLOTACIÓN DE LOS DATOS REGISTRADOS.
SUPONE, EL RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DEL MÉTODO CIENTÍFICO PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

Los programas informáticos utilizados en la Comunidad de Madrid en Atención Primaria (AP), de forma generalizada es OMI-AP y en Atención Especializada (AE), uno de ellos, (GACELA).

Aproximadamente en el año 2000, se inicia la informatización de la Historia Clínica en AP a través del programa informático OMI-AP. En ese año, el "Grupo Técnico de Enfermería", promovido por la Subdirección General de Atención Primaria del Insalud (desde Madrid), empieza a trabajar con el objetivo de integrar los criterios que conforman los Planes de Cuidados estandarizados en OMI-AP e incorporarlos en la cartera de servicios de AP.

La aplicación (OMI-Planes) se está activando progresivamente en la mayoría de las Áreas de A.P. de Madrid. Junto a la carga de los Planes de Enfermería, se establece una estrategia formativa en relación a la Metodología de trabajo enfermero y al uso de la herramienta informática.

Los programas informáticos OMI-AP y GACELA, permiten el registro de las actuaciones enfermeras en la atención y seguimiento de pacientes con sonda vesical.

La informatización de los registros, nos ayuda a desarrollar vías de comunicación tanto entre el personal de enfermería como de forma interdisciplinar, ya sea a nivel de AP como AE, facilitando la difusión de las actuaciones enfermeras y con ello el cuidado integral de nuestros pacientes en la esfera bio - psico - social.

Objetivos

- Difundir el conocimiento de los registros de enfermería informáticos específicos de aquellos pacientes con sonda vesical.
- Favorecer la implementación de los registros.

Material y métodos

Material:

– Programa informático OMI-AP
– Programa informático GACELA
– Pacientes con sonda vesical adscritos a las consultas de enfermería en Atención Primaria y pacientes de Atención Especializada (postcirugía y consultas externas).

Métodos:

1. Estudio descriptivo de registros del paciente con sonda vesical en los programas informáticos OMI-AP y GACELA mediante el plan de cuidados

- Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Diagnósticos NANDA.
- Objetivos NOC.
- Intervenciones NIC.

2. Descripción de registros desde el programa informático en Atención Primaria (OMI-AP)

A través del «tapiz «de historia clínica del paciente se accede a los planes de cuidados (pestaña cruz roja). El «tapiz» del paciente es de acceso común para profesionales médicos como de enfermería y se exponen los problemas bio-psico-sociales y tratamientos del paciente, así como sus antecedentes personales y familiares.

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

En el lazo izquierdo aparece la valoración según los patrones y en el lado derecho las etiquetas diagnósticas NANDA correspondientes.

Los patrones a valorar especialmente en nuestro tipo de pacientes son:

- Percepción de la Salud.
- Nutricional/Metabólico.
- Eliminación.
- Actividad/Ejercicio.
- Sueño/Descanso.
- Autopercepción/Autoconcepto.
- Sexualidad/Reproducción.

Si nos centramos en el patrón de eliminación urinaria las características a valorar son:

- Alteraciones miccionales: retenciones, globo vesical, disuria, poliuria, hematuria y oliguria.
- Características de la orina: normal/anormal.
- Sistemas de ayuda: sonda vesical y diuréticos.

Diagnósticos NANDA, Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC)

Valorados la patrones funcionales, el siguiente paso son los diagnósticos de enfermería.

Una vez elegida la etiqueta diagnóstica NANDA, aparece en la misma pantalla los factores relacionados y las características definitorias a elegir, junto con la elección de los resultados esperados (NOC) y las actividades a ejecutar (NIC), codificadas según la clasificación internacional.

Centrándonos en nuestro diagnóstico elegido:

- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria
- Factores relacionados:
  00294 multicausalidad.
  00332 obstrucción anatómica.
  00334 infección de tracto urinario.
- Características definitorias:
  016-4 dificultad para orinar.
  016-5 disuria.
  016-7 retención urinaria.
- Objetivos (NOC):
  0503 eliminación urinaria.
- Intervenciones (NIC):
  0590 manejo de la eliminación urinaria.
  0620 cuidados de la retención urinaria.
  4120 manejo de líquidos.
  4130 monitorización de líquidos.

Seguimiento plan de cuidados

1. Accediendo a la pestaña de planes de cuidados, podemos realizar el seguimiento, donde se permite registrar tanto en texto libre como marcar opciones predeterminadas.

En el «tapiz» de historia clínica del paciente, aparecen registradas las actuaciones enfermeras asociadas al episodio elegido.

2. Descripción de registros desde el programa informático en Atención Especializada (GACELA)

Desde la pantalla principal, donde están reflejados nuestros pacientes ingresados, podemos acceder a:

a) Asistente Planes de cuidados Directos.
b) Asistente Planes de cuidados Personalizados.
c) Asistente Planes de cuidados Estandarizados.
d) Evaluación de Objetivos.
e) Comentarios.
f) Mantenimiento de plan de cuidados Estandar.
g) Registros especiales.
h) Constantes y líquidos.
i) Confirmación de acciones.

a) *Asistente Planes de cuidados Directos*

Se programan las intervenciones clasificadas alfabéticamente.

300056 Sonda uretral a doble pañal. (Especificar).
300019 Sonda vesical/uretral (Especificar tipo de sonda). Cambiar.
300016 Sonda vesical/uretral (Especificar tipo de sonda). Poner.

300018 Sonda vesical-uretral. Mantener.
300017 Sonda vesical/uretral. Quitar.
300020 Sondaje vesical. Cambiar y/o vaciado de bolsa.
300021 Sondaje vesical. Vaciado.
170002 Tomar constantes vitales (TA,P,T,R).

b) *Asistente Planes de cuidados Personalizados*

La valoración se realiza mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson; específicamente en nuestro caso:

- Movilización.
- Temperatura.
- Alimentación/Hidratación.
- Higiene/Piel.
- Aprender.
- Eliminación.
- Valoración Específica:
  SS0135 Ausencia miccional.
  SS0137 Orina residual (>100 ml).
  SS0138 Disuria.
  SS0140 Presencia de globo vesical.
  SS0175 Dificultad para el aseo íntimo.
- Vestido.

c) *Asistente Planes de cuidados Estandarizados*

Clasificados por tipos: diagnósticos médicos, procedimientos terapéuticos, situaciones específicas y pediatría. Contiene los apartados:

- Diagnósticos, Factores Relación y Objetivos.
- Complicaciones.
- Protocolos.
- Acciones.
- Comentarios.
- Descripción de registros que comunican ambos niveles asistenciales:
  Aunque en AP, está implantado de forma generalizada el programa informático OMI-AP, sí existe variabilidad entre las distintas Áreas sanitarias respecto a las aplicaciones extraordinarias.
  En los Centros de Salud correspondientes al Hospital 12º Octubre, existe una posibilidad de acceso por icono en escritorio, no incorporada al programa OMI-AP, que permite el acceso a datos e informes de pruebas diagnósticas, excepto datos de laboratorio en el momento actual.
  En los Centros de Salud correspondientes al Hospital Fundación Jiménez Díaz, se ha creado un acceso en el «tapiz» de historia clínica del paciente del programa OMI-AP para acceder a datos hospitalarios. Se pueden visualizar datos médicos y de enfermería, especialmente los informes de enfermería al alta que de forma centralizada, se remiten por correo electrónico desde el Hospital a la responsable de enfermería del Centro de Salud, la/el cual posteriormente, incorpora dichas altas a las agendas del enfermero/a correspondiente, con el fin de su evaluación y establecer las necesidades que de ellas se deriven (contactar con el paciente, establecer pauta de curas, visita domiciliaria, etc).
  Ello permite un enlace de obtención de información unidireccional (de AP a AE) entre ambos niveles asistenciales, favoreciendo una mejora en la continuidad de los cuidados.

Discusión

¿Estamos convencidos de la importancia de la cumplimentación de los registros informáticos y su repercusión en la calidad de los cuidados de enfermería? ¿Las nuevas tecnologías nos facilitan nuestro trabajo?

En el trabajo diario, la disyuntiva del reparto de tiempo entre la atención directa al paciente o la cumplimentación de los registros no es fácil darle respuesta.

Conclusiones

- La incorporación de los planes de cuidados en los programas informáticos sanitarios, suponen el reconocimiento institucional del método científico.
- La generalización de la correcta utilización de los registros de enfermería, se acompaña de una mejora en la continuidad de los cuidados.
- Los planes de cuidados estandarizados facilitan el registro de nuestras actuaciones.
- Debemos intentar salvar las barreras que nos impiden implantar aquellas actuaciones, utilizando todas las tecnologías a nuestro alcance, que conllevan una mejora en nuestro trabajo. ▼

Bibliografía

Diagnósticos Enfermeros NANDA: Definiciones y Clasificación. 2001 – 2002. Harcourt Brace de España, 2001.

Proyecto de Resultados de Iowa. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*, 2° Edic., Harcourt. Edición española 2001.

Proyecto de Intervenciones de Iowa. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*, 3° Edic. Editorial Harcourt. Edición española 2001.

INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. «Desarrollo de Planes de Cuidados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria». Madrid: Nª Publ. Insalud 1.807, 2001.

Cárdenas Valladolid J. «La informatización de proceso enfermero en atención primaria: '¡una realidad!» *SEMAP* nº 4 2002; 31-33.

Alonso López F (coordinador), Jose Cristos C, Burgos Larumbe A, García Molina F, Sánchez Perruca L, Guijarro Eguskizaga A, Ruiz Téllez A, Medina Peralta M. *Informatización en Atención Primaria*. Documento SemFyC nº 13. Disponible en URL: http://www.semfyc.es/es/actividades/ publicaciones/documentossemfyc/docum013.html [consulta 2 de enero de 2004]

Montesinos Alonso A. *Los profesionales de Atención Primaria frente a las nuevas tecnologías*. Centro de Salud. Junio 2001. Disponible en URL: www.medynet.com/elmedico/ publicaciones/centrosalud6/353-356.pdf [consulta 4 de enero 2004].

Rodríguez Castañeda, Luís; Oviedo Sotomayor, Helena; Muñoz Rodríguez, Ana; Sagüillo Antolín, Milagros; Garrido González, Mª Luisa; Moreno Bermejo, Laura.
Hospital Universitario de Móstoles.

Dehiscencias quirúrgicas en cirugía urológica

Palabras clave: Dehiscencia, Concepto TIME, Curas Quirúrgicas.
Keywords: Dehiscence, TIME Concept, Surgical treatments.

Introducción

La dehiscencia quirúrgica, a veces, es una complicación de las cirugías urológicas abiertas. En este trabajo intentamos analizar la evolución de las heridas quirúrgicas abiertas que por algún motivo son susceptibles de dehiscencia.

En el Hospital Universitario de Móstoles existe una Comisión de Curas que, en los últimos años ha influido favorablemente en las Unidades Quirúrgicas y ha permitido importantes modificaciones en los cuidados de estas heridas, tanto en técnicas como en materiales.

Durante el año 2008 se han estudiado 53 casos de las siguientes intervenciones: nefrectomías, adenomectomías suprapúbicas y cistectomías radicales, de las cuales 10 presentaron dehiscencia de la herida quirúrgica.

En primer lugar se realizó una valoración exhaustiva de cada herida quirúrgica para posteriormente poder realizar un adecuado tratamiento de las mismas.

Tras la valoración de cada caso nos hemos basado en el concepto TIME para la preparación correcta del lecho de la herida. Este concepto, propuesto por el Dr. Falanga, dermatólogo de reconocido prestigio, integra los pasos a seguir para conseguir una adecuada preparación del lecho de la herida que permita, por una parte, acelerar la cicatrización endógena de la herida y, por otra, potenciar la eficacia de las intervenciones que se vayan a llevar a cabo sobre dichas heridas. Nosotros hemos adaptado este concepto a nuestro tipo de heridas con el fin de optimizar las condiciones de cicatrización.

El Concepto TIME integra los siguientes aspectos:

– TEJIDO: Control del tejido no viable.
– INFECCIÓN E INFLAMACIÓN: Control de la carga bacteriana.
– MEDIO AMBIENTE HÚMEDO: Control del exudado.
– EPITELIZACIÓN DE BORDES: Estimulación de los bordes.

Con la incorporación de este concepto y siguiendo el modelo de cura en ambiente húmedo hemos logrado disminuir la manipulación de la herida quirúrgica, así como el número de curas necesarias, aumentando el confort del paciente y disminuyendo el tiempo de hospitalización.

Objetivos

El Hospital Infanta Cristina ubicado en el municipio de Parla es uno de los nuevos hospitales inaugurados en la Comunidad de Madrid en el año 2008. Este hospital presta servicio en el Área sanitaria 10 de la Comunidad de Madrid, y da cobertura a unos 130.000 habitantes de los municipios anejos.

El Servicio de Urología de este centro inicia su andadura en marzo de 2008, con una plantilla de tres facultativos, un jefe de unidad, una enfermera y una auxiliar de enfermería. En el área sanitaria donde se ubica existe una pirámide poblacional con una gran proporción de población juvenil, principal demandante de actuaciones que se centran en patología como el frenillo corto, la fimosis, o bien la prestación de vasectomía.

Al introducir esta nueva técnica de curas en heridas quirúrgicas de cirugías urológicas en las que se ha producido una dehiscencia, nos planteamos una serie de objetivos:

- Favorecer el cierre quirúrgico de la herida: Con una adecuada preparación del lecho de la herida pretendemos poder proceder de forma más precoz al cierre quirúrgico de la misma. Para ello, trabajaremos sobre la limpieza y descontaminación del lecho, el control del exudado y la disminución de la carga bacteriana.

- Reducir el número de curas: Con el mejor control del exudado y de la carga bacteriana se conseguirá disminuir el número de curas necesarias.
- Reducir el número de días de hospitalización: Al conseguir el cierre más temprano de la herida disminuiremos el tiempo de hospitalización del paciente

Definición de dehiscencias

Existen varias definiciones de «Dehiscencia»:
– Separación, por lo general espontánea, de una estructura o parte de un órgano.
– Separación de los bordes de una herida.
– Apertura de la sutura.
– Separación de los planos anatómicos previamente suturados de una herida.
– Separación de una incisión quirúrgica o rotura del cierre de una herida.

Factores de riesgo

Existen una serie de factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de dehiscencia sobre una herida quirúrgica. Entre ellos podemos encontrar:
– Infección de la herida quirúrgica.
– Diabetes
– Edad avanzada.
– Obesidad mórbida.
– Estrés mecánico sobre la herida.
– Tratamiento con esteroides.
– Desnutrición.
– Perfusión comprometida.
– Malignidad.

Estos factores, además de poder favorecer la aparición de dehiscencias sobre una herida quirúrgica, son, a su vez, factores que dificultan la cicatrización de una herida quirúrgica que presenta dehiscencia.

Material y métodos

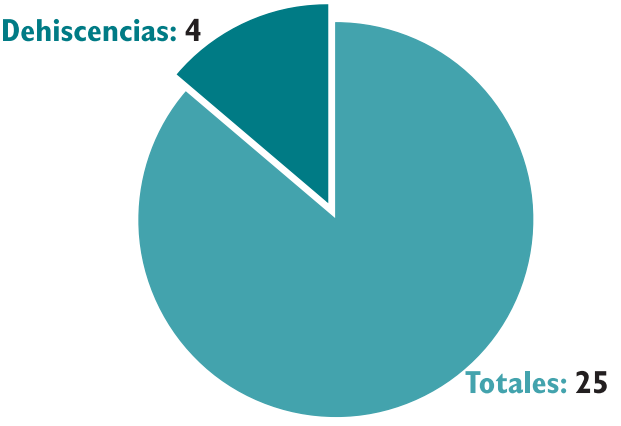
Estudio descriptivo y retrospectivo. El periodo de tiempo del estudio ha sido desde Enero de 2008 hasta Diciembre de 2008.

Se han estudiado un total de 53 pacientes intervenidos de tres tipos de cirugías urológicas abiertas durante ese periodo: 25 adenomectomías suprapúbicas, 12 cistectomías radicales y 16 nefrectomías por lumbotomía.

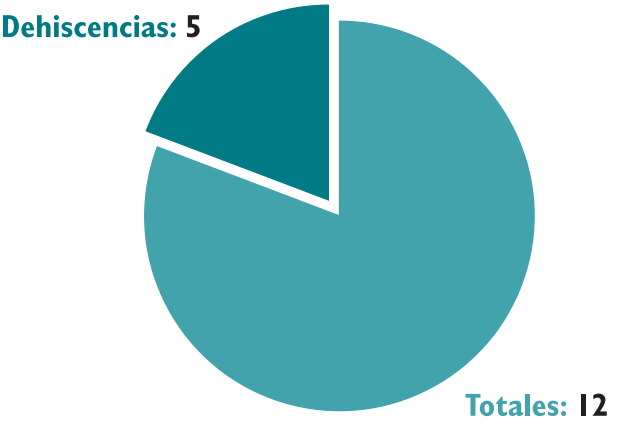
En total se produjeron 10 casos de dehiscencias de la herida quirúrgica, de los que 4 corresponden a adenomectomías suprapúbicas, 5 a cistectomías radicales y 1 a nefrectomías por lumbotomía.

En los siguientes gráficos se muestra la incidencia de dehiscencias en relación con los casos totales para cada tipo de cirugía.

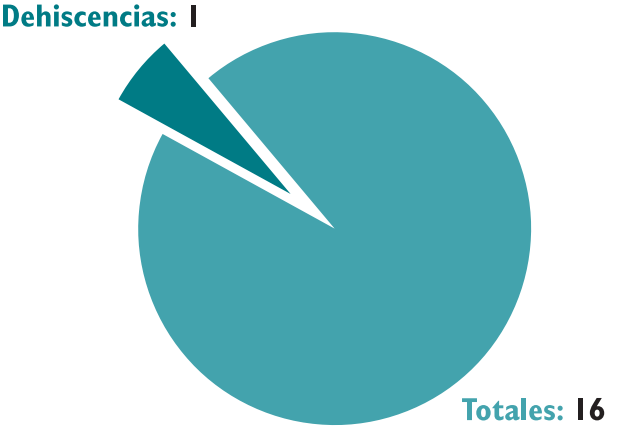
ADENOMECTOMÍAS SUPRAPÚBICAS
16% Dehiscencias



CISTECTOMÍAS RADICALES
41,6% Dehiscencias



NEFRECTOMÍAS
6,25% Dehiscencias



Técnica de curas

1. Limpieza del lecho de la herida quirúrgica con aspiración.
2. Descontaminación del lecho de la herida con Prontosan®
3. Control del exudado e infección con Release® Ag (hidroalginato con plata).
4. Apósito secundario o de cobertura.

1. Técnica de limpieza y material utilizado

Aspirador.
Sondas de aspiración nº 12/14.
Suero fisiológico 0,9%.

¿Qué ventajas tiene la cura con aspiración?

– Las curas son menos dolorosas, más aséptica y mayor confort para el paciente.
– Conseguimos un suave desbridamiento mecánico al succionar con vacío.
– No manchamos ropa de cama, pijamas y camisones.
– Ahorro de empapadores y de apósitos secundarios.
– En la movilidad menor manchado de apósitos.
– Mantenimiento de la cura como mínimo de 24 horas.

Indicaciones: Aparte de su utilización en dehiscencias quirúrgicas, se puede extrapolar a otras patologías, como ulceras de grado III – IV, en trayectos fistulosos de la cavidad abdominal y perineal, etc.

2. Técnica de descontaminación y material utilizado

Una vez lavada la cavidad hemos utilizado Prontosan® cuya composición es (0.1% Polihexanida + 0.1% Undecilenamidopropil betaína), durante 10 minutos en el lecho de herida y no lavamos posteriormente, este producto gracias a sus componentes disminuye la tensión superficial de los biofilms, facilitando su desprendimiento y fácil eliminación de la herida.

Este producto también tiene efectos antimicrobianos y actúa de forma selectiva sobre los microorganismos responsables de la infección.

Recordamos que los Biofilms son; comunidades de células microbianas (agua, exopolisacáridos y macromoléculas) adheridas al lecho de herida, que dificultan la fagocitosis y la acción de los antimicrobianos.

3. Técnica de control del exudado, carga bacteriana y material utilizado

Hemos utilizado un nuevo hidroalginato con plata, Release® Ag, que al leer su monografía pudimos ver que nos podría resolver problemas que no lo hacían otro tipo de productos similares, como son:

– No dejar residuos en el lecho de la herida.
– Retirarse de una sola pieza, incluso en heridas cavitadas.
– Buena gestión del exudado, resistencia a la rotura.
– Mantener un entorno húmedo de la herida.
– Plata metálica en un 8% (uno de los mayores porcentajes existentes en el mercado).

La plata metálica necesita oxidarse y convertirse en plata iónica para liberarse en el lecho de la herida, este proceso de oxidación permite que la liberación y acción bactericida se produzca de manera sostenida en el tiempo, mientras que la plata iónica se libera de forma inmediata en el lecho de la herida no teniendo un efecto bactericida mantenido en el tiempo.

4. Técnica de cobertura y material utilizado

Para cubrir la herida y mantenerla en ambiente húmedo utilizamos apósitos hidropoliméricos con bordes adhesivos, la novedad que incluimos fue utilizar apósitos en forma de sacro que por su forma se pueden adaptar a la anatomía del pubis y al mismo tiempo nos controlaban el exudado.

Resultados

De los 53 casos estudiados, 10 presentaron dehiscencias, con la siguiente distribución:

- 4 casos de Adenomectomías Suprapúbicas (16%)
- 5 casos de Cistectomías Radicales (41.6%)
- 1 caso de Nefrectomía por Lumbotomía (6.25%)

El tiempo mínimo de cierre de la herida fue de 10 días y el tiempo máximo de 20 días:

- Nefrectomía por lumbotomía: cierre en +/- 10 días por segunda intención.
- Adenomectomías Suprapúbicas: cierre quirúrgico, rango de cierre:
  3 casos +/- 10-15 días.
  1 caso +/- 16-20 días.
- Cistectomías Radicales: cierre quirúrgico, rango de cierre:
  2 casos +/- 10-15 días.
  3 casos +/- 16- 20 días.

En todos los casos se utilizó la misma técnica de curas e idénticos materiales.

Conclusiones

Tras la evaluación de los resultados obtenidos hemos evidenciado que se han conseguido los objetivos propuestos al inicio de este estudio.

En primer lugar, con el uso de este tipo de materiales conseguimos una mejor gestión del exudado y un mejor control de la carga bacteriana de la herida. Con esto se disminuye el número de curas necesarias, reduciéndolas a una cura al día, ya que se evita el manchado de apósitos continuo a causa del exudado.

A su vez, se aumenta el confort del paciente, tanto por el tipo de apósitos utilizados como por la eliminación de curas frecuentes.

Además, la adecuada preparación del lecho de la herida quirúrgica permite el cierre de la misma de una forma más precoz, ya sea por segunda intención o con el posterior cierre quirúrgico (El rango de cierre de la herida se situó entre 10-20 días).

De esta forma conseguimos además la disminución del tiempo de estancia hospitalaria.

REFLEXIÓN

La enfermería continua teniendo un papel fundamental en el tratamiento y actuación en las heridas de distintas etiologías, hemos de seguir estudiando e investigando para alcanzar la excelencia en los cuidados. ▼

LA ENFERMERÍA CONTINUA TENIENDO UN PAPEL FUNDAMENTAL EN EL TRATAMIENTO Y ACTUACIÓN EN LAS HERIDAS DE DISTINTAS ETIOLOGÍAS, HEMOS DE SEGUIR ESTUDIANDO E INVESTIGANDO PARA ALCANZAR LA EXCELENCIA EN LOS CUIDADOS

BIBLIOGRAFÍA

1. Preparación del lecho de la Herida. Aspectos conceptuales y aplicación en la práctica clínica diaria. V Simposio Nacional sobre úlceras por presión y heridas crónicas en Oviedo 2004. Ponencia Dr. Vincent Falanga.
2. Utilización de un formulario para la valoración de heridas. Pág. 46-47 Nursing-2006, edición española Febrero-2006.
3. Manual de materiales de curas del Hospital Universitario de Móstoles, consensuado por la comisión de curas, año 2008.
4. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Exudado en las heridas y utilidad de los apósitos. Un documento de consenso. London: MEPLtd, 2007.
5. Sagüillo Antolín, Milagros; Gómez Mazo, Natividad; Flores Gómez, Rubén. Estudio retrospectivo de las heridas quirúrgicas en la adenomectomía suprapúbica. Procedimientos. Rev.AEnfermería urológica 1997. Vol.-60, pag. 15-18.
6. Lo SF et al. A systematic review of silver-releasing dressings in the management of infected chronic wounds. J Clin Nurs 2008:17:1973-85.

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.

Gómez García E, López Guerrero I, Herrera Álvarez A, Flores Raya G, Higueras Gómez G, Repullo Merino A.
Hospital Comarcal «Valle de los Pedroches». Pozoblanco. Córdoba.

Repercusión del apoyo informal en la salud de nuestros pacientes urológicos

RESUMEN

Ante un problema de salud, se establece un sistema de apoyo al paciente normalmente asumido por un familiar o persona cercana. Es la figura del cuidador principal. La relación que se establece entre el cuidador principal-paciente resulta fundamental para la génesis y evolución de problemas de salud en éste último, existiendo estudios que muestran la asociación entre ambos factores.
Dada la alta tasa de envejecimiento de nuestro área sanitaria y la prevalencia de patologías crónicas e invalidantes que convergen en los pacientes urológicos que acuden a nuestra consulta del Hospital de Pozoblanco (Córdoba), así como de la presencia crucial de la figura del cuidador como agente de autocuidado, nos surge una pregunta de investigación. Dicha pregunta plantea la duda de conocer qué perfil de cuidador presenta la persona que acompaña al paciente de nuestra consulta de Urología, así como la relación que une la actitud del cuidador ante el paciente en su relación terapéutica con él , respecto de los problemas de salud enfermeros que el paciente presenta. Para medir uno y otro aspectos se utilizó, en el caso de la actitud del cuidador, el NOC 2204 «Relación entre cuidador principal y paciente», y en el caso de la respuesta humana al enfermar, los diagnósticos de Enfermería del usuario.
El estudio concluye con el hallazgo principal de que la relación entre cuidador – paciente resulta crucial en respuestas al enfermar con la Ansiedad o la Confusión.
Palabras clave: Cuidador principal. Paciente. Relación cuidador-paciente. Comunicación Efectiva. Comunicación interpersonal. Diagnóstico de Enfermería.

SUMMARY

Ante un problema de salud, se establece un sistema de apoyo al paciente normalmente asumido por un familiar o persona cercana. Es la figura del cuidador principal. La relación que se establece entre el cuidador principal-paciente resulta fundamental para la génesis y evolución de problemas de salud en éste último, existiendo estudios que muestran la asociación entre ambos factores.
Dada la alta tasa de envejecimiento de nuestro área sanitaria y la prevalencia de patologías crónicas e invalidantes que convergen en los pacientes urológicos que acuden a nuestra consulta del Hospital de Pozoblanco (Córdoba), así como de la presencia crucial de la figura del cuidador como agente de autocuidado, nos surge una pregunta de investigación. Dicha pregunta plantea la duda de conocer qué perfil de cuidador presenta la persona que acompaña al paciente de nuestra consulta de Urología, así como la relación que une la actitud del cuidador ante el paciente en su relación terapéutica con él , respecto de los problemas de salud enfermeros que el paciente presenta. Para medir uno y otro aspectos se utilizó, en el caso de la actitud del cuidador, el NOC 2204 «Relación entre cuidador principal y paciente», y en el caso de la respuesta humana al enfermar, los diagnósticos de Enfermería del usuario.
El estudio concluye con el hallazgo principal de que la relación entre cuidador – paciente resulta crucial en respuestas al enfermar con la Ansiedad o la Confusión.
Keywords: Cuidador principal. Paciente. Relación cuidador-paciente. Comunicación Efectiva. Comunicación interpersonal. Diagnóstico de Enfermería.

REPETIDO CASTELLANO
FALTA INGLÉS

Introducción

El cuidador familiar es una persona que sufre con las limitaciones de su entorno tanto como el propio enfermo, siendo una figura sensible, muchas veces ignorado, y que tiene necesidad de atención para superarse en sus atribuciones (1).

El incremento de la población mayor de 65 años en los países desarrollados está generando un aumento proporcional en la dependencia causada por patologías crónicas. El cuidado de estas personas se está llevando a cabo por sujetos de género femenino del entorno del paciente, produciéndose en éstos a causa del cuidar, una serie de alteraciones en diversos aspectos, entre ellas físicas, psíquicas y psicosomáticas (2).

En España, la familia es el principal sistema de bienestar, es la fuente fundamental de cuidados para las personas de cualquier edad que se encuentren en situación de fragilidad3 .Cuando se producen enfermedades crónicas, degenerativas e invalideces, el cuidado diario, la atención cotidiana, como decimos, corre a cargo de la familia.

Algunos estudios sobre el tema muestran que el sistema sanitario sólo invierte un 12% del tiempo de cuidado total que consume un enfermo y el 88% del tiempo restante se incluye en el trabajo doméstico (4).

El sector formal e informal de los cuidados de estas personas dependientes actualmente se encuentra en desequilibrio, debido a la escasez de servicios comunitarios provistos por el sector público.

El cuidado familiar que hoy día prestan básicamente las mujeres puede cambiar en los próximos años, debido a la disminución del tamaño familiar, la incorporación de las mujeres al mundo laboral, niveles más altos de instrucción, el aumento de los divorcios, los nuevos matrimonios… En definitiva se está produciendo un cambio en los modelos familiares que implicará cambios o dificultades para asumir los cuidados de personas dependientes en el núcleo familiar (3, 4).

El apoyo familiar del cuidador principal es en muchas ocasiones un factor asociado a que los pacientes mejoren sus acciones de autocuidado5, siendo la relación que se establece entre el cuidador principal-paciente fundamental para la génesis y evolución de problemas de salud en éste último. No en vano existen estudios que ponen de manifiesto que ciertas características ambientales y personales del cuidador favorecen o interfieren la adherencia a un tratamiento6 , o la implicación que el optimismo ejerce en los cuidados de Enfermería (7).

La comunicación interpersonal también se ha mostrado como un importante atributo del cuidado, siendo expectativas del paciente las señales no verbales del profesional para el establecimiento del vínculo de confianza, la necesidad de la presencia compasiva, el deseo de no focalizar la interacción y la relación apenas en la enfermedad, y la valorización de la comunicación verbal alegre, que privilegia el optimismo y el buen humor (8).

Son de destacar en este sentido trabajos como el de Braithwait9 (1996), sobre la relación entre cuidadores y familiares dependientes, considerando la dinámica de estrés que en estos casos puede producirse, o el de la misma Hildegard Peplau10, que construyó su modelo de Enfermería en base al significado que los pacientes asignan a su enfermedad así como a los comportamientos y sentimientos que les rodean.

A tenor de lo expuesto, resulta interesante conocer cuál es la situación de provisión de cuidados entre los pacientes que acuden a nuestra consulta de Urología, así como la influencia que ejerce dicha relación de provisión en la alteración de las necesidades de salud de los mismos.

Objetivos

- Conocer el perfil sociodemográfico de nuestros pacientes urológicos y sus cuidadores.
- Conocer la relación entre el cuidador principal-paciente.
- Describir los principales diagnósticos de Enfermería de nuestros pacientes, relacionándolos con la actitud comportamental del cuidador.

Material y métodos

Se trata de un estudio cuantitativo observacional, descriptivo, mediante cuestionario de recogida de variables cuantitativas (edad), cualitativas nominales dicotómicas/policotómicas (sexo, procedencia, parentesco, patología, diagnóstico enfermero) y ordinales (escala Likert para algunos indicadores del NOC 2204 «Relación entre cuidador principal y paciente»).

Del Universo de pacientes urológicos ambulatorios de nuestro Área, se seleccionó una muestra de 30 pacientes, siguiendo un muestreo no probabilístico de tipo acumulativo, en el periodo Enero-Junio 2009.

Las variables fueron tratadas mediante el paquete Estadístico GStat 2.0.

Resultados y exposición

1. SEXO del CUIDADOR **(Gráfico 1)**
2. EDAD DEL CUIDADOR **(Gráfico 2)**
3. PARENTESCO DEL CUIDADOR CON EL PACIENTE **(Gráfico 3)**
4. SEXO DEL PACIENTE **(Gráfico 4)**
5. EDAD DEL PACIENTE **(Gráfico 5)**
6. PATOLOGÍA DEL PACIENTE **(Gráfico 6)**

Gráfico 1

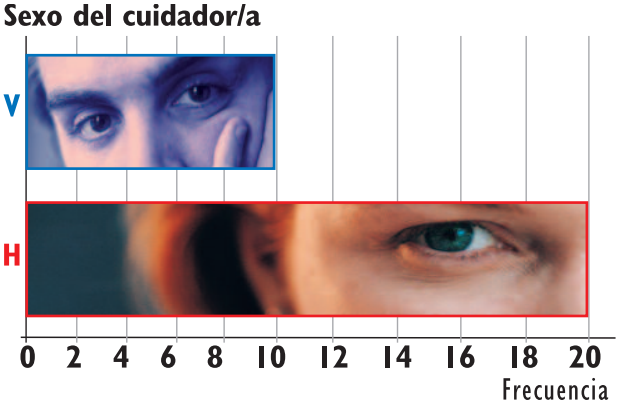


Gráfico 2

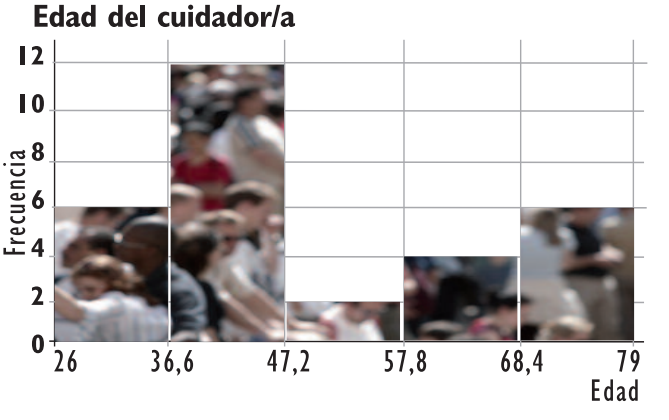


Gráfico 3

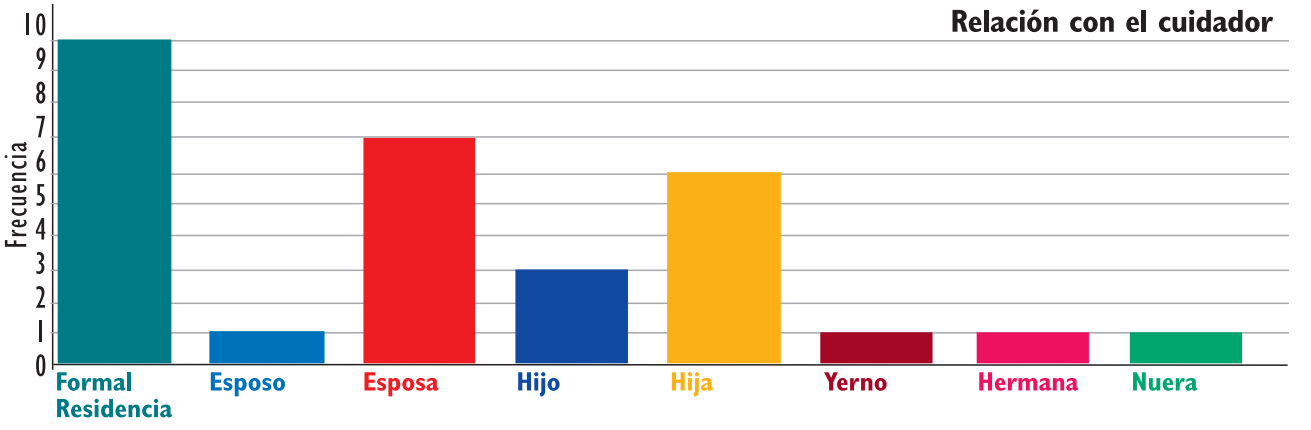


Gráfico 4

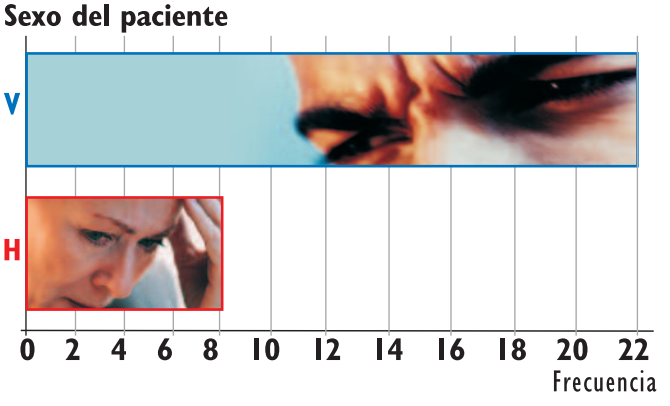


Gráfico 5

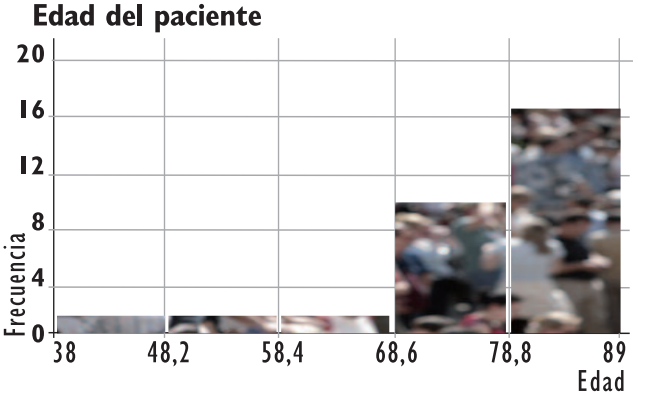
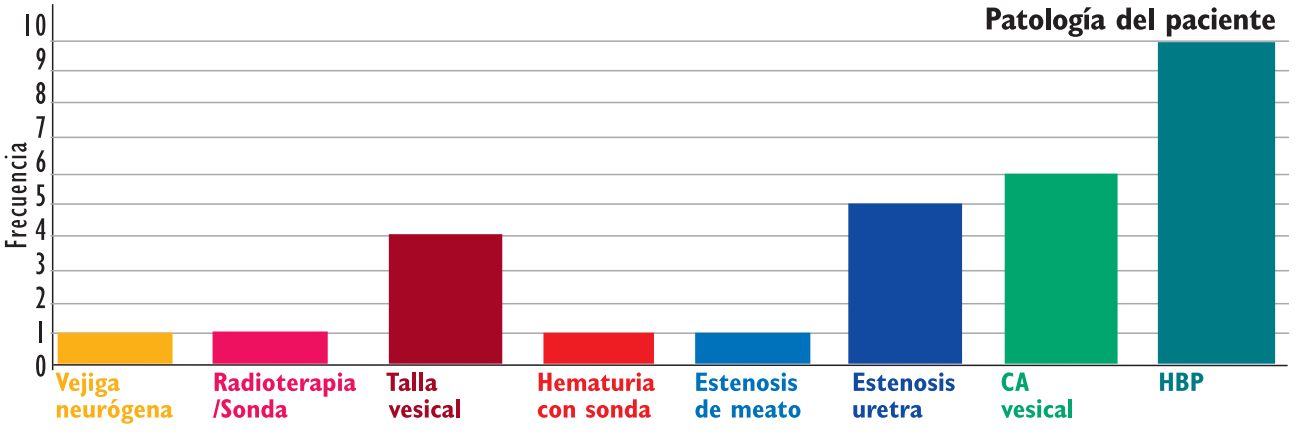


Gráfico 6



7. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN EL PACIENTE **(Gráfico 7)**
8. PRUEBA ESTADÍSTICA CHI CUADRADO SIGNIFICATIVA

Las únicas relaciones estadísticamente significativas encontradas entre la actitud del cuidador y el problema enfermero, se reflejan en la **Tabla I** en la página siguiente.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes son varones institucionalizados, con cuidadora formal.

Su edad media es avanzada y su patología estándar suele ser prostático-hiperplásica.

Sus patrones de respuesta humana ante el enfermar se ven alterados sobre todo en forma de Ansiedad, Conocimientos Deficientes e Intolerancia a la Actividad.

Gráfico 7

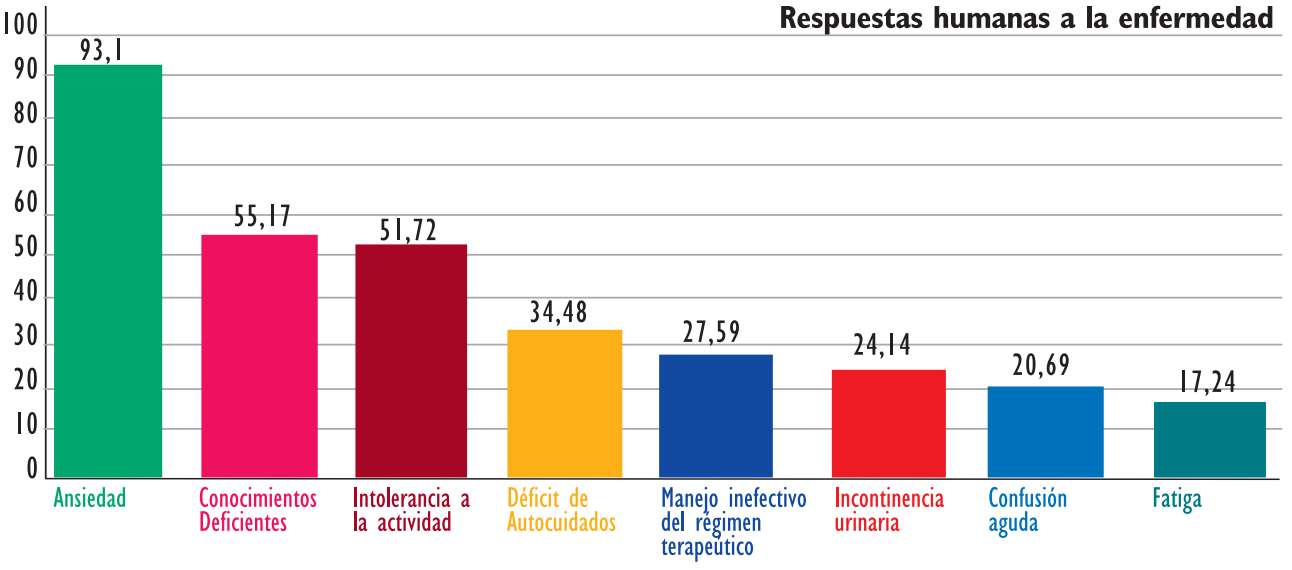


Tabla I

Indicador NOC del CRE «Relación entre cuidador principal y paciente 2204» vs Diagnóstico de Enfermería (DdE):	p-Valor:
Comunicación efectiva – DdE Ansiedad	0.0081
Paciencia – DdE Déficit de autocuidados	0.0119

Podemos percibir una influencia en la actitud del cuidador en cuanto a la repercusión que ello tiene en la aparición de problemas de salud enfermeros para el paciente. Así se muestra claramente en la asociación estadística existente entre las variables «comunicación efectiva» y «Ansiedad del paciente». ▼

Bibliografía

1. Bicalho CS, Lacerda MR, Catafesta F. La reflexion sobre el guardian de la familia. Gogitare Enferm 2008; 13 (1) : 118-123.
2. Ballester Ferrando D, Juvinyá Canal D, Brugada Motjé N, Doltra Centellas J, Domingo Roura A. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Rev Presencia 2006 ; 2 (4).
3. Bazo MT, Domínguez-Alcón C. Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1996; 73:43-56.
4. Durán Ma Los costes invisibles de la enfermedad. 2ª ed. Bilbao, Fundación BBVA; 2002.
5. Maya Morales A, Fonseca Castaño M. El apoyo familiar en la adaptación y autocuidado del paciente con Diabetes Mellitus tipo II. Desarrollo Científ Enferm –Méx- 2008 ; 16(1): 15-18.
6. Arenas Bermúdez, Consuelo; Muela Martínez, José Antonio; García León, Ana. Relación entre adherencia objetiva al tratamiento en la diabetes infantil y variables psicológicas de los cuidadores. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2007; 58. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/58/6452.php> Consultado el 23/06/2009.
7. Carbelo Baquero B, Casas Martínez MF, Rodríguez de la Parra S, Romero Llort M. Los cuidados de Enfermería y el sentido del humor, ¿un tratamiento enfermero? ¿un reto?. Medifam 1997 nov-dic ; 7(6): 377-381.
8. Martins Trovo de Araújo M; da Silva MJ. La comunicación con el paciente en cuidados paliativos: valorando la alegría y el optimismo. Rev Esc Enferm USP -Bra- 2007 dic; 41(4): 668-674.
9. Ortíz Muñoz MD. Experiencias en la intervención psicológica con familias de personas dependientes. Intervención psicosocial 2007; 16 (1). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113205592007000100008&script=sci_arttext.
10. Fernández Mérida MC. Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda. Enferm Clinica 1998 ene-feb; 8 (1): 24-28.
11. North American Nursing Diagnosis Association, Filadelfia, Pennsylvania. «Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002». Ediciones Harcourt. S.A. Madrid 2001.
12. M. Jonson, M. Maas y S. Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Nursing Outcomes Classification (NOC). Ediciones Harcourt/Mosby. Madrid. Segunda Edición. 2002.
13. J.C. McCloskey y G.M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC). Ediciones Harcourt/Mosby. Madrid. Tercera Edición 2002.

Congreso Málaga

Queridas/os compañeras/os:

Desde que nos comunicaron la designación de Málaga como sede del Congreso de ENFURO en 2010, decidimos que éste debería dejar un emotivo recuerdo en nuestra memoria colectiva.

Málaga posee una riqueza cultural asentada en su pasado fenicio, romano y árabe, ofreciendo a diario un atractivo cruce de culturas y tradiciones. El Museo Picasso, el Centro de Arte Contemporáneo, la Catedral, la Alcazaba, y nuestro Centro Histórico son las delicias de cualquier visitante.

La luna llena nos acompañará durante esos días llegando a su plenitud el 23 de Octubre, paseando majestuosamente por ese cielo azul intenso, luminoso y estrellado que tiene Málaga en estas fechas, mostrándonos el embrujo y encanto de una ciudad conocida por su carácter gentil, hospitalario y cosmopolita, que le ha dado el vivir de cara al mar, con un puerto abierto al Mediterráneo con más de dos mil años de historia, donde han convivido grandes civilizaciones. El carácter latino y afable de Málaga está en la esencia de una sociedad vitalista con un extraordinario sentido de la habitabilidad de los espacios públicos.

Su privilegiado enclave natural entre el mar y los montes que la rodean, hacen de Málaga una ciudad con unas de las condiciones climáticas más benignas de Europa, con una temperatura media anual de 22,8° C de máxima y 13° C de mínima y sus más de 325 días de sol al año. Gracias a esto, Málaga es uno de los principales destinos turísticos a nivel mundial que consiguen atraer a más de ocho millones de visitantes al año.

Este año hemos basado el Congreso en las «Competencias Profesionales» orientadas hacia los Cuidados de Enfermería en Urología. Creemos que es importante recordarlas para desarrollarlas en toda su amplitud, sin miedos ni complejos y con la seguridad que nos aporta la Ley y nuestro vasto cuerpo de conocimientos. Ya, en el pasado Congreso de Gijón se vio la necesidad de abordar este tema.

Un Congreso moderno, tecnológicamente avanzado, con control de presencia por radiofrecuencia, exposición de posters en paneles digitales, avance e información de las exposiciones por SMS y Bluethoot, la posibilidad de un Congreso Virtual paralelo, harán que este evento sea recordado por su operatividad y resultados, facilitando esta tecnología la Acreditación del mismo por los Organismos Oficiales competentes.

El Hotel Barceló Málaga albergará la sede del Congreso, situado en la nueva Estación de Ave y al lado del centro comercial más grande del Sur de España. Tan sólo 15 kilómetros del Aeropuerto Internacional de Málaga. Dispone de 221 habitaciones insonorizadas, totalmente equipadas y con Wifi gratuito. Cuenta con 16 salones, todos ellos panelables y flexibles, y con una capacidad máxima de hasta 1200 personas. Este nuevo hotel combina perfectamente trabajo y ocio, siendo un obligado punto de encuentro gracias a su arquitectura vanguardista y su diseño original. Perfectamente integrado en la Estación, con un acceso directo a la Recepción, nos facilita la llegada y salida de nuestra Ciudad. La Secretaría Técnica la hemos confiado a VIAJES EL CORTE INGLÉS S.A., por su dilatada experiencia y conocimiento en la realización de eventos.

http://www.enfuromalaga2010.com es la Web del Congreso. Ya podéis consultar el Preprograma y en breve podréis volcar las comunicaciones orales y posters. El Congreso es de todos, por eso hemos dispuesto en la Web un apartado de Sugerencias desde el que podéis enviar vuestras opiniones e ideas. La primera sugerencia ya ha dado su fruto, la Cena de Clausura será el último acto del Congreso, no programando ninguna actividad para la mañana del día siguiente como venía siendo habitual, (aún no está reflejado en el preprograma).

Esperamos vuestra asistencia y vuestra participación. Desde aquí os garantizamos todo nuestro esfuerzo para conseguir un resultado altamente satisfactorio que sea del agrado de todos vosotros.

Francisco J. Milla España
Presidente del Comité Organizador

Málaga
Málaga Convention Bureau
VIAJES El Corte Inglés

Curso Zaragoza

Datos a aportar por correo electronico a: enfuro@enfuro.org

- NOMBRE y APELLIDOS
- DOMICILIO
- LOCALIDAD y D.P
- TELÉFONOS: Fijo y Móvil
- Correo electrónico (a este correo se enviará confirmación de inscripción)
- Centro de trabajo
- INDICAR SI SOCIO O NO SOCIO

La AEEU-ENFURO financia con 200 € las primeras 10 inscripciones de socios. El ingreso se realizará una vez aceptada esta solicitud.
Enviar antes del 10 de Enero de 2010.
Se admitirán 20 alumnos: 10 socios/as becados/as (50 €) y 10 acceso libre (250 €).

Fecha y hora de celebración:

- Jueves 4 de Febrero de 16 a 20 horas.
- Viernes 5 de Febrero de 10 a 14 horas y de 16 a 20 horas.
- Sábado 6 de Febrero de 9 a 13 horas

Lugar de celebración:
Hospital Universitario MIGUEL SERVET
ZARAGOZA

Organiza:
Asociación Española de Enfermería en Urología AEEU

Colabora:
HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

salud

ConvaTec
A Bristol-Myers Squibb Company

Acreditado por la Comisión Nacional de Formación Continuada.

Asociación Española de Enfermería en Urología AEEU

CURSO INTENSIVO

Herramientas para evitar la variabilidad en la práctica enfermera

Zaragoza. 4, 5 y 6 de Febrero de 2010

Herramientas para evitar la variabilidad en la práctica enfermera

JUSTIFICACIÓN

La AEEU como sociedad científica enfermera, debe promover la formación de sus asociados y por ende facilitarles la adquisición de conocimientos y habilidades que les capacite para una mejor asistencia evitando la variabilidad en la práctica clínica.

OBJETIVOS

- Proporcionar los conocimientos necesarios para elaborar procedimientos, protocolos y guías de enfermería.
- Capacitar a los alumnos en la búsqueda de la evidencia científica existente para elaborar las herramientas antes mencionadas.

FORMATO

Semipresencial con 16 horas presenciales y 14 tutorizadas con trabajo final.

PROGRAMA

Jueves 4/02/2010
De 16 h a 20 h.

- Entrega de documentación.
- Presentación del curso.
- Introducción a la variabilidad en la práctica clínica.
- Introducción a la práctica basada en la evidencia.
- Pausa café.
- Procedimientos, protocolos y guías de práctica clínica.

Viernes 5/02/2010
De 10 h a 24 h.

- Introducción a la búsqueda de información
- Fuentes de información de interés para los cuidados de enfermería
- Pausa café.
- Bases de datos: Cuiden, BDIE, Biblioteca Cochrane Pus, JBI, Medline, TripDabatase.

Almuerzo
De 16 h a 20 h.

- Fuentes de información para la identificación de Guías de Práctica Clínica.
- Práctica de búsqueda en bases de datos.
- Pausa café.
- Práctica de búsqueda en bases de datos.

Sábado 6/02/2010
De 9 h a 13 h.

- Desarrollo de un protocolo basado en las mejores evidencias.
- Pausa café.
- Trabajo en grupo: desarrollo de protocolos en base a temas propuestos por los grupos.

Contraportada: misma publicidad número anterior