enfuro
Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 113. Marzo 2010

**Dehiscencias quirúrgicas en cirugía urológica**

**Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de prostatectomía radical asistida por robot**

**Enfermería y futuro: su evolución, ¿credibilidad?**

**La controversia del Stop-test en la reeducación uroginecológica**

**Infiltración con anestésico local en cirugía menor ambulatoria del pene**

**Programa provisional del XXXII Congreso Nacional de Enfermería Urológica, Málaga (20-22 de octubre de 2010)**

## 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 113 / Enero/Febrero/Marzo 2010
Sexta 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: *Vista panorámica de la Bahía de Málaga*

**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
- Dehiscencias quirúrgicas en cirugía urológica. Rodríguez Castañeda, L.; Oviedo Sotomayor, H.; Muñoz Rodríguez, A.; Sagüillo Antolín, M.; Garrido González, M.L.; Moreno Bermejo, L. ..... 5
- Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de prostatectomía radical asistida por robot. García Martínez, M.J.; Ramos Suárez, J.M.; Montes Nieto, I.M.; Romero Mora, O.; Fernández Romana, M.J. ..... 9
- Enfermería y futuro: su evolución, ¿credibilidad? Remirez Suberbiola, J.M.; Pereda Arregui, E.; Delgado Aguilar, H.; Delgado Aguilar, M.J. ..... 15
- La controversia del Stop-test en la reeducación uroginecológica. Milla España, F.J.; Vázquez Rodríguez, R. ..... 19
- Infiltración con anestésico local en cirugía menor ambulatoria del pene. Agudo Domínguez, F.J.; Estudillo González, F.; Solar Gutiérrez, C.; Selma García, M.I. ..... 24
- Elecciones a Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería en Urología ..... 28
- Cursos, convocatorias y congresos ..... 29

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

# Adelante, hacia el futuro

¡Hola a todos!

Estamos en época de cambios, el clima: calor, frío, lluvias y nieves en nuestro país, los temblores de tierra en Haití, Chile, Turquía...

Y ahí como siempre las enfermeras, profesionales de la solidaridad, estamos físicamente presentes en las catástrofes que cada día se producen en un lugar u otro del mundo. En nuestro próximo Congreso en Málaga se dedica un espacio para presentar una ONG enfermera que nos informará de sus proyectos y que nos explicará cómo colaborar a los que nos pueda interesar. Además de diferentes compañeros de Cuba que nos harán partícipes de su visión de los cuidados en urología.

El curso de Zaragoza sobre «Herramientas para evitar la variabilidad en la práctica clínica» fue un éxito, veréis la crónica en las páginas interiores. Comunicaros que también en el congreso, los diferentes grupos de trabajo presentarán los protocolos realizados durante todo este tiempo. Animaros desde aquí a participar también.

Recordaros que este año tenemos premio Enfuro al mejor artículo publicado en la revista, que se entregará junto a los otros premios al finalizar el encuentro de Málaga.

Hemos empezado hablando de cambios y vamos a finalizar con un tema muy importante: Toca renovar la Junta Directiva.

Motivaros para constituir un equipo, para que presentéis una candidatura y toméis durante cuatro años las riendas y el liderazgo de la asociación.

Ésta, con una antigüedad de más de treinta años, debe seguir siendo un apoyo para todos nosotros, una forma de mejora continua y una referencia para nuestra profesión.

Adelante hacia el futuro. ■

**FE DE ERRATAS 1.**

En el número anterior, en la crónica del Congreso de Gijón, donde dice «... 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"», debe decir: «... y al mejor póster, que recayó sobre los compañeros del Hospital de la Princesa de Madrid, Francisco Redondo Montserrat y cols. con el póster: "Seguridad Farmacológica en Urología"».

**FE DE ERRATAS 2.**

El artículo que sigue a continuación (páginas de 5 a 8) fue publicado en el número anterior pero, por un error informático, se introdujo una columna de texto correspondiente a otro trabajo; en éste, asimismo, fueron omitidas algunas imágenes, por lo que volvemos a reproducirlo en su totalidad.

**Asociación Española de Enfermería en Urología**

Les ruego reciban esta solicitud de admisión como socio/a de la **Asociación Española de Enfermería en Urología**, con derecho a recibir la revista ENFURO y todos los demás reflejados en los estatutos vigentes.

NOMBRE Y APELLIDOS .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CP ..... TELÉFONO .....

CORREO ELECTRÓNICO .....

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

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

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

Fecha: Firma:

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

Rodríguez Castañeda, Luis; 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 doctor 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

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 dehiscencia

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.

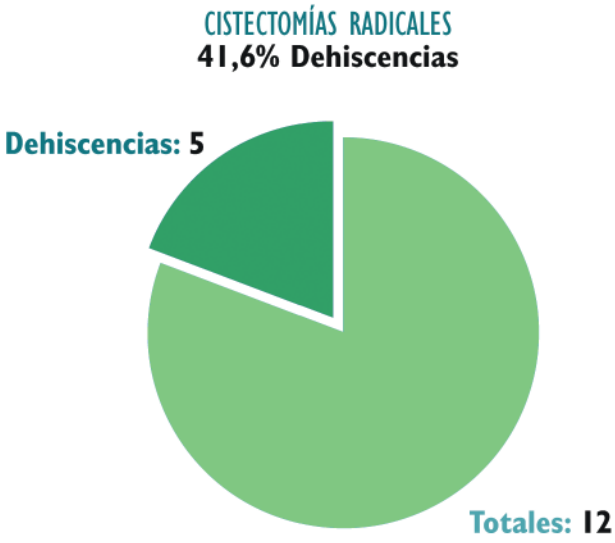
## Material y métodos

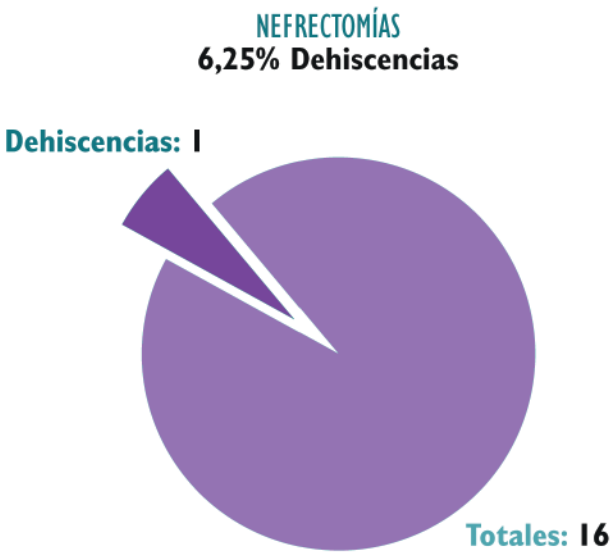
Estudio descriptivo y retrospectivo. El periodo de tiempo del estudio ha sido desde enero de 2008 hasta diciembre de 2008.

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 nefrectomía por lumbotomía.

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




## 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 asépticas y con 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.

**En la imagen, técnica de cura con aspiración.**

Indicaciones: Aparte de su utilización en dehiscencias quirúrgicas, se puede extrapolar a otras patologías, como úlceras 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 produzcan 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 continúa 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. Enfermería Urológica* 1997. Vol. 60, págs. 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.


**LA ENFERMERÍA CONTINÚA 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**

# 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.

García Martínez, M.J.; Ramos Suárez, J.M.; Montes Nieto, I.M.; Romero Mora, O.; Fernández Romana, M.J.
Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología. Servicio de Urología. HH. UU. Virgen del Rocío (Sevilla)

# Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de prostatectomía radical asistida por robot[1]

**RESUMEN**

Desde septiembre de 2007 hasta junio de 2009 se ha realizado en nuestra Unidad de Gestión Clínica un total de 72 intervenciones de prostatectomía radical robótica (PRR). Los resultados han sido muy satisfactorios: disminución del sangrado posquirúrgico; bajada significativa de la estancia media hospitalaria (2,5 días); una más rápida recuperación del paciente y mejores tasas de función eréctil. La técnica quirúrgica se ejecuta con un robot Da Vinci, serie S, de cuatro brazos.

Partiendo de un caso clínico, un paciente diagnosticado en nuestro Servicio de cáncer de próstata, se exponen los cuidados que presta el personal de enfermería en un caso de PRR una vez que llega a la planta hasta su alta hospitalaria, así como la evolución seguida por el paciente. El modelo de cuidados que se sigue se basa en los once patrones funcionales de Majori Gordon. Por último, se resalta el papel que juega en este tipo de cirugía tanto enfermería domiciliaria como de Atención Primaria.

**Palabras clave:** Prostatectomía radical robótica. Robot Da Vinci. Cuidados enfermeros.

**SUMMARY**

Since September 2007 until June 2009 a total of 72 interventions of Robotic Radical Prostatectomy Radical Robótica (RRP) have been carried out in our Unit of Clinical Management. The results have been very satisfactory: decrease of the postsurgical bleeding; significant descent of the hospital average stay (2,5 days); a faster recovery of the patient and better rates of erectile function. The surgical technique is executed with a robot Da Vinci, series S, of four arms.

Starting from a clinical case, a patient diagnosed in our Service of cancer of prostate, the cares that the staff of nursery in a case of RRP are exposed once he arrives to the medical ward up to his hospital discharge, as well as the evolution followed by the patient. The model of cares that is followed is based on the eleven functional patterns of Majori Gordon. Finally, domiciliary nursing and Primary Care are highlighted for roles that they play.

**Keywords:** Robotic radical Prostatectomy. Da Vinci Robot. Nursing cares.

## Introducción. Objetivos

El cáncer de próstata es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer en hombres y representa cerca del 10% de todos los cánceres del varón[2]. Es un tumor maligno, que se forma cuando se malignizan las células de la glándula prostática. El tumor es de crecimiento muy lento, que crece en el interior de la próstata durante muchos años sin producir síntomas ni signos detectables. Actualmente se considera que mientras está localizado en el interior de la glándula prostática se puede curar. A medida que el cáncer avanza, puede salir de los límites de la próstata y diseminarse hacia los tejidos circundantes o bien producir metástasis a otras áreas del cuerpo –huesos, pulmones, hígado–. Por tanto, los síntomas y los signos del cáncer de próstata se suelen presentar de forma tardía, cuando se ha producido la diseminación y el cáncer ya no es curable[3].

La prostatectomía radical (PR) es la cirugía que tiene como finalidad extirpar toda la glándula prostática, así como tejidos que se encuentran alrededor de ésta –vesículas seminales y ganglios linfáticos cercanos–, formando parte del tratamiento del cáncer de próstata. Este tipo de cirugía se suele llevar a cabo con más frecuencia cuando el cáncer no se ha diseminado aún por fuera de la glándula prostática. Hay cuatro tipos principales de cirugía de PR: prostatectomía retropúbica radical, prostatectomía perineal radical, prostatectomía radical laparoscópica y prostatectomía radical robótica. Esta última incorpora las ventajas de un abordaje laparoscópico junto con las de una visión tridimensional, una mayor maniobrabilidad y precisión, así como una gran comodidad para el cirujano, tratándose de una cirugía mínimamente invasiva. Con esta técnica quirúrgica se logra no sólo el control del cáncer prostático, sino que se preserva el control urinario y el de la función sexual eréctil.

La cirugía robótica mediante el sistema Da Vinci ha situado nuevamente a la Urología a la cabeza de la cirugía mínimamente invasiva. Aunque en la actualidad la indicación principal es la prostatectomía radical, su uso se está ampliando rápidamente a otras indicaciones urológicas (nefrectomía radical y parcial, pieloplastia, cistectomía, linfadenectomía retroperitoneal) y así hasta un total de 22 procedimientos[4].

Desde septiembre de 2007 hasta septiembre de 2009 se ha realizado en nuestra Unidad de Gestión Clínica un total de 75 intervenciones de prostatectomía radical con la tecnología conocida como «cirugía robótica mediante sistema de telemanipulación robótica Da Vinci». Los resultados de esta técnica han sido muy satisfactorios, destacando que de estos 75 casos

tan sólo tres han tenido que ser reintervenidos por los medios convencionales, o sea, cirugía abierta: un caso de uretrotomía endoscópica, otro de reconversión por sangrado y otra reintervención por dehiscencia de la sutura. El tiempo medio de cirugía es de 3 horas, con curva de descenso, siendo el coste por procedimiento en material fungible de aproximadamente 2.400 euros, inferior, por ejemplo, a los costes de la braquiterapia, que es de unos 5.700 euros. En consecuencia, uno de los objetivos de la Unidad para el presente año es el de aumentar el número de este tipo de intervención robótica, pasando a tener una frecuencia de dos por semana.

En el mismo año en que se comenzó a aplicar esta tecnología en Andalucía, se puso en marcha un estudio observacional prospectivo no aleatorizado con grupo control para evaluar su implantación en contextos sanitarios públicos. Así, estudios realizados sobre la efectividad y seguridad de la cirugía robótica en cuanto a la agresión quirúrgica en cada uno de los brazos (prostatectomía radical robótica –PRR–, laparoscópica –PRL– y abierta –PRA–) concluyen que la cirugía robótica permite un aprendizaje significativamente más rápido y seguro que la PRL, con menos dolor y más temprana incorporación a las actividades cotidianas que la cirugía abierta. Asimismo, los equipos con experiencia previa en cirugía radical laparoscópica incorporan con mayor facilidad la técnica robotizada.

Como objetivos, nos planteamos los dos siguientes:

- Exponer los cuidados que presta el personal de enfermería del Servicio de Urología de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología en un caso de PRR desde que ingresa en la planta tras la intervención quirúrgica hasta su alta hospitalaria.
- Destacar el importante papel que juega en este tipo de cirugía tanto enfermería domiciliaria como de atención primaria, señalando los cuidados que estos pacientes deben seguir en su domicilio, sirviendo de base para ello el «Informe de Continuidad de Cuidados» que se lleva a cabo en la Unidad.

## Material y métodos

La PRR practicada al paciente objeto de estudio se ha llevado a cabo con un robot Da Vinci, Serie S, de cuatro brazos.

Se expone el caso clínico de este paciente y el material empleado durante su hospitalización en el Servicio de Urología de los HH.UU. Virgen del Rocío, consistente en:

- Protocolos de acogimiento y cuidados del Servicio.
- Registros de enfermería habituales (Gráfica de constantes vitales, Registro de Valoración Inicial, Plan de Cuidados, Registro de evolución de cuidados, Registro de control de constantes y actividades desarrolladas).
- Recomendaciones de Enfermería al Alta.
- Informe de Continuidad de Cuidados. Contacto con Atención Primaria.
- Se han realizado fotografías de las heridas quirúrgicas para ver evolución.
- Se ha contactado telefónicamente con el paciente para ver su evolución, física y anímica.

En nuestro Servicio, el Plan de Cuidados sigue el modelo de Majori Gordon (1982) de los ***once patrones funcionales***:

1. Percepción-manejo de la salud.
2. Nutricional-metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad-ejercicio.
5. Sueño-descanso.
6. Cognitivo-perceptual.
7. Autopercepción-autoconcepto.
8. Rol-relaciones.
9. Sexualidad-reproducción.
10. Adaptación-tolerancia al estrés.
11. Valores-creencias.

## Resultados

En relación al empleo de la cirugía robótica, y como hechos más significativos obtenidos en nuestra Unidad de Gestión Clínica, señalamos que los pacientes intervenidos mediante robot han presentado una menor pérdida sanguínea durante la intervención, una más baja estancia hospitalaria (2,5 días de promedio), una más pronta recuperación, similares tasas de continencia y mejores tasas de función eréctil que con la laparoscopia convencional y cirugía abierta, así como una menor puntuación media en la Escala Liker del dolor, según la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía[5]. Todo ello va a tener consecuencias que van a repercutir directamente en los cuidados enfermeros a administrar.

## Diagnósticos enfermeros más habituales en la PRR

El personal de Enfermería del Servicio ha elaborado el siguiente listado de diagnósticos que suelen presentarse más habitualmente, haciendo la salvedad de que no todos los intervenidos quirúrgicamente con esta técnica presentan todos los diagnósticos que se enuncian a continuación. Posteriormente se hará mención y se desarrollarán con mayor profundidad aquellos diagnósticos enfermeros que se elaboraron para el caso clínico que presentamos.

### 1. 00146 Ansiedad / Temor 00148

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

Criterios de resultados (NOC):

**1402 Control de la ansiedad**. Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable. Indicadores.

**1404 Control del miedo**. Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable. Indicadores.

Intervenciones de enfermería (NIC):

**5820 Disminución de la ansiedad**. Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado. Actividades.

**5280 Potenciación de la seguridad**. Intensificar el sentido de la seguridad física y psicológica del paciente. Actividades.

**5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento**. Preparación del paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para el procedimiento o tratamiento prescrito. Actividades.

**1850 Fomentar el sueño**. Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia. Actividades.

**2. Déficit de autocuidados**

Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de baño/higiene (00108), vestido/acicalamiento (00109), uso del orinal o wc (00110), y alimentación (00102).

Criterios de resultados (NOC):

**0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria**. Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal. Indicadores.

Intervenciones de enfermería (NIC):

**1800 Ayuda al autocuidado**. Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. Actividades.

**3. 00085 Deterioro de la movilidad física**

Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades.

Criterios de resultados (NOC):

**0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria**. Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades del cuidado personal. Indicadores.

**1811 Conocimiento: actividad prescrita**. Magnitud de la comprensión transmitida sobre la actividad y el ejercicio prescrito. Actividades.

**2102 Nivel del dolor**. Intensidad del dolor referido o manifestado.

Intervenciones de enfermería (NIC):

**1800 Ayuda al autocuidado**. Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria. Actividades.

**5612 Enseñanza: Actividad / Ejercicio prescrito**. Preparar al paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito. Actividades.

**4. 00118 Trastorno de la imagen corporal**

Confusión de la imagen mental del yo físico.

Criterios de resultados (NOC):

**1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos**. Grado de comprensión transmitido sobre los procedimientos requeridos dentro de un régimen terapéutico. Indicadores.

Intervenciones de enfermería (NIC):

**5220 Potenciación de la imagen corporal**. Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo. Actividades.

**5. 0004 Riesgo de infección**

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Criterios de resultados (NOC):

**1908 Detección del riesgo**. Acciones para identificar las amenazas para la salud personal. Indicadores.

**1902 Control del riesgo**. Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables. Indicadores.

Intervenciones de enfermería (NIC):

**6540 Control de infecciones**. Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos. Actividades.

**3660 Cuidados de la herida.** Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas. Actividades.

**1876 Cuidados del catéter urinario**. Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario. Actividades.

**6. 00059 Disfunción sexual**

Estado en que una persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y orgasmo que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante.

Criterios de resultados (NOC):

**1815 Conocimiento: funcionamiento sexual**. Actividades.

Intervenciones de enfermería (NIC):

**5248 Asesoramiento sexual**. Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en las necesidades de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso / trastorno sexual. Actividades.

## Problemas interdisciplinares

Como objetivo nos planteamos detectarlos precozmente, prevenirlos y controlar aquellos signos y síntomas que pueden ocasionar una complicación en la evolución del proceso. Entre los problemas interdisciplinares más frecuentemente presentados en la PRR nos encontramos con los siguientes:

**1. C P Fiebre secundaria a cirugía**

**6680 Monitorización de signos vitales**. Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir situaciones. Actividades.

**6650 Protección contra las infecciones**. Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo. Actividades.

**3740 Tratamiento de la fiebre**. Actuación ante un paciente con hipertermia causada por factores no ambientales. Actividades.

**2. C P Náuseas/vómitos**

1450 Manejo de las náuseas. Prevención y alivio de las náuseas. Actividades.

1570 Manejo del vómito. Prevención y alivio del vómito. Actividades.

**3. C P Dolor secundario a intervención quirúrgica**

**1400 Manejo del dolor**. Alivio o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. Actividades.

**2210 Administración de analgésicos**. Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor. Actividades.

**4. 0100 Retraso/adelanto en la recuperación quirúrgica**

Disminución del número de días de postoperatorio requeridos por una persona para realizar e iniciar actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Factores relacionados:

- Procedimiento quirúrgico novedoso-minucioso.
- Menor índice de infecciones postoperatoria de la zona quirúrgica.
- Mejores expectativas postoperatorias.
- Mejor calidad de vida en el futuro del paciente.

Una vez expuesto los diagnósticos enfermeros más usuales que suelen presentarse tras una intervención quirúrgica de PRR, pasamos a desarrollar el caso concreto, elaborándose el siguiente caso clínico.

## Caso clínico

Varón de 59 años de edad, diagnosticado de adenocarcinoma infiltrante de próstata, que ingresa el día 25 de mayo de 2009 en el Servicio de Urología de los HH.UU. Virgen del Rocío para intervención reglada de prostatectomía radical asistida por robot. El paciente había sido estudiado en Consultas Externas por PSA elevado identificado por su médico de cabecera. Como antecedentes de interés se recogen hipercolesterolemia en tratamiento (Simvastatina) y bronquiectasias diagnosticadas en 1980. Peso de 92 kg y 176 cm de estatura. Las pruebas complementarias practicadas dieron los siguientes resultados: PSA: 6,71; Cociente de PSA libre/total: 11%; Flujometría: f máximo: 13 nml/sg; Volumen miccionado: 376 cc; Volumen prostático: 32 cc; Ecografía transrectal: sin hallazgos. El informe histológico indica adenocarcinoma de próstata Gleason 3 + 3 que afecta a un cilindro del lóbulo derecho y a dos cilindros del izquierdo. Estadio pT1c. El estudio de extensión (gammagrafía ósea y RX de tórax) dio negativo.

Foto 1. Intervención quirúrgica con el robot Da Vinci, Serie S, de cuatro brazos.

Foto 2. El equipo de quirófano, urólogos y personal de enfermería, junto al robot (consola de mandos y brazos).

No existe contraindicación por parte del Servicio de Anestesia para la intervención, realizándose ésta el día 26. El postoperatorio se desarrolla sin problemas.

Es dado de alta hospitalaria dos días más tarde, el 28, siendo citado a Consultas Externas de Urología para el mes siguiente».

### EVOLUCIÓN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN. VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS

El paciente ingresa en nuestro Servicio la tarde antes de la intervención quirúrgica, día 25 de mayo. Se recibe según el protocolo de acogida y se procede a realizar la valoración correspondiente, obteniéndose la siguiente información: buen estado general, no presenta dificultad para seguir el tratamiento médico y cuidados enfermeros, lleva una dieta normal, piel íntegra y de coloración normal, patrón de eliminación normal, deambula, autónomo, respiración eupneica, patrón de sueño normal, patrón cognitivo asimismo sin alteración, no dolor ni molestias, manifiesta gran preocupación por la intervención y sus consecuencias, se relaciona sin dificultad, no presenta alteración en el patrón sexualidad / reproducción, y estado de ansiedad importante. Se le informa sobre el servicio religioso, no precisándolo.

Se administran cuidados y se premedica la tarde/noche anterior (Enoxaparina 20 mg subc.; Lorazepán, 1 mg; Omeprazol 20 mg oral), dejándose al paciente en ayunas a partir de las 24 horas. Previamente se le había aplicado una preparación intestinal con fosfosoda, siendo efectiva. En la mañana siguiente, una hora antes de la intervención, se premedica con Midazolam 4 mg oral y se colocan medias elásticas en los miembros inferiores como medida profiláctica para la prevención de accidentes tromboembólicos. Se procede a completar la «Check List» o «Lista de detalles a confirmar», que tiene como finalidad comprobar que todo está correcto antes de la intervención (cuidados y tratamiento médico administrados, analíticas, consentimiento informado, etc.).

El mismo día de la operación, a las 22,30 horas, llega el paciente a planta procedente de URPA -Unidad de reanimación post anestesia-, procediéndose a realizar la valoración correspondiente por el enfermero/a de turno, activándose los protocolos de acogida y cuidados.

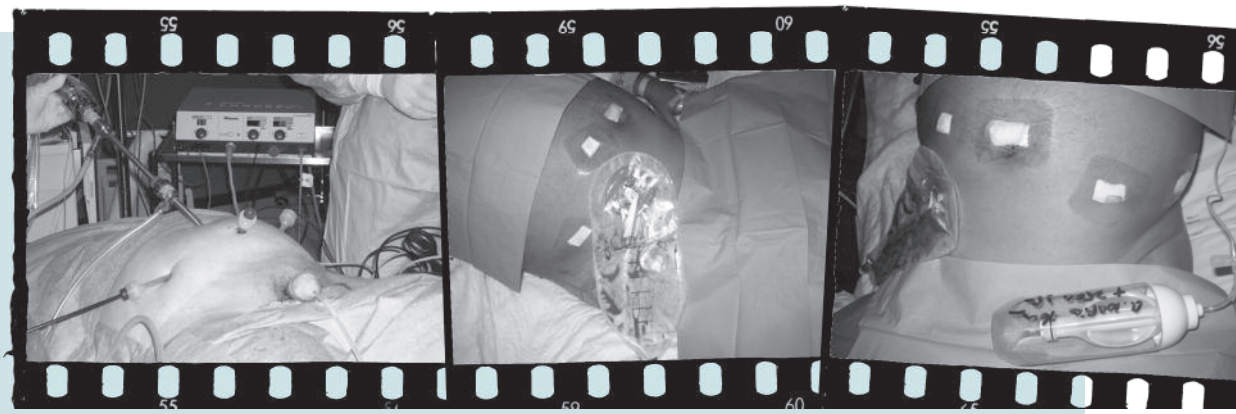
Esta valoración inicial aporta la siguiente información del paciente. Presenta aceptable estado general, buen nivel de conciencia y una correcta movilidad de miembros inferiores. Las constantes vitales están dentro de la normalidad (36,2 ºC, 140/80 mm Hg y 80 fr. c. por minuto). Porta sonda uretral de tres vías, vía venosa periférica en MSI y drenaje localizado en hemiabdomen derecho con escaso débito serohemático. Se administran cuidados y tratamiento prescritos tanto por Urología como por URPA. No refiere dolor, aunque sí observamos cuadro de ansiedad importante, haciendo constantemente preguntas al personal de enfermería sobre su estado y postoperatorio inmediato.

La primera noche la pasa aceptablemente, aunque manifiesta haber dormido a intervalos, no necesitando medicación analgésica extra. El tratamiento médico para las primeras 24 horas consistió en:

- Fluidoterapia: solución glucosada 5% 2.000 cc/24 h y solución fisiológica 1.500 cc/24 h.
- Antibioterapia IV: Augmentine 1 g/8 h.
- Cloruro mórfico IV en perfusión continua, cuya dosis se iría bajando en las siguientes horas.
- Paracetamol vía IV: 500 mg/3 h.
- Ondesentrón IV: 4 mg, administrado para prevención y tratamiento de náuseas y vómitos.
- Cuidados y medidas habituales: toma de constantes vitales, dieta absoluta durante las primeras 24 horas, controles de diuresis y débito del drenaje y extracción de analíticas en la mañana siguiente.

En esa primera valoración postintervención quirúrgica se detectó alteración en los siguientes patrones funcionales:

**Patrón 1: Percepción-manejo de la salud.** Describe cómo el paciente percibe su salud y bienestar, y cómo cuida su salud. El paciente tratado presenta dificultad para seguir el tratamiento médico y los cuidados recomendados. Necesita la ayuda del personal de enfermería y de su familia para llevarlos a cabo.



Fotos 3, 4 y 5: Vías de acceso para realizar la PRR. Aspecto que presenta el paciente a su llegada a planta tras la intervención robótica. Bolsa de drenaje, con débito serohemático, y perfusión de morfina, la cual se administrará durante las primeras 24 horas.

**Patrón 2:** Nutrición-metabolismo. Mantiene dieta absoluta durante las primeras 24 horas, tras lo cual comienza con pequeños sorbos de agua, tolerándolo sin problemas.

**Patrón 3:** Eliminación. Describe el patrón de la función excretora (intestinal, vesical y cutánea). Dado el estado del paciente de inmovilización en cama durante el primer día, éste defeca con dificultad en la cuña. Porta sonda vesical de tres vías.

**Patrón 4:** Actividad-ejercicio. Describe el patrón de ejercicio, actividad, ocio y distracciones. El estado de la herida quirúrgica le obligaba a guardar reposo en cama durante 48 horas, por lo que apenas hace ejercicio, distrayéndose con la lectura, televisión y radio.

**Patrón 5:** Sueño-descanso. No presenta problemas el primer día por la medicación hipnótica administrada. El segundo y tercero hubo que administrarle medicación extra (un comprimido de Lorazepán –Orfidal–).

**Patrón 6:** Cognitivo-perceptual. Describe el patrón sensitivo perceptual y cognitivo. El paciente presentó molestias abdominales por retención de gases.

**Patrón 7:** Autopercepción-autoconcepto. Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones del yo (imagen corporal, bienestar corporal, sensibilidad, etc.). El paciente refiere sensación de ansiedad y temor, preocupándole los cambios funcionales y corporales. Refiere encontrarse preocupado por la evolución de su patología, en especial por la posible disfunción sexual que pudiera presentarse como consecuencia de la intervención.

**Patrón 8:** Sexualidad-reproducción. Incluye la vivencia del individuo con su sexualidad, si es satisfactoria o no, y su patrón reproductivo. El paciente es consciente de que su sexualidad se va a ver afectada tras la intervención, desconociendo hasta qué grado. Fue informado al respecto por el equipo médico que le atendió. Posible trauma psíquico.

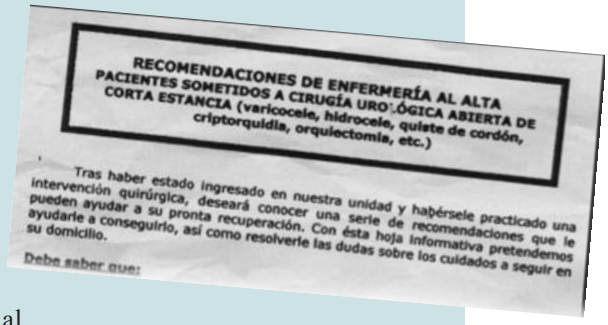
Tras la detección de las alteraciones en los patrones funcionales, se procede a la implantación de los correspondientes planes de cuidados, todos ellos protocolizados, los cuales dieron como resultados la resolución de la mayor parte de las alteraciones durante los días de permanencia en el hospital, a excepción de los patrones 3 (eliminación por sonda uretral), 6 (dolor en la herida quirúrgica), 7 (ansiedad/temor) y 9 (sexualidad/reproducción), que fueron resolviéndose en las siguientes semanas, a excepción del 9, que continúa sin resolverse en el momento presente, cuatro meses después de la operación.

Durante los días de hospitalización se procede a realizar las curas de las heridas (puntos de acceso del robot, así como el drenaje) y medidas y tratamiento prescrito. Durante los dos primeros días presentó dolor abdominal debido a la retención de gases, así como obstrucción de sonda uretral que requirió lavado manual de la misma. Al segundo día presentó febrícula que cedió con tratamiento antitérmico IV, retirándose en ese mismo día el drenaje. Al tercero se le retiran medias elásticas y vía venosa central.

El paciente es dado de alta hospitalaria el día 28, habiendo permanecido cuatro días hospitalizado. El tratamiento domiciliario prescrito consistió en lo siguiente:

- Dieta y tratamiento habituales.
- Ingesta de líquidos abundantes.
- Reposo relativo, evitando esfuerzos.
- Paracetamol, un gramo oral cada ocho horas si molestias.

Como plan de actuación se le recomendó mantener la sonda vesical abierta a bolsa, citándosele para el día 4 de junio en la Unidad de Litotricia para realizársele cistografía previa a la retirada de la sonda. Asimismo, se le recomendó dejase el hábito de fumar, facilitándosele el teléfono de «Salud Responde», de la Consejería de Salud, donde le podrían ayudar. Para cualquier otro problema, podía contactar con su centro de Atención Primaria y, en caso de gravedad, al servicio de Urgencias en donde sería atendido por el equipo de Urología. Todos estos consejos y plan de actuación se recogen en las correspondientes Recomendaciones de Enfermería al Alta e Informe de Continuidad de Cuidados, facilitado a Atención Primaria.



RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA
PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA UROLÓGICA ABIERTA DE CORTA ESTANCIA (varicocele, hidrocele, quiste de cordón, criptorquidia, orquiectomía, etc.)

Tras haber estado ingresado en nuestra unidad y habérsele practicado una intervención quirúrgica, deseará conocer una serie de recomendaciones que le pueden ayudar a su pronta recuperación. Con ésta hoja informativa pretendemos ayudarle a conseguirlo, así como resolverle las dudas sobre los cuidados a seguir en su domicilio.

Debe saber que:

Al marcharse de alta hospitalaria, el personal de enfermería informa y entrega al paciente las recomendaciones que debe seguir en su domicilio.

Se le cita para revisión en consultas externas al mes siguiente.

## EVOLUCIÓN DOMICILIARIA DEL PACIENTE

Tras la retirada de la sonda uretral a la semana del alta hospitalaria, tras habérsele practicado una cistografía, el paciente presentó continencia durante un período de tres semanas, lo que requirió sondaje nuevamente y tratamiento.

En el momento presente, cuatro meses después del alta, continúa con pequeñas fugas de orina, utilizando para ello pañales. Realiza ejercicios de Kegel diariamente. No presenta dolor ni hematuria. El problema que más le preocupa, aunque refiere tenerlo asumido psicológicamente, nos comenta en una reciente valoración por teléfono, es la disfunción sexual que presenta, no alcanzando la erección, lo que le obliga a realizar prácticas sexuales alternativas.

## Discusión

El empleo de este tipo de cirugía robotizada supone indudables beneficios, tanto para el paciente (disminución de sangrado, menos días hospitalizado…) como para el propio sistema sanitario, economizando costes (el coste en fungible de la PRR es de aproximadamente 2.400 euros frente a los 5.700 de otro tipo de tratamiento, como la braquiterapia).

Al mejorar esta técnica las tasas de función eréctil se mejora la salud sexual de la pareja, contemplándose, por tanto, la visión holística del ser humano.

Insistimos en la importancia de mantener informado al paciente sobre la evolución de su proceso. Concretamente, nuestro paciente echaba de menos la técnica de los ejercicios de Kegel, lo cual ha aprendido y pone en práctica diariamente, nos dice, gracias a la información conseguida a través de Internet. El equipo toma nota de ello para próximas altas hospitalarias.

## Conclusiones

En relación a las aportaciones de la PRR, este tipo de técnica quirúrgica se ha demostrado claramente ventajosa por varias razones: excelente maniobrabilidad para una técnica mínimamente invasiva, postura más cómoda y anatómica, visión tridimensional y corta curva de aprendizaje y, para el paciente, una disminución del sangrado posquirúrgico, bajada significativa de la estancia media hospitalaria, una más rápida recuperación del paciente y mejores tasas de función eréctil.

Con respecto al cuidado enfermero, y a modo de ideas o conclusiones finales, tenemos las siguientes:

**a)** El personal de enfermería debe ser consciente de la necesidad de adaptar su trabajo a las nuevas técnicas relacionadas con la telemanipulación robótica.

**b)** Para ello, se hace imprescindible actualizar los conocimientos enfermeros en relación a este tipo de intervenciones.

**c)** Es importante involucrar a la pareja y a la familia en todo el proceso, pre y postquirúrgico, para evitar o minimizar posibles traumas psíquicos por la posible disfunción sexual del paciente en un futuro, así como su imagen y otros aspectos que le van a afectar directamente.

**d)** Reseñar el papel destacado de Enfermería en cuanto a establecer una comunicación efectiva con el paciente. Se considera muy importante la información para reducir los efectos negativos de la intervención quirúrgica, aplicando técnicas de relajación tanto en el pre como en el postoperatorio.

**e)** Por último, destacar la necesidad de llevar a cabo un seguimiento domiciliario del paciente, manteniendo una continuidad en los cuidados administrados. De ahí la importancia del trabajo de los compañeros de Enfermería Domiciliaria y de Atención Primaria. ▼

## Agradecimientos

Los autores del presente trabajo deseamos mostrar desde estas páginas nuestro más sincero agradecimiento al enfermo y su familia, en primer lugar, por habernos autorizado y facilitado la realización del mismo. Igualmente, a todos nuestros compañeros del Servicio que, con su trabajo y bienhacer, han colaborado en el seguimiento del paciente (director de la Unidad de Gestión Clínica, supervisora, médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería). En especial, a los doctores Francisco Torrubia y Rafael Medina, por facilitarnos información actualizada y algunas de las fotografías que ilustran el trabajo.

## Bibliografía

Registros y protocolos empleados en el Servicio de Urología de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología. HH.UU. Virgen del Rocío (Sevilla).

Fundació Puigvert. Barcelona. «Urología». En *Actas Urológicas Españolas*. Junio de 2007. 31 (6): 587-592.

Gordon, M. (1987), *Nursing Diagnosis: Process and application*. 2.ª ed. McGraw-Hill. Nueva York.

Hospital of Saint Raphael. Los interesados que deseen conocer aspectos de la técnica quirúgica mediante el sistema Da Vinci, pueden consultar la dirección web: http://essaintraphael.convertlanguage.com/enes/body.cfm?id=226

Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (ICUA), «Cáncer de próstata». Dirección web: http://www.urologia.tv/icua/es/diseases.aspx

Johnson, Marion y otros (Eds.), *Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Center for Nuursing Classification & Clinical Effectiveness. Elsevier España, S. A. Edición en español. Madrid, 2007.

Rodríguez JR., Esequiel; Skarecky, Douglas W. y Ahlering, Thomas E., «Prostatectomía radical robótica: resultados oncológicos». En *Archivos Españoles de Urología* [online]. 2007, vol. 60, n.º 4, pp. 421-429. Disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000400012&lng=es& nrm=iso>.

Villavicencio Mavrich, H.; Esquena, S.; Palou Redorta, J.; Gómez Ruiz, J. J., «Prostatectomía radical robótica: revisión de nuestra curva de aprendizaje». Servicio de Fundació Puigvert. Barcelona. Urología. En *Actas Urológicas Españolas*. Junio de 2007. 31 (6): 587-592.

## Notas

1 El presente trabajo se presentó en forma de comunicación oral en el XXXI Congreso Nacional de Enfermería Urológica, celebrado en Gijón durante los días 20 a 23 de octubre de 2009.

2 Rodríguez J. R., Esequiel; Skarecky, Douglas W. y Ahlering, Thomas E., «Prostatectomía radical robótica: resultados oncológicos». En *Archivos Españoles de Urología* [online]. 2007, vol. 60, n.º 4, p. 421.

3 Instituto de Cirugía Urológica Avanzada (ICUA), «Cáncer de próstata». Dirección web: http://www.urologia.tv/icua/es/diseases.aspx, p. 1.

4 Villavicencio Mavrich, H.; Esquena, S.; Palou Redorta, J.; Gómez Ruiz, J. J., «Prostatectomía radical robótica: revisión de nuestra curva de aprendizaje». Servicio de Urología. Fundació Puigvert. Barcelona. En *Actas Urológicas Españolas*. Junio de 2007. 31 (6), p. 587. Señalan estos autores que fue el Dr. Richard Gaston quien en septiembre de 1997 realizó en Europa la primera prostatectomía radical laparoscópica y que este procedimiento se está convirtiendo en la técnica estándar para el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado.

5 Informe emitido por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía: «Cirugía robótica mediante el sistema de telemanipulación robótica Da Vinci en la prostatectomía». Ficha 4/2006. Autoras: Aurora Llanos Méndez y Román Villegas Portero. Consejería de Salud, pp. 5-6.

Remirez Suberbiola, J.M.; Pereda Arregui, E.; Delgado Aguilar, H.; Delgado Aguilar, M.J.
Hospital 12 de Octubre (planta 9ª, residencia general Servicio de Urología. Avd. de Córdoba s/n, 28041 Madrid). C.S. Almendrales

# Enfermería y futuro: su evolución, ¿credibilidad?

## Introducción

La investigación en Enfermería no es diferente a la investigación en otros campos, ya que se basa en los mismos principios científicos y procedimientos que otras ciencias.

Toda investigación comienza con una observación, que plantea una pregunta que nos conduce a una hipótesis. Además es una actividad orientada a descubrir algo desconocido, donde se quiere demostrar o explicar el porqué de determinadas situaciones.

A pesar de haber tenido un avance académico importante, ¿estamos socialmente reconocidos? ¿Ocupamos el lugar que nos corresponde? ¿Tenemos más credibilidad o hemos perdido credibilidad?

Nosotros, los/as profesionales seguimos un proceso de desarrollo, primero formativo y después competencial, desconocido o no para la población en general.

Se habla de «Cartera de Servicios», «Consultas de Enfermería» y ahora cobra fuerza la posibilidad de recetar algunos medicamentos. Estos debates entre nosotros, organismos y jerarquías no sé si llegan con nitidez a la opinión pública o mejor dicho a los usuarios de los distintos niveles de salud; no obstante, la confianza de la población demostrada en algunas encuestas sobre nuestra ayuda es un buen estímulo y refuerzo para mejorar día a día.

La investigación es una actividad del ser humano, orientada a descubrir algo desconocido.

Tiene su origen en la curiosidad innata del ser humano es decir, en su deseo de conocer cómo y por qué son las cosas y cuáles son sus razones y motivos.

Según **Isaac Asimov** (bioquímico 1920-1992), en 1979, el método científico, en su versión ideal, consiste en:

- Detectar la existencia de un problema.
- Separar luego y desechar los aspectos no esenciales.
- Observación simple y experimental.
- Un enunciado breve. Una hipótesis.
- Ver si la hipótesis es válida.

Si los experimentos funcionan, la hipótesis sale reforzada y puede convertirse en una teoría o una ley natural.

El enfoque cualitativo de la investigación es el que se orienta a descubrir el sentido y significado de las acciones sociales, según **Max Weber** (sociólogo 1864-1920), o lo que **Znaniecki** (sociólogo 2882-1958) llama el coeficiente humanístico de dichos fenómenos.

En general, la Enfermería desarrolla su actividad profesional junto a otros grupos estrechamente relacionados en diversas instituciones asistenciales, docentes, investigadoras, de gestión...

El término enfermería es aplicado a una gran variedad de actividades llevadas a cabo por individuos educados o formados para tal fin de manera diversa.

Esto ha hecho muy difícil definir la Enfermería de forma que tanto las/os enfermeras/os como otros grupos en el campo de la salud e incluso el público otorguen un mismo significado al concepto de enfermería.

*Lo cierto es que no existe una definición precisa. La Enfermería ha existido y existe desde tiempos inmemorables, porque representa un servicio imprescindible para la sociedad.*

Está ampliamente aceptado que la Enfermería dentro de la sociedad tiene una actividad innata: «La actividad de cuidar».

La responsabilidad del cuidado del enfermo la tiene Enfermería, pero no así la influencia sobre el paciente, que la tiene el/la médico/a.

La Enfermería en el ejercicio de su profesión es responsable del mantenimiento y fomento de los Derechos Humanos y en la denuncia y resolución de situaciones de violencia o posible violación de los mismos.

Uno de los principios de la bioética, el de «No maleficencia», es, al decir de los expertos, el más antiguo y la convicción de que se debe hacer el bien al enfermo.

La ética tiene un fin positivo, que consiste en dotar a las personas de una mayor libertad, precisamente en atención a su dignidad.

Uno de los puntos del Código Deontológico de la Enfermería dice: «La Enfermería participará en el esfuerzo profesional para proteger al público contra la mala información e interpretación falsa y mantener la integridad de la profesión».

Para el desarrollo de la profesión respecto a las diferentes capacidades son imprescindibles las taxonomías NANDA, NIC, NOC.

El proyecto «Tuning» pretende impulsar la construcción de un Espacio Europeo de Educación Superior a través de un movimiento de debate y reflexión sobre el papel de la Univer-

sidad en la formación de los profesionales preparados para el desempeño en la sociedad del siglo XXI.

La imagen social de la Enfermería (*la imagen es definida por la Real Academia de la Lengua Española como «entidad ante la sociedad»*) que desde el colectivo profesional piensa cómo nos ven los demás, la sociedad, es importante y en general la Enfermería cree que tiene poco prestigio social en relación a otras profesiones; es una situación real, pues profesiones como arquitectos, A. técnicos, ingenieros, etc., se posicionan claramente muy por encima de la Enfermería. No obstante, habría que preguntarse ¿hasta dónde estaría Enfermería dispuesta a asumir responsabilidades profesionales? ¿Cuánto nos estimamos? ¿Qué valor damos a lo que hacemos? ¿Huimos de compromisos? ¿Hasta dónde nos queremos implicar?.

En algunos de los estudios consultados respecto a la imagen social de la Enfermería, el 35% de los entrevistados opina que para ser enfermera/o es necesario cursar estudios universitarios, fundamentalmente opina así la población joven y con estudios.

El 30% afirma que no conoce la trayectoria de los estudios en su recorrido formativo, otro afirma que es necesario cursar estudios en una escuela profesional y un 5% dice en otras instituciones.

Aún ocurre que a la Enfermería se le confunde con otras figuras (médicos, auxiliares).

En el libro ***La dama enfermera*** se hace una descripción de lo que debe ser una buena enfermera: discreta, no agobiará al paciente con interrogatorios que corresponden al médico, no melosa, dulce, instruida, observadora, subordinada, no se extralimitará, obediente, sumisa y siempre bajo la disposición de los médicos.

**Albert Sobrino Sonia** y **Albert Sobrino Miriam** en las XIV Jornadas de Enfermería de la Comunidad Valenciana, celebradas en mayo de 2003, presentaron un trabajo sobre 206 pacientes, de entre ellos el 60,5% de los mismos no confiaba en los consejos de salud ofrecidos por los profesionales de Enfermería.

Desde una actitud de confianza mutua, comprensión, empatía y respeto será el único camino que permitirá el pleno desarrollo de la profesión de Enfermería y tendrá su verdadera proyección en la satisfacción de la persona a nuestro cuidado.

Por último, decir que el proceso de atención de Enfermería PAE es una herramienta de trabajo que posibilita la aplicación del método científico.

## Objetivo

Conocer la situación actual de cómo es la realidad y sus características respecto a la profesión de enfermería.

## Material y método

Tipo de investigación: Cualitativa de corte transversal (permite estudiar la evolución del fenómeno en el periodo dado).

Población diana: Usuarios del Área 11 de Salud de la ciudad de Madrid.

Métodos de muestreo: Al azar imperfecto, de tal modo que cada elemento del universo tenga la misma probabilidad de resultar elegido o elegida. Aleatorio estratificado. Gerencia Área 11.

Método de recogida de la información: encuesta mediante un cuestionario como unidad, con preguntas abiertas y cerradas.

Para la obtención de la muestra hemos utilizado el programa GRAMMO 5.0, siendo necesaria para un intervalo de confianza del 80% una población de 148 individuos.

## Resultados y conclusiones

### Resultados de la encuesta

1. Sexo: Hombre 78 Mujer 70
2. Edad:
   <20: 46; 21-40: 5; 41-60: 38; 61-80: 51; >80:3; NS/NC: 5
3. Estado civil:

| | |
|---|---|
| Soltero/a | 37 |
| Casado/a | 69 |
| Divorciado/a | 16 |
| Viudo/a | 12 |
| Unión libre | 5 |
| Sin dato | 9 |

4. ¿Cuál es su ocupación?

| | |
|---|---|
| Ama de casa | 21 |
| Estudiante | 2 |
| Activo | 48 |
| Desempleo | 7 |
| Pensionista | 4 |
| Ns/Nc | 34 |

5. ¿Cuáles son a su juicio las actitudes de un/a enfermero/a que debe desarrollar en su trabajo?
   Bueno 48; Activo 33; Positivo 45; Moderado 7; Otras 15
6. Lugar de nacimiento:
   Nacional 95; Extranjero 16; Ns/Nc 37
7. Por favor, ¿sería tan amable de darnos su opinión sobre la importancia para Vd. de los siguientes atributos de la profesión de Enfermería?

| | |
|---|---|
| Buena presencia | 13 |
| Amabilidad | 37 |
| Formalidad | 27 |
| Sentido del humor | 18 |
| Inteligencia | 20 |
| Que hable con los pacientes | 33 |

8. Enfermería es...

| | |
|---|---|
| Carrera universitaria | 95 |
| Formación Profesional | 28 |
| Preparación escolar por personal médico | 7 |
| Una formación dentro de los hospitales | 5 |
| Otras | 13 |

9. ¿Dónde se estudia?

| | |
|---|---|
| En la Universidad | 74 |
| En las Escuelas universitarias | 38 |
| En los Institutos | 2 |
| Otros | 13 |

10. ¿Conoce su campo de actuación?

| | |
|---|---|
| Sólo hace lo que le ordena el médico | 21 |
| Acompañar al médico constantemente | 5 |
| Hacer curas y poner inyecciones | 34 |
| Tiene tareas propias | 43 |
| Ayudante del médico | 45 |

11. Cuando Enfermería le da algún consejo, ¿lo tiene en cuenta?

| | |
|---|---|
| No, sólo hago caso al médico | 7 |
| Sí, aunque tengo dudas | 7 |
| Un poco, pues no creo que estén capacitados | 3 |
| Si, pero consulto con el médico para ver su opinión | 43 |
| Sí, siempre | 88 |

12. Considerando todas las posibilidades en la que ha sido atendido por personal de Enfermería, ¿como diría que se siente?

| | |
|---|---|
| Muy bien | 82 |
| Bien | 61 |
| Regular | 5 |

13. Su nivel de estudios es...

| | |
|---|---|
| Elemental | 32 |
| Secundaria | 54 |
| Universitaria | 52 |

14. ¿Ha estado usted hospitalizado?

Sí 100; No 48

15. ¿Aconsejaría a sus hijos, si los tiene, estudiar Enfermería?

Sí 94; No 54

16. ¿Piensa que la profesión de Enfermería está valorada?

| | |
|---|---|
| Mucho | 22 |
| Bastante | 48 |
| Poco | 76 |
| Nada | 2 |

17. ¿De qué sexo considera usted deben ser los profesionales de Enfermería?

| | |
|---|---|
| Femenino | 16 |
| De ambos | 138 |

18. ¿Qué imagen le merecen los/as profesionales de Enfermería?

| | |
|---|---|
| Respeto | 110 |
| Admiración | 33 |
| No sabe | 5 |

19. ¿Cree que el personal de Enfermería informa debidamente a los pacientes?

| | |
|---|---|
| Nada | 2 |
| Poco | 9 |
| Regular | 35 |
| Bastante | 83 |
| Mucho | 19 |

20. ¿Quién es para usted más importante?

| | |
|---|---|
| Enfermera/o | 83 |
| Practicante | 29 |
| ATS | 17 |
| DUE | 19 |

Respecto a los años que son necesarios para cursar Enfermería, contestaron (pregunta no tabulada):

1 año; 2 años; 3 años; 4 años; 5 años y más de 5 años

Destacamos como relevante lo siguiente:

- En la pregunta 7 destaca la amabilidad con un 25% frente al 13,5% de la inteligencia.
- En la pregunta 10, el 47,9% considera a la Enfermería dependiente de la supervisión médica y el 29% le asocia tareas propias.
- En la pregunta 11, el 59,4% tiene en cuenta los consejos dados por Enfermería.

**LA LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS ESTABLECE LOS PRINCIPIOS, FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CONTEXTO BASADO EN LA AUTONOMÍA PROFESIONAL, EL MÉTODO CIENTÍFICO, LOS PRINCIPIOS DEONTOLÓGICOS Y HACIA LA EXCELENCIA PROFESIONAL**

- En la pregunta 16, el 51,3% considera poco valorada la profesión enfermera.
- En la pregunta 20 se refleja la ambigüedad con la que todavía hoy se designa a nuestro colectivo.

Como conclusión de los resultados, en la población existe un escaso conocimiento de la evolución de la Enfermería, se conoce poco la independencia de nuestra labor, al menos en España.

## Discusión

Consideramos que es un estudio de opinión y de actitudes de un amplio grupo de la población y no sabemos si va a solucionar algún problema concreto o práctico.

La sociedad tiene identificada la dimensión técnica de la profesión, pero desconoce la dimensión cuidadora.

Hoy la profesión se halla en un periodo crucial, pero nos queda por salvar algunos escollos ya que la Enfermería en España no es una profesión basada en la investigación; existe una separación entre lo que se conoce y lo que se practica. Las principales barreras son de tipo organizacional con un importante nivel de aislamiento.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece los principios, funciones y responsabilidades de la profesión de Enfermería en un contexto basado en la autonomía profesional, el método científico, los principios deontológicos y hacia la excelencia profesional.

La creación del Grado facilitará el desarrollo de la profesión en su dimensión independiente. ¿Podrá despejar el terreno de la autonomía y las funciones de la profesión? Es imprescindible la realización de un plan estratégico en el que se incida en la imagen interna y externa de la profesión de Enfermería.

Quizá no tengamos campañas hacia la opinión pública de:

- Descripción de nuestra profesión.
- Estructural de interrelación.
- Funcional.
- Evolutivo.
- Crítico (intereses sociales, conflictos).
- Cultural de y para la población.
- Proyecto (evolución futura).

En resumen:

Esperamos fomentar el sentido crítico con los estudios realizados o los que puedan realizarse en el futuro.

El propósito fundamental de este estudio es saber, lo más objetivamente posible, los problemas, opiniones, actitudes y desarrollo de la profesión de Enfermería.

Los aspectos considerados difíciles para afrontar la actividad de Enfermería son el horario laboral, el continuo contacto con la enfermedad, el sufrimiento y el intrusismo, es frecuente ver cómo en la Sanidad llamada «privada» no hay personal de

Enfermería titulado y en algunos casos, si los hay, en número tan escaso que las funciones propias de Enfermería las tienen que asumir otros profesionales (auxiliares, celadores).

En cualquier caso siempre se valoran muy positivamente en el colectivo de Enfermería las relaciones humanas y más negativamente el pragmatismo. ▼

**LOS ASPECTOS CONSIDERADOS DIFÍCILES PARA AFRONTAR LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA SON EL HORARIO LABORAL, EL CONTINUO CONTACTO CON LA ENFERMEDAD, EL SUFRIMIENTO Y EL INTRUSISMO; ES FRECUENTE VER CÓMO EN LA SANIDAD LLAMADA «PRIVADA» NO HAY PERSONAL DE ENFERMERÍA TITULADO Y EN ALGUNOS CASOS, SI LOS HAY, EN NÚMERO TAN ESCASO QUE LAS FUNCIONES PROPIAS DE ENFERMERÍA LAS TIENEN QUE ASUMIR OTROS PROFESIONALES (AUXILIARES, CELADORES)**

## Bibliografía


1. Jean Piaget. *Estudios de Psicología Genética*. Emece. 1ª Edición. Buenos Aires 1973.
2. Buceta L. *Introducción histórica a la Psicología social*. Vicens Universidad. 1ª Edición. Barcelona 1979.
3. Adam E. *Hacia dónde va la Enfermería*. Interamericana. Madrid 1982.
4. *Conceptos de Enfermería: Curso de Nivelación ATS*. UNED. Agosto. Madrid 1983.
5. Kron T. *Liderazgo y administración en Enfermería*. Interamericana. 5ª Edición. México, D F. 1985.
6. Sierra Bravo R. *Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios*. Paraninfo. Madrid 1985.
7. Riehl-Sisca J. *Modelos conceptuales de Enfermería*. Ed. Doyma. Barcelona 1989.
8. Giner S. *Historia del pensamiento social*. Ariel Sociología. 8ª edición. Barcelona 1992.
9. Riehl-Sisca J. *Modelos conceptuales de Enfermería*. Doyma, Edición Española. Barcelona 1992.
10. Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Editorial Tecnos S.A. Madrid 1993.
11. Cabrero J, Richard M. «El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa». *Enfermería Clínica*, 6 (5):212-217, 1996.
12. Kérouac S, Pepin J. *El pensamiento enfermero*. Masson. Barcelona 1996.
13. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. II Congreso Nacional. Pág. 267, 278, 280, 286, 287. Barcelona 1997.
14. García Redondo P, Canteras Jordana M, Santonja Medina F, Cerezo San Martín, Huertas Moreno J, Ignoto Sans MA. «Imagen social de la enfermería». Revista *Rol Enfermería* 1997; 20 (220): 31-7.
15. Sehumocher LP, Fisher S, Marriner TA, Mills D, Suater MK. «Teoría del proceso de Enfermería». En: Marriver TA, Raile Alligood M. *Modelos y teorías de Enfermería*. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000, p. 353.
16. Albert Sobrino S, Albert Sobrino M, *La Enfermería a examen: ¿Cómo nos ve la sociedad?* Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) Pp. 73-80 2003. ISBN/ISSN: 84-7784-429-1.
17. Richart M, et al. «La respuesta de la investigación en el campo asistencial a las necesidades de la sociedad». Escuela de Enfermería, *Investigación enfermera en el siglo XXI: Orientaciones para la acción*. Pamplona, Ediciones de la Universidad de Navarra. Págs.: 93-108 (ISBN: 84-313-2103-2) 2003.
18. Pedre Seonane M, Pita Barral M C, Valió Pazos C. «Imagen social de la Enfermería: un vistazo al espejo público». Revista *Enfuro*, 89: 32-33. 2004. Enero-Marzo.
19. *Libro blanco del Título de Grado de Enfermería*. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. URL disponible en: http://www.aneca.es/modal_eval/docs/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf
20. Tiviño Z, et al. «Paradigmas de la Investigación en Enfermería». *Cien. Enferm.*, Junio 2005, vol 11, nº 1, p.17-24. ISNN 0717-9553.
21. Encuesta de satisfacción de los usuarios del SESCAM. Junio 2006.
22. Álvarez Rodríguez T, Fernández Lamelas MA, Álvarez Aragón F, López Vale C, Lago Lemos A. *Asumiendo competencias desde la aplicación NANDA, NIC, NOC en la práctica clínica*. www.um.es/eglobal/. Noviembre 2007.
23. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). 2007.
24. http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/Enfispo.asp ENFISPO. Referencias Bibliográficas de Enfermería, Fisioterapia y Podología en Español. Universidad Complutense de Madrid.

Milla España, F.J.*; Vázquez Rodríguez, R.**
* H.U. Virgen de la Victoria. Málaga. U. Urodinámica y Reeducación del Suelo Pélvico
** Complejo Asistencial de Ávila. H. Nuestra Señora de Sonsoles. Servicio de Urología

# La controversia del Stop-test en la reeducación uroginecológica

**RESUMEN**

En este artículo se expone información general sobre la dinámica miccional y sobre el Stop-test; una técnica, tan defendida por unos como negada por otros, para el aprendizaje de los ejercicios de Kegel, y que en la actualidad genera controversia entre distintos colectivos sanitarios. El diccionario define la controversia como una discusión larga y reiterada. Se produce en el mejor de los casos por una falta de información fidedigna, pero también obedece en ocasiones a intereses personales, economicistas, sociales, etc. ¿Cuántas controversias se han visto y se siguen viendo en relación a las recomendaciones vacunales, sin hablar necesariamente de la gripe A? Gregory Benford, en 1980, comentó en su llamada *Ley de Controversia: «La pasión es inversamente proporcional a la cantidad de información real disponible».*
**Palabras clave:** Stop-test, suelo pélvico, reeducación uroginecológica, micción, enfermería, taxonomía.

**SUMMARY**

In this article general information is exposed on the mictional dynamics and on the Stop-Test, a technique defended by many people but denied by many others, for the training of the Kegel, exercises, at present generates controversy among different health professional groups. The dictionary defines the controversy as a long and repeated discussion. It is produced in the best of the cases for a lack of reliable information, but also obeys on occasions to personal interests, economicist, social, etc. How many controversies have been seen and keep being seen in relation to the vaccination recommendations, without talking necessarily about the A Flu? Gregory Benford, in 1980, commented in his known *Law of Controversy: «The passion is inversely proportional to the quantity of available real information»!.*
**Keywords:** Stop-test, pelvic floor, urogynecologic re-education, miction, nursing, taxonomy.

## Introducción

Llamamos Stop-test a la detención voluntaria del chorro miccional para reanudarlo de nuevo pasados unos segundos. Algunos autores hablan de él como pipi-stop, pero este es también el nombre de una marca comercial de alarma de cama para niños con enuresis nocturna. Por esta razón utilizamos el término Stop-test cuando hacemos referencia a esta maniobra.

Es una de las alternativas, en nuestro caso de elección, para el aprendizaje de los ejercicios de Kegel, utilizados en el tratamiento conservador de la incontinencia urinaria tanto en la mujer como en el hombre, siempre desde una perspectiva urológica, tras haber realizado estudios de su hábito miccional, su vaciamiento vesical y controles de sus residuos posmiccionales. Sin estos datos ciertamente debe ser desaconsejado su utilización, porque puede provocar disfunciones de vaciado a largo plazo si su uso se mantiene en el tiempo, sin realizar registros de su función miccional. No obstante su uso controlado por personal experto en reeducación uroginecológica y formación urológica lo convierten en una magnífica herramienta de aprendizaje y evaluación, del proceso de reeducación.

LA MICCIÓN. La micción, tal como la define el Dr. Joan Conejero, es una función del tracto urinario inferior, mediante la cual se consigue el vaciado de la vejiga a un ritmo adecuado, cuando ésta ha llegado a su capacidad fisiológica y cuando el lugar y los condicionamientos sociales son adecuados.

Se considera una micción normal cuando es: voluntaria, completa, continua, satisfactoria, interrumpible, distanciada, demorada, ocasional durante la noche y sin componente de prensa abdominal. En los dos extremos de la vida, esta función ofrece características específicas, y no por ello patológicas.

DINÁMICA DE LA MICCIÓN. En el automatismo vesico-esfinteriano, la micción exige un fenómeno coordinado que se caracteriza por la contracción del detrusor y la apertura del esfínter (sinergia miccional). Este fenómeno se inicia con una relajación del músculo estriado periuretral, disminuyendo la presión uretral y aumentando al unísono la presión del detrusor (activación del reflejo del centro sacro de la micción, situado en los segmentos S2-S4 de la médula).

A través del control voluntario de la micción, la interrupción del flujo miccional se realiza mediante una contracción del esfínter periuretral que favorece una inhibición de la contracción del detrusor.

NEUROLOGÍA MICCIONAL. Hablar de neurología miccional es complicado, Bradley describe 4 circuitos o loops, y Mahony 12 reflejos.

Básicamente podemos decir que el sistema nervioso simpático es responsable de la fase de llenado, mediante activación de los receptores Alfa, a nivel del cuello de la vejiga y estimulación de los receptores Beta del cuerpo del detrusor.

El sistema nervioso parasimpático es responsable de la fase de vaciado, mediante la activación de los receptores muscarínicos cuyo neurotransmisor es la acetilcolina, contrayendo el detrusor y relajando el cuello.

Y a través del nervio pudendo se actúa voluntariamente contrayendo o relajando el cuello de la vejiga. Uno de los pilares de la reeducación uroginecológica.

Bradley en 1968 da un gran paso al describir con extraordinaria claridad las vías, centros y núcleos neurológicos responsables de la actividad del tracto urinario inferior, que resumió y esquematizó en sus «loops» (circuitos neurológicos de la micción), de gran importancia para el conocimiento de la neurourología. Su trabajo «Innervation of the male urinary bladder»[1] es de suma utilidad para comprender el mecanismo por el que las técnicas de *Biofeedback* pueden actuar sobre la vejiga y esfínteres, provocando un cambio en la modulación neurológica de los mismos.

Para nuestros propósitos consideramos como más relevantes los loops IV y III. En el loop IV la situación de la musculatura perineal estriada que rodea la uretra es captada por terminaciones sensitivas del nervio pudendo. Los impulsos aferentes alcanzan las metámeras medulares S-2, S-4 y, ascendiendo por las columnas posteriores, van hasta el tálamo y de ahí a la corteza cerebral, en los lóbulos frontales. De aquí desciende una orden motora que por las columnas laterales alcanzará las metámeras sacras S-2, S-4. Desde aquí por el nervio pudendo alcanza la musculatura estriada del periné, cerrando el bucle. Su componente segmentario lo exploramos con el reflejo bulbo-cavernoso, que debe ser positivo y el componente supramedular lo exploramos con flujometría electromiográfica mediante la interrupción voluntaria del chorro a mitad de la micción.

**Hay, por lo tanto, un posible camino para actuar sobre la continencia de orina, actuando sobre la actividad muscular del periné[2].**

El loop III es más simple, los impulsos aferentes se originan en los receptores de distensión vesical y siguiendo la vía de los nervios pélvicos alcanzan las metámeras S-2, S-4. Aquí se produce una respuesta refleja, con salida de impulsos motores a través de los nervios pudendos que alcanzan a la musculatura estriada del periné.

En este caso, ante el llenado vesical hay automáticamente una mayor actividad de los mecanismos de continencia perineales. Se explora con cistomanometría y electromiografía del esfínter estriado simultáneamente.

Ejercitando el control voluntario de la musculatura perineal facilitaremos de forma directa el loop IV e indirectamente el loop III, que justamente es el que mantiene la continencia cuando la vejiga está llena.

Para facilitar su aprendizaje podemos adiestrar a los pacientes, tanto masculinos como femeninos, a que en el momento de la micción contraigan una vez la musculatura del periné intentando cortar o modificar el chorro de orina, evitando contraer glúteos o rectos.

Al no requerir ningún tipo de aparataje se convierte en la técnica de *Biofeedback* más natural, económica y útil, previa comprobación de que no existe ninguna disfunción de vaciado.

También Mahony describió 12 reflejos, de ellos describimos los tres siguientes por su significación con el tema que tratamos, sin olvidar que los nueve restantes también influyen en el comportamiento miccional y que, con toda seguridad, quedan muchas acciones del sistema cortical pendientes de descubrir y/o describir.

Reflejos involucrados en el almacenamiento vesical

**Reflejo 3**. Inhibición perineal-detrusor. El aumento de la tensión en los músculos del periné inhibe la contracción del detrusor. Razón por la cual es imposible que con este procedimiento se produzcan reflujos vesico-ureterales, como inapropiadamente opinan quienes defienden que esta técnica «hace que la orina suba para arriba»[3].

Reflejos iniciadores de la micción

**Reflejo 5.** Facilitador perineo-detrusor. Una relajación del periné y aumento de presión abdominal estimula el inicio de la micción a través de la contracción del detrusor.

Reflejo de interrupción de la micción

**Reflejo 12.** Perineobulbar inhibidor del detrusor. La contracción de los músculos perineales hace que cese la contracción del detrusor y se inicie la fase de llenado vesical.

## Material y método

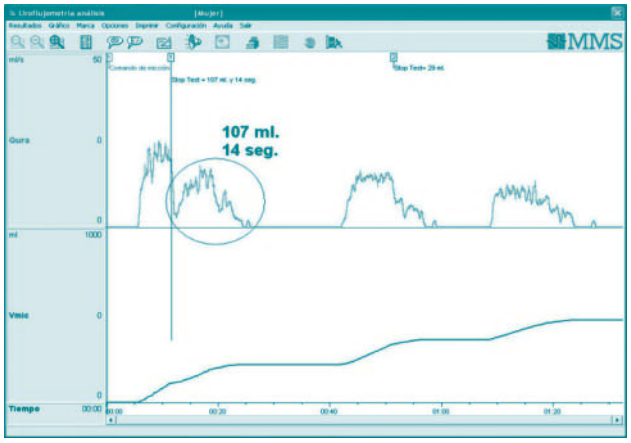
### El Stop-test como herramienta de evaluación de la contracción muscular

La vejiga es la única víscera cuya actividad está sometida a la voluntad, pudiendo iniciar e interrumpir la micción cuando el control consciente se ha establecido. Sin embargo, a diferencia del control voluntario del músculo esquelético, no podemos graduar la intensidad de la actividad contráctil del detrusor.

En las figuras siguientes podemos observar distintos comportamientos en la realización del Stop-test flujométrico, que consiste en orinar de forma funcional en un váter especial, conectado a un medidor de flujo en tiempo real, durante la realización de una flujometría simple y cortar el chorro a la orden.

He desarrollado un procedimiento mediante el cual medimos, por una parte, el volumen de orina que pierde desde el momento en que se da la orden de cortar el chorro, y por otra el tiempo que tarda en cortarlo. Esto nos evalúa el estado muscular, tanto de la fibra rápida como de la lenta. Aunque ahora mismo estamos evaluando esta hipótesis, sí es evidente que cambia con la realización de los ejercicios domiciliarios y nos orienta a trabajar más una u otra fibra. Independientemente de lo que pueda significar, como herramienta de evaluación es excelente, porque tanto la paciente como nosotros podemos comprobar en posteriores sesiones su evolución, realizando una evaluación cuantitativa de los resultados obtenidos (Figura I). Dos datos de gran importancia que nos permiten valorar la capacidad muscular de las fibras rápidas y lentas y la respuesta del detrusor, evaluando en posteriores sesiones el tratamiento prescrito al comparar los resultados obtenidos, realizando tras la comprobación los cambios oportunos en el mismo.

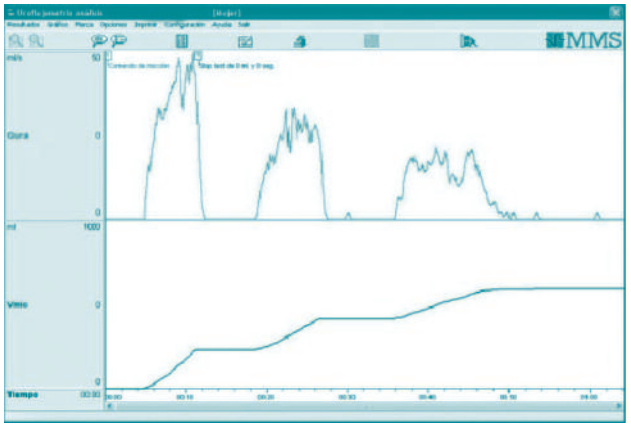
**Figura 1**




## Ejemplos

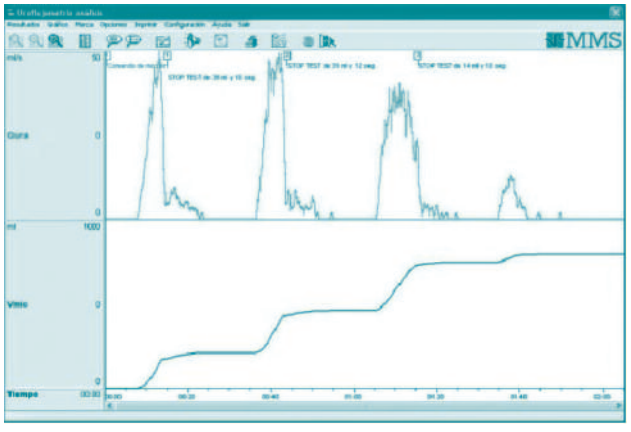
En la Figura 2 observamos un corte perfecto del chorro miccional, indicándonos que tanto las fibras lentas tipo I, que favorecen la resistencia, y las fibras rápidas tipo II, que favorecen la potencia, trabajan adecuadamente, así como la buena respuesta del detrusor.

**Figura 2**



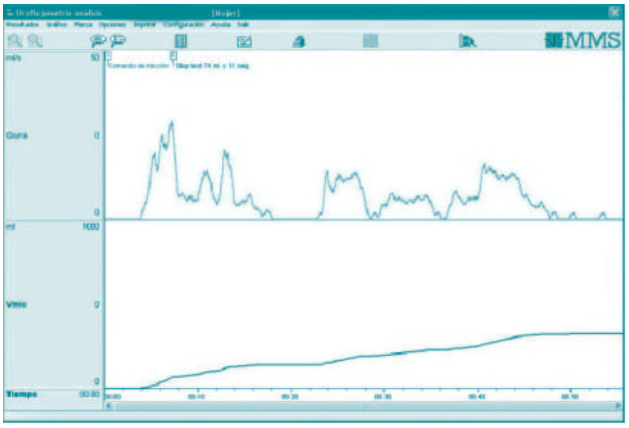

En la Figura 3 observamos que la paciente inicia con rapidez el corte del chorro (fibras rápidas tipo II), pero que sin embargo le cuesta más trabajo contraer las fibras lentas que le ayudan a mantener la continencia y por tanto con una respuesta más lenta del detrusor.

**Figura 3**



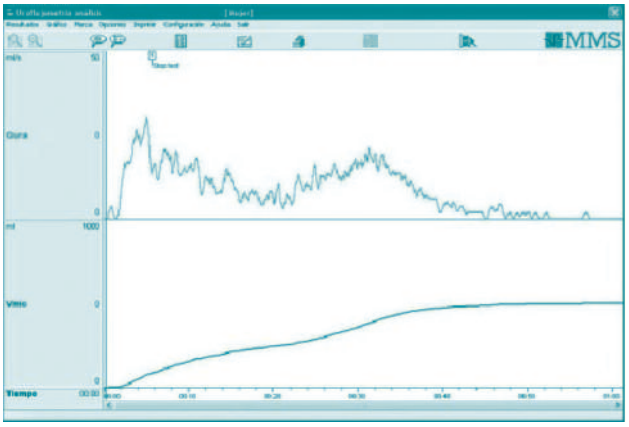

En la Figura 4 vemos que prácticamente no tiene control de la fibra lenta y muy poca de la rápida.

**Figura 4**



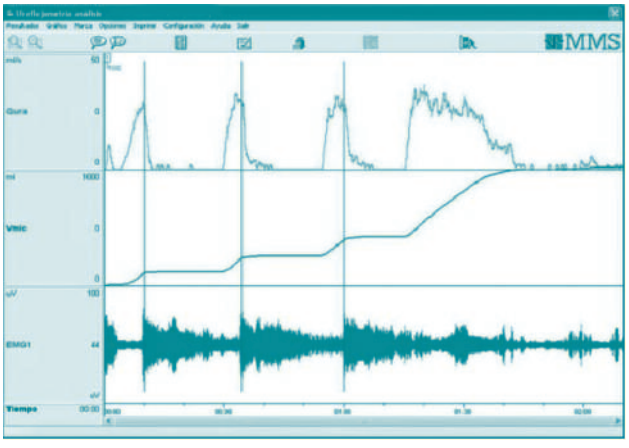

Y por último en la Figura 5 observamos la inefectividad de la contracción tanto de fibras rápidas como lentas, por lo que el detrusor mantiene su actividad.

**Figura 5**




El gráfico de la Figura 6 es lo que veríamos si hiciésemos la flujometría con electromiografía perineal asociada.

**Figura 6**



**La controversia del Stop-test**

Como en toda la asistencia sanitaria, aquí también existe controversia y por la misma razón coexisten distintos tipos de tratamientos, encaminados hacia un único fin: la resolución rápida del problema, al menor coste posible y evitando los efectos adversos.

En los diez años que llevamos realizando reeducación de suelo pélvico o uroginecológica, no hemos tenido jamás ninguna infección de orina ni disfunción de vaciado en las pacientes tratadas, sencillamente porque utilizamos esta técnica bajo control urológico y lógicamente no la recomendamos a ningún paciente que por su patología se desaconseje.

No podemos entender que desde otras disciplinas sanitarias hagan referencia a una mala praxis por realizar esta maniobra[3], sin duda su desconocimiento del procedimiento urológico es lo que motiva tan desacertado criterio, dejándose llevar soslayadamente por la interpretación de alguna bibliografía que no la recomienda, aunque no haya evidencia científica que demuestre lo contrario. En todas las publicaciones hablan de que «pueden producir…», «podrían desencadenar...», etc., pero no hay ninguna publicación que taxativamente diga que se ha comprobado la incidencia de un aumento de infecciones de orina o disfunciones de vaciado por utilizar esta técnica de aprendizaje, bajo control urológico. Son conjeturas, porque hasta la fecha no se ha demostrado; aunque ante la duda estos autores rechazan manifiestamente esta maniobra. Maniobra que por otra parte ellos no pueden realizar al no trabajar dentro de Unidades de Urología.

Se ha buscado información sobre el Stop-test en el buscador BVS (Biblioteca Virtual de Salud), en las bases de datos bibliográficas internacionales que ésta incorpora: Medline y Lilacs, y en segundo lugar en la biblioteca Cochrane Plus.

En ambas bibliotecas se han utilizado tres descriptores combinados distintamente: «infection», «exercise floor» y «urethral closure pressure». En esta búsqueda no ha habido resultados que indiquen que esté contraindicado realizar el Stop-test.

Por otro lado se ha buscado el mismo contenido en artículos recogidos en Internet, y algunos hacen referencia a que no se debe realizar el Stop-test, aunque no explican las razones.

En la página web www.efisoterapia.net, dentro del artículo titulado «El papel del fisioterapeuta en el embarazo y la preparación al parto»[4], se ha escrito: «...después debe introducir un dedo en la vagina o en el ano e intentar contraer la musculatura, para ello podemos decirle que imagina que está orinando y desea cortar el chorro (hay que insistir en que no se debe realizar este ejercicio durante la micción)...».

Otro artículo, titulado «Ejercicios de la musculatura en la pelvis de las mujeres»[5], en la página web www.urovirtual.net, apunta: «...no debe repetir este ejercicio mientras está orinando...» o «no debe interrumpir el chorro de la orina cuando ya haya identificado los músculos».

En «Elsevier.es-Revistas» se ha encontrado un artículo que se titula «Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico»[6], en el que se expone: «...para iniciar la contracción podemos indicarle que "imagine" que está orinando y quiere cortar el chorro (insistir en que no debe realizar este ejercicio durante la micción)...»

Reproducimos también esta cita textual de un *Best Practice* de Joanna Briggs[7]: «...Sin embargo, no existe un único programa de EMSP (ejercicios músculos suelo pélvico) que haya sido adoptado como estándar..., los ejercicios que incluyen la interrupción del flujo de orina actualmente no se aconsejan porque pueden causar infecciones del tracto urinario».

Reconocemos que toda esta bibliografía puede ser adecuada para evitar que este procedimiento se realice sin ningún control, nosotros tampoco recomendaríamos el Stop-test sin un estudio urológico previo. Pero decir alegremente que esta técnica es un peligro para la salud de las pacientes, desconociendo el protocolo dentro del que se usa, es crear una alarma social innecesaria, desacreditando, con un oscuro objetivo, el procedimiento de enfermería realizado.

Por otra parte, en una publicación[8] del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre se define el reflujo vesico ureteral (una de las razones por las que algunos profesionales indican que no se debe realizar el Stop-test)[3], como: «Regurgitación de la orina almacenada en la vejiga hacia el tracto urinario superior, causada por cualquier alteración que afecte a la porción terminal del uréter, en la desembocadura vesical». Más adelante expresa: «Cuando por cualquier circunstancia se establece el reflujo vesicoureteral, el riñón queda desprotegido a la acción de las altas presiones vesicales que se producen en el momento de la micción y de la contaminación de las orinas infectadas, presentándose ineludiblemente la pielonefritis en su forma aguda o crónica, lesionando el parénquima renal en cada episodio infectivo».

Esto pone de manifiesto que dicho reflujo se producirá si existe una alteración en la porción terminal del uréter. Esta patología, como otras, son valoradas antes de iniciar el procedimiento del Stop-test.

Sin embargo, hay autores que recomiendan esta práctica:

En la 7ª edición del libro *Obstetricia y Ginecología*[9], en el capítulo sobre tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo, dice textualmente: «...Esto se obtiene enseñando a la paciente a interrumpir el chorro mientras orina y pidiéndole que lo practique varias veces en el día».

En el libro *El periné femenino y el parto*[10], el capítulo 8 lo dedica a esta técnica donde dice textualmente: «...Ventajas de este ejercicio: es un medio de descubrir con precisión la sensación de contracción de la uretra y de verificar con claridad que es ésta la que se contrae...».

María del Mar González Fernández-Conde, diplomada en Enfermería y matrona del Centro de Salud Garrido Sur de Salamanca, dice textualmente en el cuaderno sobre *Ejercicios de Kegel*[11] «Interrupción del chorro de orina: cuando esté orinando, trate de detener la salida de la orina. Si lo puede hacer, quiere decir que está usando los músculos adecuados. Lo hará sentada, con el tronco ligeramente inclinado hacia delante y las piernas separadas».

El Dr. Pena Outeriño, urólogo, en la *Revisión sobre Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico*[2] dice también textualmente: «...para facilitar su aprendizaje podemos adiestrar verbalmente a la paciente a que en el momento de la micción contraiga repetidas veces la musculatura del periné intentando cortar o modificar el chorro de orina, evitando contraer glúteos o rectos, hasta que tome conciencia de los músculos a contraer».

Hay mucha más bibliografía que, como ésta, lo recomienda abiertamente, pero tampoco se trata de hacer aquí una recopilación de toda ella.

## Resultados

### Taxonomía enfermera

Dos potentes herramientas enfermeras recogen también la utilidad de esta técnica de aprendizaje recomendando su uso.

En la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), la intervención 0560 describe los ejercicios de suelo pélvico y entre las distintas actividades a desarrollar se encuentra el Stop-test: « Enseñar a la mujer a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de la orina…»; y en la Clasificación de Resultados (NOC), el Indicador 08 «Capaz de comenzar a interrumpir el chorro de orina», del Resultado 0502 «Continencia urinaria», se puntúa del 1 al 5 (nunca demostrado, siempre demostrado).

### Programa de Reeducación Uroginecológica

Desde 1998 la OMS considera la incontinencia como una enfermedad por su repercusión en la calidad de vida, por su frecuencia y por su afectación psicosocial[12].

Mientras que el tratamiento médico está enfocado a tratar la enfermedad, el Plan de Atención de Enfermería está enfocado a tratar la respuesta humana única, frente a una alteración real o potencial del individuo.

El programa de reeducación vesical o uroginecológica que realizamos en el Hospital Virgen de la Victoria de Málaga, dentro de la Unidad Multidisciplinar de Suelo Pélvico, integrada por Urología, Ginecología, Coloproctología y Enfermería, no consiste sólo en recuperar una musculatura.

Atendemos a la persona como un ser biopsicosocial y elaboramos un diagnóstico vivo, un diagnóstico de enfermería con taxonomía NANDA que va cambiando en relación a la evolución de la patología y a la satisfacción de las necesidades básicas detectando las carencias de éstas. Si aplicamos la pirámide de Maslow, vemos que una persona con incontinencia tiene afectada gravemente la necesidad fisiológica de eliminación, y las necesidades de seguridad, aceptación social y autoestima están seriamente comprometidas. Nuestro trabajo consiste también en atender a las pacientes con herramientas enfermeras encaminadas a la satisfacción de las necesidades básicas deficitarias. En esto probablemente radica el éxito de nuestro programa; desde la primera sesión estamos buscando elementos de motivación y en un clima de confianza le aportamos la seguridad y autoestima que habían perdido y que vuelven a encontrar a lo largo del proceso al comprobar su mejoría.

En el *Folleto de Ejercicios de Suelo Pélvico*, aprobado por la Comisión de Educación para la Salud del Hospital Virgen de la Victoria, decimos: «Cada vez que vaya a orinar, cortará el chorro y tras esperar unos segundos terminará la micción. Al terminar y sin levantarse del váter realizará 30 contracciones rápidas y cortas (las mismas que ha realizado para cortar el chorro), descansando 3 segundos entre cada contracción. Una vez que consiga interrumpir el chorro con facilidad, sólo lo cortará una vez al día, aunque al terminar de orinar seguirá realizando las 30 contracciones rápidas». Este folleto es el primero de una serie, que se entrega a aquellas pacientes que entran en el protocolo de reeducación uroginecológica y que tras los estudios realizados comprobamos que no padecen disfunciones de vaciado, ni historial de infecciones urinarias de repetición. En las siguientes sesiones, una vez comprobado que ha aprendido a controlar sus músculos, ya le decimos que no corte más el chorro, aunque al terminar la micción debe continuar haciendo los ejercicios recomendados.

## Conclusiones

Después de una búsqueda bibliográfica exhaustiva en Internet de artículos publicados, bases de datos, bibliotecas de hospitales y colegios profesionales de Enfermería sobre el Stop-test y las contraindicaciones de su uso, no se han encontrado evidencias científicas ni estudios que avalen que dicho test pueda ocasionar infecciones de orina, reflujo vesicoureteral o que sea perjudicial para la salud de los/as pacientes que lo realizan.

Queda con esto demostrado que el Stop-test es una práctica recomendada por muchos autores, que otros la desaconsejan basados en suposiciones y sin evidencia científica que lo corrobore, quizá porque su realización no está dentro de su competencia profesional, y que bien realizada y controlada urológicamente no entraña ningún riesgo para la salud de los/as pacientes.

No olvidemos que la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 7.2-a, recoge que «corresponde a los diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades».▼

## Bibliografía


1. Bradley WE. «Innervation of the male urinary bladder». *Urol Clin North Am*. 1978; 5(2): 279.
2. Pena Outeiriño JM et al. «Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico». *Actas Urológicas Españolas*. 2007; 31(7): 719-731.
3. http://www.colfisio.org/php/detalle_noticias.php?id_noticia=226
4. Mª Pilar Cambra Linés. *El papel del fisioterapeuta en el embarazo y la preparación al parto* (acceso 28/09/09). http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=284
5. Instituto Médico Tecnológico. Ejercicios de la musculatura en la pelvis de las mujeres (Acceso 28/09/09). http://www.urovirtual.net/paciente/saber/uroginecologia/articulo2.asp
6. A Ferri Morales. «Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico». Elsevier.es-Revistas. *Fisioterapia* Vol. 26, Núm. 05 (acceso 28/09/09). http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=193.153.98.116&articuloid=13065923&revistaid=146
7. Best Practice Joanna Briggs. Efectividad de un programa de ejercicios musculares del suelo pélvico en la incontinencia urinaria después del parto. 2005;9(2):1-6
8. *Patología Quirúrgica*. XXV Aniversario Servicio de Urología Hospital Universitario 12 de Octubre. Prof. Óscar Leiva Galvis. Dr. Rafael Díaz González. Roche Farma.
9. J. Botero et al. *Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado*; 2004; pag. 455.
10. Blandine Calais Germain, *El periné femenino y el parto*; 2007; Capítulo 8.
11. María del Mar González Fernández-Conde. *Ejercicios de Kegel*. (acceso 15/07/2009); Disponible en: http://www.institutoindas.com/index.php/area-pacientes-cuidadores/publicaciones/177.html
12. World Health Organization Calls First International Consultation On Iincontinence, Leading Medical Experts Move to Reclassify Condition as a Diseaseand Set Treatment Guidelines, Mónaco Press Release *WHO*/49 1 July 1998 (acceso 15/07/2009); Disponible en: http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-49.html

Agudo Domínguez, F. J.; Estudillo González, F.; Solar Gutiérrez, C.; Selma García, M. I.
Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz)

# Infiltración con anestésico local en cirugía menor ambulatoria del pene

**RESUMEN**

Se realiza por parte de la enfermera/o un bloqueo peneano como técnica anestésica en el tiempo de preparación quirúrgica. Para el trabajo de los profesionales de Enfermería se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC y el modelo de Virginia Henderson.

Se realizaron un total de 91 infiltraciones con esta técnica, obteniendo un resultado de efectividad del 96,7%.

La técnica de infiltrado de bloqueo peneano y la planificación de cuidados se muestra en conjunto muy eficaz para este tipo de pacientes.

**Palabras clave:** Cirugía menor ambulatoria, anestésico local, bloqueo peneano. NANDA, NIC, NOC.

Fig. 1

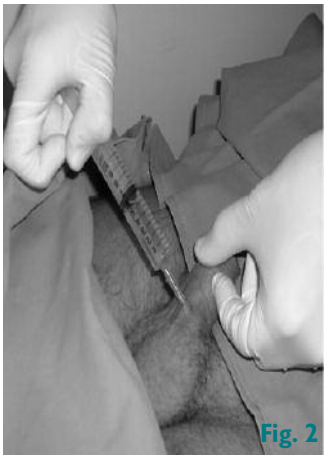


Fig. 2

## Introducción

La cirugía urológica ambulatoria se encuentra dentro de la cartera de servicios de la unidad de Cirugía Mayor ambulatoria de nuestro hospital. Dentro de esta unidad realizamos un conjunto de procedimientos para que el paciente supere con éxito la intervención independientemente del tipo de anestesia. Todo ello recogido en un plan de cuidados estandarizados que abarca la atención preoperatorio, intraoperatoria y postoperatoria inmediata.

## Objetivo

Establecer la eficacia de la técnica de infiltración con anestésico local, empleada en cirugía urológica menor ambulatoria, en intervenciones sobre el pene. Se realiza mediante bloqueo peneano ejecutada por Enfermería.

## Material y métodos

Estudio descriptivo longitudinal y prospectivo, llevado a cabo en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). Periodo de éstudio: de junio a diciembre de 2009. Universo de 91 pacientes, Rango de edad entre 14-80 años, media 33,03 años, DE= 16,12 años.

MATERIAL

- Jeringa 10 cc, aguja 0,5x16, guantes, gasas, antiséptico.
- Mepivacaína 2% (8 cc), bicarbonato 1 M (1,5 cc), cloruro de etilo.

Las soluciones alcalinizadas de mepivacaína contenidas en jeringas cerradas se mantienen estables a temperatura ambiente al menos durante una hora tras su preparación, lo que permite su preparación con antelación a su empleo, lo cual es mucho más conveniente para la práctica clínica cotidiana que la recomendación actual de alcalinizarlas justo antes de su empleo (1).

TÉCNICA DE INFILTRACIÓN.

Se realiza en la zona de preparacion quirúrgica, es igual para todos los pacientes.

- Confirmar identidad. Valoración inicial y problema del paciente. Protocolo de cirugía ambulatoria. Listado verificación de seguridad quirúrgica.
- Explicar la técnica y planificación de la intervención. Tranquilizar al paciente.
- Aseptizar la zona. El uso de cloruro de etilo es útil para evitar la primera sensación dolorosa de la punción (2).
- **Bloqueo peneano** (3).
- **Punción anterior** (**Fig. 1**): Comenzamos formando un habón subcutáneo progresando en abanico desde la línea media para bloquear los nervios dorsales del pene, aspirando ocasionalmente para comprobar que no inoculamos el fármaco de forma intravascular
- **Punción posterior** (**Fig. 2**): Realizar la misma secuencia que en la punción anterior, adquiriendo el infiltrado una forma de rombo por las dos punciones, completando la circunferencia peneana.

- Masaje en la base del pene para facilitar la difusión del fármaco. Esperar 5-10 minutos.

Atención de Enfermería durante el proceso (4)

Para el trabajo de los profesionales de Enfermería se utilizó la taxonomía NANDA, NIC, NOC. .y el modelo de Virginia Henderson, que se encuentra estandarizada según el cuadro siguiente:

| Diagnósticos | Resultados | Intervenciones |
|---|---|---|
| Temor | Control | Disminución ansiedad |
| | Ansiedad | Enseñanza proceso/procedimiento |
| | | Monitorizacion signos vitales |
| Riesgo lesión perioperatoria | Control del riesgo | Preparación quirúrgica |
| | | Precauciones quirúrgicas |
| | | Cuidados del sitio de la incisión |
| | | Manejo medicación |

## Resultados

**Número total de infiltraciones: 91**

| Patología | Intervención quirúrgica | N/ % |
|---|---|---|
| Fimosis | Circuncisión | 70-76,9 |
| Estenosis meato | Meatotomía | 10-10,9 |
| Balanitis | Circuncisión | 9-9,8 |
| Lesion glande | Biopsia | 2-2,9 |

- Dos intervenciones precisaron de más anestésico: 1 balanitis y 1 fimosis.
- Una intervención se suspendió por crisis de ansiedad y taquicardia.
- El procedimiento queda registrado en el libro de quirófano y se le explican los cuidados y recomendaciones domiciliarios personalizados y de forma escrita.

## Conclusiones

La mepivacaína con respecto a otros anestésicos de mismo rango terapéutico tiene menos efecto de superficie pero mayor acción en el bloqueo nervioso por infiltración, siendo su efecto en cuanto a tiempo de entre 120-140 minutos (5).

Ante los resultados obtenidos, un 96,7% de éxito, consideramos que el conjunto de cuidados y la realización de esta técnica es la más adecuada para realizar este procedimiento. ▼

## Bibliografía


1. «Estabilidad temporal de mepivacaína al 1,5% alcalinizada». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Narón (La Coruña). V. 15, nº 7. Octubre 2008.
2. Vidal, F. Domingo, F. «Cómo minimizar el dolor a la inyección de los anestésicos locales». *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Nº 3 (1): 1996 Enero-febrero. Págs. 50-53.
3. Rodríguez Luna, J.M. *CMA en Urología. Manual práctico de CMA*. Ediciones Doyma 1999. Capítulo 27. Págs. 317-318.
4. «Proceso de atención de Enfermería en UCMA. Metodología de trabajo. Competencia profesional». *Guía práctica de cuidados en CMA*. Ediciones Aran. 2009, págs. 77-85.
5. Hunlz, M A. «Anestésicos locales» disponible en: http://ens.xochicalco.edu.mx/medicina/archivos/ebooks/Farmacologia/Farmacologia_Humana/02950304.pdf [consultado 18/02/2010]

# vejicur®

BCG, cepa RIVM

*En cáncer superficial de vejiga*

Gebro Pharma

www.gebro.es

# vejicur®

BCG, cepa RIVM

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO:** Vejicur®, polvo y disolvente para suspensión intravesical. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Su reconstitución un vial contiene: BCG (bacilo de Calmette-Guérin) cepa RIVM derivada de la cepa 1173-P2. 2 x 108 a 3 x 109 unidades viables. Para la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Polvo y disolvente para suspensión intravesical. Polvo blanco y solución transparente incolora. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento del carcinoma urotelial no invasivo de vejiga: Tratamiento curativo del carcinoma in situ y tratamiento profiláctico de la recidiva de: Carcinoma urotelial limitado a la mucosa, Ta G1-G2 si el tumor es multifocal y/o recurrente, Ta G3, Carcinoma urotelial que infiltra la lamina propia pero no la muscular de la vejiga (T1), Carcinoma in situ. **4.2 Posología y forma de administración:** *Dosis:* El contenido de un vial es necesario para una instilación vesical. En la sección 6.6 se dan instrucciones para la reconstitución. *Duración:* Carcinoma in situ. Un esquema de tratamiento estándar consiste en una instilación intravesical de Vejicur® por semana durante seis semanas consecutivas. Este esquema puede repetirse si no se ha logrado la remisión del tumor y si las circunstancias clínicas lo requieren. Después de un intervalo de 4 semanas sin tratamiento, la administración intravesical debe continuar siguiendo la pauta de mantenimiento que se describe a continuación. *Terapia adyuvante (tratamiento profiláctico de las recidivas):* El tratamiento con BCG debe iniciarse aproximadamente 2-3 semanas después de la resección transuretral (RTU) o de la biopsia de vejiga, y sin cateterización traumática, repitiéndose a intervalos semanales durante 6 semanas. Al menos en los tumores de alto riesgo, debe ir seguido de tratamiento de mantenimiento. *Terapia de mantenimiento:* Un esquema de mantenimiento consiste en un tratamiento durante 12 meses con administración del medicamento a intervalos mensuales. Otro esquema de mantenimiento consiste en un ciclo de inducción de seis semanas, seguido de 3 instilaciones a intervalos semanales en los meses 3, 6, 12, 18, 24, 30 y 36. En este esquema, se administran un total de 27 instilaciones durante un período de tres años. Los esquemas de tratamiento especificados con distintas cepas de BCG han sido probados en estudios clínicos realizados en un elevado número de pacientes. En la actualidad no es posible afirmar si uno u otro de estos regímenes es superior a los demás. *Administración:* Vejicur® debe administrase en las condiciones requeridas para endoscopia intravesical. El paciente no debe beber nada durante el período comprendido entre las 4 horas anteriores a la instilación y las 2 horas posteriores a la misma. Antes de la instilación de BCG debe vaciarse la vejiga. Vejicur® se introduce en la vejiga a baja presión por medio de un catéter. La suspensión de Vejicur® instilada debe permanecer en la vejiga durante un período de 2 horas si es posible. Durante este período, la suspensión debe mantener el contacto suficiente con toda la superficie mucosa de la vejiga. Por tanto, el paciente debe ser movilizado lo más posible. En un paciente encamado, debe cambiarse la posición de decúbito supino a prono, y a la inversa, cada 15 minutos. Después de 2 horas, el paciente debe orinar para eliminar la suspensión instilada, preferiblemente en posición sentada. En caso de ausencia de una contraindicación médica específica, se recomienda la hiperhidratación del paciente durante las 48 horas siguientes a cada instilación. Vejicur® no debe utilizarse en niños, puesto que no se ha establecido su seguridad ni su eficacia. No hay instrucciones especiales para el uso en personas de edad avanzada. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes. Vejicur® no debe utilizarse en pacientes inmunodeprimidos o personas con deficiencias inmunológicas congénitas o adquiridas, ya sea debido a una enfermedad concurrente (p. ej., serología positiva para HIV, leucemia, linfoma), a terapia oncológica (p. ej., medicamentos citostáticos, radiación) o a terapia inmunosupresora (p. ej., corticosteroides). Vejicur® no debe administrarse a personas con tuberculosis activa. La tuberculosis activa debe descartarse en pacientes con resultado positivo en la prueba cutánea de la tuberculina (p. ej., PPD-Mantoux) antes de iniciar un tratamiento con Vejicur®. Antecedentes de radioterapia vesical. El tratamiento con Vejicur® está contraindicado en mujeres durante la lactancia (ver sección 4.6). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo: Vejicur® no puede utilizarse para administración subcutánea, intradérmica, intramuscular o intravenosa, ni para vacunación.** *RTU, biopsia vesical, cateterización traumática:* Vejicur® no debe instilarse antes de 15 a 21 días después de una RTU, una biopsia vesical o un cateterismo traumático. *Tratamiento de síntomas, signos o síndromes:* Ver sección 4.8. *Numero de instilaciones de BCG:* Los efectos secundarios del tratamiento con BCG son frecuentes, pero generalmente leves y transitorios. Las reacciones adversas suelen aumentar con el número de instilaciones de BCG. *Infección/reacción sistémica por BCG:* Los informes sobre reacciones sistémicas al BCG son raros y se describen como fiebre > 39,5ºC durante al menos 12 horas, fiebre > 38,5ºC durante al menos 48 horas, neumonía miliar, hepatitis granulomatosa, alteraciones en las pruebas de función hepática, disfunción orgánica (distinta a la del tracto genitourinario) con inflamación granulomatosa en la biopsia. La posibilidad de infecciones sistémicas graves por BCG debe ser considerada antes de iniciar el tratamiento. La instilación traumática puede promover episodios de sepsis por BCG con posible shock séptico y muertes potenciales. La infección del tracto urinario debe excluirse antes de cada instilación vesical con BCG (la inflamación de la membrana mucosa vesical puede aumentar el riesgo de diseminación hematológica del BCG). Si se diagnostica una infección del tracto urinario durante la terapia con BCG, ésta debe interrumpirse hasta que el análisis de orina se haya normalizado y el tratamiento con antibióticos haya terminado. La infección de implantes e injertos ha sido descrita en pacientes con p. ej., aneurisma o prótesis. *Fiebre o hematuria intensa:* El tratamiento debe posponerse hasta la resolución de la fiebre concurrente o la hematuria intensa. *Baja capacidad vesical:* El riesgo de contractura vesical puede aumentar en pacientes con baja capacidad vesical. *HLA-B27:* Los pacientes con HLA-B27 positivo pueden sufrir un aumento de la incidencia de artritis reactiva o de síndrome de Reiter. *Precauciones para la manipulación:* Vejicur® no debe manipularse ni en la misma habitación, ni por el mismo personal que prepara medicamentos citotóxicos para administración intravenosa. Vejicur® no debe ser manipulada por una persona que presente una inmunodeficiencia conocida. *Pacientes con inmunodeficiencia:* Pacientes con inmunodeficiencia conocida deben evitar el contacto con pacientes sometidos a tratamiento con BCG. *Pruebas cutáneas con tuberculina:* El tratamiento intravesical con Vejicur® podría inducir sensibilidad a la tuberculina y complicar la posterior interpretación de la prueba cutánea de la tuberculina para el diagnóstico de infecciones micobacterianas. Por tanto, la reactividad a la tuberculina podría realizarse antes de la administración de Vejicur®. *Embarazo:* Vejicur® no se recomienda durante el embarazo (ver sección 4.6). *Transmisión sexual:* Hasta el momento, no se ha descrito la transmisión sexual del BCG, pero se recomienda usar preservativo durante las relaciones sexuales mantenidas en la semana siguiente al tratamiento con BCG. *Derramamiento de Vejicur®:* El derramamiento de la suspensión de Vejicur® debe tratarse con un desinfectante como hipoclorito fuerte. Si se derrama sobre la piel, debe tratarse con hipoclorito diluido. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Las bacterias BCG son sensibles a los fármacos antituberculosos (p. ej., etambutol, estreptomicina, ácido p-aminosalicílico (PAS), isoniazida (INH) y rifampicina), a los antibióticos, a los antisépticos y a los lubricantes. Se han descrito resistencias frente a la pirazinamida y la cicloserina. Durante el tratamiento mediante instilación vesical de BCG, debe evitarse la administración concomitante de agentes antituberculosos y antibióticos como fluoroquinolonas, doxiciclina o gentamicina, debido a la sensibilidad del BCG a dichos medicamentos. **4.6 Embarazo y lactancia:** *Embarazo (ver sección 4.4):* No hay datos específicos sobre el uso de Vejicur® en mujeres embarazadas. No se han realizado estudios sobre reproducción animal. Vejicur® no se recomienda durante el embarazo. *Lactancia:* No hay datos adecuados sobre la excreción de esta bacteria en la leche materna. Este tratamiento está contraindicado en mujeres en período de lactancia (ver sección 4.3). **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Síntomas locales o sistémicos durante el tratamiento con Vejicur® podrían afectar a la capacidad para conducir o utilizar maquinaria. **4.8 Reacciones adversas:** Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada frecuencia. Las reacciones adversas al tratamiento con BCG son frecuentes, pero generalmente leves y transitorias. Las reacciones adversas suelen aumentar con el número de instilaciones de BCG. *Reacciones adversas locales:* Se producen molestias y dolor a la micción, así como frecuencia miccional hasta en el 90 % de los pacientes. La cistitis y la reacción inflamatoria (granulomas) pueden ser una parte esencial de la actividad antitumoral. Ver tratamiento de los síntomas en la tabla que aparece a continuación. Otros efectos secundarios locales que se observan infrecuentemente son: hematuria macroscópica, infección del tracto urinario, retracción vesical, obstrucción urinaria, orquitis y epididimitis. Raramente se observa un absceso renal. *Reacciones adversas sistémicas:* Las reacciones adversas sistémicas se definen como: fiebre >39,5ºC durante al menos 12 horas, fiebre >38,5ºC durante al menos 48 horas, neumonía miliar producida por BCG, hepatitis granulomatosa, pruebas de función hepática anormales, disfunción orgánica (distinta a la del tracto genitourinario) con inflamación granulomatosa en la biopsia, síndrome de Reiter. Pueden producirse febrícula, síntomas de tipo gripal y malestar general. Estos síntomas suelen remitir en 24-48 horas y deberían tratarse mediante tratamiento sintomático habitual. Estas reacciones son signos del inicio de una reacción inmunológica. Todos los pacientes a los que se administre el medicamento han de ser vigilados estrechamente, y se les debe aconsejar que comuniquen todas las incidencias de fiebre y otros episodios no relacionados con las vías urinarias. La sepsis por BCG ha sido descrita como una situación con riesgo para la vida. Ver recomendaciones de tratamiento en la tabla a continuación. En casos raros, pueden producirse artritis/artralgias y erupciones cutáneas. En la mayoría de los casos de artritis, artralgias y erupción cutánea, éstas pueden atribuirse a reacciones de hipersensibilidad del paciente al BCG. Puede ser necesario en algunos casos interrumpir la administración de Vejicur®.

| FRECUENCIA | REACCIONES ADVERSAS |
|---|---|
| Muy frecuente (>1/10) | **Trastornos gastrointestinales:** náuseas. **Trastornos urinarios:** cistitis y reacciones inflamatorias (granulomatosas) en la vejiga, frecuencia miccional con molestias y dolor. **Trastornos del sistema reproductor**: prostatitis granulomatosa asintomática. **Trastornos generales:** fiebre < 38,5ºC, síntomas de tipo gripal (malestar, fiebre, escalofríos), malestar general. |
| Frecuente (>1/100, <1/10) | **Trastornos generales:** fiebre > 38,5ºC. |
| Infrecuente (>1/1000, < 1/100) | **Alteraciones sanguíneas:** citopenia, anemia. **Trastornos del sistema inmunológico:** síndrome de Reiter (conjuntivitis, oligoartritis asimétrica y cistitis). **Trastornos respiratorios**: neumonitis miliar, granuloma pulmonar. **Trastornos hepatobiliares**: hepatitis. **Trastornos de la piel:** erupción y absceso. **Trastornos musculoesqueléticos:** artritis, artralgia. **Trastornos urinarios:** infección del tracto urinario, hematuria macroscópica, retracción vesical, obstrucción urinaria. **Trastornos del sistema reproductor**: orquitis, epididimitis. **Trastornos generales:** hipotensión. |
| Raro (>1/10.000,< 1/1000) | **Infecciones:** sepsis por BCG. **Trastornos vasculares:** infección vascular (p. ej., aneurisma infectado). **Trastornos renales:** abscesos renales. **Trastornos del sistema reproductor:** prostatitis granulomatosa sintomática. |
| Muy raro (>1/10.000) incluyendo informes aislados | **Infecciones:** infección por BCG de implantes y tejidos circundantes (p. ej., infección injerto aórtico, desfibrilador cardíaco, artroplastia de cadera o rodilla). **Trastornos del sistema linfático:** linfadenitis cervical, infección regional de ganglios linfáticos. **Trastornos del sistema inmunológico:** reacciones de hipersensibilidad (p. ej., edema palpebral, tos). **Trastornos vasculares:** fístula vascular. **Trastornos del tejido musculoesquelético, conectivo y óseo**: osteomielitis, infección de médula ósea, absceso en psoas. **Trastornos oculares:** coriorretinitis, conjuntivitis, uveítis. **Trastornos gastrointestinales:** vómitos, fístula intestinal, peritonitis. **Trastornos del sistema reproductor:** orquitis o epididimitis resistente a tratamiento antituberculoso, infección del glande. |

| SÍNTOMAS, SIGNOS O SÍNDROME | TRATAMIENTO |
|---|---|
| 1) Síntomas de irritación vesical de duración inferior a 48 horas | Tratamiento sintomático. |
| 2) Síntomas de irritación vesical de 48 horas de duración o superior | Interrumpir el tratamiento con Vejicur® e iniciar tratamiento con quinolonas. Si después de 10 días no se ha observado la resolución completa, administrar isoniazida (INH)* durante 3 meses. En caso de tratamiento antituberculoso, el tratamiento con Vejicur® debería suspenderse definitivamente. |
| 3) Infección bacteriana concomitante en tracto urinario | Posponer el tratamiento con Vejicur® hasta que el análisis de orina sea normal y haya concluido el tratamiento con antibióticos. |
| 4) Otras reacciones adversas genitourinarias: prostatitis granulomatosa sintomática, epididimitis y orquitis, obstrucción uretral y absceso renal | Interrumpir el tratamiento con Vejicur®. Administrar isoniazida (INH)* y rifampicina*, durante 3-6 meses según la gravedad. En caso de terapia antituberculosa, el tratamiento con Vejicur® debería suspenderse definitivamente. |
| 5) Fiebre inferior a 38,5ºC de duración inferior a 48 horas | Tratamiento sintomático con paracetamol. |
| 6) Erupción cutánea, artralgias o artritis, o síndrome de Reiter | Suspender el tratamiento con Vejicur®. Administrar antihistamínicos o antiinflamatorios no esteroideos. Si no hay respuesta, administrar isoniazida* durante 3 meses. En caso de terapia antituberculosa, el tratamiento con Vejicur® debería interrumpirse definitivamente. |
| 7) Reacción sistémica** al BCG sin signos de shock séptico. ***ver definición de reacción sistémica al BCG* | Suspender definitivamente la administración de Vejicur®. Consultar con un especialista en enfermedades infecciosas. Administrar tratamiento antituberculoso con tres fármacos * durante 6 meses. |
| 8) Reacción sistémica al BCG con signos de shock séptico | Suspender definitivamente la administración de Vejicur®. Administrar inmediatamente tratamiento antituberculoso* con 3 fármacos combinado con corticoterapia a altas dosis de efecto rápido. Consultar con un especialista en enfermedades infecciosas. |

** Precaución: Las bacterias BCG son sensibles a todos los medicamentos antituberculosos, actualmente utilizados, excepto a pirazinamida. Si es necesario un tratamiento antituberculoso con 3 fármacos, la combinación generalmente recomendada es isoniazida (INH), rifampicina y etambutol.*

**4.9 Sobredosis:** Es improbable que se produzca una sobredosis, ya que un vial de Vejicur® corresponde a una dosis. No hay datos que indiquen que una sobredosis pueda producir otros síntomas distintos a las reacciones adversas descritas. **5. DATOS FARMACÉUTICOS: 5.1 Lista de excipientes:** Polvo: poligelina, glucosa anhidra y polisorbato 80. Disolvente: cloruro sódico y agua para inyectables. **5.2 Incompatibilidades:** Vejicur® es incompatible con soluciones hipotónicas e hipertónicas. **5.3 Periodo de validez:** 2 ó 3 años cuando el número de unidades viables a la liberación sea superior a 5x108 unidades formadoras de colonia/vial, en ningún caso superando los 4 años desde la fecha de obtención. Después de la reconstitución, el producto debe utilizarse inmediatamente. **5.4 Precauciones especiales de conservación:** Conservar en nevera (2ºC - 8ºC). No congelar. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la luz. Para las condiciones de conservación del medicamento reconstituido, ver sección 6.3. **5.5 Naturaleza y contenido del recipiente:** Polvo en vial (vidrio tipo I) con tapón de caucho + 50 ml de disolvente en una bolsa (PVC) con pieza conectora y catéter adaptador (adaptador cónico o adaptador Luer-Lock) con/sin catéter - envases de 1, 3 y 5. Posible comercialización solamente de algunos tamaños de envases. **5.6 Precauciones especiales manipulaciones y de eliminación:** *Instrucciones de uso/manipulación:* Antes de usar el producto, tiene que resuspenderse en condiciones asépticas con solución estéril de cloruro sódico al 0,9 % (véase más adelante). Reconstituir la suspensión antes de su uso girándola suavemente. Se recomienda el uso de guantes. Las partículas macroscópicas visibles no afectan a la eficacia ni a la seguridad del producto. Reconstitución y administración con el sistema de instilación: 1) Separar la bolsa protectora, pero sin quitarla por completo. Así se protegerá la punta del sistema de instilación de la contaminación hasta el último momento. 2) Quitar las tapas del vial y del sistema de instilación. Preparar una bolsa para desechables. 3) Presionar firmemente el vial de Vejicur® sobre el adaptador del sistema de instilación. 4) Romper el mecanismo del tubo del adaptador para abrirlo - con ello se establece la conexión. 5) Bombear el líquido al vial. 6) Invertir el sistema combinado; bombear aire al interior con el vial en la parte superior. Extraer la suspensión de BCG reconstituida al sistema de instilación. No retirar el vial. 7) Mantener vertical el sistema de instilación. Retirar ahora completamente la bolsa protectora. Conectar el adaptador del catéter al catéter. Romper el mecanismo de cierre del tubo para abrirlo e instilar el fármaco. Liberar el catéter pasando aire a través de él. Mantener el sistema de instilación apretado y colocarlo con el catéter en la bolsa para desechables. La eliminación de los productos no utilizados o de los envases se establecerá de acuerdo con las exigencias locales. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** medac. Gesellschaft für klinische. Spezialpräparate mbH. Fehlandstraße 3. D-20354 Hamburgo. Alemania. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 64.882. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 10.07.2002. Fecha de revalidación: 17.07.2006. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Julio 2006. **10. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Uso Hospitalario. Precio: PVL: 70,41 euros; PVP: 105,68 euros; PVPiva: 109,91 euros. **11. FECHA DE ELABORACIÓN DEL MATERIAL PROMOCIONAL:** Enero 2010.

Noticias de interés

# Elecciones a Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería en Urología

Agotado el periodo de gobierno de la actual Junta Directiva, se convocan elecciones según prescriben nuestros estatutos vigentes y de los cuales adjuntamos extracto:

**Artículo 17 de los estatutos de la Asociación Española de Enfermería en Urología:**

- Los cargos de la Junta Directiva serán elegidos por la Asamblea General Ordinaria entre los Socios numerarios, con una antigüedad mínima en la Asociación de un año, teniendo cada periodo una duración de cuatro años.
- Serán electores todos los socios numerarios independientemente de su antigüedad y que consten en el censo electoral.
- Se presentarán listas completas y cerradas a los cargos de:
  - Presidente.
  - Vicepresidente.
  - Secretario general.
  - Tesorero.
  - Vocal I.
  - Vocal II.
  - Vocal III.
- El periodo de recepción de Candidaturas se iniciará el 21 de junio a las 0:00 horas, y se cerrará el día 21 de septiembre a las 24 horas, no admitiéndose ninguna candidatura fuera de ese plazo.
- En la convocatoria de asamblea se incluirán las listas candidatas para conocimiento de todos los socios electores.
- El voto será directo en el transcurso de la Asamblea General Ordinaria a celebrarse el día 21-10-2010, con motivo del XXXII Congreso Nacional de la Asociación, en la ciudad de Málaga.
- La mesa electoral estará formada por el socio de menor antigüedad, el de más antigüedad de los presentes, junto con un miembro de la Junta Directiva y los representantes de las distintas candidaturas delegados por éstas.
- Las candidaturas serán remitidas por correo certificado a la siguiente dirección postal:
  ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA
  Avd. Ramón y Cajal, nº 20. 41005 SEVILLA, y simultáneamente a la dirección del correo electrónico de la página web: **enfuro@enfuro.org**

Sevilla, a 1 de abril de 2010
**Secretaría general**

Luis A. Aparcero Bernet

**Desde estas líneas os animamos a formar candidaturas y presentaros; de haber varias, sería síntoma inequívoco de que nuestra Asociación está «viva» y dinámica.**

# Premio ENFURO

Durante el acto de clausura del XXXII Congreso, a celebrar en Málaga, se hará entrega del Premio *ENFURO* otorgado al mejor trabajo publicado en la revista durante los dos últimos años (números del 106 al 113, ambos inclusive).

El montante económico del mismo será de 600 euros.

El Jurado estará compuesto por:
- Un miembro del consejo de redacción de *ENFURO*.
- Tres miembros de la Asociación Española de Enfermería en Urología.

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

**CURSOS, CONVOCATORIAS Y CONGRESOS**

# Curso ZARAGOZA

Durante los días 4, 5 y 6 de febrero de 2010 se celebró en Zaragoza el II Curso Formativo organizado por la Asociación Española de Enfermería en Urología, con el título «Herramientas para evitar la variabilidad en la práctica enfermera».

Los cursillistas pudieron adquirir conocimientos sobre variabilidad en la práctica enfermera, enfermería basada en la evidencia, introducción a la búsqueda de información en las principales bases de datos. El curso finalizó con un taller en el que se formó a los asistentes en la realización de protocolos basados en la evidencia. Durante el desarrollo del taller se formaron 4 grupos de trabajo, los cuales presentaron el proyecto de un protocolo basado en la evidencia.

Como novedad, y dado el interés que creemos tiene para el colectivo de enfermería urológica, estos protocolos, que estarán finalizados para el mes de octubre, serán presentados por sus autores en el próximo Congreso Nacional, a celebrar en la ciudad de Málaga.

Como se informó en su día, se ha becado el curso con 200 euros a todos los socios asistentes.
Queremos agradecer a la industria su apoyo y participación, lo que garantiza que podamos becar a los socios asistentes.

Convatec puso a nuestra disposición a dos estupendos docentes.

Braun y Astra, con sus aportaciones, ayudaron a financiar el alojamiento de los cursillistas.

Agradecemos a todos su colaboración y a los socios asistentes el entusiasmo y buen hacer demostrado durante el desarrollo de este curso.

# XXXII Congreso Nacional de En

enfuro XXXII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA
MÁLAGA / DEL 20 AL 23 DE OCTUBRE DE 2010

El Comité organizador del XXXII Congreso a celebrar en Málaga nos informa de que, para mayor agilidad y operatividad, tanto las inscripciones como las reservas de hotel y el envío de resúmenes de pósters y comunicaciones se deben hacer on line, en la página web del Congreso en la siguiente dirección: **www.enfuromalaga2010.com**

Para cualquier duda o sugerencia puedes hacerla llegar a través de la siguiente dirección de correo: **enfuromalaga2010@viajeseci.es**

**Fechas a recordar:**
Calendario

- **Marzo de 2010**
  Disponible registro e inscripción on line
- **29 de marzo de 2010**
  Disponible reserva de alojamiento on line
- **1 de septiembre de 2010**
  Fecha límite cuota reducida inscripción

## PROGRAMA PROVISIONAL

### 20/10/10
TARDE

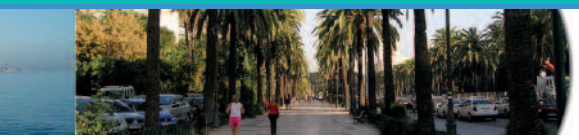
| | |
|---|---|
| 15:30 h. | Entrega de documentación y acreditaciones. |
| 17:30 h. | Acto inaugural. |
| 18:00-19:00 h. | Ponencia inaugural: «Intervenciones, competencias y servicios enfermeros». Ponente: José Miguel Morales Asensio. Enfermero. Antropólogo. Doctor en Economía de la Salud. Profesor titular de la Escuela Andaluza de Salud Pública. |
| 19:00-20:00 h. | Comunicaciones libres |
| 21:00 h. | ACTO DE BIENVENIDA |

### 21/10/10
MAÑANA

| | |
|---|---|
| 9:00-11:00 h. | Mesa redonda: «Competencias enfermeras». |
| 11:00-11:30 h. | Café. |
| 11:30-12:30 h. | Ponencia: «La realidad de la prescripción enfermera. ¿Y después de un año, qué...?» Ponente: Luis Torres Pérez. Jefe de Bloque de Calidad y Proceso del Hospital Virgen de la Victoria. Presidente SAECC. |
| 12:30-13:30 h. | Otra visión de la Enfermería. Con el patrocinio de *Enfuro*. ■ Presentación ONG «Enfermeras para el mundo». ■ Enfermería urológica en Cuba. Presentación de la web *Enfermería Urológica Cubana*. Yanela Díaz Oquendo. Gestión hospitalaria en Cuba. José Borot. |
| 13:30-14:15 h. | Instilaciones vesicales. Bloque de comunicaciones |
| 14:30-16:00 h. | Almuerzo de trabajo. |

# fermería Urológica

20, 21 y 22 de Octubre de 2010
MÁLAGA



## TARDE

16:15-17:00 h. Dispositivos absorbentes.
Bloque de comunicaciones
17:00-20:00 h. Comunicaciones libres
18:30 h. Asamblea socios ENFURO.

## 22/10/10
## MAÑANA

9:00-11:00 h. Mesa redonda: «Planes de cuidados en Urología».
11:00-11:30 h. Café.
11:30-12:00 h. Ponencia:
«Seguridad clínica en pacientes urológicos»
Ponente: Ana Rodríguez Cala. Directora de Estrategia y Proyectos del Instituto Catalán de Oncología.
12:00-13:00 h. Herramientas para evitar la variabilidad en la práctica clínica.
- Presentación de 4 guías clínicas.

13:00-14:15 h. Comunicaciones libres
14:30-16:00 h. Almuerzo de trabajo.

## TARDE

16:15-17:30 h. Defensa general de comunicaciones en formato póster.
16:15-19:00 h. Comunicaciones libres
19:00-19:30 h. Defensa de 5 mejores póster en Sala Plenaria.
19:30-20:00 h. Ponencia de clausura.
20:00 h. Clausura del Congreso.
21:30 h. CENA DE CLAUSURA. Entrega de premios. Mejor Póster y Mejor Comunicación. Presentación sede 2011.

## 23/10/10

10:00 h. VISITA A LA CIUDAD.
Cortesía del Excelentísimo Ayuntamiento de Málaga. Incluye: Centro histórico, Casa natal de Picasso, Alcazaba de Málaga.

** Los interesados realizarán inscripción previa y gratuita el día 21/10/2010.*

## DESARROLLO MESAS REDONDAS

### 21/10/10
COMPETENCIAS ENFERMERAS
4 PONENCIAS Y DEBATE
- Representante de la Organización Colegial de Enfermería.
- Representante de las Escuelas de Enfermería.
- Abogado experto en Derecho Sanitario.
- Juez

*La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 7.2-a, recoge que «corresponde a los diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades».*

### 22/10/10
PLANES DE CUIDADOS EN UROLOGÍA
4 PONENCIAS Y DEBATE
- Antropología de los Cuidados de Enfermería: continuidad de cuidados.
- Cuidados de Urología en la Atención Primaria.
- Presentación de 2 planes de cuidados hospitalarios.
  - H. Virgen de la Victoria: RTU de próstata.
  - H. Carlos Haya: RTU de vejiga.

Patrocinan:

# Mito In
SYSTEM

# El sistema ideal para las instilaciones vesicales

## SEGURO

**Mito in** cumple con la **Directiva 93/42/CEE** de los productos sanitarios ya que dispone de un sistema de calidad que asegura la conformidad de los productos con los requisitos esenciales aplicables mediante la realización de controles que abarcan todo el sistema de producción, desde las materias primas hasta los productos finales. Dicho otorgamiento del marcado CE certifica que el producto puede comercializarse con conformidad a su finalidad prevista y no compromete la seguridad ni la salud de los pacientes y usuarios ni de otras personas.

## SIMPLE

Más de 130 hospitales en España ya lo están utilizando gracias a su sistema cerrado y fácil de usar.

## EFICAZ

**Mito in** consiste en un conjunto de tubos, conectores, válvulas y pinzas de sujeción que controlan el fluido diluyente desde una jeringa hasta el vial del fármaco y desde éste al set de difusión (luer lock).

Inibsa
LABORATORIOS

Ctra. Sabadell-Granollers, km 14,5
08185 Lliçà de Vall, Barcelona - España
Tel. +34 938 609 500
Fax +34 938 439 695
www.inibsa.com
e-mail:info_medica@inibsa.com