enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 128. Abril 2015

Protocolo de sondaje vesical.
Uso, inserción, mantenimiento y retirada

Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria

La Enfermería urológica durante el periodo del ayudante técnico sanitario. Su reflejo en los tratados para su formación

Accidentes biológicos de enfermería en quirófano con material inciso-punzante

Sobre el próximo congreso. Programa preliminar

ENFURO
nº 128 / Abril 2015
Año X

JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidenta: Ana Quintanilla Sanz
Vicepresidente: Francisco Estudillo González
Secretario: Francisco Milla España
Tesorera: Mercè Folguera Arnau
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:
Francisco Milla España
Mercè Folguera Arnau
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 aérea. Ciudad de las Artes y las Ciencias. Valencia.

ENFURO - Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Urología-Andrología e Incontinencia Urinaria)
Secretaría y sede administrativa: Colegio de Enfermería. C/ Paer Casanovas, 37-altillo. 25008 Lleida
Teléfono: 973 24 37 60. Fax: 973 24 60 69
Correo electrónico: enfuro@enfuro.org
Web: www.enfuro.es

Sumario

- Editorial 3
- Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada
  Irene Abásolo Otegui, Beatriz Rezola Aldaz, Juan Carlos Sarasola González, Ramón Arrieta Genua, Yolanda Gómez Prieto, Ana Múgica Echeverría, Rosa Aguirre Aranaz 4
- Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria
  Lamoglia-Puig, M; Juvinyà-Canal, D; Godall-Castell, M; Pérez-Pérez, I; Rifà-Ros, R; Rodríguez-Monforte, M; Pallarès-Martí, A 16
- La Enfermería urológica durante el periodo del ayudante técnico sanitario. Su reflejo en los tratados para su formación
  Manuel Jesús García Martínez, Antonio Claret García Martínez 22
- Accidentes biológicos de enfermería en quirófano con material inciso-punzante
  Sanz Cantín, O; Miguel Romeo, C 29
- Sobre el próximo congreso. Programa preliminar ... 39

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

Adiós a Maika

Hace unos meses recibíamos en esta redacción la triste noticia del fallecimiento de nuestra compañera y amiga María del Carmen Piñeiro Guimerams, Maika para todos los que tuvimos el placer de conocerla, trabajar con ella y ser sus amigos.

Es fácil hacer una necrológica de una persona y deshacerse en halagos hacia ella, pero en el caso de nuestra compañera y amiga Maika, esta reseña la hacemos de corazón y con sinceridad, ya que fue una persona amiga de sus amigos, trabajadora incansable, ilusionada y enamorada de su profesión.

Lideraba hasta el final de sus días a un grupo de enfermeras del Hospital de Donosti desde hacía más de 23 años, y junto a este grupo participó en numerosas actividades científicas de esta asociación, siendo miembro de comités científicos, coautora de numerosos trabajos presentados a diferentes congresos y publicados en nuestra revista, directora técnica del congreso de esta asociación celebrado en Donosti en octubre de 2011, donde nos hizo sentir como en casa y pasamos unas jornadas inolvidables junto a todo su equipo, y un largo etcétera de actividades con las que no os queremos cansar.

No menos importante, su trabajo en la mejora de la práctica enfermera, procurando reciclarse y que su equipo de Enfermería estuviera siempre al día en investigación y competencias.

Pero sobre todo queremos destacar su grandeza como persona, simpática y afable, comprometida, preocupada por los demás, volcada con sus compañeros y amigos, a los que ha dado a todos una lección de entereza y lucha ante la enfermedad que al final la doblegó.

A su familia: su esposo, Luis, hijos y nietos, de los que tan orgullosa estaba y tanto nos hablaba, nuestro más sincero abrazo; a vosotros, sus compañeros, fuerza para seguir adelante y haced que se sienta orgullosa de todos, y a ti, Maika, allá donde estés, querida compañera, descansa en paz; aquí, tu familia de la Urología Enfermera nunca te olvidará. ■

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
C/ Paer Casanovas, 37-altillo. 25008 Lleida

IRENE ABÁSOLO OTEGUI[1], BEATRIZ REZOLA ALDAZ[1], JUAN CARLOS SARASOLA GONZÁLEZ[1], RAMÓN ARRIETA GENUA[2], YOLANDA GÓMEZ PRIETO[3], ANA MÚGICA ECHEVERRÍA[4], ROSA AGUIRRE ARANAZ[5]
[1] Enfermeras y enfermero del Servicio de Urología. Hospital Universitario Donostia.
[2] Enfermero del Servicio de Urgencias Generales. Hospital Universitario Donostia.
[3] Supervisora del Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario Donostia.
[4] Enfermera del Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Donostia.
[5] Coordinadora. Adjunta de Enfermería. Hospital Universitario Donostia.

Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definiciones

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos. El catéter urinario es el dispositivo que se emplea para realizar el sondaje vesical.

1.2. Tipos de sondaje

La elección del sondaje depende de la indicación clínica y de la duración esperada del sondaje.

- Sondaje permanente:
  - De larga duración: mayor de 30 días. Pacientes con retención crónica de orina, reacios, o no candidatos, a otro tipo de intervención terapéutica.
  - De corta duración, de iguales características que el anterior pero con una duración menor de 30 días, usándose en caso de patologías agudas. Sondaje de elección en el ámbito hospitalario para drenaje vesical por un corto periodo de tiempo.
- Sondaje intermitente o evacuador:
  - En este tipo de sondaje, el catéter se retira tan pronto como se ha vaciado la vejiga de orina.

1.3. Tipos de sondas

- Según su composición:
  - Silicona: los catéteres de silicona son los que presentan mayor biocompatibilidad, y a igualdad de calibre exterior, mayor calibre funcional (luz interior), por lo que pueden ser más finas y tener por tanto mejor tolerancia.
  - Cloruro de polivinilo (PVC): se emplea en cateterismos intermitentes, con fines diagnósticos, terapéuticos, para realizar instilaciones y para medir la orina residual.
  - Poliuretano: recomendado en el sondaje intermitente.
  - Látex: cada vez menos utilizadas, se asocian a inflamación uretral, pudiendo de forma crónica producir estenosis uretral.
- Según el calibre:
  - El calibre de las sondas vesicales se determina mediante la escala francesa o de Charriere, CH o Ch, French en inglés. 1 CH o French equivale a 1/3 de mm. Los calibres que se utilizan con más frecuencia son en mujeres CH 14 y 16 y en varones CH 16 y 18.
- Según el diseño de la punta (figura 1):
- Según longitud: en el sondaje intermitente existen dos longitudes, para los hombres de 40 cm y para las mujeres de 20 cm.

1.4. Tipos de sistemas de drenaje

a) Sistema de drenaje abierto: en este sistema se precisa desconectar sonda y bolsa de orina para realizar un cambio de bolsa o un vaciado de la misma.
b) Sistema de drenaje cerrado: en este sistema la sonda no se desconecta de la bolsa de recogida de orina, ya que esta dispone de una llave o grifo que permite vaciar la orina (figura 2).

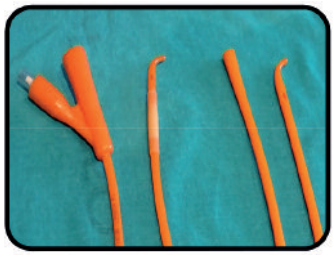
1.5. Técnica estéril, aséptica y limpia para el sondaje vesical

Existen varias técnicas de sondaje vesical, sin embargo, cuando una cierta técnica se menciona en la literatura no siempre queda claro a qué se refiere exactamente. Además, bajo un mismo término podemos encontrar que las prácticas difieren. A modo de aclaración se exponen a continuación las diferentes técnicas, tal como las utiliza la EAUN (European Association of Urology Nurses) en su última guía de cateterización intermitente en adultos, 2013:

- TÉCNICA ESTÉRIL: la técnica estéril completa solo se utiliza en los quirófanos y en situaciones de diagnóstico. La técnica estéril implica que todo el material es estéril y la colocación de la sonda se realiza con bata estéril, guantes, etc.; es decir, las condiciones completas de quirófano. Ahora es ampliamente aceptado que el acrónimo SIC (cateterización intermitente estéril) ha sido utilizado incorrectamente para la técnica aséptica.
- TÉCNICA ASÉPTICA: cuando se menciona el concepto "técnica aséptica", se hace referencia a la utilización de:
  - Catéter estéril.
  - Desinfección o la limpieza de los genitales / higiene y desinfección de los genitales.
  - Guantes estériles.

Figura 1
Tipos de sonda según el diseño de la punta

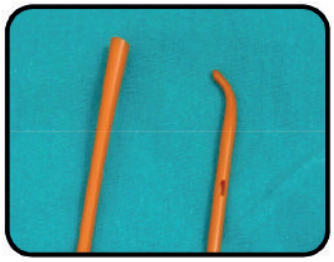
DUFOUR
– Punta curva y con amplio orificio. Con balón de fijación.
– Para lavados vesicales con coágulos.



TIEMANN
– Punta curva y olivada. Con o sin globo.
– En pacientes prostáticos y en estenosis de uretra.

COUVELAIRE
– Punta biselada o en pico flauta. Con o sin globo.
– En pacientes con hematuria.

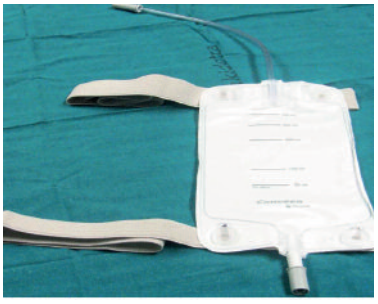
FOLEY
– Rectas, de dos o tres luces, con balón de fijación.
– Las de dos luces en sondajes permanentes; las de tres luces en hematurias que precisan suero lavador.



MERCIER
– Punta acodada en forma de palo de golf. Con o sin globo.
– Se emplea tras cirugía prostática, en estenosis de uretra y en pacientes prostáticos.

SONDAJE INTERMITENTE
– Distintos tamaños para hombre o mujer y conexiones diferentes según la utilidad: recogida de muestras, vaciado vesical, medicación.
– De una sola vía y sin balón de fijación.

Figura 2
Tipos de sistemas de drenaje



– Adicionalmente se pueden utilizar pinzas.
– Lubricante estéril (si el catéter no está prelubricado).

- TÉCNICA LIMPIA: esta técnica solo es usada por los pacientes o cuidadores en el entorno del hogar. En algunos países la técnica limpia solo se utiliza si una técnica aséptica no es posible, por ejemplo, debido a la disfunción cognitiva o discapacidad funcional. Hace referencia a la utilización de:
  – Catéter estéril o reutilizable.
  – Lavado de genitales con agua o agua y jabón.

– Lavado de manos con agua y jabón.
– No uso de guantes.
– Lubricante estéril o no lubricante.

2. JUSTIFICACIÓN

2.1. Epidemiología

Entre un 15 y un 25% de los pacientes atendidos en hospitales de agudos y más del 85% de los pacientes de cuidados intensivos son portadores de catéter urinario. Además, un 20% de los internos en residencias geriátricas, un 15% de los lesionados medulares y un porcentaje desconocido de pacientes ambulatorios son portadores transitorios de una sonda vesical.

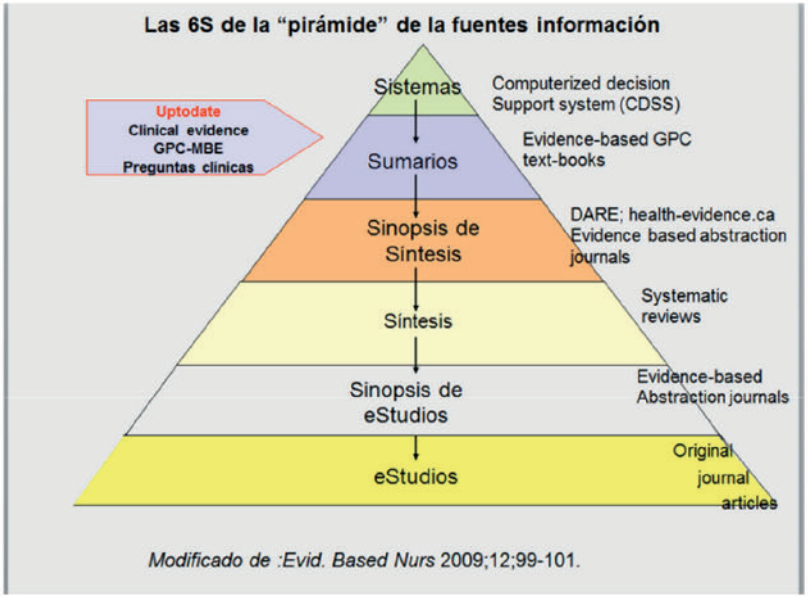
La infección del tracto urinario de origen nosocomial es la complicación más frecuente asociada al sondaje vesical. Un 80% de las infecciones del tracto urinario se asocia a la presencia de un catéter urinario. La infección se introduce generalmente por dos vías, la vía intraluminal, por migración retrógrada del sistema de drenaje, y por vía extraluminal, a través del espacio existente entre la sonda y la uretra. Factores intrínsecos como la edad avanzada, el sexo femenino, la insuficiencia renal, la diabetes mellitus, la inmunodepresión o las malformaciones pueden también facilitar la aparición de la infección urinaria. El estudio EPINE 2011 mostró que las infecciones urinarias relacionadas con catéter fueron un 20,6% de todas las infecciones nosocomiales. Por su frecuencia y morbilidad, las infecciones urinarias en pacientes portadores de sondaje urinario constituyen un grave problema de salud pública que causa pruebas diagnósticas y tratamientos farmacológicos adicionales y alargamiento de la estancia hospitalaria.

Además de la infección urinaria, el sondaje vesical también se ha asociado a otras complicaciones como la parafimosis, la incontinencia, la perforación uretral y la estenosis uretral, que pueden tener una gran repercusión en la calidad de vida del paciente. Ver complicaciones del sondaje vesical en Anexo I.

2.2. Objetivo del protocolo

Definir el uso, la inserción, el mantenimiento y la técnica de retirada del catéter urinario basándose en la evidencia y adaptando esta al contexto del Hospital Universitario Donostia.

Figura 3



2.3. Profesionales a los que va dirigido

Este protocolo se dirige a todos los profesionales sanitarios que realizan sondajes urinarios, a todas las personas responsables de su mantenimiento y retirada, así como a todos los profesionales responsables de la prevención de complicaciones que el sondaje vesical pueda producir en pacientes que estén recibiendo cuidados de salud en el ámbito del hospital.

2.4. Población diana

Todos los pacientes que requieren un sondaje vesical.

3. METODOLOGÍA

Existen guías de práctica clínica que emiten recomendaciones basadas en la evidencia para el uso y manejo de los catéteres urinarios actualizadas y de alto valor científico. Este protocolo se basa en las guías de práctica clínica de la CDC (2009) y de la EAUN –European Association of Urology Nurses– (2012, 2013). Siguiendo las indicaciones del grupo Fisterra 2013, se ha realizado una revisión bibliográfica priorizando las bases de datos secundarias de acuerdo a la propuesta de Haynes (figura 3).

Posteriormente, el grupo de trabajo que ha elaborado este protocolo, integrado por profesionales de enfermería de los servicios de urgencias, urología, medicina interna y medicina preventiva, adaptó al contexto local el conocimiento científico, seleccionando, clasificando, ordenando y completando el contenido y las recomendaciones de modo que fueran relevantes para la práctica asistencial en el hospital.

4. RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

4.1. Recomendaciones sobre indicaciones y contraindicaciones del sondaje vesical

4.1.1. Indicaciones para el sondaje vesical

La indicación y manejo apropiados del

sondaje vesical pueden reducir la incidencia de complicaciones. La estrategia más efectiva para reducir la infección urinaria asociada al sondaje es evitar los sondajes innecesarios y la pronta retirada del sondaje una vez pasada la indicación.

- Utilizar el sondaje vesical únicamente en los casos apropiados (grado A). Actualmente un 50% de los sondajes vesicales es innecesario (Pigrau, 2013). Estas indicaciones son:
  - Manejo de la retención aguda de orina u obstrucción del tracto urinario.
  - Evaluar la diuresis en los pacientes en estado crítico.
  - En el perioperatorio de intervenciones quirúrgicas de:
    - Cirugía urológica o de estructuras próximas al tracto genitourinario para permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
    - Cirugías de duración muy prolongada.
    - Cirugías en las que se prevé la administración de gran cantidad de líquidos o diuréticos.
    - Cirugías en las que se necesita control de diuresis intraoperatorio.
  - Para favorecer la cicatrización de heridas perineales o sacras de pacientes incontinentes.
  - Pacientes que necesitan inmovilizaciones prolongadas.
  - Mejora del confort en los cuidados paliativos.
  - Manejo de la hematuria asociada con coágulos.
  - Vaciado de la vejiga en pacientes con vejiga neurógena.
  - Recogida de muestras estériles cuando el paciente no pueda orinar voluntariamente.
  - Administración de medicamentos con fines exploratorios o terapéuticos.
- Debe evitarse el uso del sondaje vesical para el manejo de la incontinencia (CDC, categoría IB). Ante un paciente incontinente se recomienda el uso de pañales o colectores de orina para evitar el riesgo de infección urinaria.
- Considerar alternativas al sondaje vesical permanente. En hombres, si no hay evidencia de retención urinaria u obstrucción vesical, se recomienda el uso de colectores externos (condones) (grado B).
- El sondaje intermitente se emplea para:
  - Aliviar de forma inmediata la distensión vesical aguda.
  - Obtener una muestra de orina estéril en pacientes con incontinencia.
  - Administrar fármacos (quimioterapia vesical, contraste radiológico, etc.).
  - Medir el volumen residual posmiccional.
  - Evitar volúmenes residuales posmiccionales superiores a 100 ml. Esto ocurre en pacientes con vejiga neurógena, lesión medular, mecánica miccional disfuncional, poscirugía de corrección de incontinencia urinaria, postratamiento con toxina botulínica o con patología obstructiva inoperable.
- Puede ser útil emplear un ecógrafo para evaluar el volumen de orina en pacientes con sondaje intermitente para reducir el número de sondajes innecesarios (Categoria II, CDC, 2009). Si se va a emplear el ultrasonido para visualizar la vejiga, asegurarse que las indicaciones son claras, que el personal de enfermería está entrenado en su uso y que el equipo se limpia siguiendo las normas de desinfección de dispositivos entre pacientes (categoría IB, CDC, 2009).

4.1.2. Contraindicaciones al sondaje vesical

- Contraindicaciones absolutas:
  - Presencia de herida en uretra, asociada con traumatismo pélvico.
  - Sospecha de rotura uretral.
  - Prostatitis aguda.
  - La presencia de sangre en meato o hematuria franca asociada a trauma debe ser evaluada primero por urología.
- Contraindicaciones relativas:
  - Estenosis uretral.
  - Cirugía reciente del tracto urinario.

4.2. Técnica del sondaje vesical en hombres y en mujeres

- Realizar la higiene de manos antes y después de la inserción o cualquier manipulación de la sonda vesical (grado IB). La solución hidroalcohólica es más rápida, más eficaz y mejor tolerada.
- Asegurar que las personas que insertan y manejan las sondas urinarias (personal sanitario, cuidadores y pacientes) tienen formación sobre el manejo y cuidado del sondaje vesical (grado IB).
- En el hospital los sondajes urinarios deben realizarse con técnica aséptica y con material estéril (grado B).
- Los pacientes con alto grado de autonomía y destreza manual o que se desenvuelvan en un entorno favorable, son candidatos a ser educados en la realización de autosondajes intermitentes; en este caso podrán hacerlo mediante técnica limpia: higiene de manos, higiene de genitales, y sondas estériles (grado A).
- A menos que clínicamente se indique lo contrario, se debe usar el calibre de catéter más pequeño posible y que sea compatible con un buen drenaje para minimizar el trauma de uretra y cuello de vejiga (grado B). Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente: en el caso de adultos existen sondas desde el calibre 8 al 30. En caso de hematuria o coágulos el calibre ha de ser mayor: 20-24 CH.
- Hay disponibles diferentes volúmenes de globo: 5 ml y 20 a 30 ml. Para la mayoría de pacientes un globo de 5 ml suele ser suficiente, aunque puede no serlo en determinados posoperatorios y en mujeres con musculatura pélvica débil.
- Se recomienda emplear un lubricante para la inserción de uso individual (grado B). El uso de lubricantes antisépticos no es necesario (Categoría II, CDC 2009).
- Tras la colocación aséptica de la sonda, se recomienda un sistema de drenaje cerrado (grado IB). Este sistema reduce la incidencia de bacteriuria e infección sintomática en pacientes con catéteres de duración inferior a 1-2 semanas.
- En los catéteres permanentes se debe fijar el catéter después de la inserción para prevenir el movimiento y la tracción uretral (grado B).

4.2.1. Descripción detallada de la técnica del sondaje vesical masculino/femenino

- Personal. Enfermera/o y auxiliar de Enfermería.
- Material necesario:
  - – Higiene de genitales:
    - a) Bacinilla.
    - b) Empapador.
    - c) Palangana.
    - d) Esponja jabonosa.
    - e) Agua templada o suero fisiológico de 250 ml.
    - f) Toalla.
    - g) Guantes no estériles
  - – Inserción de la sonda:
    - a) Mesa auxiliar, carro o batea.
    - b) Paños estériles.
    - c) Sonda vesical estéril. Tipo y número según necesidad.
    - d) Bolsa colectora estéril de circuito cerrado.
    - e) Guantes estériles.
    - f) Gasas estériles.
    - g) Antiséptico: povidona yodada al 10% y si alergia u otro problema solución de clorhexidina acuosa al 0,5%.
    - h) Lubricante hidrosoluble urológico estéril en unidosis.
    - i) Jeringa estéril.
    - j) Ampolla de agua destilada estéril para inflar el globo de la sonda.
    - k) Colgador de bolsa de orina.
- Información: informar a la/al paciente del procedimiento a realizar, ofreciendo siempre la posibilidad de que exprese sus dudas y temores. Utilizar un lenguaje acorde y adecuado al nivel cultural/intelectual del paciente.
- Valoración:
  - a) Confirmar la identificación de la/del paciente: preguntar su nombre y apellidos completos al propio paciente y/o la familia, comprobar la pulsera de identificación y los datos de la historia clínica.
  - b) Recabar información del paciente / familia / historia clínica sobre alergias: látex, antisépticos, lidocaína… (grado C).
  - c) Entrevista con el/la paciente y/o familia para conocer causas y circunstancias que puedan condicionar el procedimiento: existencia de adenoma de próstata, estenosis de uretra, cateterismos traumáticos previos, hematuria con coágulos, cirugía reciente de próstata y de uretra, etc.
  - d) Valorar la ansiedad/temor del paciente ante el sondaje.
  - e) Exploración física: aspecto del meato, uretrorragia, coágulos, etc.
  - f) Selección del tipo y tamaño de sonda más adecuado.
- Inserción:
  - – Preparación previa:
    1. Proporcionar intimidad.
    2. Ofrecer a pacientes autónomos la opción de la ducha para la higiene de genitales. A los pacientes dependientes, realizar la higiene de genitales en cama.
       - 2.1. Realizar higiene de genitales:
         - – Higiene de manos (solución hidroalcohólica o agua y jabón).
         - – Colocación de guantes no estériles.
         - – Colocar empapador y bacinilla y ayudar al paciente a colocarse en decúbito.
         - – Colocar al paciente en decúbito supino; en el caso del hombre, con las piernas ligeramente separadas y en la mujer, en posición ginecológica.
         - – Verter un chorro de agua tibia o de suero fisiológico sobre la región genital de manera que discurra en sentido pubis-ano (tabla 1).
    3. Aplicar solución antiséptica:
       - – Colocarse guantes no estériles.
       - – Verter el antiséptico en varias gasas o directamente en la zona, aplicándolo según se indica:
         - a) HOMBRE: sujetar el pene y retraer el prepucio, aplicando el antiséptico con una gasa, desde meato hasta cubrir todo el glande, mediante un movimiento en espiral.
         - b) MUJER: separar los labios con una mano y con la otra desinfectar con gasas impregnadas de antiséptico en dirección pubis-ano, desinfectando primero labios menores y después meato (una gasa nueva para cada pasada).
    4. Dejar secar.
    5. Retirar guantes y realizar higiene de manos.
    6. Abrir los paquetes para que el profesional que realiza la técnica aséptica prepare el campo y el material necesario.
    7. Profesional que realiza la técnica aséptica:
       - – Realizar HIGIENE DE MANOS ANTISÉPTICO (solución hidroalcohólica o agua y jabón antiséptico).
       - – Colocarse guantes estériles; una vez colocados, estos solo deberán tocar material estéril.
       - – Preparar el campo estéril y el material necesario.
       - – Revisar el material: si la sonda

Tabla 1

HIGIENE GENITAL PREVIA A SONDAJE MUJER

1. Separar los labios con una mano y limpiar con una esponja y abundante agua jabonosa los labios mayores y menores en sentido descendente y de dentro a fuera.
2. Aclarar abundantemente por arrastre con agua templada en sentido pubis-ano.
3. Secar con una toalla limpia en sentido descendente.
4. Retirar bacinilla y empapador.
5. Recoger y limpiar el material utilizado.
6. Retirar guantes y lavarse las manos.

HIGIENE GENITAL PREVIA A SONDAJE HOMBRE

1. Limpiar con esponja y abundante agua jabonosa: glande, pene y escroto.
2. Aclarar abundantemente por arrastre con agua templada por el glande y prepucio.
3. Secar primero el glande, posteriormente el resto de genitales con una toalla limpia.
4. Retirar bacinilla y empapador.
5. Recoger y limpiar el material utilizado.
6. Retirar guantes y lavarse las manos.

tiene globo, inflarlo para comprobar que está en buenas condiciones y dejar la jeringa conectada.
– Se puede conectar la sonda al sistema drenaje antes o después del sondaje.
– Aplicar el lubricante urológico.
MUJER: aplicar todo el contenido del lubricante estéril en una porción amplia de la sonda.
HOMBRE: el lubricante se aplicará en la uretra. Para ello, pedirle que respire de manera lenta y profunda. Sujetar el pene firmemente e introducir el contenido del envase dentro de la uretra. Tras retirar el envase, mantener la uretra cerrada. Se recomienda esperar de 3 a 5 minutos antes de proceder al sondaje para asegurar el máximo efecto anestésico.
– Introducir la sonda: si hubiese dificultad en el paso de la sonda, no forzar para evitar la creación de una falsa vía.
HOMBRE: con la mano no dominante y con gasas estériles sujetar el pene en posición perpendicular ejerciendo una tracción hacia arriba. Con la otra mano introducir la sonda suavemente hasta la bifurcación.
MUJER: separar los labios con una mano dejando el meato urinario al descubierto y con la mano estéril introducir la sonda hasta que fluya la orina y entonces profundizar 2 cm más.
– Una vez introducido el catéter en vejiga y verificado que la orina fluye, inflar el globo con agua destilada estéril siguiendo las indicaciones del fabricante visibles en la válvula de inflado de la sonda (grado C).
– Retirar la sonda suavemente hasta que haga tope.
– Quitar el tapón de la bolsa de orina y conectarla a la sonda (grado A).
– Limpiar la zona genital y eliminar residuos. En hombres, recubrir el glande con el prepucio para evitar parafimosis.
– Fijar la sonda en la cara anterior del muslo después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral. En hombres encamados la fijación de la sonda se realizará en el abdomen.
– La bolsa colectora quedará fijada al soporte, evitando el contacto con el suelo.
– Recoger el material empleado.
– Retirar guantes y realizar higiene de manos.
– Anotar en la documentación clínica enfermera:
  • Tipo y calibre de sonda.
  • Fecha de inserción.
  • Volumen de agua introducida en el globo.
  • Volumen de orina drenado.
  • Registrar en el evolutivo las incidencias referidas a la inserción, así como las características de la orina.
  • Planificar los correspondientes cuidados de mantenimiento.

- En situación de sondajes vesicales dificultosos se recomienda contactar con urólogo.
- Si al insertar la sonda uretral no hubiese salida de orina:
  a) Se debe verificar la entrada de la sonda en el meato uretral.
  b) Aplicar presión suave en la zona suprapúbica, puede iniciar el flujo de orina.
  c) Puede introducirse por el catéter 10-20 ml de solución salina extrayéndolo para ver si sale y si sale mezclada con orina.

4.3. Mantenimiento del catéter urinario

4.3.1. Higiene y control de la infección

- Realizar higiene de manos antes y después de cualquier manipulación de la sonda o bolsa de drenaje (grado B). Emplear las precauciones estándar para el control de la infección en cualquier contacto con la sonda o el sistema de drenaje (guantes no estériles) (grado B).
- Realizar la higiene genital diaria con agua y jabón (grado B). Limpiar la zona periuretral con antisépticos no previene la infección (grado B).
- En los hombres, tras la higiene debe volverse el prepucio a su posición para evitar la aparición de parafimosis.
- Después del lavado para evitar adherencias y decúbitos, movilizar la sonda en sentido rotatorio, nunca de dentro hacia fuera o viceversa.

4.3.2. Cuidados y cambio de la bolsa de orina y/o de la sonda

- Se recomienda la utilización de sistemas de drenaje cerrados (grado A). Para preservar la esterilidad y evitar posibles rutas de infección, se debe mantener el sistema de drenaje cerrado. En sistemas abiertos la bacteriuria se presenta a los 4 días, comparado con 30 días en el cerrado. Por este motivo:
  – No se recomienda el cambio rutinario y a intervalos fijos de los sistemas de drenaje o las sondas vesicales. Es preferible cambiar las sondas y los sistemas de drenaje basándose en condiciones clínicas como son la infección o la obstrucción (grado B).
  – Para evitar rupturas en el sistema de drenaje cerrado se recomienda evitar realizar cultivos de orina de forma rutinaria.
  – Los cambios de sonda se realizarán en casos de problemas mecánicos (pobre drenado, obstrucción o incrustaciones) y en función del material según la recomendación del fabricante.
    • Sondas de silicona: 30 días.
    • Sondas PVC: 2 semanas.
    • Sondas de látex: 1 semana.
  – Se debe remplazar la bolsa colectora (grado B):
    • Cuando se cambia la sonda.
    • Tras desconexión accidental sonda-bolsa.
    • Si se rompe o presenta fugas.
    • Cuando se acumulan sedimentos.
    • Cuando adquiere un olor desagradable.
  – Deben realizarse sesiones de formación periódicas que incidan en la importancia de no romper el sistema cerrado de drenaje por desco-

nexiones, como, por ejemplo, en la toma de urocultivos.
- Se debe evitar el contacto entre la bolsa y el suelo (grado B).

4.3.3. Vigilar obstrucción y prevenir el reflujo

- Mantener el flujo de orina libre (grado B).
- La bolsa colectora debe de estar colocada en todo momento por debajo del nivel de la vejiga (grado IB). Mantener la bolsa de orina por debajo de la vejiga y colocada en su colgador, para evitar traumatismos, infecciones por reflujo y asegurar una correcta evacuación (grado B).
- La bolsa debe de vaciarse regularmente, cuando esté 2/3 llena o menos, para evitar la tracción de la sonda debido al peso acumulado. Al vaciarla se evitará el contacto entre la llave de salida y el recipiente de recogida (grado B). El recipiente de recogida de orina será único para cada paciente.
- La sonda y el sistema de drenaje deben de mantenerse sin torceduras, fijándola a la pierna o al abdomen para evitar tirones involuntarios (grado B).
- Ante la sospecha de obstrucción de la sonda, esta puede ser irrigada una vez con 20 ml de suero salino. Si no fuera eficaz, la sonda debe ser cambiada.
- No realizar lavados vesicales de forma rutinaria en pacientes que no presentan hematuria asociada con coágulos (grado A).
- En los casos en los que pueda predecirse la obstrucción (intervención de próstata o vejiga) y se necesita realizar lavados frecuentes por hematuria con coágulos que obstruye o dificulta el flujo de orina, está indicada la colocación de una sonda de tres vías para lavados vesicales continuos (grado C) y una irrigación continua de sistema cerrado (grado B).
- Las sondas vesicales de silicona pueden ser recomendables para evitar la obstrucción en pacientes que van a requerir sondaje vesical más de dos semanas o los que van a presentar obstrucciones frecuentes (grado B).

4.3.4. Prevención de fugas y otros incidentes

- Fijar apropiadamente las sondas vesicales y las bolsas colectoras de orina evita el movimiento, la tracción y el trauma uretral (grado B).
- Ante la aparición de fugas se valorarán las posibles causas para decidir actuación. Las fugas pueden ser debidas a: espasmos, obstrucción, calibre inadecuado de la sonda e hiperactividad del músculo detrusor.
- Si la fuga persiste, debe ser valorado por el médico.

4.3.5. Espasmos

Los pacientes pueden referir dolor relacionado con la contracción de la musculatura vesical, pudiendo requerir la administración de antiespasmódicos.

4.4. Retirada de la sonda vesical

- Se recomienda la retirada de la sonda lo antes posible para minimizar el riesgo de infección del tracto urinario (grado B). Se ha sugerido que el riesgo de desarrollar bacteriuria por un catéter aumenta del 5 al 8% cada día que el catéter está colocado.
- Los protocolos de retirada de sondaje vesical liderados por enfermería resultan útiles para evitar que se mantengan catéteres innecesarios.
- Siempre que sea posible, retirar la sonda a medianoche, ya que se asocia a un mayor volumen de orina en la primera micción, a una recuperación más temprana de las pautas urinarias normales y a una reducción de la estancia hospitalaria.
- No está demostrado que el pinzamiento de la sonda previo a su retirada definitiva reduzca la necesidad de volver a sondar.
- En las sondas de silicona se recomienda que el balón se desinfle sin aspirar el contenido de agua del globo, dejando que el agua salga a la jeringa de forma espontánea; hacerlo así favorece que el globo recupere su forma original y previene la formación de un manguito, anillo o arrugas en el balón, que harían la retirada de la sonda más traumática (grado B).
- TÉCNICA DE RETIRADA:
  a) Verificar previamente en la documentación de enfermería el volumen de agua que se utilizó para inflar el globo.
  b) Higiene de manos (solución hidroalcohólica o agua y jabón).
  c) Informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar.
  d) Colocar un empapador debajo de los glúteos del paciente.
  e) Colocarse guantes no estériles.
  f) Desinflar el balón. Conectar la jeringa a la válvula de la sonda y permitir sin aspirar que el agua salga a la jeringa espontáneamente. Asegurar que se ha extraído el volumen total del contenido del balón, para evitar traumatismos en uretra.
  g) Pedir al paciente que realice una respiración lenta y profunda (ello favorece la relajación del esfínter de la uretra). Mientras el paciente exhala, extraer con suavidad la sonda hasta retirarla completamente.
  h) Realizar higiene de los genitales.
  i) Retirar guantes y realizar higiene de manos.
  j) Registrar la técnica realizada y, si procede, las incidencias.
  k) Actualizar el plan de cuidados.
- SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN LA RETIRADA DE LA SONDA:
  En ocasiones puede ocurrir que no sea posible vaciar el contenido del globo. Ello puede deberse a un defecto de la válvula o a una obstrucción del canal del globo. La obstrucción no es común y suele deberse a la formación de cristales cuando se utiliza el suero salino para el inflado del globo y la sonda permanece durante un periodo largo de tiempo.
  La primera opción es cortar la luz de la válvula del globo con salida inmediata del líquido del globo. Si no drenase, debe de ser valorado por el médico. Nunca se debe intentar romper el globo inflándolo más, pues existe riesgo de fragmentarlo.

4.5. Educación al paciente portador de sonda vesical y continuidad de cuidados

- Los enfermos portadores de sonda

uretral y/o sus cuidadores deben de ser educados en las ideas principales de asepsia, higiene personal, higiene de manos y manejo general del catéter para minimizar las infecciones del tracto urinario. La enseñanza se complementará con la entrega de información escrita que recoja mediante un lenguaje claro y sencillo, libre de tecnicismos, las recomendaciones y cuidados a seguir (grado C). Anexo II. RECOMENDACIONES AL ALTA PARA EL PACIENTE PORTADOR DE SONDA VESICAL.

- Para asegurar la continuidad de los cuidados es importante:
  - Anotar en los registros de enfermería las técnicas de enfermería realizadas, y las incidencias si las hubiere.
  - Actualizar el plan de cuidados.
- Realizar intervenciones para el fomento de los autocuidados a pacientes y/o familiares y/o cuidadoras/es, con especial incidencia en la higiene de la zona genital, y en el lavado frecuente de las manos, dejando constancia de ello en los registros de cuidados. Al alta, si la/el paciente vuelve al domicilio con sondaje permanente o intermitente, se reflejará en el informe de cuidados las características de la sonda, la fecha de inserción y la fecha prevista para su cambio o retirada, así como la capacidad de la/del paciente y/o cuidador/a para el manejo de la misma.

5. OTROS PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON EL SONDAJE VESICAL

5.1. Manejo de la retención aguda de orina (RAO)

La RAO es la urgencia urológica más común. Afectando a 1 de cada 10 hombres de más de 70 años, siendo su principal causa la hiperplasia benigna de próstata. Aunque también pueden provocarla el estreñimiento, la estenosis uretral, los posoperatorios, los procesos malignos, las alteraciones neurológicas o la toma de distintas medicaciones. Se presenta como la súbita incapacidad para orinar, con molestias abdominales y/o suprapúbicas y derivando en un gran desasosiego. Los síntomas aparecen en horas.

- El manejo inicial de la RAO consiste en una rápida descompresión de la vejiga. Se recomienda utilizar para ello una sonda uretral Foley de calibre 14-18 CH. Sin embargo, en los pacientes a los que se les ha realizado un procedimiento transuretral previo, como la resección transuretral de próstata, debido a que pueden tener una cicatriz prostática o una obstrucción parcial de la uretra, el calibre de sonda uretral recomendado sería 10-12 CH.
- En pacientes intervenidos recientemente de cirugía prostática o uretral que presenten una RAO, deben ser valorados por el urólogo.
- El sondaje evacuador o intermitente no se considera como opción adecuada para el manejo de la RAO por ser de difícil aceptación para este uso.
- Velocidad de vaciado vesical:
  - Se recomienda el vaciado completo de la vejiga en lugar de limitar el volumen de drenaje inicial (grado 1C). Hematuria, hipotensión transitoria y diuresis posobstructiva son comunes, pero rara vez clínicamente significativas. Anteriormente la recomendación consistía en limitar el primer vaciado a un volumen de 500-1.000 ml para reducir las complicaciones. Hoy en día es reconocido que el vaciado parcial y clampado no es necesario, ya que puede incrementar el riesgo de infecciones urinarias.
  - La presión de una vejiga obstruida es sensible a pequeños cambios en el volumen. Esta comienza a disminuir después del drenaje de solo 5-15 ml, y se reduce aproximadamente en un 50% con la salida de 100 ml y en un 75% con el vaciado de 250 ml de orina. Por tanto no es evitable un rápido descenso de la presión vesical, a no ser que hagamos repetidos pinzados cada pequeñas cantidades de orina drenados. La hematuria ocurre en 2 - 16% de los pacientes, pero rara vez es clínicamente significativa. Un ensayo clínico aleatorizado ha comparado recientemente la técnica de descompresión rápida con la de descompresión gradual, encontrando similares ratios de hematuria en los pacientes (16 de 152 frente a 16 de 142, respectivamente; P=1), y ninguno sufrió colapso circulatorio.

5.2. Toma de muestras

- Las muestras de orina se obtendrán mediante técnica aséptica (grado B). Si se necesita una muestra de volumen pequeño para análisis de orina o cultivo, se recomienda desinfectar la válvula y aspirar con una jeringa estéril (grado IB).
- Las muestras de orina para urocultivo no deben ser recogidas a partir de la bolsa de drenaje. Idealmente deberían tomarse de una sonda recién colocada para evitar recoger gérmenes adheridos a la misma, o bien a través de la válvula para la toma de muestras, mediante punción con aguja y aspirado. Antes de la punción hay que desinfectar la válvula aplicando alcohol y dejar secar (grado B). Si hubiese suciedad visible, antes de aplicar el alcohol se debe limpiar la zona de punción de la sonda con una gasa o esponja jabonosa desechable, y aclarar con gasa húmeda.
- Una vez recogida la muestra, esta debe ser enviada inmediatamente al laboratorio, ya que a temperatura ambiente los gérmenes pueden continuar proliferando. Si esto no fuera posible, debe de ser almacenada a 4 ºC de temperatura hasta su envío.
- Para obtener mayores volúmenes de orina (recogida de orina de 24 horas), se debe de usar la que se recoja en la bolsa colectora recién colocada.

5.3. Cambio de la bolsa de orina

- Si se hace necesario realizar un cambio de bolsa, es preciso:
  - Realizar higiene de manos.
  - Colocarse guantes desechables (grado B).
  - En la zona de conexión de la sonda aplicar alcohol mediante gasas empapadas en él y dejar secar (grado C).
  - Si hubiese suciedad visible, antes de aplicar el alcohol limpiar la zona de conexión de la sonda con una gasa o esponja jabonosa desechable, y aclarar con gasa húmeda.

– Conectar la nueva bolsa.
– Anotar la diuresis recogida y las características de la orina.

5.4. Procedimiento de lavado de la sonda vesical

- Personal: enfermera que realiza la técnica aséptica y auxiliar de Enfermería que realiza la técnica no aséptica.
- Material:
  – Empapador.
  – Paño estéril.
  – Gasas estériles.
  – Guantes estériles y no estériles.
  – Jeringa estéril de 50 cc y de cono ancho.
  – Suero fisiológico de 250 cc o 500 cc.
  – Recipiente estéril para verter el suero fisiológico.
  – Recipiente para verter el contenido drenado.
  – Pinza de kocher.
  – Alcohol.
  – NUEVA BOLSA DE ORINA.
- Técnica:
  a) Higiene de manos y ponerse guantes no estériles.
  b) Explicar al paciente la técnica a realizar.
  c) Colocar el empapador desechable bajo el punto de conexión de la sonda con el sistema de drenaje.
  d) Poner el paño estéril sobre el empapador.
  e) Verter la solución salina que vamos a utilizar en el recipiente estéril.
  f) Limpiar la conexión de la sonda con una gasa impregnada en alcohol, y dejar secar. Si hubiese suciedad visible, antes de aplicar el alcohol limpiar la zona de conexión de la sonda con una gasa o esponja jabonosa desechable, y aclarar con gasa húmeda.
  g) Higiene de manos antiséptico.
  h) Colocarse los guantes estériles.
  i) Cargar la jeringa con suero fisiológico.
  j) Pinzar la sonda antes de desconectarla.
  k) Abrir la pinza e introducir lentamente de 30 a 40 ml de suero fisiológico.
  l) Aspirar con suavidad la jeringa hasta sacar el coágulo.
  m) Repetir la operación hasta que la sonda quede permeable.
  n) Colocar una NUEVA BOLSA DE ORINA y fijarla al soporte.
  o) Si el paciente es portador de una sonda de tres vías, puede ocurrir que tras el lavado de la sonda, el suero lavador no fluya adecuadamente. En este caso se debería realizar también un lavado por la vía de entrada del suero lavador para desobstruirla de posibles coágulos. Conectar de nuevo el suero lavador y comprobar que el ritmo de entrada del suero es similar al de la salida de la vejiga.
  p) Recoger el material empleado.
  q) Retirarse los guantes y lavarse las manos.
  r) Registrar la técnica realizada y, si procede, las incidencias. Actualizar plan de cuidados. ▼

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Farrell J, Gea-Sánchez M et al. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation:Indwelling catheters in adults. Editada por EAUN (European Association of Urology Nurses). February 2012. Disponible en http://www.uroweb.org/nurses/nursing-guidelines/
2. Pigrau, C. Infecciones del tracto urinario nosocomiales. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2013; 31(9), 614-624.
3. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud pública e Higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. EPINE 1990-2011. Disponible en: http://www.sempsph.com/images/stories/ recursos/pdf/protocolos/2012/378_9-epine_1990-2011.pdf
4. Louro A, Rotaeche R, Castiñeira C, Viana C, Casriego E. ¿Cómo hacer una revisión clínica con fuentes de MBE? Fisterra, 2013.
5. UpToDate. Placement and management of urinary bladder catheters. Autores: Anthony J Shaeffer,MD; Jerome P Richie,MD,FACS. Editor adjunto: Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS. Tema actualizado: 24 junio 2013. Revisado, octubre 2013.
6. UpToDate. Complications of urinary bladder catheters and preventive strategies. Autores: Anthony J Shaeffer, MD; Jerome P Richie, MD, FACS. Editor adjunto: Kathryn A Collins, MD, PhD, FACS. Tema actualizado: 27 abril 2012. Revisado octubre 2013.
7. UpToDate. Acute urinary retention. Autores: Glen W Barrisford, MD; Graeme S Steele, MBBCh, FCS; Michael P O Leary, MD, MPH; Robert S Hockberger, MD, FACEP. Editor adjunto: David M Rind, MD. Tema actualizado: 21 noviembre 2013. Revisado enero 2014.
8. UpToDate. Urinary tract infection associated with urethral catheters. Autores: Thomas Fekete, MD; Stephen B Calderwood, MD. Editor adjunto: Allyson Bloom, MD. Tema actualizado: 22 julio 2013. Revisado octubre 2013.
9. UpToDate. Urinary sampling and culture in the diagnosis of urinary tract infection in adults. Autores: Alain Meyrier, MD. Stephen B Calderwood, MD. Editor adjunto: Allyson Bloom, MD. Actualizado 1 octubre 2013. Revisado octubre 2013.
10. JBI. Best Practice. Retirada del sondaje uretral permanente de corta duración. Actualizado: 14/06/2007.
11. JBI.Management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 2010; 14(12): 1-4.
12. JBI. Sonda uretral: Drenaje de vaciado. Autor: Yifan Xue MBBS MPH. 24/10/2011.
13. JBI. Sonda uretral: Sonda vesical: Retirada. Autor: Dr. Kylie Porritt BN MNSc PhD. 24/10/2011.
14. JBI. Urethral Catheterization (Clinician Information). Autor: Yifan Xue MBBS MPH. 18/02/2011.
15. Biblioteca Lascasas. Fundación Index. Protocolo de sondaje vesical. 2010; 6(1). Autores: Jiménez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño,

Rosario et al. Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php
16. Paciente portador de sonda vesical. Hoja de recomendaciones. Editado por Osakidetza.
17. Vahr S, Cobussen-Boekhorst H,Eikenboom J, Geng V et al. Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation: Urethral intermittent in adults. Editada por EAUN (European Association of Urology Nurses). March 2013. Disponible en http://www.uroweb.org/nurses/nursing-guidelines/
18. Arcay Ferreiro E, Ferro Castaño E, Fernández González B, García Rodríguez et al. Sondaje vesical. Protocolo de Enfermería. ENFURO: Revista de la Asociación de Enfermería en Urología 2004; 90: 7-14.
19. Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, et al. HICPAC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2009.
20. Boettcher S, Brant AS, Roth S, et al. Urinary Retention: Benefit of gradual bladder descompression -myth or truth? A randomized control trial. Urol Int 2013; 91: 140.

Anexo I

Complicaciones del sondaje vesical

- Bacteriuria e infección del tracto urinario:
  - La bacteriuria está presente en la mayoría de personas portadoras de sonda uretral de más de una semana de duración. Variando la ratio según el tipo de sonda y la duración del sondaje.
  - La infección es introducida generalmente por dos vías: vía intraluminal, por migración retrógrada del sistema de drenaje, y la vía extraluminal, a través del "pasaje urinario", el espacio existente entre la sonda y la uretra. Algunos autores señalan una tercera vía que concurriría en el momento del sondaje, mediante el arrastre hacia el interior de los microorganismos del extremo distal de la uretra.
  - También existen factores intrínsecos, propios de la/del paciente, que pueden facilitar la infección urinaria asociada a sondaje: edad avanzada, sexo femenino, insuficiencia renal, diabetes mellitus, inmunodepresión, malformaciones, etc.
  - Las infecciones recurrentes de orina como resultado de sondaje permanente de larga duración pueden dar lugar a pielonefritis aguda o crónica, o a carcinoma de vejiga.
- Epididimitis.
- Perforación uretral (falsa vía). La presencia de dolor y sangrado tras un intento de sondaje y la imposibilidad de realizar el cateterismo pueden hacer sospechar la creación de una falsa vía. Si esta se infectase, podría dar lugar a un absceso periuretral, más frecuente en pacientes con estenosis de uretra anterior, pudiendo presentarse una infección de los tejidos blandos.
- Fístula vesical. La presencia de aire o heces en la orina puede indicar la formación de una fístula. Complicación rara y relacionada a sondajes prolongados y factores de riesgo asociados (procesos malignos, radioterapia, inflamación, trauma).
- Perforación de la vejiga. Intra o extra peritoneal. Rara. Asociada a sondajes permanentes prolongados.
- Formación de cálculos en vejiga. Debido a la presencia de un cuerpo extraño o ciertos gérmenes (*Proteus mirabilis*). También puede estar relacionado con el tipo de catéter, aunque no hay datos que aconsejen el uso de uno determinado.
- Ruptura y retención de fragmentos del balón de la sonda. Puede ocurrir la rotura espontánea del balón. En caso de producirse una salida de la sonda, debe examinarse esta y comprobar que el balón está intacto.
- Retención urinaria por obstrucción de la sonda.
- Estenosis uretral. Puede ocurrir principalmente en hombres tras repetidos traumas uretrales en sondajes intermitentes o permanentes de larga duración. La mayoría se han producido tras repetidos sondajes intermitentes de al menos 5 años de duración.
- Hematuria ex vacuo. Puede darse tras el vaciado vesical en la retención aguda de orina, pero raramente con afectación clínica.
- Incontinencia. En sondajes de larga duración, relacionado con una disfunción del esfínter uretral.
- Parafimosis.

Tempo tours viajes
C/ Reyes Católicos 12
14001 Córdoba
957 484 883

Anexo II

Recomendaciones al alta para el paciente portador de sonda vesical

Usted tiene una sonda vesical. La sonda que lleva es necesaria para facilitar la salida de la orina. A continuación le facilitamos las recomendaciones a seguir. Estas recomendaciones le permitirán cuidar correctamente de la sonda, evitar complicaciones y reducir en lo posible las infecciones urinarias.

1. CUIDADOS DE LA SONDA VESICAL

- Es muy importante asegurar en todo momento que la sonda está cumpliendo su función: permitir la salida continua de la orina. Es por ello que en ningún caso se deben colocar tapones que impidan dicha salida.
- Sepa que debe lavarse las manos con agua y jabón antes y después de cualquier manipulación de la sonda o de la bolsa. Hacerlo es básico para prevenir las infecciones.

1.1. Sujeción

- Evite que se doble el tubo de la sonda o de la bolsa.
- Evite los tirones.
- Mantenga la bolsa por debajo del nivel de la vejiga. Si necesita movilizar la bolsa por encima del nivel de la vejiga, deberá pinzar la sonda.
- Evite el contacto de la llave de vaciado de la bolsa con el suelo.
- No realice manipulaciones innecesarias de la sonda.
- Durante el día utilice la bolsa de pierna, sujetándola en la cara externa de la pierna para evitar el roce con la otra pierna al caminar.
- Si pasa muchas horas en cama se aconseja realizar la sujeción de la sonda:
  - En mujeres: en la cara interna del muslo.
  - En hombres: en la parte baja del abdomen.

1.2. Higiene

- Recuerde que tanto la persona portadora de la sonda como el cuidador deben lavarse las manos antes y después de cualquier manipulación de la sonda vesical.
- Es muy importante mantener una higiene adecuada y se recomienda ducharse una vez al día. Sepa que se recomienda la ducha en lugar del baño. Al ducharse no desconecte la sonda de la bolsa.
- Lave con agua y jabón la zona corporal que está en contacto con la sonda.
  - En hombres es imprescindible lavar toda la zona genital, sin olvidar el pene y el glande. Tras secar bien, el prepucio se volverá a su posición.
  - En mujeres el lavado genital se realizará de delante hacia atrás.
- Después de hacer de vientre es muy importante limpiar la zona del ano de delante hacia atrás.

1.3. Cambios de bolsa

- Lávese las manos antes y después de cada cambio de bolsa.
- Retire el tapón del conector de la nueva bolsa y conéctela al extremo de la sonda, ajustándola bien.
- Evite que el extremo de la sonda y el conector de bolsa rocen superficies, así se evitarán infecciones.
- Evite desconexiones innecesarias de la bolsa de la sonda.
- Si va a utilizar una "bolsa de pierna" durante el día, deberá cambiarla por otra "bolsa de mayor capacidad" durante la noche.
- Utilice bolsas nuevas cada vez, no las reutilice. Deseche diariamente las bolsas utilizadas.
- Cuando no se precise utilizar la "bolsa de pierna" (personas encamadas, con limitaciones de movilidad, etc.) se utilizará únicamente la "bolsa de mayor capacidad", que no será necesario cambiar a diario. Los cambios de esta bolsa se realizarán en caso de:
  - Realizar una desconexión sonda-bolsa.
  - Rotura, fugas, mal olor o acúmulo de sedimento.
  - Desconexión accidental.
- La orina de las bolsas debe vaciarse regularmente a través de la llave de salida. No se aconseja que se llenen más de 2/3 de su capacidad.

1.4. Cambio de la sonda

- Las sondas vesicales deben cambiarse siguiendo las indicaciones del personal sanitario.

2. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

- Si no existe contraindicación, beba abundantes líquidos, entre 2 y 2,5 litros al día.
- Vigile que la cantidad de orina concuerda con la cantidad de líquido tomado.
- Tenga en cuenta que hay alimentos que dan mal olor a la orina (espárragos, coliflor), evitar su ingesta reducirá este inconveniente.
- Es importante tomar alimentos ricos en vitamina C.
- Tome una dieta rica en fibra, para evitar el estreñimiento.
- Sea moderado en el consumo de té, café, bebidas alcohólicas.

3. ACTIVIDAD FÍSICA

- Está recomendado realizar una actividad física acorde con su capacidad física y sus hábitos.

4. PÓNGASE EN CONTACTO CON SU CENTRO DE SALUD O CONSEJO SANITARIO DE OSAKIDETZA

- Si presenta fiebre superior a 38 ºC, pues es probable que sufra una infección de orina. Sin embargo, es importante saber que en las persona mayores las infecciones de orina no suelen dar fiebre alta. En los ancianos, la aparición de decaimiento, falta de apetito, desorientación, confusión o agitación pueden indicar la existencia de una infección.
- Si aparece dolor, enrojecimiento o supuración en la zona de entrada de la sonda.
- Si la orina es maloliente o tiene mucho sedimento.
- Si se observa sangre de forma mantenida en la orina.
- Si frecuentemente sale orina alrededor de la sonda.
- Si de repente deja de salir orina a la bolsa.
- Si se le sale la sonda.
- Para concertar la cita para el cambio de sonda el día que se le haya indicado.

Anexo III

Grados de recomendación

Los grados de recomendación que figuran en este protocolo provienen de tres fuentes diferentes; la Guía EAUP (European Association of Urology Nurses): "Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation: Indwelling catheters in adults" de 2012, la Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections (CDC, 2009) y Uptodate.

Los grados de recomendación de la Guía EAUP se basan en un sistema de clasificación modificado de aquel que creó el Oxford Centre for Evidence-based Medicine en 2011. Se distinguen tres grados:

- GRADO A: basado en estudios clínicos de buena calidad y consistencia que abordan las específicas recomendaciones y que incluye al menos un ensayo clínico aleatorizado.
- GRADO B: basado en estudios clínicos bien realizados, pero sin ensayos clínicos aleatorizados.
- GRADO C: recomendación hecha a pesar de la ausencia de estudios clínicos directamente aplicables de buena calidad.

Los grados de recomendación de la Guía CDC (2009) son:

- Categoría IA: una recomendación fuerte basada en una calidad de evidencia de moderada a alta que indica beneficios clínicos netos.
- Categoría IB: una recomendación fuerte basada en una calidad de evidencia baja, que sugiere beneficios clínicos de una práctica aceptada.
- Categoría IC: una recomendación fuerte basada en una regulación estatal o autonómica.
- Categoría II: una recomendación débil basada en una evidencia que ha mostrado beneficios débiles. Sin resolver. Un aspecto sobre el que no se puede establecer una recomendación por que hay evidencia de calidad baja o muy baja que muestra incertidumbre respecto a los beneficios o daños que esta práctica puede suponer.

Grados de recomendación de Uptodate:

- GRADO 1. Recomendación fuerte. Evidencia de alta calidad, los beneficios superan claramente los riesgos y las cargas (o viceversa) para la mayoría, si no todos, los pacientes. 1A, evidencia de alta calidad; 1B, evidencia de calidad moderada; 1C, evidencia de baja calidad.
- GRADO 2. Débil recomendación. Beneficios y riesgos muy equilibrados y/ o inciertos grados de evidencia. 2A. De alta calidad de la evidencia: la evidencia consistente de los ensayos aleatorios o abrumadores evidencia de alguna otra forma. 2B. Pruebas de calidad moderada: la evidencia de estudios clínicos aleatorizados con limitaciones importantes, o una evidencia muy fuerte de alguna otra forma. 2C. Baja calidad de la evidencia: la evidencia de estudios observacionales, no sistemáticas observaciones clínicas, o de los ensayos aleatorios con graves deficiencias para una descripción completa de nuestro sistema de calificación.

LAMOGLIA-PUIG, M[1]; JUVINYÀ-CANAL, D[2]; GODALL-CASTELL, M[3]; PÉREZ-PÉREZ, I[4]; RIFÀ-ROS, R[5]; RODRÍGUEZ-MONFORTE, M[6]; PALLARÈS-MARTÍ, A[7]

[1] Enfermera, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramón Llull de Barcelona (España) y doctoranda del Departamento de Promoción de la Salud de la Universidad de Girona (España). E-mail: montserratlp@blanquerna.url.edu

[2] Doctora en Pedagogía y catedrática de la Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería de la Universidad de Girona (España). Facultad de Enfermería. E-mail: dolors.juvinya@udg.edu

[3] Doctora en Pedagogía y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramón Llull de Barcelona (España). E-mail: mariagc@blanquerna.url.edu

[4] Doctora en Ciencias de la Enfermería y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona (España). E-mail: isabelpp@blanquerna.url.edu

[5] Doctora en Ciencias de la enfermería y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona (España). E-mail: rosarr@blanquerna.url.edu

[6] Enfermera, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona (España) y doctoranda del Departamento de Nutrición y Bromatología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona (España). E-mail: miriamrm@blanquerna.url.edu

[7] Doctora en Antropología y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona (España). E-mail: angelapm@blanquerna.url.edu

Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria[8]

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es identificar las barreras que perciben mujeres con incontinencia urinaria (IU) para emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina. Se trata de un estudio cualitativo con la participación de 34 mujeres de la provincia de Barcelona (España). Los datos se recogieron mediante entrevistas en profundidad y la técnica del grupo focal. La selección de la muestra fue intencional o de conveniencia y el análisis categorial temático se realizó a partir de las transcripciones de los discursos de las participantes. Los resultados muestran que entre las barreras percibidas respecto a la búsqueda de ayuda para su IU, están la falta de conciencia de la IU como enfermedad, unos conocimientos deficientes respecto a la misma y la propia actitud y práctica de algunos médicos. La falta de tiempo y el cansancio las impide autocuidarse. La pereza, la falta de voluntad o de constancia en la realización de los ejercicios del suelo pélvico obstaculizan su ejecución, así como el coste económico de los centros de rehabilitación privados. Se concluye que se debe empoderar a la mujer, apoyarla y ayudarla en la realización de las conductas promotoras de salud para su IU.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, salud de la mujer, promoción de la salud.

SUMMARY

The objective of this research is to identify the barriers they perceive women with urinary incontinence (UI) for preventing them from undertaking conduct aimed at solving your problem with urine. This is a qualitative study involving 34 women in the province of Barcelona (Spain). Data were collected through in-depth interviews and focus group technique. The sample selection was intentional or convenience categorical and thematic analysis was conducted from the transcripts of the speeches of the participants. The results show that perceived barriers regarding seeking help for UI, is the lack of awareness of the UI as a disease, a deficient knowledge about it and the right attitude and practice of some doctors. The lack of time and fatigue prevents them self-care. Laziness, lack of will or perseverance in performing pelvic floor exercises, impeding its implementation as well as the economic cost of private rehabilitation centers. It is concluded that should empower women, support and assist in the conduct of health promoting behaviors for IU.

Keywords: *Urinary incontinence, Women's health, Health promotion.*

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria[9] (IU) en la mujer presenta una elevada prevalencia oculta, pues las mujeres que la padecen no siempre verbalizan sus problemas con la orina ni buscan la ayuda pertinente (1). Asimismo, los profesionales de la salud pocas veces interrogan e indagan sobre este tema cuando prestan atención sanitaria a la mujer (2). Los estudios de prevalencia de la IU femenina, así como los de calidad de vida en mujeres con IU y los que analizan cómo estas afrontan las pérdidas de orina, eviden-

[8] Artículo extraído de la tesis doctoral *Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria*, de Montserrat Lamoglia Puig (Universidad de Girona, España).

[9] En el año 2002, la International Continence Society (ICS) definió la incontinencia urinaria como: *"Cualquier pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, y que constituya un problema social o de higiene para la persona que la presenta"* (31).

cian que la IU es un problema de salud a tener en cuenta que, además, aumenta y se agrava con la edad (3-7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el informe "Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana", del año 2009 (8), recomendaba la necesidad de mejorar los sistemas sanitarios para que satisfagan las necesidades de salud de las mujeres en lo que se refiere a su acceso a ellos, al carácter integral de los mismos y a su capacidad de reacción frente a los problemas de salud. Para poder conseguir estos objetivos, la OMS remarcaba la importancia de realizar investigaciones sobre las mujeres y su salud.

Por estas razones se ha realizado el presente estudio, que pretende aportar conocimiento documentado sobre la IU en la mujer a partir de las propias protagonistas que la padecen y tomando como referencia el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender. El MPS de Pender permite, entre otras cosas, comprender y explicar determinadas conductas o comportamientos de salud de los individuos para poder planificar intervenciones de enfermería promotoras de salud (9). El objetivo de esta investigación es identificar las barreras que aprecian tener las mujeres con IU respecto a lo que les impide emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina.

MÉTODO

La investigación se plantea a través del paradigma cualitativo a partir de la perspectiva filosófica de la fenomenología descriptiva. El ámbito de este estudio es la provincia de Barcelona (España) y la población objeto de estudio son mujeres autóctonas con incontinencia urinaria de cualquier tipo (de esfuerzo, de urgencia o mixta). El muestreo ha sido intencional o de conveniencia y el acceso a las informantes se llevó a cabo mediante la técnica "bola de nieve" (10, 11).

A través del cuestionario "International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)", en su versión corta, el ICIQ Short Form (ICIQ-SF) (12) que se envió a través de las redes sociales informales (facebook, twitter y correo electrónico), se identificó a mujeres que presentaban incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria (IU) en la mujer presenta una elevada prevalencia oculta, pues las mujeres que la padecen no siempre verbalizan sus problemas con la orina ni buscan la ayuda pertinente

Respondieron el cuestionario ICIQ Short Form (ICIQ-SF) 134 mujeres de edades comprendidas entre los 29 y los 80 años, y de ellas, 76 presentaban IU. Para que la muestra fuera lo más heterogénea posible en relación a la edad y nivel educativo, se contactó y solicitó la participación de aquellas que permitieran cubrir todos los rangos de edad y formación, requiriendo para ello la firma de su consentimiento informado.

De las técnicas de recogida de datos más relevantes de la investigación cualitativa en esta investigación se ha optado por la entrevista en profundidad y también el grupo de discusión o grupo focal. Se llevaron a cabo un total de veinticuatro entrevistas en profundidad y un grupo de discusión con diez mujeres (treinta y cuatro participantes con un intervalo de la edad de entre 38 y 77 años). Se dio por finalizado el trabajo de recogida de datos con este número, puesto que con ellas se alcanzó la saturación informativa.

Para la realización de las entrevistas y el grupo focal se elaboró un guión o protocolo, se tuvieron en cuenta las condiciones de privacidad y confidencialidad. Una vez realizadas las entrevistas se procedió a su transcripción y, para otorgar a los datos toda su validez subjetiva, en las transcripciones no se introdujo ninguna corrección, respetando tanto las construcciones gramaticales como los términos utilizados por las informantes (13). El análisis de los datos se realizó a partir de las transcripciones de los discursos de las mujeres participantes codificando y categorizando con la ayuda del software ATLAS.ti 7.1.7®.

RESULTADOS

Los resultados que aquí se presentan, reconstruyen la experiencia de las mujeres participantes en relación a los obstáculos o barreras que perciben para emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina. En dichos resultados se presentan algunos ejemplos de las evidencias encontradas en el discurso de las participantes. Los ejemplos se presentan con el código de la entrevista seguido de la edad de la informante.

Entre las conductas que se relacionan con la resolución de la IU, se encuentran la búsqueda de ayuda médica, el autocuidado y la realización de ejercicios del suelo pélvico, que se corresponden con las tres categorías identificadas.

BÚSQUEDA DE AYUDA MÉDICA

Muchas de las mujeres participantes manifiestan no tener necesidad de hacer nada en relación a sus pérdidas de orina porque no les causan dificultades, no les molestan, no les impiden hacer una vida normal o las tienen muy asumidas. *(E22-45a) No le he explicado [médico] porque no me ha preocupado (...) no me ha supuesto ningún problema (…). No me ha parecido un problema porque no me ha molestado.*

Algunas relatan que no van al médico a buscar soluciones y lo atribuyen a la falta de información/formación sobre las pérdidas de orina y sus causas. *(E1-45a) Yo creo que es falta de educación y de formación sobre las pérdidas de orina (…). Falta de educación sanitaria fuerte. Si tuviéramos más información, iríamos al médico. Hay mucho analfabetismo en temas de salud.*

También declaran que cuando acuden al ginecólogo no le consultan su problema con la orina por vergüenza, por no considerarlo un problema o por pereza. (*E18-52a) No he pensado decirle al médico porque no lo he considerado un problema realmente.* (*E29-68a) Por pereza y por vergüenza también.*

Otras argumentan que la causa de no consultarlo es porque el facultativo no se lo pregunta. (*E21-62a) No se lo he explicado porque como no te preguntan. (E34-72a) A mí no me lo ha preguntado nadie [profesional].*

Alguna, aunque refiere haberlo hablado con el médico, expresa no hacer nada

por percibir que no le ayudará o porque no le gustan lo que les indica. *(E29-68a) Depende de lo que te digan (…). En el fondo no te dirá nada (…), y pienso: "¿Para esto he venido?"*

Las mujeres mayores verbalizan que han tomado la decisión de no ir a consultar a los médicos sus problemas de orina (ni otros problemas de salud) puesto que por su edad u otras circunstancias ginecológicas se han sentido ignoradas, relegadas o abandonadas por estos. *(E26-72a) A cierta edad parece que ya no te hacen caso [los médicos]. No nos escuchan. (E31-77a) Yo tengo 77 años, y a partir de esta edad ya no te miran [los médicos] ni los pechos ni abajo. Te sientes abandonada. (E23-62a) Ahora, una vez has pasado la menopausia, ya no te hacen demasiado caso.*

AUTOCUIDADO

Todas las mujeres del estudio declaran que no se cuidan lo suficiente. No lo hacen porque priorizan el cuidado de la familia, del hogar y el trabajo. Señalan que no les queda tiempo para ellas. *(E1-45a) Como cuidadoras de la familia, del marido, los hijos (…), y cuidadoras nuestras poco, poco, sí (…). El tiempo para los demás, pero para nosotras, no. (E23-62a) Hemos de cuidar a todos y nosotras no nos cuidamos. (E24-46a) Nunca pienso en mí. Por delante está la familia, la casa, el trabajo (…). No tienes ningún momento para una misma.*

REALIZACIÓN EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

Incluso conociendo los ejercicios del suelo pélvico como medida para mejorar sus pérdidas de orina, revelan no realizarlos en casa por falta de tiempo y el exceso de cargas (priorizan otras actividades como el cuidado familiar o las responsabilidades laborales). *(E6-40a) Lo que pasa es que no tengo tiempo de hacerlos* [los ejercicios]. *Lo dejas porque hay otras prioridades (los niños, el trabajo...). (E30-61a) Estás por otras cosas, la familia, (…) los nietos y no por los ejercicios. Estás cansada y lo vas dejando.*

Todas las mujeres del estudio declaran que no se cuidan lo suficiente. No lo hacen porque priorizan el cuidado de la familia, del hogar y el trabajo

También indican que no los efectúan por pereza, falta de voluntad o falta de constancia. *(E1-45a) Soy una persona muy perezosa para estas cosas. Es un tema de voluntad. (E17-44a) Empiezas con más o menos voluntad y luego lo vas dejando. (E21-62a) Hubo una temporada que sí que los hacía, y luego ya me cansé y ya lo dejé.*

Las mujeres que en un momento accedieron a centros privados de rehabilitación del suelo pélvico apuntan que el coste económico fue el principal motivo de dejar de acudir (son mujeres que pertenecen a las clases sociales más elevadas, la I, la II y la III a)[10]. (*E19-46a) Esto no estaba cubierto por la mutua, y además cada sesión era bastante cara.*

De sus relatos también se desprende que otro impedimento a la búsqueda de ayuda a su IU, en este caso ayuda médica, es no tener los conocimientos o la formación adecuados sobre ella

DISCUSIÓN

Los primeros resultados ponen de manifiesto que su percepción de tener muy asumidas las pérdidas de orina, y de relativizar su importancia, es un obstáculo frente a la toma de conciencia de la necesidad de emprender alguna acción encaminada a la resolución de sus problemas con la orina (buscar soluciones, buscar ayuda para resolverlos). Ya en los resultados de sus experiencias con la IU, y coincidiendo con los estudios de Hägglund y Wadensten (14), de Hägglund y Ahlström (15) y de Higa y Baena de Moraes Lopes (16), se había detectado esta conducta de normalizar y restar importancia a sus pérdidas de orina, y reconocerlas (tenían una percepción baja de su problema de salud). Pero, a su vez, al igual que la presente investigación, estos estudios referenciados también demostraban que esta conducta hace que no se busque ayuda, que no emprendan ninguna acción encaminada a resolver la situación. Se puede determinar, pues, que la baja percepción de su IU es una barrera que les impide iniciar un comportamiento apropiado para fomentar su salud, como es el caso de la conducta de búsqueda de ayuda para resolverla, les resta compromiso para esta acción.

De sus relatos también se desprende que otro impedimento a la búsqueda de ayuda a su IU, en este caso ayuda médica, es no tener los conocimientos o la formación adecuados sobre ella. Falcón y Basagoiti exponían en su libro que la alfabetización en salud[11] tiene consecuencias clínicas en el estado de salud de las personas, y que es necesaria para que estas tomen un papel más activo y responsable en las decisiones relacionadas con su autocuidado (17). La encuesta sobre alfabetización en salud del proyecto HLS-EU (*European Health Literacy Survey*), del Programa Europeo de Salud Pública del año 2012, documentó datos de diversos países europeos. Se evidenció que en España el 50,8% de la población presenta un índice de alfabetización en salud problemático (18). Ello nos hace pensar que entre las mujeres del estudio la alfabetización en salud respecto de la IU es baja y que esta actúa de barrera frente a la toma de decisión de buscar ayuda médica.

En los estudios de Bradway y Barg, y de Komorowski y Chen se destacaba que la fragilidad y la timidez de algunas

[10] Según la *Clasificación de la clase social* propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (32).

[11] El concepto de alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de esta (33).

mujeres, asociadas al desconocimiento y al hecho de no poder comprender la incontinencia como una enfermedad, eran causas de no consultar al médico (23, 24). En la presente investigación los resultados reflejan que cuando las mujeres participantes acuden al médico (en su caso, a la visita al ginecólogo), la timidez y no percibir su IU como un problema de salud (como enfermedad) también son motivos que les impiden consultarlo, pero aparece además entre ellas la pereza como un nuevo obstáculo.

También se pone de manifiesto en sus relatos que el poco interés de los propios médicos por la IU (ni las interrogan al respecto cuando las atienden por otros motivos) les da pie a justificar su no búsqueda de ayuda. En los estudios de Grealisch y de Horrochs Somerset, Stoddart y Peters ya se indicaba que los médicos, en la anamnesis, ni preguntan sobre los síntomas urinarios ni se esfuerzan en reconocer lo que cada persona siente sobre su IU, ya que obvian este problema (25, 2). En su estudio, Rebollo y Espuña también concluían que las causas de la prevalencia oculta de la IU estaban tanto en que la mujer no manifestaba su problema como en que el médico no siempre reconoce o contempla las pérdidas de orina como una patología tratable (1). Las mujeres del estudio también perciben como una barrera para buscar ayuda médica para resolver su IU, la actitud de algunos médicos que descuidan o desatienden los problemas vinculados a sus pérdidas de orina.

En el caso de las mujeres mayores se pone de manifiesto que determinadas experiencias sobre la actitud y/o la práctica de algunos médicos (se han sentido ignoradas, relegadas o abandonadas por ellos) han hecho que esta barrera para decidirse a iniciar la conducta de búsqueda de ayuda médica sea aún más ostensible. Ya existe bibliografía que sostiene este resultado, aunque en la presente investigación se ha revelado entre un colectivo muy específico de las mujeres participantes. Tanto los estudios de Grealisch (21) como los de Horrochs, Somerset, Stoddart y Peters (2) concluían también que las actitudes y las prácticas de algunos profesionales de la salud eran grandes obstáculos para que las mujeres buscaran ayuda para su IU. El de Rodríguez Pacios sostenía asimismo que entre las situaciones que perciben las mujeres respecto a la insatisfacción en la atención sanitaria recibida se encuentra la falta de escucha activa (22).

También se desprende de los relatos que, por falta de tiempo y por cansancio (asumen muchas de ellas una doble o triple jornada), relegan su autocuidado, aunque se pone claramente de manifiesto que es por decisión propia

Por otro lado, los resultados revelan que algunas veces las mujeres del estudio no emprenden ninguna acción por falta de confianza en lo que les puede ofrecer el médico, hecho que se corresponde con la investigación de Ferri Morales, Melgar de Corral, Avedaño, Puchades y Torres, que señalaba que las mujeres de su estudio referían falta de soluciones eficientes a su IU (23).

También se desprende de los relatos que, por falta de tiempo y por cansancio (asumen muchas de ellas una doble o triple jornada), relegan su autocuidado, aunque se pone claramente de manifiesto que es por decisión propia. Hay bibliografía al respecto que corrobora esta postergación o moratoria de su cuidado por escasez de tiempo. Este es el caso del informe del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España del año 2008 sobre salud y género (24). Los estudios de Artazcoz de los años 2004 y 2007, que señalaban la repercusión negativa en la salud de los comportamientos saludables que requieren tener tiempo para uno mismo entre estas mujeres que asumen tantas cargas (29, 30), permiten además entender por qué las mujeres de nuestro estudio, a pesar de conocer los beneficios de los ejercicios del suelo pélvico para solucionar sus pérdidas de orina, no los realizan. La falta de tiempo y el cansancio son percibidos por ellas como una barrera para emprender esta conducta.

También se pone de manifiesto que la pereza, la falta de voluntad o falta de constancia son una barrera. Hay estudios que describen estos elementos como causas o factores que impiden o llevan al abandono de cualquier práctica o actividad física, como es el caso de la encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles realizada por García Ferrando (27) en el año 2005 (mostraba la falta de tiempo y el cansancio como principales barreras para realizar ejercicio, pero también resaltaba la pereza), y el estudio de Castañeda, Campos y Garrido (28) del año 2011 sobre las dificultades y posibles causas de abandono de la práctica deportiva en personas mayores activas (entre los factores más relevantes para abandonar el ejercicio físico también se incluía la falta de voluntad y la pereza).

En la revisión sistemática realizada por Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, Delgado y Vega se observó que una de las principales barreras de acceso a la atención de salud es el coste de las consultas médicas y exámenes (29). Asimismo, el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS del año 2008, al referirse al acceso y la utilización de los servicios de atención de salud, ratificaba que son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria, y que son un bien común y no un producto comercial. Avalaba la cobertura universal que proclama que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y pueden beneficiarse de las mismas prestaciones, reduciéndose al mínimo el pago directo de los servicios de salud (30). Los resultados de esta investigación también muestran esta barrera del coste económico para acceder a los servicios de atención a la salud, en este caso a los centros privados de rehabilitación del suelo pélvico.

CONCLUSIÓN

Las mujeres con IU perciben muchas barreras en relación a emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina, sobre todo frente al comportamiento de búsqueda de ayuda a los profesionales de la salud. Entre ellas destaca la falta de conciencia de la IU como enfermedad, la baja alfabetización en salud respecto a la misma, la vergüenza e incluso la pereza. Otro

Es necesario instaurar directrices en la atención primaria de salud dirigidas a los médicos de familia, ginecólogos, enfermeras y comadronas, para incluir en la anamnesis de la mujer la valoración de las pérdidas de orina

obstáculo para buscar su ayuda es la propia actitud de algunos médicos de obviar este problema (a menudo no las interrogan sobre ello o no les prestan la adecuada atención). Otra barrera para emprender alguna acción resolutiva es también la falta de confianza en las propuestas que estos les hacen.

Las barreras frente a la conducta de efectuar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico son principalmente la falta de tiempo y el cansancio (asumen la doble o triple jornada), la pereza, la falta de voluntad y la falta de constancia en la realización de los mismos. El coste económico de los centros de rehabilitación privados, que les aportan seguimiento y supervisión, limita también el acceso a estos servicios y es una barrera para perseverar en esta conducta de resolución de su IU.

Es necesario instaurar directrices en la atención primaria de salud dirigidas a los médicos de familia, ginecólogos, enfermeras y comadronas, para incluir en la anamnesis de la mujer la valoración de las pérdidas de orina. Se debe, además, potenciar el rol de la enfermera de atención primaria de salud en la prevención y detección de la IU, en el proceso de alfabetización en salud de las mujeres que la padecen y en el control y seguimiento de los diferentes tratamientos. También sería conveniente crear grupos terapéuticos de soporte y apoyo a mujeres con IU para empoderarlas y motivarlas a emprender conductas promotoras de salud, así como Unidades del Suelo Pélvico en el servicio público de salud, donde poder derivar a las mujeres con IU para realizar las pruebas diagnósticas y los tratamientos pertinentes desde un abordaje multidisciplinar (urólogos, ginecólogos, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos/sexólogos). ▼

REFERENCIAS

1. Rebollo P, Espuña M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. Actas Urol Esp [Internet]. 2003; 56(7): 755-74. Disponible en: http://www.arch-espanoles-de-urologia.es/apartados/sumarios/popup.php?ano=2003&id=56-07-3
2. Horrochs S, Somerset M, Stoddart H, Peters T. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. Farm Pr. 2004; 21(6): 689- 96.
3. Salinas J, Díaz A, Brenes F, Cancelo M, Cuenllas A, Verdejo C, et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. UROD A [Internet]. 2010; 23 (1): 52-66. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en Espa%C3%B1a.pdf
4. Lopes M, Higa R. Restriçoes causadas pela incontinencia urinária à vida da mulher. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40 (1): 34-41.
5. Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46 (1): 5- 6.
6. Espuña M, Puig M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. Actas Urol Esp. 2006; 30 (7): 684-91.
7. Martínez B, Salinas A, Giménez J, Donate M, Pastor H, Virseda J. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2008; 32 (2): 202-10.
8. World Health Organization. Women and Health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva World Heal Organ [Internet]. 2009; Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf
9. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. 6th editio. New Jersey (USA): Pearson; 2011.
10. Kornblit A. Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos. Biblos, editor. Buenos Aires; 2007.
11. Penalva C, Mateo M. Tècniques qualitatives d'investigació [Internet]. Universitat Alacant; 2006. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num77_Tecniques_qualitatives. pdf
12. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin. 2004; 122 (8): 288-92.
13. Ros E. L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de medicina de família i comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003.
14. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. Scand J Caring Sci. 2007; 21 (3): 305-12.
15. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. J Clin Nurs. 2007; 16 (10): 1946-54.
16. Higa R, Baena de Moraes Lopes M. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. Rev Bras Enferm. 2007; 60 (2): 213-6.
17. Falcón M, Basagoiti I. El paciente y la alfabetización en salud. Alfabetización en salud de la información a la acción [Internet]. Valencia: Itaca/TSB; 2012. p. 65-9. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion_en_salud.pdf
18. Falcón M, Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud. Rev Comun y Salud [Internet]. 2012; 2 (2): 91-8. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/35-159-1-PB.pdf
19. Bradway C, Barg F. Developing a cultural model for longterm female urinary incontinence. Soc Sci Med. 2006; 63 (12): 3150-61.
20. Komorowski L, Chen B. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. Heal Care

Women Int. 2006; 27 (2): 169-81.
21. Grealish M. General practitioners and women with urinary incontinence. Br J Gen Pr. 1998; 48 (427): 975-8.
22. Rodríguez A. Desigualdades de género: En la salud y en la enfermedad. Rev del Semin Interdiscip Estud Mujeres. Universidad León. 2010; 5: 1-18.
23. Ferri A, Melgar de Corral G, Avendaño J, Puchades M, Torres A. Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. Rev Iberoam Fisioter Kinesol. 2003; 6 (2): 74-80.
24. López L, Mazarrasa L, Miqueo C, Rohlfs I, Valls C, Yordi I. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI93614&id=93614
25. Artazcoz L. Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social i treball [tesis]. Universitat Pompeu Fabra; 2004.
26. Artazcoz L. La salut des de la sensibilitat de gènere. Quaderns de l'Institut 2 [Internet]. 2ª edició. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones; 2007. Disponible en: http://www.observatori.apfcib.org/docs/3/salutsensibilitatgenereICD.pdf
27. García M. Posmodernidad y deporte: entre la individualización y la masificación.Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles. 2005. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2006.
28. Castañeda C, Campos M, Garrido M. Personas mayores activas: dificultades hacia la práctica deportiva y posibles causas de abandono. Trances [Internet]. 2011; 4 (3): 511-26. Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS03_4_3.pdf
29. Hirmas M, Poffald L, Jasmen A, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013; 33 (3): 223-9. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/09—Arti-Hirmas—223-229.pdf
30. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Ginebra; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
31. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002; 21: 167-78.
32. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. SG Editore. Barcelona; 1995.
33. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Heal [Internet]. 2012; 12: 80: doi: 10.1186/1471-2458-12-80. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-80.pdf

MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ[1]; ANTONIO CLARET GARCÍA MARTÍNEZ[2]

[1] Enfermero. Doctor en Antropología Social y Cultural. Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología HH.UU. Virgen del Rocío (Sevilla). Profesor asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Fundador y director de *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*.

[2] Doctor en Historia. Profesor titular de Universidad. Departamento de Historia II. Universidad de Huelva. Fundador y director de *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*.

La Enfermería urológica durante el periodo del ayudante técnico sanitario. Su reflejo en los tratados para su formación

RESUMEN

Los tratados para la formación de los enfermeros se constituyen en una fuente de primer orden para conocer el desarrollo experimentado por la profesión a lo largo de la historia. El objetivo planteado en el presente trabajo es conocer los contenidos en materia de Enfermería urológica/nefrológica exigidos al ayudante técnico sanitario (ATS) previos a la creación de la especialidad de Urología y Nefrología para ATS en el año 1975. Como fuente documental se ha empleado un libro de texto empleado para la formación del ATS, ampliamente utilizado y que llegó a conocer varias ediciones.

Como metodología se ha seguido la propia de la investigación histórica: búsqueda y localización de las fuentes, su análisis, extrayéndose aquellos contenidos que guardan relación con la Enfermería uronefrológica, y posterior elaboración de las conclusiones correspondientes. Se concluye que en la obra analizada ya se planteaba la necesidad de la especialidad para el ATS, hecho que ocurriría en el año 1975, el mismo en que se editaba la obra comentada.

La investigación histórica se convierte, pues, en un pilar básico para conocer, contextualizar y comprender el desarrollo de la Enfermería urológica en España.

Palabras clave: Historia de la Enfermería urológica, ATS urólogo, tratados docentes.

INTRODUCCIÓN

El profesor B. Lorenzo-Velázquez, decano honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid allá por el año 1975, ya resaltaba en sus palabras prologales del *Tratado del ayudante en Medicina y Cirugía* los avances de la profesión enfermera y la necesidad de actualizar los conocimientos para su formación, afirmando lo siguiente:

"Hoy, el ayudante técnico sanitario, como sanitario a su debido nivel, forma parte en una de sus destacadas misiones al ser un competente miembro del equipo moderno médico o sanitario. Todo ello en conexión con las posibilidades de que en posesión ya de su título puede seguir estudios para especializarse, dentro de su rango […]. Esta buena formación que hoy precisa el ayudante técnico sanitario es la que ha exigido que los libros que han de aportarle esta formación doctrinal sean, a su nivel, lo más informativos y actuales posibles"[3].

En ese mismo prólogo señalaba el citado profesor que dos ATS han escrito los capítulos de "Urología" y de "Inyecciones", temas que no figuraban en el programa inicial de la carrera, pero que era necesario incorporarlos al libro, y sin los cuales la obra resultaría incompleta. Llevaba razón el profesor B. Lorenzo-Velázquez, pues el 29 de septiembre de ese mismo año de 1975 aparecía publicado en el *Boletín Oficial del Estado* el decreto correspondiente, firmado por Francisco Franco y el ministro de Educación y Ciencia, Cruz Martínez Esteruelas, mediante el cual se creaba la especialidad de Urología y Nefrología para ayudantes técnicos sanitarios[4]. Era una meta importante y un logro ansiado por los profesionales de la Enfermería que desarrollaban su labor profesional en los servicios de Urología y Nefrología de los hospitales (plantas asistenciales, consultas externas, ambulatorios…).

El referido decreto recogía la necesidad, "cada vez más frecuente y extendida", de contar con personal auxiliar debidamente preparado que colabore con profesionales médicos en el campo de la Urología y la Nefrología, siendo la solicitud del Consejo Nacional de ATS informada favorablemente por el Consejo Nacional de Educación, disponiéndose en su artículo 1: "Se establece la especialización de Urología y Nefrología para los ayudantes técnicos sanitarios". Las enseñanzas de la especialidad se impartían en un curso académico, a cuya terminación los alumnos eran sometidos a un examen teórico-práctico que, en caso de no aprobarse, debía repetirse el curso completo. Un segundo suspenso del alumno conllevaba el hecho de no poder presentarse nueva-

[3] Oteo Hernando, A. (coordinador), *Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía*. 5.ª edición. Editorial Oteo. Madrid, 1975, "Prólogo a la quinta edición", pp. 7-8.

[4] Decreto 2233/1975, de 24 de julio, por el que se crea la especialidad de Urología y Nefrología para Ayudantes Técnicos Sanitarios. *BOE* n.º 233, de 29 de septiembre de 1975, pp. 20552-53.

mente a la especialidad en el futuro[5]. Las enseñanzas de la especialidad se cursaban en las Escuelas de ATS autorizadas por el Ministerio de Educación y Ciencia, quedando sujetas a las Facultades de Medicina del distrito universitario respectivo. Juntamente con los titulados ATS podían optar a cursar esta especialidad aquellos que poseyesen las titulaciones de enfermera o practicante[6].

Pocos años permanecería vigente la especialidad, pues en 1987[7] se procedía a la derogación del decreto de su creación y en 2005[8] a la supresión definitiva de la misma.

La puesta en marcha de una especialidad, en el caso que nos ocupa la de Urología y Nefrología para ATS, es el resultado de una necesidad profesional, exigiendo a los profesionales que la ejercen una formación superior y más completa en su materia. Esa formación se adquiría en las escuelas acreditadas y autorizadas, mediante el correspondiente plan de estudios y una bibliografía adecuada y debidamente actualizada.

Desde 1857, fecha de creación de las titulaciones de practicante y matrona, mediante la conocida como "Ley Moyano", y 1915, en que aparece legalmente la figura de enfermera, se han ido componiendo y publicando manuales y tratados dirigidos a la formación de todos estos profesionales, libros de texto que van recogiendo al mismo tiempo el desarrollo de estas profesiones.

Estos tratados docentes al principio se editaban por separado, de forma independiente para cada una de estas profesiones, pero, a medida que nos acercamos a 1953, fecha en que se unifican las mismas en la nueva titulación de ATS, aparecerían obras de conjunto, anunciando, en cierto modo, esa inminente transformación profesional. Un ejemplo de ello es el libro del doctor Antonio Box María-Cospedal, titulado *Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras*[9], cuyo contenido se dividía en dos amplios volúmenes de 815 y 1.071 páginas (ilustración 1). Y, en relación a los contenidos sobre Enfermería urológica, estos se distribuían en los distintos capítulos que la componen (anatomía, fisiología, patología…). Aun así, algunas de estas obras seguirían apareciendo en la década de los cincuenta, adaptando sus contenidos al nuevo plan de estudios de 1955 para el ATS. Un claro exponente de ello sería el texto del profesor doctor Manuel Usandizaga, *Manual de la enfermera y del practicante (ayudantes técnicos sanitarios)*[10], en cuyo prólogo se recoge lo siguiente:

> "[…] la renovación de los estudios para la formación de las enfermeras, unificándolos con los de los practicantes, llegándose hasta la fusión de los títulos en el común de ayudantes técnicos sanitarios, nos ha obligado, dejando de lado criterios personales, a una tan completa transformación de este manual que, puede afirmarse, es un libro nuevo, optando por seguir fielmente en su texto al programa oficial actualmente en vigor"[11] (ilustración 2).

El análisis de estas fuentes bibliográficas –libros y documentos, manuscritos e impresos– se hace necesario para conocer el avance de la profesión enfermera, en general, y el de la especialidad en Urología y Nefrología, en particular. La investigación histórica se convierte así en un pilar básico para el conocimiento de ese desarrollo histórico de la Enfermería urológica en nuestro país[12].

Ilustración 1

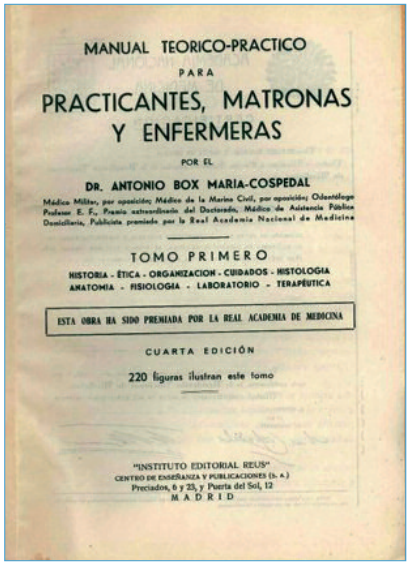
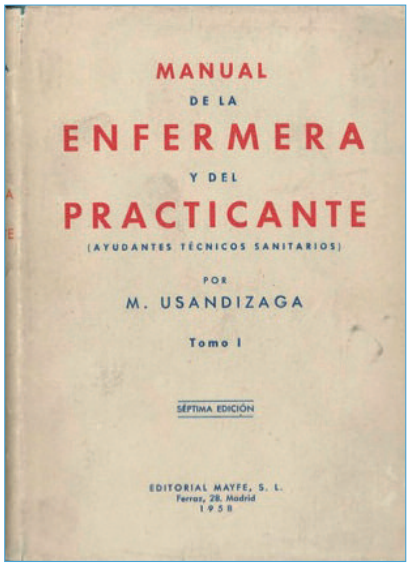


Ilustración 2



[5] Artículo tercero del decreto.

[6] Disposición transitoria del Decreto 2233/1975, p. 20553.

[7] El Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista, en su disposición derogatoria uno, recoge lo siguiente: "Quedan derogadas en aquello que se oponga a lo establecido en el presente real decreto las siguientes disposiciones: […] Decreto 2233/1975, de 24 de julio, por el que se crea la especialidad de "Urología y Nefrología para ayudantes técnicos sanitarios", estableciendo en las disposiciones finales primera, uno, la equivalencia de títulos de las especialidades derogadas con las de nueva creación, quedando la de Urología y Nefrología equiparada a la de Enfermería de Cuidados Especiales. *BOE* n.º 183, de fecha 1 de agosto de 1987, pp. 23642-23644.

[8] El Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, en su disposición adicional segunda: "Supresión de especialidades", recoge: "1. Quedan suprimidas las especialidades de diplomados universitarios en Enfermería y de ayudantes técnico-sanitarios que a continuación se relacionan: […] b) La especialidad de Urología y Nefrología, creada por el Decreto 2233/1975, de 24 de julio".

[9] Box María-Cospedal, A., *Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras*. Instituto Editorial Reus, 4.ª edición. Madrid, 1951. Un estudio detallado de esta obra puede verse en García Martínez, Manuel J., "Ficha bibliográfica n.º 14: Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras". *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, nº 7. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 2000, pp. 137-146.

[10] Usandizaga, M., *Manual de la enfermera y del practicante (ayudantes técnicos sanitarios)*. Editorial Mayfe, S.L. Séptima edición. Madrid, 1958.

[11] Ibídem, "Prólogo a la séptima edición", p. VII.

[12] Sobre el desarrollo histórico de la Enfermería urológica en España, los autores del artículo han publicado en *Enfuro* los siguientes trabajos: "La Enfermería urológica en el siglo XVII según el manuscrito del enfermero Simón López (año 1668)". En *Enfuro* n.º 100, diciembre de 2006, pp. 9-17; "El manual *Instrucción de Enfermeros* (1625), compuesto por los enfermeros Obregones, y los cuidados urológicos en los hospitales del siglo XVII". En *Enfuro* n.º 122, julio-agosto de 2012, pp. 4-10; "La enseñanza de la Enfermería urológica en la primera Escuela de Enfermeras de España". En *Enfuro* n.º 123, diciembre de 2012, pp. 8-14.

El objetivo planteado en el presente trabajo es conocer los contenidos en materia de Enfermería uronefrológica exigidos al ayudante técnico sanitario, previos a la aparición de la especialidad de Urología y Nefrología para ATS en el año 1975. Como fuente documental se ha empleado un libro de texto empleado para la formación del ATS, ampliamente utilizado y que llegó a conocer varias ediciones.

MATERIAL / MÉTODO

Como metodología se ha seguido la propia de la investigación histórica: búsqueda y localización de las fuentes, uno de los tratados docentes empleados en la formación del ATS, su análisis, extrayéndose aquellos contenidos que guardan relación con la Enfermería uronefrológica, y posterior elaboración de las conclusiones correspondientes. Se concluye que en la obra analizada ya se planteaba la necesidad de la especialidad para el ATS, hecho que ocurriría en el año 1975, el mismo en que se editaba la obra analizada.

La ficha bibliográfica del texto docente analizado es la siguiente[13]:

Título: ***Tratado del ayudante en Medicina y Cirugía.***
Coordinador: A. Oteo Hernando.
Editorial: Oteo.
Número edición: 5.ª
Lugar y fecha de publicación: Madrid, 1975.
Tamaño: 27 x 20 cm.

La obra consultada (ilustración 3) se estructura en tres gruesos volúmenes, con 899, 968 y 869 páginas respectivamente, siendo el tercero el que trata la Enfermería uronefrológica con mayor amplitud, dentro del conjunto de las especialidades médicas que debía estudiar el ATS (ORL, dermatología, oftalmología…).

Ilustración 3

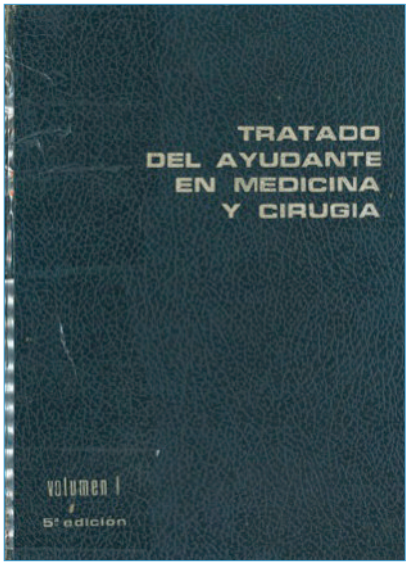


Ilustración 4

TRATADO DEL AYUDANTE EN MEDICINA Y CIRUGIA

COORDINADOR

A. Oteo Hernando

COLABORAN EN ESTE VOLUMEN:

EDITORIAL OTEO

C/. SAN ERNESTO, 6 - MADRID-2

TELEFS. 456 11 11 / 457 68 11

RESULTADOS

La obra que, quizás, mejor describa el estado de la Enfermería urológica en España previo al surgimiento de la especialidad, publicada a finales de los sesenta del pasado siglo, lleva por título *Tratado del ayudante en Medicina y Cirugía*[14]. Se trata de una obra colectiva, muy empleada en la época, conocida popularmente entre los estudiantes como "el Oteo", estructurada en tres volúmenes y coordinada por A. Oteo Hernando, ATS de la Beneficencia Municipal de Madrid y del Instituto Nacional de Previsión (SOE). Los autores eran afamados médicos y cirujanos de la época, profesores de universidad y jefes de distintos servicios hospitalarios, a excepción de dos, que eran ATS, el propio coordinador de la obra, A. Oteo Hernando, y Fernando Mateos Martínez, ATS urólogo del Servicio de Urología del Gran Hospital del Estado (Madrid), responsable este último de desarrollar los contenidos de Urología (ilustración 4).

Pasamos seguidamente a analizar los contenidos relacionados directamente con la Enfermería uronefrológica, resaltando alguna cita textual que por su interés aporta información relevante en el desarrollo de la futura especialidad para ATS.

En el primer volumen, de 899 páginas, se desarrollan los conceptos básicos de urología y nefrología dentro de los capítulos de "Fisiología humana" (fisiología renal[15]), "Nociones de patología renal" (patología general del sistema reno-excretor[16]), "Anatomía funcional" (aparato urinario[17] y aparato genital[18]).

Así, el aparato urinario, su función y composición, se define del siguiente modo:

"El aparato urinario es el conjunto de órganos que están al servicio de la for-

[13] La obra llegó a conocer otra edición tres años más tarde, en 1978, cuando ya las escuelas para ATS se habían integrado en escuelas universitarias, año 1977, lo cual demuestra la utilidad de la misma en la formación de los enfermeros y las enfermeras.

[14] Obra citada, Oteo Hernando, A. (coordinador), *Tratado del ayudante en Medicina y Cirugía.* 5.ª edición. Editorial Oteo. Madrid, 1975. Cada volumen se corresponde con un curso de la carrera de ATS.

[15] Se estructura este apartado en: Arquitectura funcional de riñón; Mecanismos básicos de la función renal; Función del riñón. Excreción; Regulación del equilibrio hidroelectrolítico; Regulación del equilibrio ácido-base; Regulación de la presión arterial y la eritropoyesis, y la Fisiología de los líquidos corporales. Ibídem, pp. 341-351.

[16] Se abordan los siguientes puntos: Los riñones; Principales síndromes que resultan del fallo del funcionalismo renal; Alteraciones de la composición de la orina; Trastornos en la evacuación de la orina, y Dolor renal. Ibídem, pp. 495-504.

[17] Comienza con una introducción para pasar seguidamente a la descripción de las partes que lo constituyen: riñones, cálices y pelvis renal, uréter, vejiga urinaria y uretra. Ibídem, pp. 803-807.

[18] Tras la introducción, se describen los aparatos genitales masculino (testículos, epidídimo, conducto deferente, conducto eyaculador, uretra, próstata y glándulas seminales y órganos genitales externos) y femenino (ovario, trompa de Falopio, útero, vagina, vulva y glándula mamaria). Ibídem, pp. 808-813.

mación y excreción de orina a partir de la filtración de la sangre.

Sus funciones fundamentales son de excreción y regulación.

Excreción. En la orina se eliminan los productos finales de la degradación del metabolismo proteico, la urea y el ácido úrico. Además, la mayor parte de las sustancias tóxicas ingeridas, ya sean o no medicamentos, se metabolizan en el hígado y se eliminan a través de los riñones.

Regulación. Los riñones, órganos fundamentales del aparato urinario, mantienen constante el nivel hídrico del organismo mediante la cantidad de agua eliminada, regulan el equilibrio de sales de potasio y sodio, y, consecuentemente, influyen sobre la presión osmótica de los líquidos del cuerpo; pueden desalojar un exceso de sustancias ácidas o alcalinas de la sangre mediante la formación de las sales correspondientes.

El aparato urinario está compuesto por los riñones, órganos formadores de la orina, y las vías de eliminación de esta, que son los cálices renales, la pelvis renal, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra"[19].

El volumen segundo, de 968 páginas, desarrolla con más amplitud las patologías renal y urológica, además de un extenso apartado sobre las técnicas de laboratorio para la recogida, conservación y análisis de la orina. Pero antes de entrar a comentar estos apartados merece la pena hacer referencia, siquiera brevemente, en este mismo volumen al capítulo de "Historia de la profesión", pues su autora, la profesora de la Universidad Complutense doctora María Gloria García del Carrizo San Millán, ya intuía que en un breve plazo de tiempo se modificaría el plan de estudios del ATS vigente, fechado en 1955[20], para alcanzar un nivel académicamente más elevado: el de los estudios universitarios, como, efectivamente, sucedería en 1977, con la integración de las escuelas de ATS en escuelas universitarias. La autora recoge:

"Confiamos que muy en breve aparecerá un nuevo plan de estudios actualizado y que capacite convenientemente para el siempre renovado ejercicio de la profesión. La nueva Ley de Educación establece que las carreras como esta, que se denominaban de grado medio, pasen a cursarse en escuelas universitarias. Hecho que traerá aneja la creación de otros grados para los auxiliares sanitarios, así como la especialización de posgraduados"[21].

Siguiendo con los contenidos en materia urológica y nefrológica de la obra analizada, y dentro del epígrafe "Nociones y patología y clínica médica", se estudian dentro de las "Enfermedades del riñón" las siguientes patologías:

- Glomerulonefritis aguda.
- Glomerulonefritis crónica.
- Tubulopatías crónicas.
- Tubulonefritis aguda.
- Nefropatías intersticiales y las pielonefritis.
- Nefroangioesclerosis.
- Tuberculosis renal.
- Cáncer de riñón.
- Enfermedad poliquística del riñón.
- El síndrome nefrótico.
- Las insuficiencias renales.
- Nefrolitiasis.
- Cólico nefrítico.
- Patología urológica.
- Patología ureteral y pélvica.
- Patología vesical.
- El enfermo prostático.
- Patología de la uretra.
- Instrumentos y medios utilizados en el diagnóstico de las enfermedades nefrourológicas.

Finaliza el volumen segundo con un amplio apartado, orientado a la práctica fundamentalmente, titulado "Técnica de laboratorio", ocupando un lugar destacado todo lo relativo a la orina: caracteres generales y físicos, caracteres organolépticos y físicos (volumen en las 24 horas, aspecto, densidad y reacción), técnica para la investigación de elementos anormales (determinación de la albúmina, determinación de la glucosa, acetona y cuerpos cetónicos urinarios y pigmentos biliares). En otras páginas se hace referencia de paso a otras patologías y sintomatologías relacionadas con el aparato urinario: pus, exudados y transudados, secreción uretral en el hombre y la mujer, etc.

El autor de este último capítulo, el profesor V. Matilla Gómez, resalta el importante papel que juega el ATS en todo lo relativo a las técnicas de laboratorio, haciendo alusión igualmente a la necesidad de su especialización en esta área:

"El ayudante técnico sanitario puede prestar una colaboración muy apreciada, y en todo caso está obligado a conocer sus principios técnicos más fundamentales para poder realizar elementales determinaciones, que, en cualquier momento, son necesarias a la clínica, y permitan al facultativo no tomar decisiones inmediatas como orientación al juicio clínico y diagnóstico previo, al menos. Posteriormente, puede realizarse esta especialidad al terminar sus estudios, lo que permitirá al técnico sanitario transformarse en el mejor auxiliar y colaborador del médico biopatólogo"[22].

El volumen tercero, con 869 páginas, además de recoger algunas referencias a patologías relativas al aparato urinario (en concreto dentro del apartado "Pato-

[19] Ibídem, p. 803.

[20] Por el decreto de 4 de diciembre de 1953 se unificaron bajo el nombre de ayudante técnico sanitario, masculino o femenino, todos los títulos existentes (practicante, enfermera y matrona), cuyos estudios se establecen por Orden de 4 de julio de 1955.

[21] Obra citada, Oteo Hernando, A. (coordinador), *Tratado del ayudante en Medicina y Cirugía*, p. 129. En este mismo capítulo sobre la historia de la profesión, la autora transcribe el plan de estudios de 1953, aún vigente en el año de edición del libro, indicándose tanto las asignaturas como el número de horas semanales que debían impartirse de cada una. Así, en el primer curso se cursaba un total de nueve asignaturas, con cuatro horas diarias como mínimo de prácticas. Estas asignaturas eran: Religión, Moral profesional, Anatomía funcional, Biología general e Histología humana, Microbiología y parasitología, Higiene general, Nociones de Patología general, Formación política y Educación física. En el segundo curso se impartían diez asignaturas, con un total de seis horas diarias de prácticas en clínicas médicas y quirúrgicas y laboratorios. Las asignaturas cursadas eran: Religión, Moral profesional, Patología médica, Patología quirúrgica, Nociones de terapéutica y dietética, Elementos de Psicología general, Historia de la profesión, Educación física y Formación política. Finalmente, el tercer curso comprendía las siguientes asignaturas: Religión, Moral profesional, Lecciones teórico-prácticas de especialidades quirúrgicas, Medicina y cirugía de urgencia, Higiene y Profilaxis de las enfermedades transmisibles, Obstetricia y ginecología, Puericultura e Higiene de la infancia, Medicina social, Psicología diferencial aplicada, Formación política y Educación física, siendo seis horas diarias dedicadas a las prácticas realizadas en clínicas hospitalarias. Ibídem, pp. 130-131.

[22] Ibídem, p. 641.

logía especial" dedica unas páginas a patologías del aparato genitourinario[23]), dedica un amplio capítulo a la Urología[24] como especialidad, al igual que se hace con otras especialidades: Odontoestomatología, Otorrinolaringología y Oftalmología. El capítulo es debido a la pluma del ATS urólogo Fernando Mateos Martínez y ha sido supervisado por el doctor I. Cifuentes Delatte, jefe del Servicio de Urología de la Fundación "Jiménez Díaz", de Madrid. Como a lo largo de toda la obra, al desarrollar los capítulos correspondientes a las distintas especialidades se deja bien claro el papel auxiliar jugado por el ATS:

> "Como cierre de este espacio dedicado a Urología, vamos a hablar algo de las infecciones en el aparato urogenital, más como toque de atención que como un verdadero estudio que al ATS no corresponde"[25].

Los epígrafes de los temas contenidos en este capítulo, a cuyo análisis vamos a dedicar una mayor atención, son los siguientes: Introducción, Anatomía urológica, Semiología urológica, Dolor en urología –cólico nefrítico–, Medios de exploración del enfermo urológico (examen de orina, exámenes manuales, métodos instrumentales, exploraciones radiológicas, exámenes histológicos), Anatomía de la uretra, Retención urinaria, Técnica del cateterismo uretral, Traumatismos en el aparato urogenital, Cirugía urológica e Infecciones en el aparato urogenital.

Muy esclarecedor resulta el apartado "Introducción", con una extensión de tres páginas, para aclarar lo concerniente a las nuevas especialidades médicas que van surgiendo en esos años, entre ellas la de Nefrología, quedando definida la Urología como la parte de la Medicina que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades del aparato urinario de ambos sexos y del aparato genital masculino, matizando el autor que se trata de una especialidad netamente quirúrgica, de la que recientemente se ha desglosado la patología renal no quirúrgica para convertirse en una nueva rama: la Nefrología (ilustración 5). A continuación expone la razón por la que en el estudio de esta especialidad se incluye el del aparato genital masculino, debiéndose ello, según el autor, a que el tramo final de ambos aparatos es común, la uretra, y por lo tanto las enfermedades, con frecuencia, son comunes a ambos. Esta uretra, que en la mujer solo tiene como misión la expulsión de la orina al exterior, afirma, en el hombre, "además de esta, su otra función es la de conducto de eyaculación del líquido seminal en el seno uterino, por lo que precisa una mayor longitud al atravesar en toda su extensión al órgano eréctil del varón. Siendo así su morfología más compleja"[26].

Ilustración 5

Urología

Fernando Mateos Martínez
A. T. S. Urólogo del Servicio de Urología del Gran Hospital del Estado. Madrid

Introducción

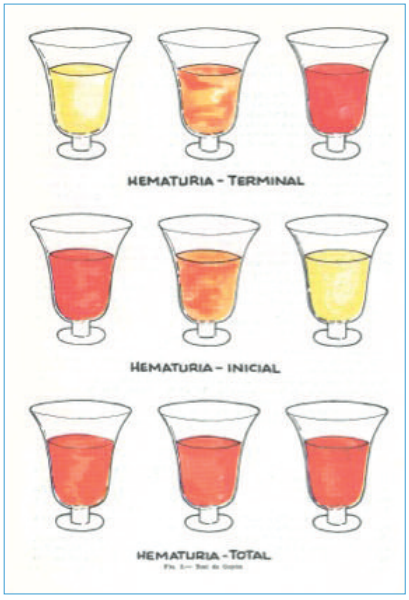
Se entiende por *Urología* la parte de la Medicina que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades del *aparato urinario de ambos sexos* y del *aparato genital masculino*. Es una especialidad netamente quirúrgica, de la que recientemente se ha desglosado la patología renal no quirúrgica para convertirse en una nueva rama: la *Nefrología*. La razón de que en el estudio de esta especialidad se incluya el del aparato genital masculino se debe a que el tramo final de ambos aparatos es común, la uretra, y por lo tanto las enfermedades, con frecuencia, son comunes a ambos. Esta uretra que en la mujer sólo tiene como misión la expulsión de la orina al exterior, en el hombre, además de ésta, su otra función es la de conducto de eyaculación del líquido seminal en el seno uterino, por lo que precisa una mayor longitud al atravesar en toda su extensión al órgano eréctil del varón, siendo así su morfología más compleja.

Recordemos que el aparato urinario tiene unos órganos productores de la orina, los *riñones*; un sistema excretor: *cálices, pelvis y uréteres*; un receptáculo, la vejiga, y el conducto excretor ya referido, la uretra. El aparato genital masculino posee unos órganos productores de espermatozoides, *los testículos*; unos conductos transportadores del líquido —*los conductos seminíferos eferentes y deferentes*— a los reservorios, *las vesículas seminales* y un sistema eyaculador compuesto por los *conductos eyaculadores* y la uretra, incluida en el órgano eréctil, *el pene*.

Aunque la Anatomía y la Fisiología de ambos ya se ha estudiado en su lugar, no estarán de más algunos importantes recuerdos que nos permitan comprender con mayor facilidad qué procesos ocurren en el aparato urogenital. Dedicaremos, pues, por su importancia, nuevas líneas a la morfología y situación de los riñones y a la anatomía de la uretra.

El riñón es un órgano cuyo cometido es tan importante en la economía humana —verdadera máquina depuradora— que su situación es de privilegio. Por un lado, es órgano par como garantía de que el fallo producido en él puede ser sustituido por su homólogo. Por otro, su situación en la anatomía humana le ha colocado muy protegido y a la vez muy próximo al mayor vaso arterial, la aorta, debido a la necesidad de gran cantidad de sangre que este órgano precisa para su función. Se hallan situados a ambos lados de la columna lumbar, en la pared posterior de la cavidad abdominal y detrás del peritoneo. Habitualmente los cruzan por detrás y protegen las XI.ª y XII.ª costillas, muy a tener en cuenta en las nefrectomías, y se separan de las crestas ilíacas por unos 3 ó 4 centímetros. El derecho tiene por delante el hígado, por debajo el colon y parte de su borde medial el duodeno. El izquierdo está en contacto por delante, con el estómago, el páncreas y, sobre todo, el bazo y, lateralmente, con el colon y las asas del yeyuno. La cara posterior de ambos está protegida por el diafragma, que los separa de la pleura. Anatómico se hallan protegidos por los músculos de los lomos, pesas mayor y cuadro lumbar y toda la musculatura anterior, lateral y posterior del abdomen. El riñón se encuentra en la fosa renal, recubierto por una *membrana fibrosa, cápsula renal*, adherida directamente al tejido renal, pero del que es fácilmente separable en estado normal, y *adosadilobo* por una capa adiposa, especialmente en el hilio y la cara posterior, lugares más vulnerables, *cápsula adiposa*. La fascia renal, proveniente del tejido conjuntivo retroperitoneal, con sus dos hojas, una

Ilustración 6



Al dolor por causa urológica dedica otro apartado, distinguiendo, según su localización, entre los de tipo renal, pieloureteral, vesical, prostático, uretral y testicular, dedicándose una mayor atención al denominado cólico nefrítico:

> "Merece señalarse un dolor típico al que vamos a dedicarle más tiempo por su importancia, por su frecuencia y por la participación directa en su solución por el ATS. Nos referimos al cólico nefrítico"[27].

En el capítulo titulado "Medios de exploración del enfermo urológico" se señalan aquellos en los que interviene de una manera total o al menos colabo-

[23] Ibídem, pp. 674-681.
[24] Capítulo "Urología". Ibídem, pp. 741-775.
[25] "Infecciones en el aparato urogenital". Ibídem, p. 774.
[26] "Introducción". Ibídem, p. 741.
[27] "Dolor en Urología. Cólico nefrítico". Ibídem, pp. 743-744.

raba el ATS, dividiéndose en cuatro bloques:

a) Examen de la orina.
b) Medios manuales.
c) Medios instrumentales.
d) Exploraciones radiológicas.
e) Métodos de estudio histológico.

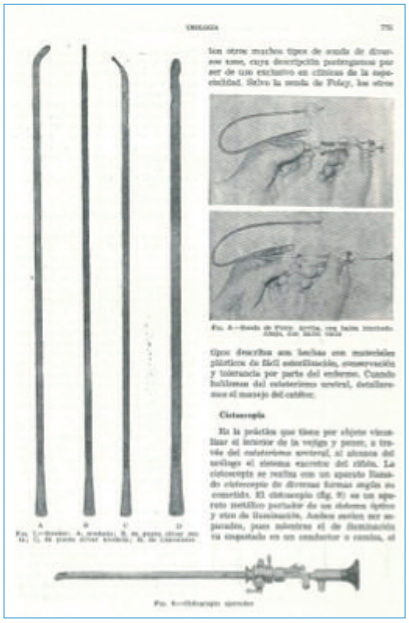
Cada uno de estos apartados se estudia en bastante profundidad, acompañándose de ilustraciones, en blanco y negro y color, que hacen más fácil la comprensión del texto. Así, por ejemplo, entre los medios instrumentales se estudian: exploración uretral, cateterismo uretral, cistoscopia y cateterismo ureteral. Otras exploraciones urológicas que precisan técnicas instrumentales y en las que la colaboración del ATS es importante, son: cistografía retrógrada, uretrografía, deferento-vesiculografía, arteriografía renal, linfografía retroperitoneal y el retroneumoperitoneo, práctica esta última ligada a un nombre español, Ruiz Rivas, que la introdujo en 1948, consistiendo en la introducción de gas (aire u oxígeno) en el espacio retroperitoneal por punción en la zona sacra y utilizar el contraste negativo producido para diferenciar los procesos retroperitoneales y confirmar las ausencias de riñón o la implantación ectópica de este[28].

A la retención urinaria y al cateterismo uretral (ilustración 7), practicado por el ATS, se le dedican varias páginas de la obra[29], explicándose la técnica, tipos de catéteres empleados y complicaciones que suelen presentarse. En los casos de hematuria con presencia de coágulos, se procedía al lavado vesical, describiéndose este como:

> "Una vez cateterizada la vejiga, es frecuente precisar de algún lavado vesical, porque la vejiga tiene coágulos, o la orina es purulenta, o simplemente para comprobar la permeabilidad del catéter. Se realiza habitualmente con la jeringa de Guyón, de 100 cc o más, de metal o de cristal, con cono grueso o cono fino […]"[30].

El penúltimo bloque tratado, profusamente ilustrado con dibujos y fotografías, es el de "Cirugía urológica"[31], resaltándose aquellas operaciones quirúrgicas más usuales y en las que el ATS juega un papel auxiliar. Se dividen en intervenciones a *cirugía abierta y cirugía endoscópica*, llevándose a cabo las primeras en quirófanos normales y las segundas empleando instrumental como los cistoscopios o resectoscopios (resección transuretral), practicándose en quirófanos endoscópicos. La cirugía abierta, por sus características, se divide en:

Ilustración 7



a) De exéresis, que tiene por objeto extirpar un órgano, un conducto, un receptáculo o parte de ellos. Se destacan la nefrectomía, total o parcial, la ureterectomía, asimismo total o parcial, la cistectomía, cistectomía parcial, diverticulectomía vesical, uretrectomía, orquidectomía, epididectomía, deferentectomía, vesiculectomía, prostatectomía y adenomectomía. También podrían incluirse aquí las intervenciones en las que el objetivo es la extracción de un cálculo en el aparato urinario.
b) Reparadora o plástica, cuya misión es modificar las alteraciones congénitas o adquiridas, pero sin extirpación de ningún órgano completo del aparato urinario. Se incluyen la pielotomía (apertura de la pelvis renal) y pielolitotomía (extracción del cálculo). Junto a estas, la calicolitotomía, ureteroliotomía, cistolitotomía, pieloplastia, ureteroplastia, uretroplastia, enterocistoplastia, (ileocistoplastia y colocistoplastia y reimplantación ureterovesical.
c) Derivativa, cuya función es interrumpir el flujo de la orina en un punto determinado y derivarlo al exterior, al objeto de resolver problemas retentivos o facilitar un reposo preciso para la recuperación de órganos. Habitualmente precisa el uso de un catéter, que según el lugar de implante se llamará pielostomía (pelvis renal), nefrostomía (parénquima renal), ureterostomía (uréter), cistostomía (vejiga) y uretrostomía (uretra). Se incluyen también ureterostomía cutánea, ureterorrectostomía y ureterosigmoidostomía.

A modo de ejemplo, para conocer el nivel descriptivo empleado en la obra, sobre la *cistostomía* se dice lo siguiente:

> "La cistostomía o talla vesical, tan en uso en épocas precedentes, pues se utilizaba como tiempo previo a las prostatectomías, hasta poner al enfermo en condiciones óptimas para operar, hoy, prácticamente, ha quedado relegada a las derivaciones en la cirugía de las plastias de uretra o para resolver las uretras infranqueables hasta su reparación […]"[32].

Finalmente, dentro de la cirugía urológica se hace referencia al trasplante renal, por su importancia y "posibilidades de futuro", señalándose que el trasplante ideal es el que se lleva a cabo entre gemelos univitelinos, para evitar el rechazo.

Se resalta el papel fundamental del ATS en el curso posoperatorio para la buena evolución de la intervención quirúrgica, mediante la vigilancia del lavado vesical y mantenimiento de la permeabilidad de la sonda en las primeras doce horas.

Concluye la sección con un bloque dedicado a las infecciones en el aparato urogenital, señalándose que las infec-

[28] Ibídem, p. 753.
[29] Ibídem, pp. 759-763.
[30] Ibídem, pp. 762-763.
[31] Este bloque temático comprende las páginas 768 a 775.
[32] Ibídem, p. 770.

ciones pueden ser de dos tipos: las que cursan con lesiones en el urotelio en cualquiera de sus localizaciones y aquellas de la orina exclusivamente, sin lesiones orgánicas. Entre las infecciones estudiadas se encuentran: uretritis, cistitis, prostatitis, pielonefritis, glomerulonefritis, epididimitis, orquitis y orquiepididimitis.

DISCUSIÓN

Durante los 25 años de vigencia de la titulación de ATS (1953-1977) se va poniendo de manifiesto la necesidad de ampliar su formación, con nuevos planes de estudio y la aparición de las especialidades para ATS, entre las que se encontraba la de Urología y Nefrología. Los tratados docentes empleados para su formación son un fiel reflejo de esta evolución, ayudándonos a clarificar y contextualizar las distintas etapas evolutivas de la profesión.

La inquietud de los profesionales ATS por disponer de una especialidad en materia uronefrológica, hecho materializado en 1975, a nuestro juicio, no se corresponde con la realidad evolutiva de la propia profesión de Enfermería, pues, como queda puesto de manifiesto a lo largo del trabajo, la especialidad quedaría sin efecto, por derogación del decreto de su creación, solo doce años después, en 1987, y la supresión definitiva de la misma en 2005. Aunque aparecería publicado en el *BOE* correspondiente un cuadro de convalidación, de equivalencia entre las antiguas especialidades del ATS y las de nueva creación para la nueva titulación de diplomado en Enfermería, es un hecho que, en lo que respecta a la de Urología y Nefrología, equiparada a la de *Enfermería de Cuidados Especiales* en 1987, no se han cumplido las expectativas, al haber quedado sin efecto ese decreto. Por tanto, queda pendiente aún el reconocimiento oficial y desarrollo de la especialidad recogiendo de este modo, por un lado, la aspiración de los profesionales de esta materia y, por otro, los numerosos avances científicos en este campo habidos en los últimos años (aplicación de las nuevas tecnologías a la cirugía nefro-urológica, desarrollo de los trasplantes…).

CONCLUSIONES

El análisis de los tratados para la formación de los enfermeros compuestos a lo largo de los siglos se constituye en una fuente de primer orden para conocer el desarrollo experimentado por la profesión enfermera, en general, y la Enfermería uronefrológica, en particular.

El texto objeto de análisis en el presente trabajo, publicado en 1975, nos muestra el desarrollo de los contenidos uronefrológicos en esa época. La obra, de alguna manera, justifica la necesidad de una especialización, hecho que ocurriría en ese mismo año con la aparición de la especialidad de Urología y Nefrología para Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Junto a esos conocimientos, la obra analizada nos pone de manifiesto el papel jugado por el profesional ATS en el campo de la Urología, siendo este fundamentalmente de auxiliar del médico, como queda bien expresado por el doctor Usandizaga:

> "El ayudante técnico sanitario, como su nombre lo indica claramente, tiene a su cargo funciones exclusivamente auxiliares. Debe conocer perfectamente un cierto número de técnicas para poderlas practicar correctamente cuando el médico se lo ordene […]"[33].

Por último, destacar que la investigación histórica se convierte, pues, en un pilar fundamental para conocer, contextualizar y comprender el desarrollo de la Enfermería urológica en España. ▼

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES LEGISLATIVAS

Bibliografía

- Box María-Cospedal, A., *Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras*. Instituto Editorial Reus, 4.ª edición. Madrid, 1951.
- García Martínez, Manuel J., "Ficha bibliográfica n.º 14: Manual teórico-práctico para practicantes, matronas y enfermeras". *Híades. Revista de Historia de la Enfermería,* nº 7. Alcalá de Guadaíra (Sevilla), 2000, pp. 137-146.
- García Martínez, Manuel J.; Romero Mora, O.; Ramos Suárez, José M.; Fernández Romana, María J.; Olivares Bellón, Francisca P., "La Enfermería urológica en el siglo XVII según el manuscrito del enfermero Simón López (año 1668)". En *Enfuro* n.º 100, diciembre de 2006, pp. 9-17.
- García Martínez, Manuel J.; García Martínez, Antonio C., "El manual *Instrucción de Enfermeros* (1625), compuesto por los enfermeros Obregones, y los cuidados urológicos en los hospitales del siglo XVII". En *Enfuro* n.º 122, julio-agosto de 2012, pp. 4-10.
- García Martínez, M. J.; García Martínez, A. C.; Terán Oliveros, L.; Ramos Suárez, J. M.; Mármol López, R.; Domínguez Fernández, B., "La enseñanza de la Enfermería urológica en la primera Escuela de Enfermeras de España". En *Enfuro* n.º 123, diciembre de 2012, pp. 8-14.
- Oteo Hernando, A. (coordinador), *Tratado del ayudante en Medicina y Cirugía*. 5.ª edición. Editorial Oteo. Madrid, 1975.
- Usandizaga, M., *Manual de la enfermera y del practicante (ayudantes técnicos sanitarios)*. Editorial Mayfe, S. L. Séptima edición. Madrid, 1958.

Fuentes legislativas

- Decreto de 4 de diciembre de 1953 (*BOE* de 29 de diciembre de 1953): unificación bajo el nombre de ATS, masculino o femenino, los títulos de Practicante, Enfermera y Matrona.
- Orden de 4 de julio de 1955 (*BOE* de 2 de agosto de 1955): se establecen los estudios del ATS.
- Decreto 2233/1975, de 24 de julio, por el que se crea la especialidad de Urología y Nefrología para Ayudantes Técnicos Sanitarios. *BOE* n.º 233, de 29 de septiembre de 1975, pp. 20552-53.
- Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

[33] Obra citada, Usandizaga, M., *Manual de la enfermera y del practicante (ayudantes técnicos sanitarios)*, p. VIII.

SANZ CANTÍN O, DUE Quirófano Hospital Universitario Miguel Servet
MIGUEL ROMEO C, DUE Quirófano Hospital Universitario Miguel Servet

Accidentes biológicos de enfermería en quirófano con material inciso-punzante

RESUMEN

Los accidentes de trabajo por exposición a agentes biológicos son los más frecuentes en el ámbito sanitario.
El objetivo del presente trabajo es estudiar la incidencia de los accidentes biológicos con material inciso-punzante en enfermería en el Servicio de Quirófano del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS). Para ello se han utilizado los datos proporcionados por el hospital procedentes de la aplicación del protocolo EPINETAC.
Se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los accidentes notificados entre 2011-2012 en el HUMS, incluyendo información sobre la categoría profesional, lugar de ocurrencia, tipo de accidente y material implicado, y se ha comparado con los datos reportados en diversos estudios españoles y estadounidenses.
La tasa anual de accidentes en enfermeras en el HUMS es de 4,9 accidentes por cada 100 enfermeras, mientras que para el personal médico es de 5,1 accidentes por cada 100 empleados, siendo las tasas del 3% y del 0,5% respectivamente para auxiliares de enfermería y celadores.
Las enfermeras ocupan el primer lugar en número de accidentes con un 41,3% en el HUMS, y el segundo lugar de ocurrencia más frecuente es el quirófano con un 32,1%, siendo el primer lugar la planta con un 34,9%.
Con respecto al material implicado en el servicio de quirófano son las agujas de sutura las que ocupan el primer lugar con un 34,5%, seguidas de los bisturíes con un 27,6% y las agujas intravenosas en tercer lugar con un 6,9%. Mientras que en el conjunto del hospital son las agujas intravenosas con un 26,4% las que ocupan el primer lugar, seguidas de las agujas de sutura, 20,8%, las segundas más frecuentes.
Tras todo lo expuesto anteriormente se constata que la exposición accidental más frecuente en el servicio de quirófano es la que se produce en enfermeras, por vía percutánea y con agujas de sutura.

Palabras clave: Enfermería, accidentes biológicos, quirófano, riesgos laborales, material incisopunzante.

SUMMARY

Work accidents by exposure to biological agents are the most common in healthcare.
The aim of this work is to study the incidence of biological accidents with neddlestick clause in nursing, in the Operating Room of the Miguel Servet Hospital.
To do this we used the data provided by the Hospital from the application of EPINETAC protocol.
We performed a retrospective longitudinal study of reported between 2011-2012 in the HUMS accidents, including information of the professional level, place of the accident, type of accident and material involved and compared with data reported in varius Spanish and American studies.
The annual accident rate in nurses in the HUMS is 4.9 accidents per 100 nurses, whereas for medical staff is 5.1 accidentes per 100 employers, with rates of 3% and 0.5% respectively for nursing assistants and orderlies.
Nurses hold first rank in number of accidents with 41.3% in the HUMS and the second most frequent case is surgery 32.1% and the first one hospitalization with 34.9%.
Regarding the material involved in the operating room service are suture needles wich ranked first place with 34.5%, followed by scalpels with 27.6% and a third place intravenous needles with 6.9%.
While in the whole hospital intravenous needles are 26.4% which ranks firts place followed by suture needles 20.8%, the second most frequent.
After all, it is found that the most common accidental exposure in the operating room service is produced in nurses, by percutaneus way and suture needles.

Keywords: *Nursing, biological acidents, surgery, occupational hazards, needlestick clause.*

INTRODUCCIÓN

Los accidentes de trabajo por exposición a agentes biológicos son los más frecuentes en el ámbito sanitario (1, 2, 29), siendo uno de los principales riesgos la transmisión de agentes patógenos (como los virus de la hepatitis B y C y el VIH) por sangre y otros fluidos corporales (3, 4, 35).

Se consideran accidentes biológicos los producidos por contacto con sangre u otros fluidos biológicos, a través de la inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas, durante el desarrollo de actividades laborales (3, 4, 5). Dentro de ellos, los accidentes percutáneos son aquellos que conllevan una penetración a través de la piel por una aguja u otro objeto corto-punzante contaminado con sangre, con otro fluido que contenga sangre visible, con otros fluidos potencialmente infecciosos o con tejidos de un paciente (3, 4). Por otro lado, se considera instrumental médico incisopunzante o cortopunzante a los objetos o instrumentos necesarios para el ejercicio de actividades específicas de la atención sanitaria que puedan cortar, pinchar y causar una herida o infección (9).

Entre 1998 y 2000, un 92,4% de las exposiciones a agentes biológicos declaradas en España fueron percutáneas por corte o pinchazo (vía intradérmica), siendo el resto por exposición cutáneo-

mucosa (3, 35). El mayor riesgo de contagio tras accidente percutáneo lo presenta la hepatitis B (30%), seguida de la C (3%) y la infección por VIH (0,3%) (5, 35). Se estima además que los pinchazos con aguja causan más de un millón de lesiones al año en la Unión Europea (6). Por tanto, tanto las heridas con material inciso-punzante como la exposición a agentes biológicos a ellas asociada constituyen, por su elevada frecuencia, un serio problema de salud laboral, que las Administraciones públicas y las organizaciones sanitarias deben abordar.

La mayoría de los países desarrollados cuentan con un sistema de vigilancia para prevención de exposiciones biológicas. El más ampliamente utilizado está basado en el sistema EPINet (Exposure Prevention Information Network, Red de Información para la Prevención de las Exposiciones), desarrollado originalmente en 1991 por el proyecto de Seguridad en Atención Sanitaria de la Universidad de Virginia (EE.UU.) para registrar con mayor detalle el mecanismo de todas las exposiciones ocupacionales (19, 20 21, 22).

Basado en el sistema EPINet, en España disponemos del Registro EPINETAC (Red de Información para la Prevención de Exposiciones Accidentales). Según el último estudio multicéntrico EPINETAC, en España se declaran una media anual de 3.362 accidentes percutáneos, correspondiendo a enfermeras la mayor frecuencia de exposiciones percutáneas (46,3%) (7, 8).

En cuanto al material implicado, las agujas huecas son el material con el que ocurren la mayoría de los accidentes estando implicadas hasta un 68,9% de las exposiciones percutáneas. También es importante destacar que el instrumental quirúrgico aparece en un 28,9% de los accidentes (16).

En el periodo 1996-2002, los datos del proyecto EPINETAC indican que en los centros sanitarios españoles declarantes, la tasa media de exposiciones accidentales ha sido de 13,83% exposiciones percutáneas por cada 100 camas ocupadas y 1,41 exposiciones mucocutáneas por cada 100 camas (25, 26). En cuanto al lugar de las exposiciones, el lugar donde sucede la mayor parte de ellas es la habitación del paciente, con un 35% de los accidentes, mientras que los quirófanos/paritorios son el segundo lugar de mayor exposición, con un 23% de los mismos (7, 8).

En EE.UU, según los datos de EPINet report, el porcentaje de pinchazos en enfermeras en 2010 fue el 39,7% y en el 2011 se incrementó al 41,9%. Los quirófanos, igual que en España, suponen la segunda ubicación en la que estos accidentes ocurren con más frecuencia: 34,3% de los casos en 2010 y 33,5% en 2011, por detrás de las habitaciones de planta. Un 20,9% (2010) y un 18,7% (2011) de los accidentes tuvieron lugar durante suturas, siendo las agujas de suturar el material involucrado de forma más frecuente (21,2% de los casos en 2010 y 18,6% en 2011) (33, 34).

Los accidentes de trabajo por exposición a agentes biológicos son los más frecuentes en el ámbito sanitario, siendo uno de los principales riesgos la transmisión de agentes patógenos (como los virus de la hepatitis B y C y el VIH) por sangre y otros fluidos corporales

En cuanto a la incidencia de las lesiones por pinchazos, los datos del sistema EPINet indican una media de 30 lesiones por pinchazo al año por cada 100 camas entre los trabajadores del hospital [EPINet 1999] (25, 26, 27, 28). Esta cifra duplica la reportada en España por el sistema EPINETAC (25). No obstante, para valorar esta diferencia deben considerarse otros factores, siendo el más importante el grado de sensibilización de los trabajadores a la hora de notificar los accidentes biológicos, que se traduce en una mayor o menor tasa de declaración de los mismos. Según un informe del año 2001 de la Asociación de Industrias de Tecnología Médica EUCOMED y otros estudios, entre un 50-60% de los accidentes por pinchazos con aguja y otros objetos punzantes no se declaran (26, 27, 28, 29, 36, 37).

Dada la importancia del problema, la Unión Europea aprobó la Directiva 2010/32, el 10 de mayo de 2010, que aplica el acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por The European Hospital and Healthcare Employers Association (HOSPEEM) y la Unión Europea de Servicios Públicos (EPSU), y deberá transponerse en ley nacional en todos los Estados miembros en mayo de 2013 como fecha límite (9).

Además, las distintas Administraciones han generado varias leyes y normativas al respecto. En concreto, la normativa aplicable en España incluye la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (10) y el RD 664/1997, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo (11).

Adicionalmente, existe legislación en seis comunidades autónomas –Comunidad de Madrid (12), Castilla-La Mancha (13), Extremadura (14), Baleares (15), Galicia (16) y Navarra (17)–.

OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo principal del presente trabajo es el estudio de la incidencia de los accidentes biológicos con material inciso-punzante en enfermería en el Servicio de Quirófano del Hospital Universitario Miguel Servet, tomando como referencia el protocolo EPINETAC.

Objetivos específicos

- Cuantificar el número de exposiciones accidentales a material biológico por vía percutánea en Enfermería en el Servicio de Quirófano del Hospital Universitario Miguel Servet en el periodo 2011-2012.
- Cuantificar las exposiciones por categoría, lugar de ocurrencia y material implicado en los accidentes percutáneos del Hospital Universitario Miguel Servet en el periodo 2011-2012.
- Comparar los resultados obtenidos

en el Hospital Universitario Miguel Servet con los resultados de las otras comunidades autónomas.
- Comparar los resultados obtenidos en el Hospital Universitario Miguel Servet con el sistema EPINet en EE.UU.

METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los accidentes biológicos por material inciso-punzante ocurridos entre enero de 2011 hasta diciembre de 2012, notificados por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) de Zaragoza (30).

La población estudiada han sido los profesionales sanitarios de dicho centro: enfermeras, médicos (FEA y MIR), auxiliares de enfermería, estudiantes de enfermería, matronas, técnicos de laboratorio, higienistas dentales, celadores.

Los datos estudiados incluyen información sobre el personal sanitario accidentado, sobre cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente, el tipo de lesión y el tipo de dispositivo con el que se produjo (aguja, bisturí, lanceta…).

La información se obtuvo a partir del registro que realiza el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) del HUMS. Dada la importancia de la notificación, control y seguimiento de este tipo de accidentes, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del HUMS ha definido un protocolo a seguir cuando ocurre un accidente biológico, que está basado en el protocolo EPINETAC (7, 8), y que se describe brevemente en el Anexo 1. Dicho protocolo incluye un cuestionario que el personal debe cumplimentar cuando se ha producido un accidente biológico, e indica la forma de actuación ante una exposición.

Para obtener dicha información fue necesario llevar a cabo diversas gestiones y solicitudes, intercaladas con tiempos de espera y llamadas para preguntar el estado de la solicitud. El proceso comenzó en el mes de noviembre, en que se solicitó la información en el SPRL, para lo cual fue necesario que el servicio jurídico del hospital otorgara el visto bueno. Hubo que hacer, además, una petición escrita a la directora de Recursos Humanos del HUMS. Al indicar que el tema lo gestionaba la DGA, se intentó por la vía del SAF de Formación Continuada y Docencia del HUMS, desde donde trasladaron la petición a la Subdirección de Enfermería del Hospital Materno Infantil. Adicionalmente, fue necesario escribir a la subdirectora de Enfermería del Hospital Materno-Infantil explicando la metodología y los objetivos del presente trabajo, y solicitando disponer de los datos de incidencia por servicio de accidentes biológicos con material inciso-punzante en este último año. Posteriormente se solicitó un nuevo escrito con el visto bueno de los supervisores de quirófano, quienes previamente habían sido informados de los objetivos del trabajo, escrito que fue entregado el 28 de enero de 2013, volviendo a pedir el acceso a los datos solicitados. Finalmente, el 8 de febrero de 2013 se recibió la contestación positiva de la responsable de calidad, formación continuada, docencia y cuidados, autorizando la cesión de los datos por el SPRL.

Se ha diseñado una base de datos en formato Microsoft Excel para tabular la información. Se han utilizado las funciones estadísticas y las tablas dinámicas de esa misma aplicación para la obtención de las frecuencias y estadísticos descriptivos de las variables de estudio.

La base de datos utilizada para el estudio ha sido adecuadamente disociada de tal forma que la información obtenida no se asocie a ninguna persona identificada, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

DESARROLLO

El número de accidentes biológicos reportados en 2011 y 2012 en el Sector II del Servicio Aragonés de Salud fue de 232 y 267, respectivamente. De los 267 accidentes de 2012, 217 fueron percutáneos y 50 mucocutáneos. Si nos centramos en el Hospital Universitario Miguel Servet (30), ocurrieron en 2012 un total de 245 exposiciones biológicas (195 percutáneas y 50 mucocutáneas). Teniendo en cuenta el número de 1.292 camas publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la tasa anual de accidentes en 2012 por cada 100 camas fue de 15,1 exposiciones percutáneas y 3,9 exposiciones mucocutáneas. Estos datos son similares a los reportados por el estudio EPINETAC (25) en cuanto a los accidentes percutáneos que, como se ha indicado en la introducción, arroja una tasa del 13,8% de exposiciones percutáneas al año por cada 100 camas ocupadas. Ambas tasas son, sin embargo, claramente inferiores a las indicadas en el informe EPINet donde, como se ha indicado, se reporta una media de 30 lesiones por pinchazo al año por cada 100 camas entre los trabajadores del hospital. Los factores que expliquen esta diferencia pueden ser varios, pero no debe descartarse que la tasa de declaración de accidentes sea menor en los hospitales españoles (39).

En las tablas 1, 2 y 3 se presentan, respectivamente, el número y la distribución de accidentes percutáneos por categoría laboral estudiados en este trabajo (HUMS), los datos del estudio EPINETAC (7, 8, 25) correspondientes a los hospitales españoles en el periodo

Tabla 1
Número de accidentes percutáneos según categoría laboral en el HUMS en 2012

Hospital U. Miguel Servet (2012)		
Categoría laboral	Número de accidentes percutáneos	
	Número	%
Enfermera	90	41,3
Médico (FEA y MIR)	59	27,1
Auxiliar de enfermería	40	18,3
Estudiante enfermería	18	8,3
Matrona	4	1,8
Técnico de laboratorio	3	1,4
Higienista dental	2	0,9
Celador	2	0,9
Total	**218**	**100**

Tabla 2
Número de accidentes percutáneos por categoría laboral en EPINETAC 1998-2000

EPINETAC - España (1998-2000)		
Categoría laboral	Número de accidentes percutáneos	
	Número	%
Enfermera	4.911	48,1
Médico (FEA y MIR)	1.998	19,6
Auxiliar de enfermería	1.634	16,0
Estudiante enfermería	992	9,7
Matrona	60	0,6
Técnico de laboratorio	165	1,6
Celador	211	2,1
Otros	240	2,4
Total	**10.211**	**100,0**

Tabla 3
Número de accidentes percutáneos por categoría laboral en EPINet 2011

EPINet – University of Virginia (2011)		
Categoría laboral	Número de accidentes percutáneos	
	Número	%
Enfermera	296	43,1
Médico (FEA y MIR)	200	29,2
Auxiliar de enfermería	63	9,2
Estudiante enfermería	4	0,6
Técnico de laboratorio	3	0,4
Otros	120	17,5
Total	**686**	**100,0**

Tabla 4
Lugar de ocurrencia de los accidentes biológicos en HUMS en 2012

HUMS 2012		
Lugar de ocurrencia	Número de accidentes percutáneos	
	Número	%
Planta	76	34,9
Quirófano	70	32,1
Centro de salud	22	10,1
Urgencias	12	5,5
UCI	11	5,0
Esterilización	9	4,1
Laboratorio	7	3,2
Otros servicios	6	2,8
Consultas externas	5	2,3
Total	**218**	**100,0**

1998-2000 (EPINETAC 1998-2000) y los del estudio EPINet (34) de 2011 (Universidad de Virginia). En estos dos últimos casos se han agrupado las categorías listadas en los citados estudios (7, 8, 34) de forma que sean comparables con los datos suministrados por el HUMS.

En los tres casos puede destacarse que las enfermeras ocupan el primer lugar en número de accidentes, con porcentajes del 41,3%, 48,1% y 43,1% respectivamente con respecto al total de accidentes percutáneos.

Por otro lado, los datos de las comunidades autónomas de Baleares (32) y Madrid (35) indican un mayor porcentaje de accidentes percutáneos en la categoría de Enfermería, elevándose hasta un 60% en ambas comunidades.

Por otra parte, si nos centramos únicamente en los accidentes ocurridos en el propio hospital y consideramos los datos de personal que nos ofrece el propio hospital, podemos deducir que la tasa anual de accidentes en enfermería en el HUMS es de 4,9 accidentes por cada 100 enfermeras, mientras que para el personal facultativo, la tasa es de 5,1 accidentes por cada 100 empleados, siendo las tasas del 3% y del 0,5% respectivamente para auxiliares de Enfermería y celadores.

Tabla 5
Lugar de ocurrencia de accidentes percutáneos de la Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid (2012)	
Lugar de ocurrencia	Accidentes percutáneos (%)
Planta	59,6
Quirófano	24,8
Urgencias	13,5
Medicina Interna	11,1
Obstetricia/Ginecología	6,9
Cirugía General y Digestiva	6,3
Anestesia y Reanimación	6,1
Otros servicios	2,8
Consultas externas	2,3
Total	**100,0**

En la tabla 4 y la figura 1 se muestra el lugar de ocurrencia de los accidentes percutáneos en nuestra población de estudio. El mayor porcentaje, un 34,9%, se produce en planta, mientras el quirófano ocupa el segundo lugar con un 32,1% de los accidentes percutáneos en el HUMS.

La figura 2 refleja la distribución de los lugares de ocurrencia en las Islas Baleares (32). Al igual que en nuestra población, los accidentes percutáneos son más frecuentes en planta (45%) y en quirófano, que ocupa el segundo lugar con el 14%. Sorprende que el porcentaje de accidentes en quirófano es menos de la mitad que en el HUMS.

Los datos de la Comunidad de Madrid se muestran en la tabla 5. En esa comunidad, el lugar más frecuente es de nuevo la planta con un 59,6% y el segundo en frecuencia es el quirófano (35) con un 24,8%.

Los estudios EPINETAC (7, 8, 25) también reflejan que los accidentes percutáneos en planta ocupan el primer lugar con un 35% y el quirófano/paritorios el segundo lugar con un 23%.

Tabla 6
Material implicado en accidentes biológicos percutáneos en HUMS

HUMS (2012)		
Material	**Número**	**%**
Aguja IV	57	26,4
Aguja de sutura	45	20,8
Bisturí	23	10,6
Aguja de insulina	21	9,7
Abbocat	13	6,0
Pinzas	6	2,8
Palomilla	5	2,3
Aguja IM	5	2,3
Separador	3	1,4
Aguja insulina	3	1,4
Aguja de redón	2	0,9
Aguja de Vesses	2	0,9
Trócar	2	0,9
Electrodo	2	0,9
Tornillo	2	0,9
Erina	2	0,9
Aguja de vacutainer	2	0,9
Cristal	2	0,9
Sierra	1	0,5
Portaagujas	1	0,5
Aguja hipodérmica	1	0,5
Aguja SC	1	0,5
Redón	1	0,5
Electrodo fetal	1	0,5
Varilla	1	0,5
Aguja de insulina	1	0,5
Cangrejo	1	0,5
Escoplo	1	0,5
Púas metálicas	1	0,5
Fiador abbocat	1	0,5
Cistetomo	1	0,5
Gancho de trauma	1	0,5
Clavo	1	0,5
Hilo de sutura	1	0,5
Aguja de bisturí eléctrico	1	0,5
Lanceta	1	0,5
Cuchillete	1	0,5
Total	**216**	**100,0**

Por el contrario, en EPINet (34) en el año 2011 el lugar de mayor ocurrencia es el quirófano con un 33,5% y el segundo, la planta con un 33,2%.

La tabla 6 presenta la distribución de los accidentes percutáneos en función del material implicado en los mismos. El primer lugar lo ocupan los accidentes con agujas intravenosas, que son más de una cuarta parte del total (26,4%), siendo las agujas de sutura el segundo tipo de instrumental más implicado en accidentes percutáneos, con un 20,8%,

Figura 1
Lugar de ocurrencia de los accidentes biológicos en HUMS en 2012 (porcentaje)

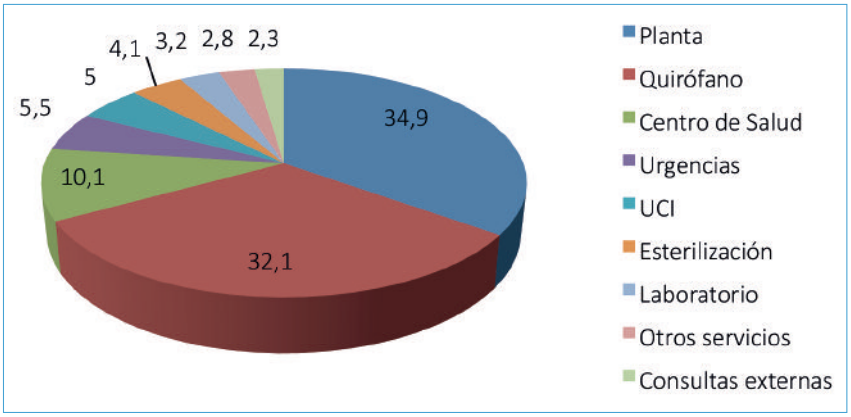
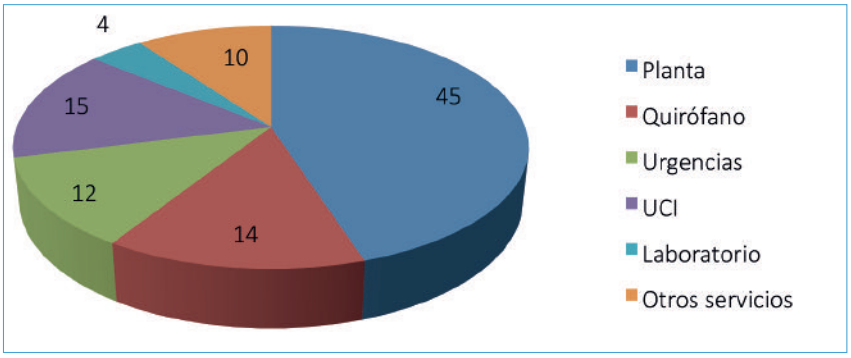


Figura 2
Distribución de lugar de ocurrencia de los accidentes biológicos en las Islas Baleares



la suma de agujas huecas (agujas intravenosas, intramusculares, palomillas, vacutainer y catéteres intravenosos) está presente en casi la mitad de los accidentes (48,6%), mientras que la suma total de instrumental quirúrgico (agujas de sutura, electrodos, pinzas, cistetomo, erinas…) lo están en el 45,6%.

En la tabla 7, en EPINETAC se observa que el material implicado en accidentes percutáneos las agujas huecas (jeringas desechables, agujas de catéter, agujas IV, agujas EV de acero…) ocupan el primer lugar con un 68,9% y el instrumental quirúrgico, el segundo lugar con un 28,9%. Se observa una notable diferencia con los datos de HUMS, siendo los pinchazos por aguja más de dos terceras partes del total. Tanto en el presente estudio como en EPINETAC los accidentes percutáneos más frecuentes son los producidos con agujas IV.

En las tablas 8 y 9 presentamos el

Tabla 7
Material implicado en accidentes biológicos percutáneos EPINETAC

EPINETAC (1998-2000)		
Material	**Número**	**%**
Jeringa desechable	2.539	24,9
Aguja de catéter	1.647	16,2
Aguja de sutura	1.089	10,7
Otras agujas	801	7,9
Bisturí	757	7,4
Aguja hipodérmica	677	6,6
Aguja EV acero	656	6,4
Aguja tipo vacutainer	441	4,3
Otro material quirúrgico	439	4,3
Lanceta	395	3,9
Jeringa precargada	252	2,5
Jeringa gasometría	161	1,6
No conocido	114	1,1
Otro material cristal	114	1,1
Pinzas	100	1,0
Suma	**10.182**	**100,0**

Tabla 8
Material implicado en los accidentes biológicos totales tanto percutáneos como mucocutáneos de Baleares

Baleares (2003)	
Material	**%**
Agujas	42,4
Lancetas	14,0
Catéteres venosos de inserción periférica	10,1
Bisturí	8,4
Aguja de sutura	6,8
Desconocidos	9,9
Salpicadura	6,8
Cristal	1,8
Suma	**100,0**

Tabla 9
Material implicado en los accidentes biológicos totales tanto percutáneos como mucocutáneos de la Comunidad de Madrid

Comunidad de Madrid (2012)	
Material	**%**
Agujas IM/SC	35,7
Agujas extracción venosa	25,4
Inserción de catéter EV	7,1
Punción EV	6,1
Obtención de fluido o muestra de tejido	4,2
Intervención quirúrgica	2,4
Otros	18,9
Suma	**100,0**

Tabla 10
Material implicado en accidentes biológicos totales en EPINet

EPINet (2011)	
Material	**%**
Aguja IM, IV y SC	50
Extracción de sangre	16
Inyección al introducir al tubo	7
Lancetas	7
Catéter IV	5
Agujas de sutura	2
Bisturí	1
Otros	12
Suma	**100,0**

material implicado en los accidentes biológicos totales en las comunidades autónomas de Baleares (32) y Madrid (35) y se observa que, de nuevo, el material más frecuentemente involucrado en los accidentes son las agujas huecas con un 52,5% y un 61,1%, respectivamente.

Tabla 11
Material implicado en accidentes biológicos percutáneos en quirófano en HUMS

HUMS, enfermeras en quirófano (2012)		
Material	**Número**	**%**
Aguja de sutura	10	34,5
Bisturí	8	27,6
Aguja IV	2	6,9
Sierra	1	3,4
Aguja IM	1	3,4
Pinzas	1	3,4
Portaagujas	1	3,4
Redón	1	3,4
Separador	1	3,4
Abbocat	1	3,4
Aguja de bisturí eléctrico	1	3,4
Cistetomo	1	3,4
Total general	**29**	**100,0**

La tabla 10 refleja el material implicado en accidentes biológicos totales en EPINet (34), siendo las agujas huecas las más frecuentes con un 66% del total del material, un dato muy similar a EPINETAC (7, 8, 25).

Si nos centramos en las exposiciones percutáneas de enfermeras en el servicio de quirófano, el número de accidentes ha sido de 29 durante el periodo de estudio, 2012. Estudiando el material involucrado (tabla 11), encontramos que en 10 casos la exposición se produjo utilizando una aguja de sutura y en 8 utilizando un bisturí, siendo los porcentajes respectivamente del 34,5% y el 27,6%. Lógicamente, los porcentajes de pinchazos con aguja de sutura y bisturí son considerablemente mayores que los mostrados en la tabla 6, que corresponden a todo el hospital.

En la tabla 12 se muestran la evolución de los accidentes biológicos totales en el HUMS en los dos años estudiados (2011 y 2012) por categoría profesional. En primer lugar se observa un aumento de un 15% en el número de accidentes totales (de 232 a 267), que se ha traducido en aumentos en todas las categorías, excepto las de técnicos de laboratorio y celadores, en las que las exposiciones se han reducido a la mitad. A pesar del aumento general de exposiciones, su número en enfermería apenas ha variado (de 101 a 103 accidentes), lo que se traduce en una reducción del porcentaje relativo en enfermería respecto al resto de categorías laborales. Los médicos, auxiliares de enfermería y estudiantes de enfermería presentan aumentos interanuales del 24,2%, 42,4% y 29,4%, respectivamente.

Finalmente, la tabla 13 presenta la evolución de los accidentes biológicos sufridos por enfermeras según el lugar de ocurrencia en el HUMS. Entre los lugares de mayor incidencia observamos un aumento del 63,2% en el número de accidentes ocurridos en quirófano (de 19 a 31), pasando de suponer un 19% de los accidentes de 2011 a un 30,1%

Tabla 12
Accidentes biológicos totales según categoría profesional entre 2011-2012 del HUMS

HUMS (2011-2012). Accidentes totales					
Categoría laboral	**2011**		**2012**		**Variación interanual**
	Número de accidentes	**%**	**Número de accidentes**	**%**	**%**
Enfermera	101	43,5	103	38,6	+2,0
Médico (FEA y MIR)	66	28,4	82	30,7	+24,2
Auxiliar de enfermería	33	14,2	47	17,6	+42,4
Estudiante enfermería	17	7,3	22	8,2	+29,4
Matrona	0	0	4	1,5	-
TEL	9	3,9	4	1,5	-55,9
Higienista dental	0	0	2	0,7	-
Celador	6	2,6	3	1,1	-50,0
Total	**232**	**100,0**	**267**	**100,0**	**+15,1**

Tabla 13
Accidentes biológicos de enfermeras según lugar de ocurrencia en HUMS 2011-2012

HUMS (2011-2012). Enfermeras

Lugar de ocurrencia	2011		2012		Variación interanual
	Número	%	Número	%	%
Planta	43	42,6	35	34	-18,6
Quirófano	19	18,8	31	30,1	+63,2
Centro de salud	17	16,8	14	13,6	-17,6
Urgencias	9	8,9	5	4,9	-44,4
UCI	6	5,9	9	8,7	+50,0
Laboratorio	5	5	4	3,9	-20,0
Otros servicios	1	1	4	3,9	+300,0
Consultas externas	0	0	1	1	-
Esterilización	1	1	0	0	-100,0
Total	**101**	**100,0**	**103**	**100,0**	**+2,0**

en 2012. Por otro lado, los accidentes ocurridos en planta y en los centros de salud se han reducido en un 18,6% y un 17,6%, respectivamente.

CONCLUSIONES

En el trabajo se han obtenido los siguientes datos: las enfermeras son la categoría profesional con mayor porcentaje de accidentes biológicos percutáneos: 41,3% en HUMS, 48,1% en EPINETAC y 43,1% en EPINet. En las comunidades autónomas de Baleares y Madrid alrededor del 60%.

Centrándonos en el HUMS podemos deducir que la tasa anual de accidentes en enfermería es de 4,9 accidentes por cada 100 enfermeras.

En el trabajo se muestra el lugar de ocurrencia de los accidentes percutáneos y el servicio de quirófano ocupa el segundo lugar con un 32,1%, comparándolo con EPINETAC: 23%, EPINet: 33,2% y las comunidades de Baleares y Madrid con 14% y 24,8%, respectivamente.

Seguiremos comentando la distribución de los accidentes percutáneos en función del material implicado en los mismos, siendo las agujas IV las que ocupan el primer lugar con un 26,4% y el segundo lugar las agujas de sutura con un 20,8%. En EPINETAC el primer lugar lo ocupan las agujas huecas (jeringas desechables, agujas de catéter, agujas IV…) con un 68,9%, siendo el instrumental quirúrgico el que ocupa el segundo lugar con un 28,9% y en EPINet también son las agujas huecas (aguja IM, IV, SC…) las más frecuentes con un 66% del total. En las comunidades autónomas de Baleares y Madrid el material más frecuente son las agujas huecas, con un 52,5% y un 61,1% respectivamente.

En las exposiciones percutáneas de enfermeras en el servicio de quirófano, el número de accidentes ha sido de 29 durante el periodo de estudio 2012. El material implicado fue la aguja de sutura en 10 casos y el bisturí en 8 casos, siendo los porcentajes del 34,5% y el 27,6% respectivamente. En quirófano, los porcentajes de pinchazos con aguja de sutura son considerablemente mayores que a nivel de todo el hospital.

Se observa que ha habido un incremento del 15% en el número de accidentes biológicos totales en los dos años estudiados (de 232 en 2011 a 267 en 2012). Ha habido un aumento en todas las categorías, excepto técnicos de laboratorio y celadores, en las que las exposiciones se han reducido a la mitad. Aunque se han incrementado las exposiciones, en enfermería apenas ha variado (de 101 a 103 accidentes), por lo tanto ha habido una disminución del porcentaje relativo en enfermería respecto a las otras categorías laborales.

Por último, comentar la evolución de los accidentes biológicos sufridos por enfermeras según el lugar de ocurrencia en el HUMS. En quirófano se observa un aumento del 63,2% (de 19 a 31), pasando de un 19% de los accidentes de 2011 a un 30,1% en 2012.

Por lo tanto debería proponerse realizar un seguimiento del aumento de la incidencia de exposiciones biológicas en quirófano para comprobar si este incremento se consolida y averiguar cuáles son las causas que lo provocan.

Como conclusión de los datos obtenidos proponemos que, debido al alto número de accidentes biológicos, se aumente la información y se realicen acciones de formación sobre la prevención de accidentes y actuación ante los mismos a todos los profesionales, y especialmente en el colectivo de las enfermeras, que son la categoría profesional más afectada. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. MMRW. Recommendations and Reports. September 30, 2005/54 (RR09); 1-7.
2. Bell DM. Am J Med 1997; 102 (suppl 5B: 9-15).
3. Gabriel J. Reducing needlestick and sharps injuries among healthcare workers. Nursing Standard 2009. 23: 21-4.
4. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 447: Actuación frente a un accidente con riesgo biológico (INSHT) Madrid. Disponible en: <http://www.insht.es/Inshtweb/Contenidos/Documentacion/Fichas-Tecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp-447.pdf> [Consulta: 1 de enero 2012].
5. Sterling D. Overview of health and safety in healthcare. Essentials of modern hospital safety. Vol 3. New York: CRC/ Lewis Press, 1995; p.1.
6. Consenso Bioseguridad Ande. Abril 2011.
7. Hernández MJ, Misiego A, Arribas JL. Exposiciones a riesgo biológico EPINETAC 1996-2002. Estudio global. En: Campins M, Hernández MJ, Arribas JL, editores. Estudio y seguimiento biológico en el personal sanitario. Proyecto EPINETAC 1996/2002. Grupo de Trabajo Epinetac, 2005; pp. 53-144.
8. Campins M, Hernández MJ, Arribas JL, editores. Estudio y seguimiento del riesgo biológico en el personal

sanitario. Proyecto EPINETAC 1996-2002. Grupo de Trabajo EPINETAC. SEMPSPH, 2005.
9. Directiva 2010/32/UE del Consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU.
10. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (Boletín Oficial del Estado nº 269, de 10 de noviembre de 1995).
11. Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de trabajadores contra riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo (Boletín Oficial del Estado nº 27, de 31 de enero de 1997).
12. Orden 827/2005, de 11 de mayo, de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid (Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid de 17 de mayo de 2005).
13. Orden de 9 de marzo de 2007 de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, de los procedimientos de seguridad frente al contagio sanguíneo en el ámbito sanitario (Diario Oficial de Castilla-La Mancha de 9 de marzo de 2007).
14. Orden de 12 de febrero de 2004 por la que se crea y regula la Comisión de Evaluación y Calidad Sanitarias del Sistema Sanitario Público de Extremadura (Diario Oficial de Extremadura de 19 de febrero de 2004).
15. Decreto 59/2008, de 2 de mayo, por el que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito sanitario de las Illes Balears (Boletín Oficial de las Islas Baleares de 8 de mayo de 2008).
16. Orden de 15 de septiembre de 2008 por la que se establecen e implantan los procedimientos de seguridad y el sistema de vigilancia frente al accidente con riesgo biológico en el ámbito de las instituciones sanitarias del Servicio Gallego de Salud (Diario Oficial de Galicia de 30 de septiembre de 2008).
17. Orden Foral 7/2010, de 20 de enero, de la Consejería de Salud, por la que se establecen e implantan dispositivos de seguridad frente al accidente con riesgo biológico en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (Boletín Oficial de Navarra de 15 de febrero de 2010).
18. ANMTAS. Procedimiento de actuación ante accidentes de trabajo por exposición a material biológico en trabajadores de centros sanitarios. Documento interno. ANMTAS 2008.
19. Nursing 2004, volumen 34, Number 4, April.
20. Jagger J and Perry J: "Comparison of EPINet Data for 1993 and 2001 Show Marked Decline in Needlestick Injury Rates", Advances in Exposure Prevention 6 (3): 25-27, 2003.
21. Panlilio A, et al: "Estimate of the Annual Number of Percutaneous Injuries in U.S. Healthcare Workers", Infection Control and Hospital Epidemiology. 21 (2): 157, February 2000.
22. Perry J: "Improving Your Sharps Safety Program", Outpatient Surgery Magazine, 4 (9): 94-96, September 2003.
23. Stringer B, Infante-Rivard C, Hanley Ocarp JA. Environ Med 2002; 59: 703-707.
24. Centers for Disease Control (CDC). Guidelines for presentation of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to healthcare and public safety workers. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1989; 38.
25. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Proyecto EPINETAC 1998-2002.
26. Centers of Disease Control and Prevention (CDC): Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposure to HBV, HCV and HIVand Recommendations for Postexposure Profilaxis, MMWR 2001; 50 (RR11): 1-42.
27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Workbook for Designing, Implementing and Evaluating a Sharps Injury Prevention Program 2004. Disponible http:// www.cdc.gov/sharpssafety/
28. NIOSH: Preventing Needlestick Injuries in HealthCare Settings. Cincinnatti CDC-NIOSH, 1999. Publication nº 2000-108.
29. Informe EUCOMED, 10 de diciembre de 2001.
30. Protocolo de actuación en accidentes biológicos implantado en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, noviembre 2007.
31. Protocolo de Prevención de Riesgo Biológico en profesionales sanitarios de la Comunidad Valenciana, 2007.
32. Riesgo biológico en profesionales sanitarios. Guía para su prevención. Gobierno de las Islas Baleares, 2004.
33. 2010 EPINet Report: Needlestick and Sharp-Object Injuries. International Healthcare worker Safety Center University of Virginia.
34. 2011 EPINet Report: Needlestick and Sharp-Object Injuries. International Healthcare worker Safety Center University of Virginia.
35. Yélanos MC, Guzmán CK, Martínez M, Álvarez MC, Sagües MJ. Accidentes percutáneos con riesgo biológico producidos por dispositivos de seguridad en la Comunidad de Madrid. Med Segur Trab (Internet) 2012; 58 (227) 82-97. Abril-junio 2012.
36. Cato D, Mulhal BP. Needlestick injuries in health care professionals: continuing risk and underreporting. Med J Aust; 161: 285.
37. Roy E, Robillard P [1995]. Underreporting of accidental exposures to blood and other body fluids in health care settingsan alarming situation (abstract). Adv Exposure Prev 1 (4): 11.
38. García Abad I, et al. Exposiciones accidentales a sangre y o material biológico en trabajadores sanitarios. Metas de Enferm, diciembre 2010/enero 2011; 13 (10): 6-11.
39. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centros y Servicios del Sistema Nacional de Salud. Hospital Universitario Miguel Servet. Disponible: http://www.msc.es/ciudadanos/centros.do?metodo=realizarDetalle&tipo=hospital&numero=500021

Anexo 1

En el Hospital Miguel Servet, el SPRL tiene un protocolo a seguir cuando ocurre un accidente biológico (30). Es fundamental la notificación, control y seguimiento de este tipo de accidente.

En dicho protocolo se definen: accidente biológico, fuente de accidente y riesgo de infección.

Se sigue una actuación ante una exposición:

El procedimiento se inicia con la comunicación al servicio de prevención de un accidente biológico por parte del trabajador accidentado o su superior jerárquico.

El protocolo se realizará en función del tipo de accidente biológico:

a) Salpicaduras a mucosas (conjuntiva, cavidad bucal).
b) En heridas cutáneas (punciones, cortes).

Se debe comunicar y registrar el accidente con material biológico.

Evaluar la exposición:

Para valorar el riesgo de transmisión de VHB, VHC o VIH se deben conocer varios parámetros:

Tipo de exposición:

- Lesión percutánea.
- Lesión mucocutánea.
- Exposición sobre piel no intacta.

El tipo de fluido:

- Sangre.
- Fluidos corporales que contengan sangre.
- Contacto directo con concentrados (preparados de virus).

Hay que realizar una evaluación de la fuente de accidente:

- Recogida de datos de la fuente: nombre, apellidos, dirección, teléfono de contacto, número de historia.
- Solicitud de consentimiento informado para la realización de las serologías.
- Investigación de la serología viral de la fuente.
- Atención inmediata del trabajador accidentado.

XXXVI Congreso Nacional de Enfermería en Urología

Valencia, 7, 8 y 9 de Mayo de 2015

Hotel Senator Parque Central

Organizado por la Asociación Española de Enfermería en Urología

www.enfuro.es

XXXVI CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA
VALENCIA 2015

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA
Enfuro

Colegio Oficial de Enfermería de Valencia

Coloplast

inibsa

Tempo tours viajes

Wellspect HEALTHCARE

Sobre el próximo congreso

Durante el próximo congreso, a celebrar en Valencia los días 7, 8 y 9 de mayo, celebraremos la Asamblea Anual de Socios, que incluirá la renovación de cargos de la Junta Directiva de esta asociación, y otra extraordinaria en la que se presentará una propuesta de renovación de los estatutos con el fin de adaptarlos a los tiempos actuales.

Asimismo se hará entrega del Premio Enfuro, otorgado a la mejor publicación aparecida en nuestra revista en los dos últimos años (revistas desde la 122 a la 127, ambas inclusive).

- **Para inscribirse en el congreso debéis usar el siguiente link:** http://www.tempotours.es/inscripcion_enfuro_2015.php

- **Para enviar comunicaciones debéis hacerlo del siguiente modo:**
  – Inscribirse http://www.tempotours.es/inscripcion_enfuro_2015.php (no es necesario pagar en ese momento la inscripción), tras la inscripción recibirás un mail con unas claves.
  – Con esas claves entrar en http://congreso.enfuro.es/ rellenar el perfil y enviar la comunicación, especificando si es oral o póster.

- **Aquí os dejamos también los links para consultar las normas de aceptación de comunicaciones:** http://www.enfuro.es/normas-aceptacion-valencia.html.

- **Y para las normas de elaboración de póster:** http://www.enfuro.es/guia-posters-valencia.html

Programa preliminar

7 de mayo

08:00 h	Apertura Secretaría Técnica y recogida de credenciales
09:00 h	Comunicaciones libres
11:00 h	Coffe break
12:00 h	Inauguración Congreso
13:00 h	Conferencia inauguración
14:30 h	Almuerzo
16:00 h	Simposio Wellspect Educación Terapéutica
18:00 h	FIN JORNADA
18:30 h	Acto de inauguración: Bienvenida del Ayuntamiento

8 de mayo

09:00 - 11:00 h	MESA DOLOR PÉLVICO
09:00 h	Atención y cuidado del paciente con dolor pelviano crónico. **Eduardo Vicente Palacio.** *Urólogo*
09:30 h	Instilaciones y cuidados de enfermería en el Síndrome de Dolor Vesical. **Margarita García Arbex.** *Enfermera*
09:55 h	Cómo vivir el dolor. **Laura dos Santos Ramón.** *Paciente*
10:10 h	Técnicas psicoterapeutas para el dolor.
10:35 h	Terapias alternativas. **Avihay Abohav.** *Meditación*
11:00 h	Coffe break
11:45 - 14:00 h	Foro Tertuliano Dolor Pélvico
14:30 h	Almuerzo
16:00 h	Simposio Coloplast Vejiga Neurógena. **Pilar López Guillén.** *Enfermera*
	Plan de atención de Enfermería en Urodinámica. **Luis Soriano Borrull.** *Enfermero*
	Plan de atención de Enfermería en Consultas Externas. **Francisco Barcia Barrera.** *Enfermero*
	Plan de atención de Enfermería en Hospitalización. **María Beatriz Saavedra Illobre.** *Enfermera*
17:30 h	Cofee
18:00 h	Comunicaciones libres
19:30 h	FIN JORNADA
21:00 h	Cena de clausura

9 de mayo

09:00 - 10:00 h	ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON CÁNCER DE PROSTATA
	Inicio del proceso, diagnostico y clasificación.
09:00 h	Abordaje multidisciplinar. GAIPO (Grupo Atención Integral Paciente Oncológico). **Maite López Guerrero.** *Enfermera*
	Posibilidades terapéuticas: cirugía versus tratamientos conservadores.
09:20 h	Avances técnico-quirúrgicos. **Olga Schiavon Vinyoles, Laura Miracle Amate.** *Enfermeras*
09:50 h	Ventajas de los tratamientos no traumáticos. **Aurora Ruano González.** *Enfermera*
10:10 h	Coffe break
10:40 h	Complicaciones: Incontinencia y disfunción eréctil.
	Papel de la enfermera en la incontinencia. **Raquel Torres Cobo.** *Enfermera*
10:55 h	Abordaje multidisciplinar de la disfunción eréctil. GADET. **Sandra González Caña.** *Enfermera*
11:15 h	Atención a las enfermedades de transmisión sexual. **Álvaro Vives Suñe.** *Urólogo*
11:40 h	DEBATE MESA REDONDA
12:10 h	Clausura del Congreso y presentación de resultados

www.enfuro.es

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 superamos ya las 500.000 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.