enfuro
Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 136. Mayo 2019

Influencia de los pesarios en la calidad de vida de mujeres con prolapso de órganos pélvicos

Sonda intravaginal. Una causa infrecuente de extravasación de orina por fuera de la sonda

Atención integral al paciente ostomizado. Apertura de consulta de ostomía

Donante renal: vivencia del proceso

Complicaciones y cuidados de las urostomías

Cuidados enfermeros paliativos en urología

Posoperatorio del donante vivo de riñón: diferencia con pacientes sometidos a nefroctomías laparoscópicas por otras causas

Crónica del XXXIX Congreso

Resultados de la evaluación del congreso por parte de los asistentes

ENFURO
nº 136 / Mayo 2019
Año XIV

JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidencia: Francisco J. Milla España
Secretaría General: Mª del Carmen Expósito Álvarez
Tesorería: Manuel R. Bernal Pacheco

Revista ENFURO
Director:
Francisco J. Milla España

Jefe de Redacción:
Francisco Estudillo González

Consejo de Redacción:
Mª del Carmen Expósito Álvarez
Manuel R. Bernal Pacheco
Anna Quintanilla Sanz
Mª Abel Cucurull Llobet
Mercedes Martín Valenciano

Traducción:
Cristina Gutiérrez Romero

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: Segovia

ENFURO - Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Urología-Andrología e Incontinencia Urinaria)
Sede administrativa: Manuel R. Bernal Pacheco
Avda. Brisa del Mar nº 9 - 16
29790 Chilches. Málaga
Correo electrónico: enfuro@enfuro.org
Web: www.enfuro.es

Sumario

- Editorial 3
- Influencia de los pesarios en la calidad de vida de mujeres con prolapso de órganos pélvicos
  Gómez de Quero, M.; Portillo Bernal, P.; Toledano Mayoral, B.; Suárez Chans, I.; López Benjumea, Md.; Robledo, E. 4
- Sonda intravaginal. Una causa infrecuente de extravasación de orina por fuera de la sonda
  Juan León Mata, M. Guendi. Fernández Rodríguez, Iván Díaz Flores, Albanta A. Vázquez Rivera, Raquel Camiño Rodríguez, Patricia Varela Díaz..... 9
- Atención integral al paciente ostomizado. Apertura de consulta de ostomía
  Sandra del Sol Plaza, Mª Paz González Sánchez 11
- Donante renal: vivencia del proceso
  Gallego Español, MªL.; Díaz Jurado, MªI.; Oliva Romero, S.; Jovani Palau, M.; Ruiz López, A.; Chacón Aparicio, A. 14
- Complicaciones y cuidados de las urostomías
  Estudillo González, F.; García González, RF.; Estudillo Lobato, G.; Rodríguez Bocanegra, JC.; Aragón Gutiérrez, C.; Gago Gazteluz, J. 19
- Cuidados enfermeros paliativos en urología
  Zurita Castañeda, C.; Lago Martín, M.D.; Romero Flichy, A. 26
- Posoperatorio del donante vivo de riñón: diferencia con pacientes sometidos a nefroctomías laparoscópicas por otras causas
  Prieto Díaz, S.; Baquero Muñoz, M.A.; Terán Oliveros, L.; Pedraza Sánchez, JP.; Mazuecos Quirós, J. 35
- Crónica del XXXIX Congreso..... 41
- Resultados de la evaluación del congreso por parte de los asistentes 44
- El Consejo General de Enfermería y el Ministerio de Sanidad constituyen Nursing Now España..... 46
- Noticias..... 48

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

En nuestro país, la formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial. Esta formación en Enfermería tiene por objeto dotar a las enfermeras y enfermeros de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma, recogida en el artículo 15 de la LOPS (1) (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias). En esta misma ley, el artículo 7.2A dice: "*Corresponde a los diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades*". Una definición muy amplia que nos ha permitido definir nuestras competencias en todas las parcelas.

Jurídicamente, 2018 ha sido un magnífico año para nosotros.

El 19 de octubre de 2018, el Consejo de Ministro dio luz verde a la modificación del real decreto que regula la prescripción enfermera, oficialmente bautizada como "*indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros y enfermeras*". El 23 de octubre de 2018 se publicó en el BOE (2), poniendo fin a una reivindicación histórica y a la inseguridad jurídica que afectaba a las 300.000 enfermeras y enfermeros españoles en actuaciones cotidianas con un gran número de medicamentos, que nos aportará seguridad jurídica en el manejo de los que ya usábamos en la asistencia al paciente, por ejemplo, las vacunas. Esta cuestión siempre se referirá a medicamentos sujetos a prescripción médica y que se desarrollen con un marcado carácter colaborativo y aparecerán en los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, y también a los productos sanitarios (sondas, catéteres, dispositivos de curas, etc.) que tanto utilizamos y que ya podemos prescribir en nuestra práctica profesional.

En España, son los Colegios Profesionales los órganos reguladores de la profesión y hemos conseguido que el CGE (Consejo General de la Enfermería) en la Resolución nº 22/2017 (3), de fecha 14/12/17, publicada en el BOE (4) el 20/01/18, reconozca las Competencias Enfermeras en Incontinencias y Disfunciones del Suelo Pélvico. Esto ha resuelto un problema muy importante que teníamos con fisioterapia, ya que nos acusaban de intrusismo profesional. Pero también se ha conseguido, gracias al Grupo CAB (patrocinado por Coloplast) del que me siento orgulloso de pertenecer, que el Consejo General de Enfermería apruebe el trabajo que realizamos a lo largo de todo un año y que ha sido recogido en la Resolución nº 15/2018 (5), de ordenación del ejercicio profesional enfermero en el ámbito de la consulta enfermera de Urología, publicado en el BOE del 26/12/2018 (6).

Por otra parte, estas resoluciones nos darán la posibilidad de utilizarlas para el desarrollo de los Diplomas de Acreditación y Acreditación Avanzada, al amparo del Real Decreto 639/2015, de 10 de julio/15, publicado en el BOE el 28 de julio de 2015, por el que se regulan estos diplomas (7). El establecimiento de un desarrollo normativo que permita articularlos debe valorarse como una significativa oportunidad dirigida a consolidar el valor de la formación continuada como elemento de reconocimiento eficaz y sólido, que contribuya a reforzar la capacidad del profesional en la resolución de los problemas de la práctica en un área funcional determinada, y por este camino estamos trabajando ahora desde esta Junta Directiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340
2. https://www.boe.es/boe/dias/2018/10/23/pdfs/BOE-A-2018-14474.pdf
3. https://www.consejogeneralenfermeria.org/servicios-juridicos/legislacion/send/8-normativa-colegial/692-resolucion-n-22-2017-de-14-de-diciembre-de-2017
4. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-B-2018-3536
5. https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/8-normativa-colegial/784-resolucion-n-15-2018
6. https://www.boe.es/boe/dias/2018/12/26/pdfs/BOE-B-2018-61095.pdf
7. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-8442

GÓMEZ DE QUERO, M.; PORTILLO BERNAL, P.; TOLEDANO MAYORAL, B.; SUÁREZ CHANS, I.; LÓPEZ BENJUMEA, MD.; ROBLEDO, E.

Influencia de los pesarios en la calidad de vida de las mujeres con prolapso de órganos pélvicos

RESUMEN

El prolapso de órganos pélvicos es una condición patológica que impacta negativamente en la calidad de vida de la mujer. Ocurre cuando los músculos, los ligamentos y las fascias del suelo pélvico se estiran y se debilitan, dejando de proporcionar un sostén adecuado, pudiendo descender y salir al exterior (1).
La prevalencia está estimada de un 43% a un 76% de la población femenina general, siendo la etiología compleja y multifactorial (2).
El pesario es un dispositivo que se instala en la vagina para proveer soporte a los órganos pélvicos. La importancia de su utilización reside en mejorar significativamente la calidad de vida de la paciente y evitar una intervención quirúrgica. El tratamiento es mínimamente invasivo, de bajo coste, seguro y efectivo. Se recomienda cuando la cirugía representa un riesgo mayor a los beneficios (3).

Palabras clave: prolapso genital, pesario, calidad de vida.

SUMMARY

Pelvic organ prolapse is a pathological condition that negatively affects women's quality life. It occurs when the muscles ligaments and tissues supporting the pelvic organs become weak or loose. Then, the pelvic organs can droop down and bulge out of the vagina.
The prevalence in women is estimated to be between 43 and 76%, etiology is complex and multifactorial.
A pessary is a device inserted into the vagina to support areas that are affected by pelvic organ prolapse. The potential benefit that derives from pessary use is the significant improvement in the patient's quality of life. Thus, pessary treatment allows surgery to be avoided. It is minimally invasive, inexpensive, safe and effective treatment. It is therefore recommended when surgery may pose greater risk than benefit.

Keywords: genital prolapse, pessary, life quality.

1. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico es una estructura anatómica que a lo largo de la evolución se ha adaptado a la función de soportar el peso de las vísceras pélvicas durante la bipedestación (4).

Para el estudio del suelo pélvico es importante clasificar los elementos que forman parte de los sistemas del suelo pélvico en las siguientes categorías:

1. Órganos pélvicos: el suelo pélvico contiene los órganos pertenecientes a tres tractos, todos ellos formados por vísceras huecas.
   a) Tracto urinario inferior formado por la vejiga y la uretra.
   b) Tracto reproductor formado por el útero y la vagina.
   c) Tracto digestivo formado por el recto.
2. Medios de fijación: la función de fijar es importante para evitar el desplazamiento de estructuras, pues puede haber aumento de presión intraabdominal, el llenado vesical, las relaciones sexuales o la defecación. Histológicamente corresponde a ligamentos formados por tejido conectivo rico en colágeno.
3. Medios de sostén: su función es soportar el peso de las vísceras pélvicas. Histológicamente corresponde a tejido fibromuscular.
4. Músculos del suelo pélvico: tienen una doble función, una de ellas es soportar el peso de las vísceras pélvicas y la otra es traccionar los órganos pélvicos para facilitar su función (5).

2. ALTERACIONES ANATÓMICAS DEL SUELO PÉLVICO

Entendemos por prolapso genital el descenso de los órganos genitales internos de la mujer a través del hiato genital. Estos prolapsos reciben diferente nomenclatura según el órgano prolapsado (6):

- Cistocele: salida de la base vesical a nivel de la pared anterior de la vagina durante el examen clínico. A la exploración se observa un abombamiento de la pared vaginal anterior, por lo que también se denomina colpocele anterior. Es relevante

reservar el nombre de cistocele para la observación clínica, pues no debemos confundirlo con el dato radiológico de descenso de la vejiga por debajo de la sínfisis del pubis.

- Prolapso uterino o histerocele: se define como caída del útero. Según el autor Lapray, establece la distinción entre caída de todo el útero (histerocele o histeroptosis), de la caída del cuello uterino (traqueocele) y la del fondo vaginal después de la histerectomía o colpocele fúndico.
- Prolapso del compartimento posterior: protrusión de la cara posterior de la vagina, y puede ser de dos tipos:
  - Protrusión de la pared rectal anterior o rectocele.
  - Protrusión del saco de Douglas o douglascele, cuando contiene un segmento de tubo digestivo se denomina enterecele (intestino delgado) o signoidocele (colon sigmoide).

Los prolapsos de órganos pélvicos pueden ser graduados en categorías según intensidad en cuatro grados:

- Grado I: existe prolapso, pero su plano más distal está a menos de 1 cm del plano introito vaginal.
- Grado II: la parte más distal del prolapso se encuentra alrededor de 1 cm del introito vaginal.
- Grado III: la parte más distal del prolapso se encuentra a más de 1 cm del introito vaginal.
- Grado IV: existe una eversión total de los genitales.

Los mecanismos propuestos para la aparición de los prolapsos de órganos pélvicos son de dos tipos, según el tipo de prolapso producido: los defectos anteriores o cistoceles o defectos posteriores o rectoceles.

Según el autor Petros, con su teoría integral del suelo pélvico realiza una explicación más completa del mecanismo lesional que origina los prolapsos pélvicos. Este autor explica la aparición de estos tipos de prolapsos por debilidad de los medios de sostén de las vísceras pélvicas.

3. PESARIOS

Los pesarios son unos dispositivos blandos y flexibles que se colocan en la vagina para proporcionar soporte estructural a uno o más de los compartimentos vaginales (6).

Los pesarios pueden proporcionar alivio inmediato de los síntomas de prolapso, y ser apropiados ya sea de uso temporal o a largo plazo.

La finalidad con la que se utilizan los pesarios es aliviar los síntomas del prolapso de órganos pélvicos, evitando así la intervención quirúrgica.

Etimológicamente, la palabra pesario viene del latín *pessarium,* significa sostén. De ahí el término pesario.

El hecho de utilizar el pesario y no pasar por quirófano significa numerosas ventajas para las pacientes. A veces pacientes que no cumplen requisitos para ser intervenidas quirúrgicamente (incluyen enfermedades que pueden predisponer a morbilidad preoperatoria tales como diabetes mal controladas, antecedentes de radiación pélvica, obesidad…), otras veces pacientes que no quieren pasar por quirófano. Se trata de un tratamiento conservador. Es mínimamente invasivo, de bajo coste, seguro y efectivo acudiendo a las revisiones pertinentes.

Los profesionales sanitarios deben enfocarse principalmente a identificar y aliviar los síntomas relacionados con los prolapsos de órganos pélvicos.

3.1. Tipos de pesarios

Todos los pesarios modernos están fabricados con silicona de grado médico, por lo que son duraderos y no provocan flujo vaginal de mal olor. Los pesarios más obsoletos están fabricados de goma o látex y no deben utilizarse (7).

Para quien no esté familiarizado con los pesarios, le puede parecer intimidante la cantidad de pesarios que existen.

Se clasifican en pesarios de soporte y de llene de espacio.

Entre los pesarios de soporte destacamos su principal función: sostener los órganos pélvicos. Son de dos dimensiones y se apoyan en el eje vaginal. Permiten el retiro e inserción fácil por el paciente y la actividad sexual. Los pesarios de soporte más comunes son: con forma de anillo, Hodge, Gehrung y Shaatz (8).

El pesario utilizado en este estudio es el de forma de anillo. Este pesario se encuentra disponible en diferentes tamaños: 60, 65, 70, 75, 80, 85. Se puede aplicar en todas las etapas del prolapso de órganos pélvicos y es muy efectivo en prolapsos anteriores (8).

El pesario Hodge es flexible y menos utilizado. Se creó originalmente para la retroversoflexión. Útil para prolapsos de pared anterior.

El pesario Gehrung tiene forma de U, es flexible. Este tipo de pesario pierde su posición con regularidad, por lo que es fácil de manipular por la propia paciente.

El pesario Shaatz es circular, rígido, con drenaje. Es muy poco utilizado. Se encuentra escasa bibliografía donde utilicen este tipo de pesario.

Entre los pesarios de relleno de espacio destacamos su función, pues esta es llenar espacio, son tridimensionales y tienen una gran base de soporte apical a diferencia de los de soporte. Utilizados mayormente en prolapsos de órganos pélvicos severos (estadíos III y IV).

Estos pesarios son de difícil manipulación de la paciente y no permiten mantener relaciones sexuales. Existen distintos tipos, los cuales incluyen: Gellhornm donuts, cubo, inflable y esfera.

El pesario tipo Gellhornm posee una amplia base con drenaje que genera succión, lo que proporciona un buen soporte apical (9).

Los pesarios tipos donuts son semirrígidos, similar al anillo pero con mayor grosor, útil para prolapso de órganos pélvicos apical anterior y posterior con estadíos III y IV. Disponible en varios tamaños.

El pesario en forma de cubo contiene seis lados cóncavos que permiten la succión evitando el prolapso, indicado para prolapso de órganos pélvicos en estadíos III y IV. Es muy efectivo, pero se han reportado mayores complicaciones, como flujo o erosión.

Los pesarios tipos inflables son semirrígidos, similar a donuts creados para facilitar la inserción y extracción por la paciente.

Los pesarios en forma de esfera de policarbonato con hilo de nailon presentan la ventaja de tener una fácil inserción y extracción, permiten ejercicios del suelo pélvico y se encuentran en varios tamaños.

3.2. Complicaciones por pesarios

Complicaciones verdaderamente relacionadas con pesarios están casi siempre asociadas a la falta de cumplimiento o a la falta de seguimiento por parte de la paciente. Tal negligencia puede conducir a ulceraciones vaginales, abrasión o hasta migración a las vísceras adyacentes. La mayoría de las abrasiones o ulceraciones vaginales relacionadas con pesarios se resuelven extrayendo el pesario 4 semanas (10). Durante ese período de tiempo debe tenerse en cuenta que para las pacientes con prolapsos pueden ser cualquier cosa menos días de descanso, porque tendrán que vivir con los síntomas severos de su prolapso durante ese período de tiempo.

Por esta razón, las revisiones periódicas cada 3 meses, donde la enfermería tenga una atención expectante y una observación periódica, es el mejor plan para manejar las complicaciones que puedan surgir.

Otros problemas comunes que enfrentan las usuarias de pesarios son: "desenmascaramiento" de incontinencia urinaria oculta por esfuerzo, secreción vaginal relacionada con el pesario, manchado vaginal menor, expulsión espontánea...

Pesario de anillo

3.3. Intervención enfermera en la colocación de pesarios

Para planificar y ejecutar las intervenciones de enfermería en el cuidado de la paciente que utilice pesario es necesario realizar una valoración, establecer unos diagnósticos de enfermería y finalmente proyectar unas intervenciones, que son los cuidados directos que se realizarán en beneficio de la paciente. Estos aspectos engloban los iniciados por enfermería como resultado de sus diagnósticos y los indicados por el médico.

Intervenciones a la hora de colocar pesarios

- **Lavado de manos.** Es necesario lavarse las manos con jabón y agua.
- **Elegir el tamaño y forma adecuada del pesario.** Existen diferentes formas y tamaños de los pesarios, después de la exploración elegiremos el idóneo.
- **Doblar el pesario a la mitad.** En nuestro estudio hemos elegido los pesarios en forma de anillo, por lo que es útil coger el pesario de ambos lados y usar los dedos para doblar el aro a la mitad, ayudará a la inserción del pesario.
- **Aplicar lubricante al pesario.** Es necesario aplicar lubricante en el pesario por la parte del extremo que vamos a insertar primero, disminuiremos el dolor de la paciente y se nos hará más cómoda la inserción a los profesionales sanitarios.
- **Colocación del pesario.** La posición que le pedimos a las pacientes que adopten sería decúbito supino con las pier-

Distintos modelos de pesarios

nas flexionadas y separadas. Posteriormente separamos los labios vaginales con los dedos de tu mano no dominante, el pesario doblado en la mano dominante para insertarlo. Insertamos con suavidad el pesario**,** empujando con cuidado el extremo doblado y lubricado del pesario en la vagina. Es necesario tener en cuenta que el pesario se inserta a lo largo en la vagina.

4. OBJETIVOS

- Conocer la tasa de mujeres con prolapso de órganos pélvicos que toleran el pesario.
- Descubrir el impacto en la calidad de vida de la población a estudio.

5. MÉTODO

Diseño y participantes

El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal, se incluyeron 25 pacientes, entre las edades de 47 años hasta los 90 años. Los datos fueron procesados por el programa informático SPSS.

Las pacientes son derivadas por los/as urólogos/as a la consulta de enfermería, donde se colocan los pesarios.

Tras la exploración se valora la utilización de un determinado pesario, y del tamaño idóneo para la paciente.

Las mujeres del estudio nos respondieron al número de hijos que habían tenido, el tipo de parto que habían tenido en el pasado y si habían padecido algún aborto.

Se les preguntó si mantenían relaciones sexuales con el pesario, y si sufrían dolor en caso de mantenerlas.

Respecto a las infecciones de orina, se les preguntó si tenían cultivos positivos en los últimos seis meses.

Recogida de datos y procedimiento

Las fechas en las que se realizó el estudio fueron entre enero y junio de 2018.

A cada sujeto del estudio se les preguntó:

- Edad.
- Fecha de colocación de pesaría.
- Tipo de pesario y número.
- Enfermedad urológica.
- Enfermedad ginecológica.
- IMC.
- Quirófanos previos.
- Número de gestaciones.
- Tipos de partos.
- Abortos.
- Relaciones sexuales.
- Dispareunia.
- Estreñimiento.
- Incontinencia.
- Cultivos positivos.
- Complicaciones adversas del pesario.

Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS, versión 20.0, y el programa informático Microsoft Excel. Con ambos se realizó un análisis exploratorio de los datos y los descriptivos básicos de tendencia y dispersión, con el fin de conocer las distribuciones de frecuencias.

Los instrumentos para la recogida de datos han sido: El cuestionario PGI.

6. RESULTADOS

Se incluyeron un total de 25 mujeres, cuya edad oscila entre 47 y 90 años. El 76% mostró tolerancia al pesario y todas las pacien-

tes mantienen adherencia al tratamiento frecuentando de manera habitual la consulta de enfermería de Urología para recambio del dispositivo y valoración de posibles complicaciones.

El 72,2% de las pacientes presentó una mejoría significativa de su calidad de vida. Se evalúo la calidad de vida con el cuestionario PGI.

En cuanto a su vida sexual, el 22% manifestó no presentar dolor ni dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales, por lo que podrán continuar su actividad sexual aunque estén en tratamiento con pesario. Además se debe de tener en cuenta que no todas las mujeres encuestadas eran activas sexualmente.

7. DISCUSIÓN

Según diversos estudios, las mujeres con prolapso de órganos pélvicos que utilizan pesarios son mayores de 65 años, pero existe poca evidencia científica que pone de manifiesto la factibilidad de los pesarios en mujeres menores de esta edad. En este estudio demostramos que es viable utilizar pesarios en mujeres menores de 65 años con prolapso de órganos pélvicos.

La media de edad de nuestro estudio se sitúa en 69,2, por lo que existe una mayor población mayor de 65 años con pesario, lo que concuerda con lo publicado anteriormente por otros investigadores. No obstante, cabe resaltar que hay un porcentaje de mujeres menores de esa edad que presentan buena tolerancia y mantienen relaciones sexuales.

Tras ver los resultados de adherencia y mejoría de calidad de vida, creemos que se pueden mejorar al dedicar el tiempo necesario en consulta para aportar máxima información y educación sobre sus beneficios, posibles complicaciones, así como medidas de higiene y cuidados del dispositivo; todo ello para fomentar el autocuidado tras su implantación.

Se presenta la posibilidad de investigar en futuros estudios si los pesarios mejoran las micciones de las pacientes.

8. CONCLUSIONES

Como conclusiones podemos mencionar que el tratamiento con pesario para prolapsos de órganos pélvicos ofrece una primera línea en manejo de la patología.

La calidad de vida de las pacientes del estudio mejora con el tratamiento con pesario, sin presentar complicaciones como pudieran ser: mayor flujo, expulsión espontánea del pesario o ulceraciones en la vagina.

Y, por último, las pacientes pueden mantener relaciones sexuales aun a pesar de estar en tratamiento con el pesario.

Se puede concebir una futura línea de investigación en relación a las micciones de las pacientes que están en tratamiento con pesarios. ▼

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Subak LL, Waetjen LE, van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. Obstet Gynecol 2001; 98: 646-51.
2. Reátegui Rengifo, Rosa; Acosta Flores, Silvia. Importancia de la reducción del prolapso vaginal anterior severo durante el examen clínico y estudio urodinámico en el diagnóstico de incontinencia urinaria oculta. Rev. Peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2013 julio [citado 2018 abril 25]; 59 (3): 161-166.
3. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms, location and severity of pelvic organ prolapse. J Obstet Gynecol. 2001; 185:1332-8.
4. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 277-85.
5. Atnip SD. Pessary use and management for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Clin N Am 2009; 36: 541-63.
6. Kuhn A, Bapst D, Standlmayr W, Vits K, Mueller MD. Sexual and organ function in patients with symptomatic prolapse: are pessaries helpful? Fertil Steril 2009; 91: 1914-8.
7. Ralph T Constanza, Ivanovic-Zuvic S Danisa, Blümel M Bernardita, Gonzalez L Silvana, Pizarro-Berdichevsky Javier. Uso de pesarios en mujeres menores de 65 años con diagnóstico de prolapso de órganos pelvianos: estudio de factibilidad. Rev. Chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 junio [citado 2018 julio 15] ; 79 (3): 161-165.
8. Clemons JL, Aguilar VC, Sokol ER, et al. Patient charecteristics that are associated with continued pessary use versus surgery after 1 year. 2004. Am J Obstet Gynecol; 191:159.
9. Hanson LA, Schulz JA, Flood CG, et al. Vaginal pessaries in managing women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence: patient characteristics and factors contributing to success. 2006. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct; 17:155.
10. Haylen. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP). 2016. Neurourology and Urodynamics; 35: 137-68.

JUAN LEÓN MATA[2], M. GUENDI FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ[1], IVÁN DÍAZ FLORES[1], ALBANTA A. VÁZQUEZ RIVERA[1], RAQUEL CAMIÑO RODRÍGUEZ[1], PATRICIA VARELA DÍAZ[1]
[1] DUE. Hospital Comarcal de Monforte. [2] Servicio de Urología. Hospital Comarcal de Monforte

Caso clínico

Sonda intravaginal. Una causa infrecuente de extravasación de orina por fuera de la sonda

RESUMEN

La colocación de una sonda en una mujer es una técnica sencilla, sin embargo, en casos de obesidad mórbida, vaginitis atrófica, retracción intravaginal del meato uretral, cirugías o traumatismos pélvicos previos, inflamación o edema local, vulvitis radical y estenosis del meato uretral, esta maniobra resulta mucho más complicada (1-2).
Las mujeres muy añosas suelen presentar liquen escleroso y atrófico, consistente en una dermatosis crónica inflamatoria, no infecciosa y causa desconocida que retrae y cierra el introito vaginal produciendo lo que se denomina Craurosis vulvar (CV). La CV y la atrofia vaginal posmenopáusica hacen que el meato uretral retroceda significativamente dentro de la vagina, lo que hace imposible su cateterización bajo visión.
En ocasiones, la sonda está correctamente colocada en la uretra, pero la paciente tiene la sonda obstruida y/o presenta contracciones vesicales no inhibidas que causan la extravasación de orina por fuera de la sonda. Dichos problemas deben ser tratados con lavados vesicales para desobstruir la sonda y/o medicamentos que inhiban las contracciones del músculo detrusor como antimuscarínicos y espasmolíticos.
Presentamos un caso donde un sondaje inadecuado fue erróneamente interpretado como una extravasación de la orina por fuera de la sonda y que nos permite recordar qué maniobras debemos usar para resolver un sondaje difícil en una mujer.

Palabras clave: sonda intravaginal, extravasación de orina.

SUMMARY

The placement of a catheter in women is an easy technique. However, in cases of morbid obesity, atrophic vaginitis, intravaginal retraction of urethra and meatus, surgeries or previous pelvic trauma, inflammation or local oedema, vulvitis and urethral meatal stenosis, this maneuver becomes more difficult than 1-2.
Lichen sclerosus is most common in elderly women. The cause is unknown. It is a chronic inflammatory skin condition, non-infectious disease which leads to retraction and closure of the vaginal introitus resulting in what is termed "Klaurosis vulvae" (KV). With KV and postmenopausal vaginal atrophy, the urethral meatus recedes significantly along the vaginal wall making its visualization for catheterization impossible.
In some cases, the catheter is correctly sited, but the patient can have an obstruction in the catheter and/or present uninhibited bladder contractions which cause the extravasation of urine. In these cases, it is recommended to use vesical washouts in order to unblock the catheter and/or drugs that inhibit the contractions of the detrusor muscle such as antimuscarinic and spasmolytic.
We present a case where an inappropriate catheterization was wrongly interpreted as urinary extravasation. Due to this, it is of pivotal importance to remember the type of maneuvers we have to perform in case of difficult catheterization in a woman.

Keywords: intravaginal catheter, urine extravasation.

CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años sin antecedentes de alergias medicamentosas (intolerancia al calcio), operada de glaucoma, colelitiasis, diverticulosis sigmoidea y gastritis inespecífica. Estreñimiento crónico. Hipotiroidismo. Osteoporosis severa con historia de fracturas patológicas. Demencia, depresión y enfermedad de Parkinson evolucionado. Atrofia cerebral cortical.

La paciente es ingresada por un cuadro de deterioro cognitivo, deshidratación e hiponatremia, siendo diagnosticada de síndrome de secreción inadecuada de ADH. Se decide colocación de sonda vesical para control de diuresis. Sin embargo, desde el principio la sonda funciona mal, con salida de pequeñas cantidades de orina por la sonda (150 cc/24 h) y con salida del resto de la orina por fuera de la misma. Se cambia la sonda en varias ocasiones por parte de enfermería, utilizando sondas hasta 16 ch obteniendo siempre el mismo resultado.

Se avisa a urología por posibles contracciones vesicales no inhibidas como causa de la extravasación de la orina. Se intenta colocación de nueva sonda, pero la paciente presenta CV con retracción intravaginal del meato uretral. Se decide intentar colocación de sonda 18 ch de punta acodada, pero los primeros intentos resultan infructuosos ya que, tras el paso de la sonda, se comprueba mediante tacto vaginal que la sonda está en vagina.

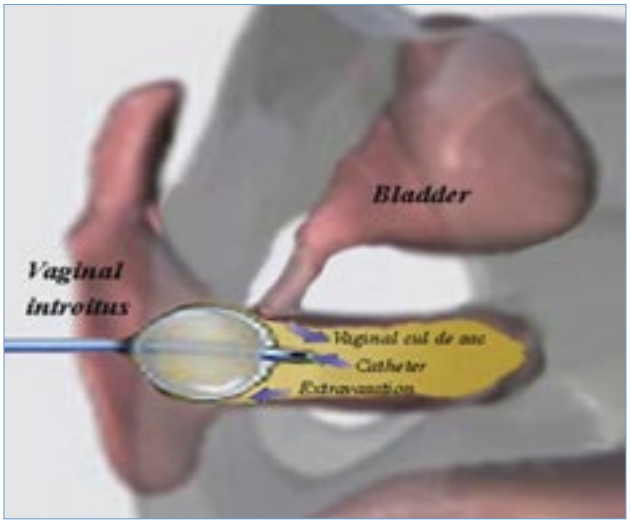
Se realiza sondaje palpando la cara anterior de la vagina con el dedo índice de la mano izquierda hasta que se localiza la posible localización del meato uretral intravaginal. Se empuja entonces la sonda con la otra mano, colocando la punta acodada hacia arriba y dirigiendo el extremo de la sonda con la punta del dedo introducido en vagina, con lo que se consigue introducir la sonda en vejiga con facilidad. Tras dicha maniobra de colocación, la sonda funcionó perfectamente sin salida de orina por fuera de la misma.

COMENTARIOS

Antes de su correcta colocación, el globo de la sonda obstruía la salida de la vagina de forma que la orina, proveniente del meato uretral retraído, se retenía en la vagina hasta que parte de esa orina se introducía en la sonda a través de los orificios de la punta, haciendo pensar que está colocada en la vejiga. Sin embargo, la mayor parte de la misma se extravasaba hacia el exterior entre el globo y las paredes del introito vaginal (figura 1). El diagnóstico diferencial en estos casos es muy sencillo, ya que con un simple tacto vaginal se aprecia si la sonda está en la vagina o ha entrado en vejiga.

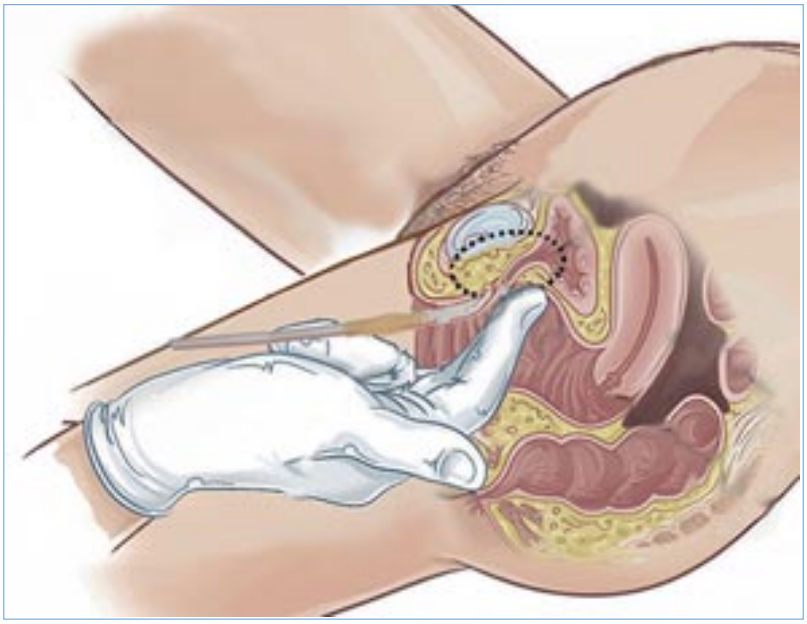
Por eso, cuando el meato uretral es difícil de visualizar, debemos intentar exponerlo colocando a la paciente en posición de Trendelemburg, colocando una almohada bajo la pelvis, y retrayendo el panículo adiposo suprapúbico hacia arriba. En ocasiones es además necesario separar los labios mayores y menores hacia los lados, lavar adecuadamente el introito, utilizar un espéculo vaginal e iluminar adecuadamente con un foco portátil o linterna

Figura 1



Si no se observa el meato uretral, puede que este se encuentre retraído intravaginalmente y va a ser muy difícil de visualizar, por lo que deberemos intentar un cateterismo a ciegas (3). Introduciremos el dedo índice y palparemos con él la cara anterior de la pared vaginal intentando localizar el meato uretral el cual se sentirá como una pequeña depresión. Una vez localizado el meato, dejaremos el dedo justo por detrás del mismo e introduciremos un catéter vesical de punta acodada la cual estará dirigida hacia arriba. Dado que la punta del dedo índice esta colocada justo detrás del meato, bloqueando el avance de la sonda hacia el fondo vaginal, al empujar la sonda esta tenderá a entrar en el meato uretral (figura 2).

Figura 2



En manos de personal de enfermería experimentado o de un urólogo, esta técnica puede emplearse de manera segura para cateterizar a mujeres ancianas sin necesidad de realizar una cateterización cistoscópica sobre un alambre guía o la inserción de un catéter suprapúbico, lo que podría ser imposible en ausencia de una vejiga llena, como puede ocurrir en una paciente anúrica.

BIBLIOGRAFÏA

1. Ghaffary C, Yohannes A, Villanueva C, Leslie S. A Practical Approach to Difficult Urinary Catheterization**.** Current Urology Reports 2013, 14 (6): 565-79.
2. Devine AL. Female catheterisation: what nurses need to know. Accident Emerg. Nurs 2003; 11: 91-5.
3. Chitale S, Hudson RL. Technique of urethral catheterisation in very elderly women. Ann R Coll Surg Engl 2007; 89: 634-5.

SANDRA DEL SOL PLAZA, Mª PAZ GONZÁLEZ SÁNCHEZ

Premio al mejor póster presentado al XXXIX Congreso de la AEEU

Atención integral al paciente ostomizado. Apertura de consulta de ostomía

RESUMEN

En el siguiente trabajo analizamos la puesta en marcha y la actividad de la consulta de enfermería especializada en Ostomía del Hospital Severo Ochoa de Leganés.

Palabras clave: ostomía, urología, consulta enfermera.

SUMMARY

In this paper we analyse the implementation and the activity of nursing consultation specializing on Ostomy in Severo Ochoa Hospital in Leganes.

Keywords: ostomy, urology, nursing consultation.

INTRODUCCIÓN

En el marco de ofrecer una atención integral al paciente portador de ostomía se hace evidente en el día a día de la enfermería la necesidad de realizar como proyecto de mejora la apertura de una consulta de enfermería especializada para ofrecer un cuidado específico y un seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso quirúrgico, es decir, antes de la intervención, durante e inmediatamente después de esta.

A menudo encontramos pacientes y profesionales con dudas o desconocimiento del manejo de dispositivos de ostomía y de los cuidados propios de ostomías urológicas y digestivas.

Enseñar al paciente a realizar un correcto autocuidado manejando adecuadamente los dispositivos evitará la aparición de complicaciones, le aportará una mejor calidad de vida y por ende disminuirá el coste sanitario derivado de la atención por un manejo incorrecto de la ostomía.

OBJETIVOS

- Determinar el perfil del paciente que acude a la consulta de ostomía.
- Describir la implantación y actividad de la consulta desde su apertura en 2015 hasta la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Los pacientes del estudio fueron pacientes ostomizados valorados en la consulta de enfermería un día a la semana.

En esta consulta presta servicios una enfermera especialista en estomaterapia.

Realizamos un estudio observacional retrospectivo para analizar la actividad de la consulta en el periodo comprendido entre octubre de 2015 y diciembre de 2018.

Las variables recogidas para el estudio son sociodemográficas, clínicas y administrativas. Hemos recogido los datos sobre sexo de los pacientes atendidos, servicio de procedencia y tipo de consulta.

La consulta de ostomía se estructura principalmente en dos tipos de visitas. Una primera visita, que bien puede ser antes o después de la cirugía, en la que o bien se realiza el marcaje del lugar del estoma y la educación sanitaria previa a la intervención en la que se le explica al paciente de qué va a ser intervenido y se le da una breve información sobre el dispositivo que llevará puesto o bien, si es después del alta hospitalaria, se hace una valoración del estado del estoma y de posibles complicaciones. En el otro tipo de visita sucesiva se valoran los autocuidados del paciente, las complicaciones tardías y se realiza educación para la salud sobre alimentación, manejo de dispositivos, sexualidad, etc.

RESULTADOS

El número de pacientes atendidos desde la apertura de la consulta ha ido aumentando sucesivamente a lo largo de estos tres años. En total han sido atendidos un total de 698 pacientes, con un aumento en el último año de un 33,8% respecto al año anterior. El 75% de ellos son varones y un 25% mujeres. En su mayoría proceden del servicio de cirugía general y digestiva (640 pacientes), debido a que es el servicio que mayor número de intervenciones realiza comparado con el resto de especialidades quirúrgicas. Le sigue el servicio de urología, que derivó 49 pacientes, y oncología y ginecología 9 y 1 pacientes, respectivamente.

Durante el año 2018 se ha incorporado la actividad docente a la consulta formando a 9 profesionales de atención primaria para que, a su vez, puedan formar a otros profesionales en sus centros de salud. También han rotado enfermeros residentes de la especialidad de enfermería comunitaria. De manera anual se realiza un curso monográfico de ostomía, a través del servicio de formación continuada del hospital, que imparte la enfermera estomaterapeuta del hospital y una enfermera del servicio de cirugía y es ofertado para todos los profesionales enfermeros y técnicos medios sanitarios en cuidados auxiliares de enfermería del centro.

DISCUSIÓN

Es necesario seguir trabajando en la difusión de la consulta, para que cualquier profesional de nuestro centro así como de atención primaria, pueda derivar a cualquier paciente que precise atención especializada. Viendo la evolución del resultado, sería preciso valorar la ampliación del horario de la consulta a dos días en semana.

CONCLUSIÓN

Podemos decir que la apertura de la consulta de atención al paciente ostomizado es algo muy positivo, puesto que no solo garantiza la continuidad del cuidado del paciente que ha sido intervenido asegurando unos buenos autocuidados, sino que disminuye el número de consultas en el servicio de urgencias por complicaciones de la ostomía, ya que se reduce la probabilidad de que estas se produzcan debido a la educación sanitaria que se imparte en la consulta. Esto se traduce no solo en la disminución del coste sanitario generado de la atención en el servicio de urgencias, sino además en un aumento en la calidad de vida del paciente portador de una ostomía, puesto que gracias a la realización de un buen autocuidado guiado por una enfermera especialista y a un aumento de la confianza este puede volver a llevar el mismo tipo de vida que antes de la intervención.

La apertura de la consulta de ostomía no solo se ha convertido en una referencia para los profesionales que trabajan en el centro, sino también para los que realizan su actividad en atención primaria que se han formado para ampliar los conocimientos. Se ha establecido una vía de comunicación telefónica o por correo electrónico para que exista contacto entre los distintos profesionales que atienden a un mismo paciente, y esto refuerza de manera muy positiva la atención integral y la continuidad asistencial, de manera que el paciente ya no siente desprotección una vez que ha sido dado de alta en el centro hospitalario. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Arolfo S, Borgiotto C, Bosio G, Mistrangelo M, Allaix ME, Morino M. Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma-related complications. Tech Coloproctol. 2018 Sep; 22 (9): 683-687. doi: 10.1007/s10151-018-1857-3. Epub 2018 Sep 28.
2. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; Guideline Development Task Force. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient with a Fecal or Urinary Ostomy-An Executive Summary. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018 Jan/Feb; 45 (1): 50-58. doi: 10.1097/WON.0000000000000396.
3. Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. Metas Enferm 2014; 17 (1): 23-31.
4. Chaura Guindic L, Benavides León CJ, Villanueva Herrero JA, Jiménez Bobadilla B, Abdo Francis JM, Hernández Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cir 2011; 79 (2): 149-155.

ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE OSTOMIZADO:

Apertura de consulta de enfermería especializada en ostomía

Del Sol Plaza, Sandra; González Sánchez, Mª Paz

Hospital Universitario Severo Ochoa

INTRODUCCION

En el marco de ofrecer una atención integral al paciente intervenido de cirugía urológica y colorrectal se hace evidente la necesidad de realizar como proyecto de mejora la apertura de una consulta de enfermería especializada en cuidados al paciente ostomizado de manera que éste tenga un seguimiento a lo largo de todo el proceso quirúrgico. Enseñar al paciente a realizar un correcto autocuidado manejando adecuadamente los dispositivos evitará la aparición de complicaciones, le aportará una mejor calidad de vida y por ende disminuirá el coste sanitario derivado de la atención por un manejo incorrecto de la ostomía.

OBJETIVOS

- Determinar el perfil del paciente que acude a la consulta de enfermería.
- Describir la implantación y actividad de la consulta desde su apertura hasta la actualidad.

MATERIAL Y METODO

- Estudio observacional retrospectivo.
- Pacientes valorados en consulta de ostomía.
- Enfermera especialista en estomaterapia.
- Variables sociodemográficas, clínicas y administrativas.

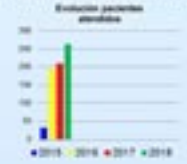
RESULTADOS

- La consulta tiene actividad un día en semana y es llevada por la enfermera especialista en estomaterapia.
- Se programan dos tipos de visita: primera y sucesiva. También se atiende a pacientes sin cita previa que presentan complicaciones.

Primera visita → prequirúrgica: información sobre cirugía, marcaje del estoma, explicación de dispositivos.
Primera visita → postquirúrgica: valoración estoma, estado nutricional, complicaciones precoces, resolver dudas. Programar visitas sucesivas.

Visitas sucesivas: valoración de complicaciones tardías, evaluar autocuidado.

- En total se han visto 699 pacientes desde octubre de 2015 a diciembre de 2018.
- Formación y docencia: durante 2018 rotaron por la consulta 9 profesionales de enfermería de atención primaria de la zona así como residentes de especialidades de enfermería para formarse en cuidados al paciente ostomizado.



1ª visita	12	55	84	73	224
Sucesivas	20	139	146	180	485

CONCLUSION

Podemos decir que la apertura de la consulta de atención al paciente ostomizado es algo muy positivo puesto que no solo garantiza la continuidad del cuidado del paciente que ha sido intervenido asegurando unos buenos autocuidados si no que disminuye las consultas en el servicio de urgencias por complicaciones de la ostomía ya que se reduce la probabilidad de que estas se produzcan debido a la educación sanitaria que se imparte en la consulta.

Tener una enfermera especialista como referencia en el hospital produce confianza y tranquilidad en el paciente y menor rechazo al autocuidado porque puede resolver sus dudas con una profesional sanitaria.

DISCURSION

Es necesario seguir trabajando en la difusión de la consulta para que cualquier profesional de nuestro centro así como de atención primaria pueda derivar a pacientes que precisen atención especializada. Si la actividad de la consulta continúa en aumento tal y como hemos visto en la evolución de estos tres años habría que valorar la apertura de consulta dos días en semana ya que actualmente solamente presta servicio los martes de cada semana.

BIBLIOGRAFIA

1. Arolfo S, Borgiotto C, Bosio G, Mistrangelo M, Allais ME, Morino M. Preoperative stoma site marking: a simple practice to reduce stoma-related complications.Tech Coloproctol. 2018 Sep;22(9):683-687. doi: 10.1007/s10151-018-1857-3. Epub 2018 Sep 28.

2. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society; Guideline Development Task Force. WOCN Society Clinical Guideline: Management of the Adult Patient With a Fecal or Urinary Ostomy-An Executive Summary.J Wound Ostomy Continence Nurs. 2018 Jan/Feb;45(1):50-58. doi: 10.1097/WON.0000000000000396.

3. Coca Pereda C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. Metas Enferm 2014; 17(1):23-31.

4. Chaura Guindic L, Benavides León CJ, Villanueva Herrero JA, Jimenez Bobadilla B, Abdo Francis JM, Hernandez Labra E. Calidad de vida del paciente Ostomizado. Cir Cir 2011; 79(2): 149-155.

GALLEGO ESPAÑOL, Mª L.[1]; DÍAZ JURADO, Mª I.[2]; OLIVA ROMERO, S.[3]; JOVANI PALAU, M.[4]; RUIZ LÓPEZ, A.[5]; CHACÓN APARICIO, A.[6]
[1,5] Enfermera gestora. [2] Enfermera de programa. [3,4] Enfermera. [6] Enfermera adjunta. Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona

Donante renal: vivencia del proceso

RESUMEN

El trasplante renal de donante vivo (TRDV) es la mejor opción de tratamiento de la insuficiencia renal crónica estadio V. El objetivo es conocer la vivencia del donante respecto a la información y cuidados enfermeros recibidos durante el proceso, así como identificar las necesidades más relevantes para unos mejores cuidados enfermeros. Estudio observacional, descriptivo, transversal retrospectivo. Se evaluó mediante un cuestionario ad hoc. Se incluyeron 59 pacientes. La información enfermera durante el ingreso fue evaluada como muy buena (52,54%) y los cuidados enfermeros durante la hospitalización fueron muy adecuados en un 61%. Debe mejorar la información antes de la intervención quirúrgica (dolor, movilización después de la cirugía y reincorporación a la vida diaria) y una adecuada planificación del seguimiento de visitas al alta. Se plantea la elaboración de una guía informativa dirigida al donante renal.

Palabras clave: donante vivo, trasplante renal, experiencia donante.

SUMMARY

A living-donor kidney transplant is the best available option to treat a person with stage V chronic kidney disease. The aim is to know the experience of the donor with regards to the information and nursing care received during the process, as well as to identify the most relevant needs for effective care. Descriptive, observational, transversal, cross sectional and retrospective study. Ad hoc evaluation questionnaire was used. 59 patients were included in this study. Information during hospital stay was evaluated as very good (52,54%) and nursing care as adequate (61%). It may be necessary to provide more clarifying information prior to surgery (pain, mobilisation after surgery and reincorporation to normal day life) and an adequate follow-up support in discharge planning. A renal transplant manual is proposed for elaboration.

Keywords: living donor, kidney transplant, experience donor.

INTRODUCCIÓN

El trasplante renal de donante vivo (TRDV) es la mejor opción de tratamiento de la insuficiencia renal crónica en estadio V, ya que:

- La salud del donante no se ve afectada por el hecho de la donación (1).
- El tiempo de supervivencia del riñón es mayor que en el caso de donante cadáver (2).
- La calidad de vida del receptor en el momento del TRDV es óptima.
- Menor tiempo de isquemia fría que en el caso de donante cadáver.

En los últimos años, el trasplante renal de donante vivo ha experimentado un aumento significativo, debido a varias razones:

- Incremento de pacientes en lista de espera.
- Introducción de la nefrectomía laparoscópica como técnica quirúrgica de elección.

El donante renal ha de ser mayor de edad, estar en plenas facultades mentales para decidir y tener un buen estado de salud.

Debe recibir una información clara, veraz y adecuada a su comprensión.

El equipo asistencial ha de estar abierto a resolver todas las dudas y sugerencias que presente la persona que va a donar.

La opción de donar parte de los principios de altruismo y gratuidad (3).

El trasplante de órganos está legislado en España en el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre.

El proceso de donación siempre ha de ser evaluado por el Comité de Ética Asistencial de nuestro hospital.

La decisión de donar se plasma en el consentimiento informado, donde tanto donante como receptor aceptan someterse al TRDV. Como trámite final, el donante es citado en el juzgado, donde el juez certifica la transparencia de todo el proceso.

El potencial donante puede revocar libremente su consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de explicar los motivos y sin que ello tenga ninguna consecuencia.

En nuestro hospital se inició el programa de trasplante renal de donante vivo (TRDV) en el año 2000. Desde el año 2009 se han realizado en España 3.309 donaciones de vivo y en el mismo periodo en Cataluña se realizaron 1.468, y 227 en nuestro hospital.

El propósito del estudio es obtener información sobre la vivencia del donante del TRDV. En consecuencia, conocer el nivel de información que tiene sobre el proceso de donar, la percepción de los cuidados enfermeros recibidos durante la hospitalización y su posterior seguimiento al alta.

OBJETIVOS

- Conocer la percepción del donante renal respecto a la infor-

mación y a los cuidados enfermeros recibidos durante el proceso de la donación.
- Identificar las necesidades más relevantes del donante para realizar unos mejores cuidados.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado desde enero del año 2016 hasta diciembre de 2018 en el área de Nefrología-Urología del Hospital Universitario de Bellvitge.

Se evaluó la percepción del donante mediante un cuestionario elaborado *ad hoc*. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge (con referencia PR271/18).

Criterios de inclusión

Se incluyen todos los pacientes a los que se les realizó una nefrectomía en el Hospital Universitario de Bellvitge para la realización del TRDV, durante el período de enero de 2016 hasta diciembre de 2018. Se recogió una n = 65 pacientes, como parte de un estudio piloto.

Criterios de exclusión

Se excluyen los pacientes que presentaron barrera idiomática al no entender el castellano o catalán. Son también excluidos del estudio los pacientes que no quisieron participar o no se pudieron localizar para realizar el cuestionario de recogida de datos.

Variables del estudio

Este estudio se centra en una variable cualitativa principal que es la percepción del proceso de donación mediante un cuestionario *ad hoc*. Este cuestionario consta de 12 preguntas que evalúan la información médica y enfermera recibida por el donante, así como la percepción de los cuidados enfermeros recibidos.

Las preguntas del estudio fueron elaboradas por un grupo de expertos y a partir de estudios de naturaleza similar aplicados a otros grupos de pacientes.

Además, se recogieron otras variables secundarias como: edad, sexo, nivel de estudios, relación de parentesco con el receptor y tiempo de estancia hospitalaria.

Recogida de datos

La enfermera responsable del estudio ofreció participar a los pacientes mediante una llamada telefónica. Se explicó debidamente en qué consistía el estudio y que los datos recogidos no se vincularían a su historia clínica.

Debido a que este grupo de pacientes había finalizado el seguimiento en consultas externas, y ya que no se recogerían datos confidenciales, se solicitó consentimiento verbal telefónico antes de iniciar la encuesta, para evitar el desplazamiento del paciente.

Los datos se recogieron en una plantilla Excel que fue custodiada por la investigadora principal del estudio.

Población en estudio y duración del proyecto

La población de estudio fueron todos los pacientes donantes renales que ingresaron en el Servicio de Urología del Hospital Universitario de Bellvitge.

La inclusión de pacientes se realizó de forma retrospectiva (enero de 2016 hasta diciembre de 2018). La n resultó ser de 65 pacientes, siendo finalmente una n = 59 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión del estudio.

Análisis estadístico

Una vez recogidos los datos en una plantilla del programa Excel, los resultados se analizaron mediante el software estadístico SPSS versión 18.0.

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra reclutada utilizando la frecuencia, valores mínimos y máximos, media, mediana, desviación típica y rango intercuartílico.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se incluyeron 65 pacientes, siendo finalmente una n = 59 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

El perfil demográfico del donante es:

- El sexo predominante de nuestro estudio es de 38 mujeres, la franja de edad mayoritaria está entre 49-59 años (58%) y cuya relación con el receptor es de pareja 29 (49%), padres en 15 casos (26%), hermanos 12 (20%) y otros 1 (2%).
- El nivel de estudios de los donantes es primarios 26 (44%), seguido de estudios universitarios 10 (37%).

La media de estancia hospitalaria ha sido: 3,38 días.

- **Figura 1.**
  - **Pregunta 1:** Información médica que recibió antes del TRDV relacionada con la cirugía.
  - **Pregunta 2:** Antes de la cirugía, ¿ha tenido dudas que le hayan hecho replantearse la donación?
    Un (1,7%) donante se replanteó la donación antes de la cirugía, la razón fue la incertidumbre de cómo sería su vida después de la donación.
- **Figura 2.**
  - **Pregunta 3: ¿**Hubiera necesitado más información antes de la intervención quirúrgica?
    Diez (17,93%) de los encuestados refieren que hubieran necesitado más información.

Figura 1

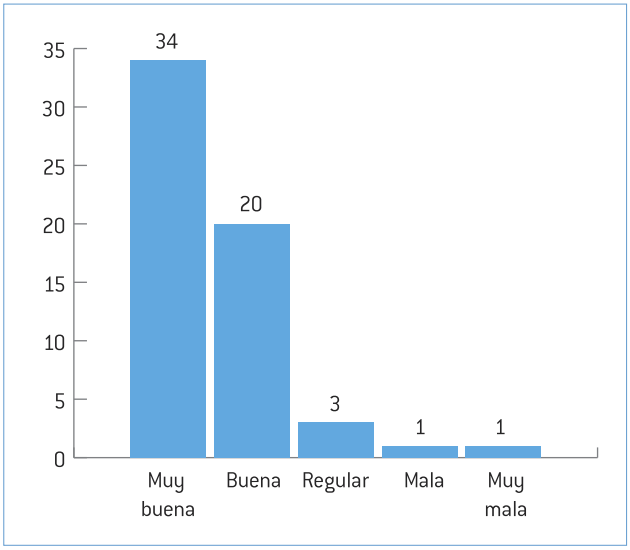
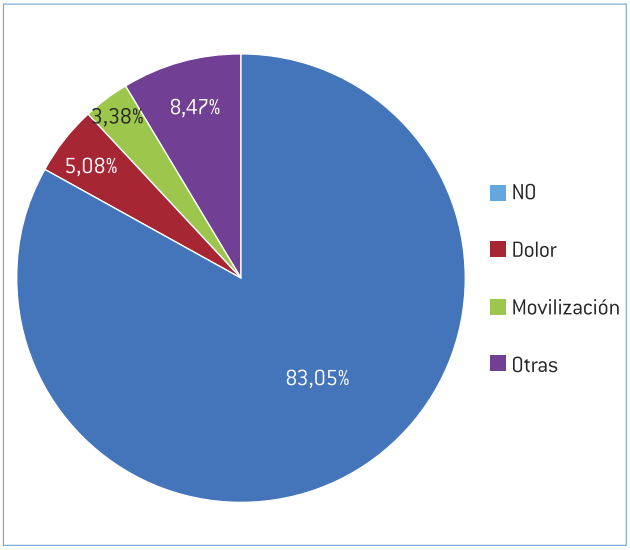


Figura 2



- **Figura 3.**
  - **Pregunta 4:** Información médica que recibió durante el ingreso.

- **Figura 4.**
  - **Pregunta 5:** Información enfermera que recibió durante el ingreso.
    Tres (5,1%) de los donantes refieren como regular-mala la información enfermera durante el ingreso.

Figura 3

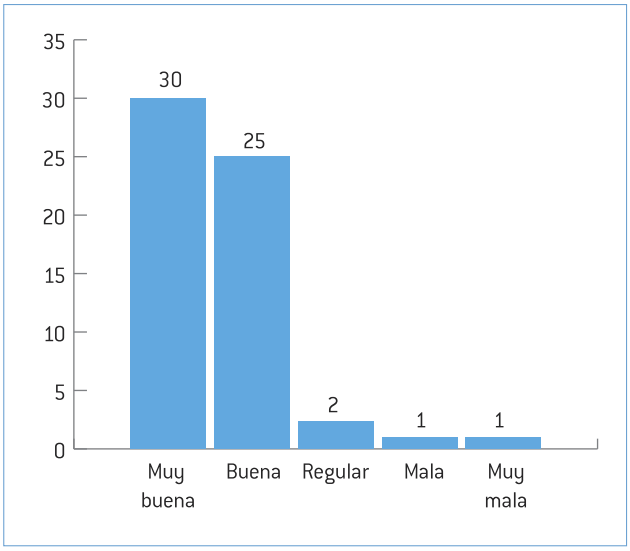
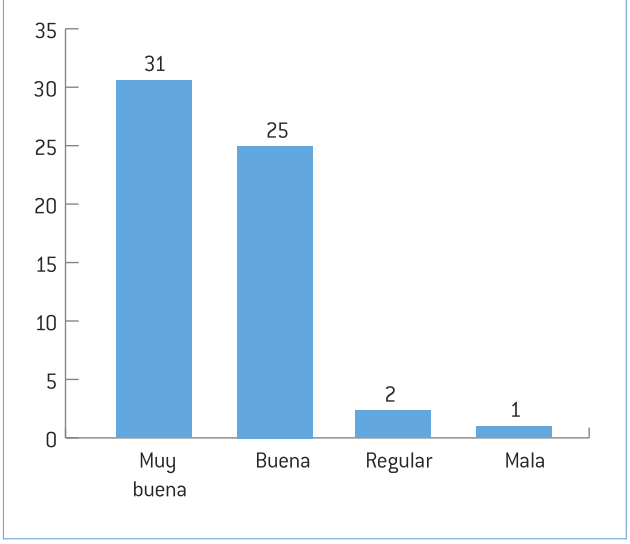


Figura 4



- **Figura 5.**
  - **Pregunta 6:** Los cuidados de enfermería durante la hospitalización.
  - **Pregunta 7:** ¿Ha tenido alguna complicación durante la cirugía?
    Un (1,7%) donante refiere haber tenido alguna complicación.

- **Figura 6.**
  - **Pregunta 8:** ¿La fecha de alta le pareció que era?
  - **Pregunta 9:** Al alta hospitalaria, ¿ha sido usted el cuidador principal?
    31 (52,5%) donantes han sido los cuidadores principales del receptor después de la donación.

- **Figura 7.**
  - **Pregunta 10**: La información dada por enfermería referida a los cuidados al alta hospitalaria.
    56 (95%) donantes perciben la información que da enfermería al alta, relacionados con sus cuidados domiciliarios, muy buenos-buenos y regular 3.

- **Figura 8.**
  - **Pregunta 11:** ¿La información relacionada con la programación de visitas en consultas externas ha sido?
    Seis (10,2%) donantes califican de regular-mala la infor-

Figura 5

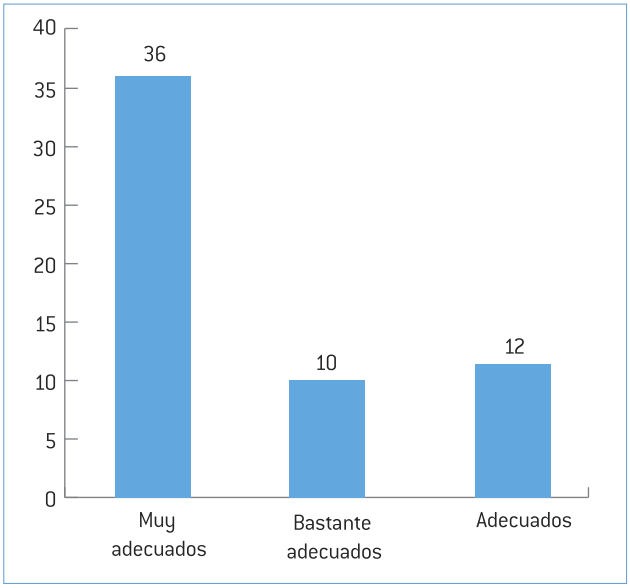


Figura 6

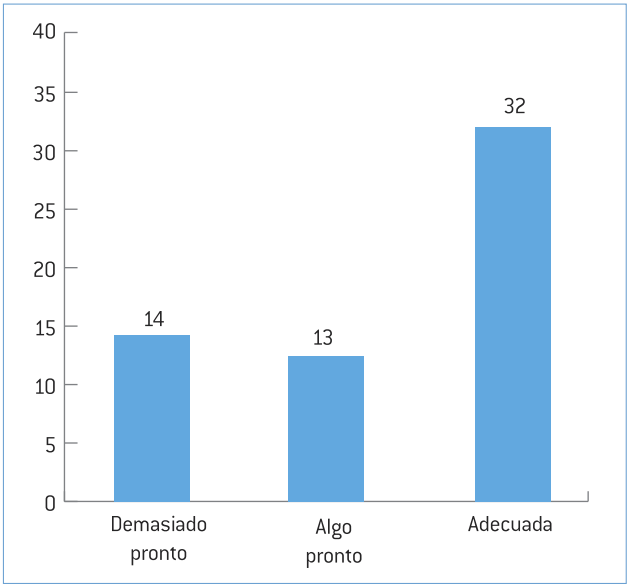


Figura 7

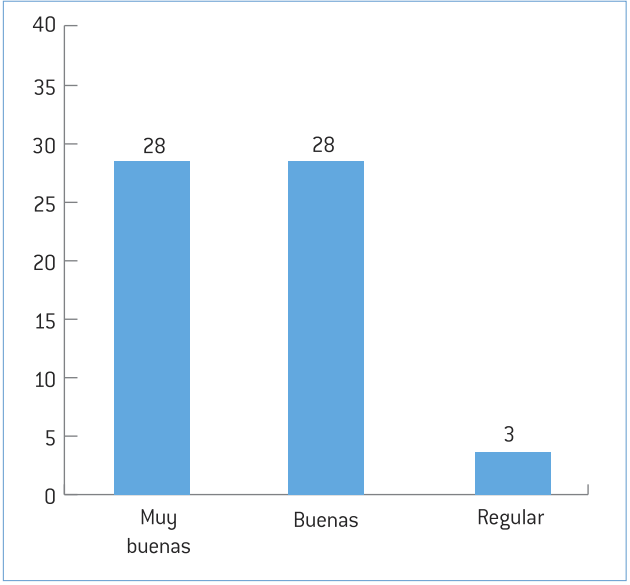
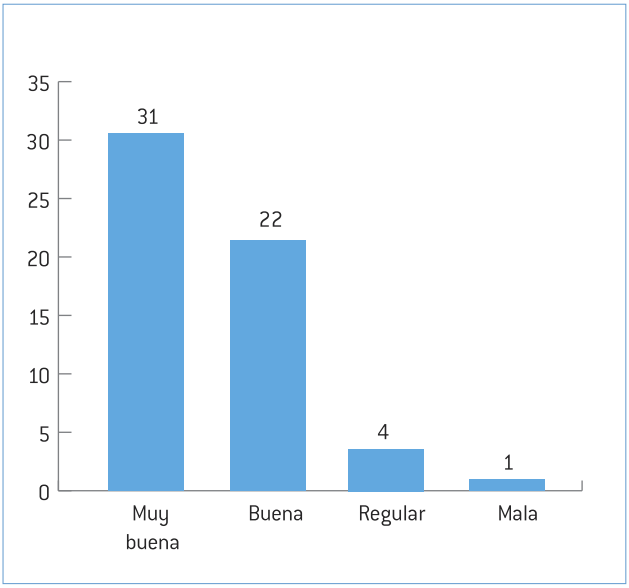


Figura 8



mación relacionada con la programación de visitas en Consultas Externas.

– **Pregunta 12:** ¿Volvería a tomar la decisión de donar? 58 (98,3%) encuestados volverían a tomar la decisión de donar y solo 1 no, argumentando que el motivo era las complicaciones que tuvo en la cirugía.

DISCUSIÓN

El donante renal pasa del rol de persona sana al rol de paciente, sin una patología que lo justifique y necesita adaptarse física y psicológicamente a las consecuencias de su cirugía y a los cambios dentro de su entorno familiar.

Es fundamental evidenciar la importancia de los cuidados al donante, ya que su figura hace posible el TRDV.

Observamos que la información médica y enfermera que se da a los donantes de nuestro estudio es buena, aunque susceptible de mejora. Constatamos que se debe mejorar la información antes de la intervención quirúrgica referida al dolor y a la movilización después de la cirugía, así como la reincorporación a las actividades básicas de la vida diaria.

Se plantea la elaboración de una guía informativa cuyo contenido esté basado en los resultados analizados de nuestro estudio.

Los cuidados enfermeros durante la hospitalización son adecuados, aun así se plantea implantar un nuevo procedimiento de estandarización de cuidados prequirúrgicos específico en las nefrectomías de donante renal.

Al alta hospitalaria se ha de mejorar la información dada al paciente referida a la programación de visitas de seguimiento en Consultas Externas. Ha de verificarse una correcta planificación y ofrecer la posibilidad de que coincida la programación con la del receptor.

Planteamos una primera visita enfermera después del alta para el seguimiento de la herida quirúrgica y para solventar las dudas que se hayan generado.

Los pacientes refieren que les parece pronto la fecha de alta hospitalaria. Tal vez se debe individualizar cada caso en función de su rol en el núcleo familiar, ya que un elevado porcentaje de donantes son los cuidadores principales.

La percepción del alta hospitalaria podría mejorarse con la guía informativa (signos de alarma, recomendaciones al alta, controles médicos periódicos…).

Por lo que a partir de los resultados obtenidos se identifica que los principales diagnósticos enfermeros de este grupo de pacientes son: riesgo de afrontamiento familiar comprometido y riesgo de gestión ineficaz de la salud (4).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes califica de muy buena a buena la información médica y enfermera recibidas antes de la cirugía, durante el ingreso y al alta hospitalaria, y describen que recibieron unos cuidados enfermeros muy adecuados durante la hospitalización.

En cambio, prácticamente la mitad de los donantes perciben el momento del alta como demasiado o algo pronto. Y la información que se les facilitó sobre las visitas en Consultas Externas es susceptible de mejora.

Finalmente, solo un paciente de la muestra no volvería a tomar la decisión de donar.

La elaboración de una guía informativa dirigida al donante renal, que se entregará una vez confirmada la donación, permitiría complementar la educación sanitaria, con el objetivo de mejorar la vivencia del proceso.

Futuros estudios deberían evaluar el impacto de recibir una información escrita sobre el proceso de la donación.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a Jordi Adamuz Tomas y Maribel González Sanmartino, del Área de Suport Infermer als Sistemes d'Informació i a la Recerca en Cures de nuestro hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schieber K; Gaag S; Heller K; Erim Y. Patient's Experience with Living Donation: A Questionnaire-Based Survey of 144 Living Kidney Donors. Psychother Psych Med 2018; 68 (05): 195-201.
2. Morlans Marius; Busquets J.M; Deulofeu R. Consideracions étiques en el trasplantament de donant viu. Comité Bioética de Catalunya. Barcelona. Septiembre 2011.
3. Miranda, Blanca; Cañón, José. Aspectos legales de la donación y trasplante de órganos. Donante vivo. Ediciones Grupo 2. Madrid 2003. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros (2015). Definiciones y Clasificación, 2015-17. Madrid: Elsevier.
4. Oppenheimer Salinas F. Seguimiento del donante vivo a corto, medio y largo plazo. Guía SEN. Nefrología 2010; 30 (Suppl.2). 100-5. Klop KWJ; Timman R; Busschbach JJ; Dols LFC; Dooper IM; Weimar W; Ijzermans JNM; Kok NFM. Multivariate Analysis of Health-related Quality of Life in Donors After Live Kidney Donation. Transplant Proc. 2018 Jan - Feb; 50 (1): 42-47.
5. Martínez Urionabarrenetxea (ed.). Trasplante renal de donante vivo. Libro de Comunicaciones. 2º Congreso sobre Bioética y Trasplante. Pamplona, 2007.
6. Buisan L; García Manrique R. Document sobre el Trasplantament de Donant Viu. Grup d opinió de l Observatori de Bioética i Dret. Barcelona, noviembre 2011.
7. Council of Europe, March 2018. Guide for the implementation of de principle of prohibition of financial gain with respect to the human body and its parts from living or decesased donors.

ESTUDILLO GONZÁLEZ, F.; GARCÍA GONZÁLEZ, RF.; ESTUDILLO LOBATO, G.; RODRÍGUEZ BOCANEGRA, JC.; ARAGÓN GUTIÉRREZ, C.; GAGO GAZTELUZ, J.

Premio a la mejor comunicación presentada al XXXIX Congreso de la AEEU

Complicaciones y cuidados de las urostomías

RESUMEN

Un estoma en general representa la pérdida de continuidad de la piel y por lo tanto de la barrera de protección que esta ofrece. Es por ello que existe un riesgo elevado de que se produzcan alteraciones tanto en el propio estoma como en la piel periestomal, un riesgo que se ve aumentado cuando se trata de ostomías que excretan secreciones líquidas (orina). Por tanto es de suma importancia hacer una correcta valoración y seguimiento tanto del estoma como de la piel que lo circunda para detectar cualquier anomalía y (minimizar el problema) poner solución.

Palabras clave: ostomía, piel periestomal, complicaciones, cuidados del estoma.

SUMMARY

A stoma represents a loss of continuity of the skin, and so the skin barrier it offers. Therefore there is a high risk of alterations in the stoma and peristomal skin, this risk can increase when stomata excrete liquid secretions (urine). Thus, it is of utmost importance to make an accurate assessment and follow-up care in order to detect any kind of abnormality and solve it.

Keywords: ostomy, peristomal skin, complications, stoma care.

INTRODUCCIÓN

Múltiples son las patologías que pueden acarrear una derivación urinaria, de entre ellas podemos destacar los tumores infiltrantes de vejiga (la más frecuente) seguida de otras como: cistopatías crónicas rebeldes a todo tipo de tratamientos, microvejigas radicas o tuberculosas, etc. En suma, toda aquella patología que acarree la extirpación de la vejiga.

Los tumores infiltrantes de vejiga, entidad esta que por sus características anatomo-patológicas de infiltración de la pared muscular y grado de diferenciación celular son susceptibles de realizar una cisto-prostatectomía radical más derivación urinaria, esto significa extirpación de la vejiga y próstata y, por tanto, el llevar los uréteres a una disposición distinta a la natural, van a ser la entidad que con más frecuencia llevará a este tipo de cirugía.

Estas derivaciones urinarias, de modo general, las podemos dividir en:

- *Derivaciones ortotópicas*: que son aquellas en las cuales la orina sigue siendo excretada por su camino natural, para ello se realiza una neovejiga que sustituirá a la extirpada, usando un segmento intestinal que es conectado a la uretra (ejemplo, vejiga Paduana).
- *Derivaciones heterotópicas*: son aquellas en las cuales la orina sigue un camino distinto al natural en su recorrido hacia el exterior y pueden ir desde una simple neforostomía o ureterostomía cutánea hasta una derivación con estoma continente como la bolsa de Koch, que utiliza la válvula ileocecal como mecanismo de continencia, pasando por la ureteroileostomía de Bricker, una de las más utilizadas por su sencillez, baja tasa de complicaciones y preservación de la función renal (bajas presiones en el tracto urinario superior).

Todas estas derivaciones tienen en común el tener un orificio de salida al exterior. que puede ser un estoma de mucosa intestinal (Bricker, Koch, etc.), los uréteres abocados a la piel (urostomías cutáneas), o simplemente un catéter que comunica la vía urinaria con el exterior (nefrostomías). Será en

Figura 1
Neovejiga Paduana

Figura 2
Bolsa de Koch

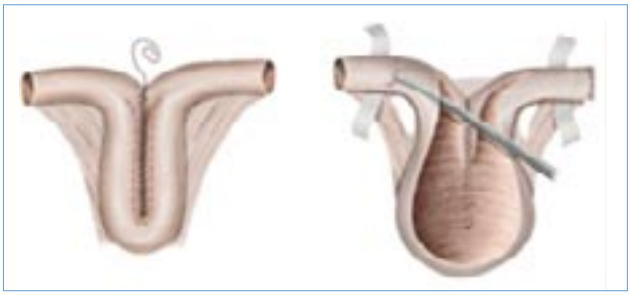


Figura 3
Ureteroileostomía de Bricker

los cuidados y complicaciones de estos estomas y la piel que los circunda (periestomal) hacia donde irá encaminado este artículo.

MATERIAL Y MÉTODO

Con el objeto de establecer cuáles son las principales complicaciones del estoma y la piel periestomal y poder así definir cuáles serían las complicaciones y cuidados que deriven de las mismas, hacemos una revisión bibliográfica, en las principales bases de datos, centrándonos en aquellos artículos de más relevancia y los que aportan mayor iconografía, complementándolo con nuestro propio archivo fotográfico, poder mostrar de forma visual, y por tanto lo más didáctica posible, todas las complicaciones que pueden darse en una urostomía y en la piel periestomal, acompañando cada imagen de su descripción y posibles soluciones, que las hemos denominado "sugerencias".

RESULTADOS

En primer lugar consideramos de suma importancia el marcaje de estoma previo a la intervención, de ello dependerá en gran parte algunas de las complicaciones más frecuentes debidas al mal posicionamiento del estoma.

El estoma debe estar situado en el punto medio entre la espina iliaca antero-superior y el ombligo y, si no es posible, dentro del área del triángulo que formaría esta referencia con la línea media del pubis (figura 4).

De este modo, podemos definir una serie de premisas para la elección correcta de la ubicación del estoma:

- Se debe elegir cuidadosamente la ubicación, situándolo primeramente en un lugar visible para el propio paciente, poniendo especial énfasis en aquellos pacientes de abdomen globuloso y prominente que dificulta la visión del estoma.
- Debemos asimismo evitar prominencias óseas y flexuras como la de la ingle.
- Evitaremos la depresión del ombligo, pliegues grasos, zona media del pubis, así como zonas con problemas dérmicos.
- Eludiremos asimismo zonas de cicatrices, roces y área de cinturones.

Figura 4
Marcaje del estoma

Por tanto, utilizaremos una zona lo más plana posible y cercana al área de los músculos rectos del abdomen, ya que de la correcta observación de estas premisas dependerá el correcto funcionamiento de los dispositivos colectores y se minimizará la aparición de complicaciones derivadas de las fugas de orina.

Figura 5
Malas ubicaciones del estoma

Como referíamos en la introducción, un estoma representa una pérdida de continuidad en la piel y, por lo tanto, una ruptura en la barrera de protección que esta ofrece, es por ello que existe un riesgo elevado de que se produzcan alteraciones cutáneas, riesgo este que se ve aumentado cuando se trata de estomas que producen secreciones líquidas (orina). Por todo ello es de suma importancia hacer una valoración y seguimiento continuado tanto del estoma como de la piel periestomal, poniendo especial atención en:

- cambios de coloración;
- aumento de temperatura;
- dolor;
- prurito.

Podríamos definir el estoma ideal como aquel que presenta por tanto las siguientes características:

- coloración rojiza;
- forma redondeada;
- elevado (protruye alrededor de 2 cm por encima de la piel); tiene la luz situada en el centro;
- la superficie cutánea que lo circunda es suave y de buen aspecto.

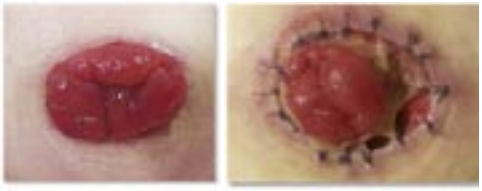
Partiendo de estas premisas pasamos a definir cada una de las complicaciones que nos podemos encontrar y los cuidados que estas requerirán, haremos diferenciación entre estoma y piel periestomal.

Complicaciones y cuidados del estoma

Figura 6
Edema del estoma

Edema: Debido al trauma quirúrgico, apareciendo en el posoperatorio inmediato y debiendo remitir en 2/3 semanas.
Sugerencia: Se deben aplicar sobre el mismo compresas empapadas en suero fisiológico frío, así como vigilar su tamaño y color.

Figura 7
Dehiscencia del estoma

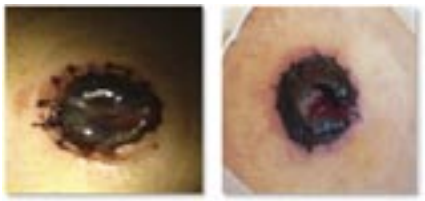


Dehiscencia: Producida al separarse el asa intestinal de la piel antes de su cicatrización.
Sugerencia: Debemos evitar la aparición de infección y procurar su cierre por segunda intención, para ello utilizaremos pasta de alginato e iones de plata para el control del exudado.

Figura 8
Retracción del estoma y dispositivo convexo

Retracción: Cuando se produce el hundimiento del estoma por debajo del nivel de la piel. Se puede acompañar en ocasiones de estenosis.
Sugerencia: Se recomienda utilizar dispositivos convexos que obligan por su diseño a protruir el estoma y cinturón de sujeción de dicho dispositivo. En casos severos requiere intervención.

Figura 9
Necrosis del estoma



Necrosis: Se produce por defecto en la vascularización del asa por torsión de la misma. Presenta un color negro-parduzco característico. Se suele dar en las primer horas/días del posoperatorio.
Sugerencia: Realizaremos una vigilancia en los cambios de coloración del estoma, utilizando bolsas transparentes de dos piezas para un mejor control. En algunos casos esta complicación requiere reintervención.

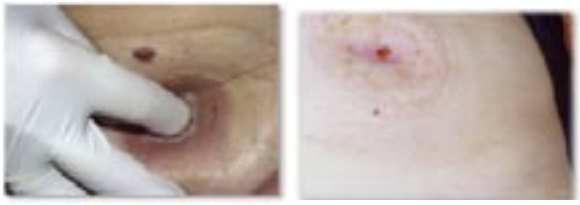
Figura 10
Hemorragia

Hemorragia: Suele ser esta una complicación poco frecuente, se da casi siempre por lesión de un vaso, bien subcutáneo si el sangrado es periestomal, o bien submucoso si el sangrado surge del interior del estoma.
Sugerencia: En estos casos debemos hacer compresión durante unos minutos sobre el punto de sangrado, también suele ser efectiva la aplicación de frío local, siendo a veces necesaria la electrocoagulación. A modo de prevención debemos evitar el roce de la mucosa tanto con los bordes del dispositivo colector como con la propia bolsa.

Figura 11
Infección

Infección: Aparecen los signos de esta: dolor, calor, rubor y a veces supuración. En ocasiones también se puede producir un absceso periestomal.
Sugerencia: En estos casos debemos vigilar la evolución de esta complicación haciendo limpieza con suero fisiológico y gasas empapadas en polihexadina, además de uso de hidrocoloides y pasta de alginato e iones de plata. Evitaremos el uso de protectores cutáneos no irritantes (en adelante PCNI).

Figura 12
Estenosis



Estenosis: Se produce al disminuir la luz del estoma, dificultándose por tanto la salida de orina por el mismo.
Sugerencia: Debemos proceder realizando dilataciones bien de forma digital o por medio de catéteres, de forma periódica.

Figura 13
Hernias

Hernias y eventraciones: Al producirse estas, hacen protruir el estoma y toda la zona periestomal, aumentando dicha protrusión con los esfuerzos y la bipedestación. Requerirán la reparación quirúrgica de la pared abdominal.
Sugerencia: Como medida de prevención se deben limitar los esfuerzos y usar faja abdominal durante el posoperatorio. Cuando la hernia es paraestomal no se aconseja el uso de fajas con apertura para el estoma, ya que pueden agravar esta.

Figura 14
Prolapso del estoma

Prolapso: No usuales en adultos, se produce por una excesiva protrusión del asa sobre el plano cutáneo.
Sugerencia: Debemos evitar el roce de la mucosa con el dispositivo para evitar laceraciones y sangrado. Se puede intentar reducir mediante movimientos circulares.

Figura 15
Granulomas

Granulomas: Suelen aparecer en la unión del estoma con la piel en forma de protuberancia epidérmica y se producen generalmente por la irritación continua que producen cuerpos extraños como puntos no reabsorbidos, catéteres, etc.
Sugerencias: Para su eliminación se pueden hacer cauterizaciones con barras de nitrato de plata.

Figura 16
Mal posicionamiento

Mal posicionamiento de estoma: Es una de las complicaciones más frecuentes y más fáciles de prevenir. Provoca fugas constantes de orina y lesiones de la piel periestomal.
Sugerencia: Para que esto no ocurra se debe hacer un correcto marcaje del estoma en el preoperatorio, como vimos anteriormente. Una vez producida la complicación debemos usar pasta selladora para relleno de los defectos de la piel y utilizar los dispositivos que mejor se adapten a la situación.

Figura 17
Micosis

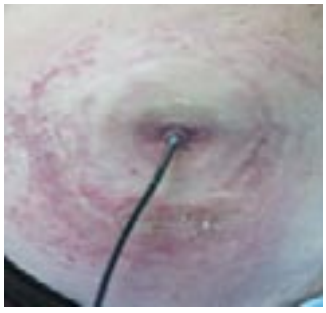
Micosis de la mucosa del estoma: Aparición de infecciones fúngicas favorecidas por uso de antibióticos, quimioterapia sistémica, exceso de humedad, enfermedades concomitantes como la diabetes, etc. **Sugerencia:** Debemos extremar la higiene del estoma. Tratamiento médico con cremas antifúngicas e incluso antifúngicos orales y vigilancia.

Complicaciones y cuidados de la piel periestomal

El cuidado de la piel periestomal depende fundamentalmente de dos elementos muy variables: la localización y la composición del líquido drenado.

Esta diversidad obliga a individualizar el cuidado de la piel perilesional para cada caso particular, aunque existen unas medidas comunes, como son la idoneidad del sistema de recogida y la valoración de la agresividad del adhesivo del producto utilizado.

Figura 18
Alteraciones en la piel que rodea a una nefrostomía



En nuestro ámbito tenemos a nuestro alcance protectores barrera con base de resina natural como la karaya, una goma vegetal (polisacárido) que se usa combinada con otros compuestos en forma de excipiente (polvo de karaya). Habitualmente se pueden encontrar en formulaciones de pasta al agua y en ungüento. Posee la capacidad de absorber el exceso de humedad y mejorar la adherencia del producto barrera a la superficie cutánea húmeda y/o macerada.

Entre sus inconvenientes está que no permite visualizar la lesión, suele irritar y/o macerar la piel en tratamientos a largo plazo; en el caso del ungüento, este debe retirarse con aceite oleoso (de parafina).

También son productos de uso habitual los sintéticos como la carboximetilcelulosa y derivados del óxido de zinc (O_2Zn), formulado en crema, pasta, ungüento y/o pomada, su retirada es dificultosa por lo que es recomendable utilizar sustancias de base oleosa, no debiendo ser usada en los casos de piel muy irritada, por la alta posibilidad de fricción (piel frágil).

No debemos utilizar óxido de zinc como producto barrera si existe sospecha de signos de infección en la piel, ya que puede darse una contaminación bacteriana in situ.

Algunos de estos productos en ocasiones, como sabemos, pueden llegar a saturar la zona evitando el pegado, lo que ha sido reafirmado por Ortiz *et al*., de ahí que, una vez más, la diversidad de cuidados dependa de las características particulares de cada paciente.

Las PCNI también son otro producto dentro de nuestro arsenal terapéutico que tienen un efecto protector de la piel íntegra, afectada por fluidos corporales (orina) siendo, al menos, igual de eficaz que las cremas barrera (óxido de zinc o vaselina), pero con ventajas adicionales de aplicación, retirada y visibilidad, un dato a tener en cuenta, compuestas de un copolímero acrílico y plastificante, no irritante y libre de alcohol. Se caracterizan por su efecto protector sobre la epidermis, ya que forman una barrera impermeabilizante que no deja pasar la humedad ni fluidos, pero son permeables al intercambio de vapor de agua y a los gases.

Una vez aplicada la película (o la crema) hay que dejarla secar 30-60 segundos antes de cubrir la zona afectada, su efecto protector se mantiene estable durante 72 horas. El film se inactiva en contacto con productos de base oleosa o por la fricción en la zona de contacto. Las PCNI son utilizadas en la prevención y tratamiento de las dermatitis en zona perilesional de cualquier tipo de herida, estoma o drenaje. Su empleo también está recomendado en aquellas zonas expuestas a incontinencia.

Figura 19
Dermatitis irritativa

Dermatitis irritativa: Es provocada por el contacto directo de la orina con la piel que circunda el estoma. Dicha orina, cuando tiene un pH más alcalino que la piel, provoca esta lesión. **Sugerencia:** Procederemos en ese caso a acidificar la orina e intentaremos minimizar este contacto intentando ajustar el dispositivo al estoma. También podemos utilizar gasas empapadas en ácido acético al 4% o en polihexadina y, además, debemos usar PCNI, que actúa formando una película protectora sobre la piel.

Figura 20
Dermatitis mecánica

Dermatitis mecánica: Lesión provocada por retiradas frecuentes del disco del dispositivo colector. **Sugerencia:** Para evitar esta complicación se debe mantener el dispositivo mayor tiempo, para ello en la medida de lo posible utilizar dispositivos de dos piezas y usar, al igual que en la dermatitis irritativa, protectores de barrera.

Figura 21
Dermatitis alérgica

Dermatitis alérgica: Es una erupción cutánea provocada por reacción a algún componente del dispositivo utilizado o algún producto usado en el cuidado de la piel.
Sugerencia: Identificaremos cuál es el causante y lo eliminaremos, también es efectivo el uso de protectores de barrera, así como corticoides de aplicación tópica y antihistamínicos.

Figura 22
Dermatitis micótica

Dermatitis microbianas o micótica (candidiasis): Infección dérmica producida por bacterias o por hongos. A veces también afectan a la mucosa estomal.
Sugerencia: El tratamiento será con antibióticos o antifúngicos tópicos, siendo a veces necesario tratamiento oral.

Figura 23
Ulceración

Ulceraciones: Se producen por presión inadecuada de ropa y cinturones o como consecuencia de una infección.
Sugerencia: Usaremos apósitos empapados en polihexanida 10/15 minutos. También es útil el uso de apósitos de hidrocoloides y plata en casos de infección y, sobre dicho apósito, la bolsa de urostomía.

Figura 24
Fístula periestomal

Fistula urinaria: Se produce al haber una comunicación entre la luz del asa y la piel periestomal, es una complicación rara.
Sugerencia: Procederemos adaptando el dispositivo, ampliando su orificio, de modo que incluya si es posible el trayecto fistuloso. Para su corrección definitiva es necesaria la cirugía.

Figura 25
Hiperplasia con incrustaciones

Hiperplasia epitelial e incrustaciones: La podemos definir como una superficie verrugosa, costrosa y fría alrededor del estoma. Es producida por el aumento de la piel expuesta a la orina entre estoma y bolsa. A veces también aparecen incrustaciones de cristales de fosfato y calcáreos en la piel periestomal.
Sugerencia: Para evitarla tenemos que ajustar el diámetro del dispositivo al estoma. Cuando estas ya se han producido, debemos acidificar la orina, además limpiaremos de la lesión con gasas empapadas en ácido acético al 4% y es aconsejable asimismo aumentar la diuresis.

CONCLUSIONES

Como queda expuesto, existen múltiples posibles complicaciones tanto de los estomas urinarios como de la piel periestomal.

Pensamos que de este modo, muy visual, contribuimos a poder identificar de forma sencilla cada una de estas complicaciones y, una vez identificados, aplicar los cuidados necesarios para su resolución y adecuar las medidas terapéuticas a cada paciente de forma personalizada.

De la correcta identificación y posteriores cuidados prestados va a depender en gran parte el grado de confort y la calidad de vida de los pacientes portadores de una urostomía que día a día acuden a nuestra consulta. ▼

BIBLIOGRAFÍA

Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Complicaciones de la piel peristomal: lo que los dermatólogos necesitan saber. Int J Dermatol. 2017, 57 (3): 257-264 [2018].

Bale S, Tebble N, Jones V, Price P. The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. J Tissue Viability 2004; 14 (2): 44-50.

Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. J Wound Ostomy Continence Nurs 2007; 34 (2): 143-52.

Berger A, Inglese G, Skountrianos G, Karlsmark T. Cost-effectiveness of a Ceramide-Infused Skin Barrier Versus a Standard Barrier: Findings From a Long-Term Cost-effectiveness Analysis Erratum. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing: May/June 2018 - Volume 45(2): 146-155.

Burch J, Sica J. Problemas comunes de la piel peristomal y posibles opciones de tratamiento. Br J Nurs. 2008 Sep 25-Oct 8; 17 (17).
Cuidados y manejo de las ostomías. Guías de buena práctica clínica. Registred nurses asociattion of Ontario. Disponible en: www. rnao.org/bestpractices.
De Miguel Velasco M, Jiménez Escovar F, Parajó Calvo A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cirugía Española 2014; 92 (3):149-56.
Gago Fornells M, García González RF. Cuidados de la piel perilesional. Fundación 3M y Drug Farma S.L., 2006.
Jensen BT, De Blok W, Kiesbye B, Kristensen SA. Validation of the urostomy education scale: the European experience. Urol Nurs 2013 Sep-Oct; 33 (5): 219-29.
Mahoney M, Baxter K, Burgess J, Bauer C, Downey C, Mantel J, et al. Procedure for obtaining a urine sample from a urostomy, ileal conduit, and colon conduit: a best practice guideline for clinicians. J Wound Ostomy Continence Nurs 2013 May-Jun; 40 (3): 277-9.
Nadal RV, Peñalba AMV, Zamora MEI. Dermatosis alrededor de ostomías - piel, 2007; 22 (3): 119-31
Nybaek H, Jemec GB. Problemas de la piel en pacientes con estoma. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010 Mar; 24 (3): 249-57.
Pereira MCC, De Larrinoa IF, Gómez RS. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía. Metas de Enfermería 2014; 17: 13.
Ortiz H, Rage JM, Foulkes B. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona: Editorial Jims, 1989.
Ratliff CR. Complicaciones cutáneas periestomales tempranas informadas por enfermeras de WOC. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2010 septiembre-octubre; 37 (5): 505-10
Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC. Estudio descriptivo de las complicaciones peristomales. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. 2005 enero-febrero; 32 (1): 33-7
Rage JM, Tegido M. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Barcelona: Doyma, 1994.
Rolstad BS, Erwin-Toth PL. Las complicaciones cutáneas periestomal: prevención y manejo. Manejo de heridas de ostomía. 2004 sep; 50 (9): 68-77.
Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19018200. J Wound Ostomy Continence Nurs 2008 Nov-Dec; 35 (6): 596-607; quiz 608-9.
Thibodeau GA, Patton KT. Anatomía y fisiología + Student Consult en español. 8.ª Ed. Elsevier España, 2013; 540-62.
Vázquez García M, Poca Prats T. Manual de cuidados en ostomías. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE), 2009.
Vujnovich A, Día S, Redmond C, et al. Evaluación de problemas de cuidado de la piel en personas con estomas. J Herida Ostomía Continencia Enfermera. 2010 septiembre-octubre; 37 (5): 505-10.
3M Material safety data sheet 3M™ Cavilon™ no sting barrier film with foam applicator. Consultado 10 abril de 2019. http://multimedia.3m.com/mws/mediawebserver?66666UtN&ZUxL99X4XT6N8T_oVu9KcuZ gVU_LXT1u666666—

AEEU
Asociación Española de Enfermería en Urología
Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria

Inscríbete

Si quieres formar parte de la Asociación Española de Enfermería en Urología, con derecho a recibir la revista ENFURO y todos los demás reflejados en los estatutos vigentes, PINCHA AQUÍ y rellena el formulario de inscripción que hay en nuestra web.

ZURITA CASTAÑEDA, C.[1]; LAGO MARTÍN, M.D.[2]; ROMERO FLICHY, A.[3]
[1] Enfermera, HUV Rocío, Sevilla. [2] Enfermera, CS San Pablo, Sevilla. [3] Médico de familia, CS Cañamero, ZBS Logrosán, Área de Salud de Cáceres

Cuidados enfermeros paliativos en urología

RESUMEN

Raramente encontramos casos de pacientes que requieran cuidados paliativos en una unidad quirúrgica de Urología. Presentamos un caso tratado en nuestro hospital y el plan de cuidados enfermero personalizado desarrollado para esta situación de últimos días, priorizando la humanización de la asistencia.
Elaboramos un plan de cuidados enfermero personalizado con taxonomía NANDA, NIC y NOC, usando registros validados de enfermería.
Muchas actividades y resultados esperados se repiten o solapan en los distintos diagnósticos enfermeros planteados. Prima la humanización de la asistencia y favorecer una muerte digna.
No hay bibliografía suficiente de pacientes paliativos en unidades quirúrgicas.
La enfermera es pieza clave en los cuidados paliativos y fundamental para plantear la limitación del esfuerzo terapéutico.

Palabras clave: enfermería, cuidados paliativos, humanización.

SUMMARY

Very rarely we find cases of patients who require palliative care in the surgical unit of urology. We present a case treated in our hospital and the personalized nursing care plan for the patient's situation during the last days, prioritising humanization of assistance.
A personalized nursing care plan was created with NANDA, NIC and NOC, using valid records of nursing.
Many tasks and expected outcomes are repeated or they overlap with one another in the different nursing diagnoses.
There is not enough bibliography of palliative care in surgical units.
The nurse is the key of palliative care and is essential upon the limitation of therapeutic efforts.

Keywords: nursing, palliative care, humanization.

INTRODUCCIÓN

No es frecuente en una planta quirúrgica de Urología, pero a veces nos encontramos con casos en los que no es posible la curación. Es un reto para los profesionales prestar unos cuidados de calidad al final de la vida. Tomamos como muestra un caso clínico real de una mujer de 71 años con hematuria franca atribuida a cistitis rádica. Finalmente, tras estudiar el caso en comité, se concluye que no es posible la curación y las únicas opciones son el manejo conservador y los cuidados paliativos en esta señora que se encuentra en sus últimos días y no tiene registrada voluntad vital anticipada.

OBJETIVOS

El objetivo principal de nuestra comunicación es mostrar el plan de cuidados personalizado que hemos llevado a cabo para ofrecer a nuestra paciente una atención de calidad centrada en la humanización de los cuidados en situación de últimos días y ofrecer la mejor asistencia posible, utilizando lenguaje enfermero validado y extrapolable a otros casos clínicos similares. Nos enfocamos en facilitar una muerte digna, respetando los derechos de la paciente, con limitación del esfuerzo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO

Partimos de un caso clínico real de una paciente asistida en nuestra unidad de gestión clínica a finales de 2018. Se trata de una mujer viuda de 71 años sometida a colectomía total con ileostomía terminal. Con antecedentes de cistitis rádica debido a radioterapia por carcinoma endometrioide y episodios de hematuria intermitente tratados de manera conservadora en consulta. Intervenida en 2007 por cáncer de ciego. Síndrome Lynch y alergia confirmada a penicilina. En su ingreso actual, durante el posoperatorio inmediato tras una colectomía, sufre shock hemorrágico por hemoperitoneo, que precisa reintervención quirúrgica e ingreso en UCI. Una vez estabilizada y en planta de cirugía comienza con hematuria franca atribuida a cistitis rádica, motivo por el cual es trasladada al servicio de Urología de nuestro hospital. Además del lavado vesical continuo se realizan instilaciones con aluminio endovesical y embolización de arterias iliacas para intentar frenar la hematuria sin éxito. Presenta herida quirúrgica

abdominal de laparotomía en proceso de cicatrización. Ileostomía funcionante para heces liquidas. Estoma con buena evolución, valorado y en seguimiento por la estomaterapeuta del hospital. Piel periestomal algo irritada. Sonda vesical de dos luces con lavado vesical continuo. Vía venosa central canalizada en yugular izquierda para administración de medicación y transfusión de hemoderivados. No náuseas ni vómitos. Tolerancia oral pero con poco apetito. Comienza a ser consciente de su gravedad. Cuenta con cuidadoras formales contratadas por su hijo que no puede acompañarla durante su hospitalización. Solo acude para recibir la información médica y aún mantiene la esperanza de que mejore la salud de su madre, por lo que no se plantea limitación del esfuerzo terapéutico en principio. La paciente no tiene registrada voluntad vital anticipada.

Realizamos una valoración física, psicosocial y espiritual de la paciente en base a patrones funcionales de M. Gordon, determinando las necesidades reales y potenciales respecto a su propia enfermedad y los recursos disponibles. Identificamos, priorizamos y registramos los problemas de salud detectados, establecemos una serie de objetivos a alcanzar tras la aplicación de las intervenciones enfermeras, para satisfacer las necesidades y prevenir posibles complicaciones, elaborando un plan de cuidados enfermero personalizado, usando taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Assosiation)*. Proponemos criterios de resultado NOC (*Nursing Outcomes Clasification),* intervenciones NIC (*Nursing Intervention Clasification*) y actividades para conseguir nuestras metas, respetando la dignidad y prioridades de la paciente con calidez en el trato, ofreciendo seguridad y confianza, informando de manera comprensible cada paso a seguir e intentando conseguir en las instalaciones el mayor confort posible, sobre todo teniendo en cuenta su situación de especial fragilidad. Recogemos los diagnósticos presentes en la paciente en la tabla 1 y desarrollamos en nuestro plan de cuidados enfermero los objetivos e intervenciones de los diagnósticos más relevantes, a nuestro entender, del momento en el que se encuentra la paciente, quedando recogidos en la tabla 2.

Tabla 1
Diagnósticos de enfermería

Patrón alterado	I: Percepción-manejo de la salud
Riesgo de infección r/c alteraciones de las defensas primarias (lesiones de la piel), defensas secundarias inadecuadas (disminución del nivel de hemoglobina), aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos y procedimientos invasivos.	
Patrón alterado	**II: Nutricional-metabólico**
Deterioro de la integridad cutánea r/c factores externos (intervención quirúrgica), m/p alteración de la superficie de la piel.	
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física y prominencias óseas.	
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir los nutrientes debido a factores biológicos y psicológicos, m/p aversión a comer y falta de interés en los alimentos.	
Patrón alterado	**III: Eliminación**
Deterioro de la eliminación urinaria r/c deterioro sensitivo-motor, m/p retención más urgencia.	
Retención urinaria r/c obstrucción, m/p distensión vesical.	
Patrón alterado	**IV: Actividad-ejercicio**
Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro musculoesquelético, debilidad, m/p incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.	
Déficit de autocuidado: vestido r/c debilidad o cansancio y deterioro musculoesquelético, m/p capacidad alterada para ponerse o quitarse las prendas necesarias.	
Déficit de autocuidados: alimentación r/c debilidad o cansancio y deterioro musculoesquelético, m/p incapacidad para ingerir alimentos suficientes.	
Deterioro de la movilidad en cama r/c falta de fuerza muscular y deterioro musculoesquelético, m/p deterioro de la habilidad para cambiar de posición sobre uno u otro costado.	
Intolerancia a la actividad r/c reposo en cama o inmovilidad y debilidad generalizada, m/p molestia o disnea de ejercicio, frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad.	
Disconfort r/c falta de control de la situación y efectos secundarios del tratamiento, m/p ansiedad, llanto, expresa falta de tranquilidad por la situación, suspiros.	
Patrón alterado	**V: Sueño-descanso**
Insomnio r/c ansiedad y malestar físico, m/p informar de dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido.	
Patrón alterado	**VI: Cognitivo-perceptual**
Dolor agudo r/c agentes lesivos (biológicos, físicos y psicológicos), m/p conducta expresiva, trastorno del sueño e informe verbal de dolor.	
Confusión aguda r/c edad superior a los 60 años, administración de medicación, m/p alucinaciones, percepciones erróneas e intranquilidad creciente.	
Riesgo de compromiso de la dignidad humana r/c exposición corporal y percepción de invasión de la intimidad, percepción de tratamiento deshumanizador.	

Tabla 1 (Continuación)
Diagnósticos de enfermería

Patrón alterado	VII: Autopercepción-autoconcepto
Baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal, cambios del rol social, deterioro funcional y pérdida, m/p evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos, expresiones de desesperanza y expresiones de inutilidad.	
Ansiedad ante la muerte r/c percepción de proximidad de la muerte, m/p informes de temor al dolor y al sufrimiento relacionado con la agonía, informes de tristeza profunda.	
Patrón alterado	**VIII: Rol-relaciones**
Riesgo de soledad r/c falta de contacto con personas percibidas como importantes, deprivación afectiva.	
Patrón alterado	**IX: Sexualidad-reproducción**
No se identifican diagnósticos	
Patrón alterado	**X: Adaptación-tolerancia al estrés**
Afrontamiento familiar incapacitante r/c comprensión inadecuada por parte del familiar, m/p el cuidador se retrae y establece comunicación limitada con el paciente.	
Patrón alterado	**XI: Valores-creencias**
No se identifican diagnósticos	

Abreviaturas (r/c: relacionado con; m/p: manifestado por)

Tabla 2
Plan de cuidados enfermero

Diagnóstico NANDA	00004 Riesgo de infección
Resultado NOC	**0702 Estado inmune**
Indicadores: 070205 Integridad cutánea.	
Intervención NIC	**6550 Protección contra las infecciones**
Actividades: 655014 Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. 655015 Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas. 655018 Mantener las normas de asepsia.	
Diagnóstico NANDA	**00023 Retención urinaria**
Resultado NOC	**0503 Eliminación urinaria**
Indicadores: 050313 Vacía la vejiga completamente. 050332 Retención urinaria.	
Intervención NIC	**0580 Sondaje vesical**
Actividades: 058001 Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de pie de cama. 058003 Explicar el procedimiento y fundamento del sondaje. 058006 Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado. 058007 Mantener una técnica aséptica estricta.	
Intervención NIC	**0590 Manejo de la eliminación urinaria**
Actividades: 059003 Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.	
Intervención NIC	**0620 Cuidados de la retención urinaria**
Actividades: 062009 Insertar catéter urinario si procede. 062017 Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante palpación y percusión.	

Tabla 2 (Continuación)
Plan de cuidados enfermero

Intervención NIC	**1876 Cuidados del catéter urinario**
Actividades:	
187601 Anotar las características del líquido drenado.	
187612 Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.	
187613 Mantener el sistema de drenaje urinario cerrado.	
187616 Observar si hay distención de la vejiga.	
Diagnóstico NANDA	**00108 Déficit de autocuidados: baño/higiene**
Resultado NOC	**0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria**
Indicadores:	
030006 Higiene.	
030012 Cambia de posición solo.	
Intervención NIC	**0480 Cuidados de la ostomía**
Actividades:	
48004 Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario.	
48007 Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.	
48008 Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, si procede.	
Intervención NIC	**1800 Ayuda al autocuidado**
Actividades:	
18003 Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.	
Diagnóstico NANDA	**00091 Deterioro de la movilidad en cama**
Resultado NOC	**0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas**
Indicadores:	
020401 Úlceras por presión.	
020412 Disminución del tono muscular.	
Resultado NOC	**0208 Nivel de movilidad**
Indicadores:	
020802 Mantenimiento de la posición corporal.	
Intervención NIC	**0740 Cuidados del paciente encamado**
Actividades:	
074006 Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.	
074007 Colocar al paciente sobre una cama/colchón terapéutico adecuado.	
Diagnóstico NANDA	**00214 Disconfort**
Resultado NOC	**2008 Estado de comodidad**
Indicadores:	
200801 Bienestar físico.	
200803 Bienestar psicológico.	
200812 Capacidad de comunicar las necesidades.	
Intervención NIC	**5420 Apoyo espiritual**
Actividades:	
542005 Estar abierto a las expresiones del paciente de soledad e impotencia.	
542006 Estar abierto a los sentimientos del paciente acerca de la enfermedad y la muerte.	
542012 Remitir al asesor espiritual elegido por el paciente.	
Intervención NIC	**6482 Manejo ambiental: confort**
Actividades:	
648203 Colocar al paciente de manera que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas,...).	
648207 Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.	
Intervención NIC	**5270 Apoyo emocional**
Actividades:	
5270001 Comentar la experiencia emocional con el paciente.	
5270004 Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.	
527006 Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.	
527009 Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.	
527014 Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.	

Tabla 2 (Continuación)
Plan de cuidados enfermero

Diagnóstico NANDA	**00095 Insomnio**
Resultado NOC	**0004 Sueño**
Indicadores:	
000403 Patrón del sueño.	
000406 Sueño ininterrumpido.	
Intervención NIC	**1850 Mejorar el sueño**
Actividades:	
185001 Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.	
185002 Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.	
Intervención NIC	**2300 Administración de medicación**
Actividades:	
230022 Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos, si procede.	
Intervención NIC	**5820 Disminución de la ansiedad**
Actividades:	
582005 Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.	
582012 Escuchar con atención.	
582020 Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.	
Intervención NIC	**1400 Manejo del dolor**
Actividades:	
140004 Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.	
140007 Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.	
Intervención NIC	**6482 Manejo ambiental: confort**
Actividades: (ya reflejadas con anterioridad)	
Diagnóstico NANDA	**00132 Dolor agudo**
Resultado NOC	**1605 Control del dolor**
Indicadores:	
160502 Reconoce el comienzo del dolor.	
160507 Refiere síntomas al personal sanitario.	
160513 Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor al personal sanitario.	
Resultado NOC	**2102 Nivel del dolor**
Indicadores:	
210201 Dolor referido.	
210204 Duración de los episodios de dolor.	
210206 Expresiones faciales de dolor.	
Intervención NIC	**1400 Manejo del dolor**
Actividades: (ya reflejadas con anterioridad)	
Intervención NIC	**0840 Cambio de posición**
Actividades:	
084003 Colocar en la posición terapéutica indicada.	
084004 Colocar en posición de alineación corporal correcta.	
084011 Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos.	
084015 Elevar el cabecero de la cama si no resulta contraindicado.	
084031 Premedicar al paciente antes de cambiarlo de posición, si procede.	
084036 Vigilar el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición.	
Intervención NIC	**2210 Administración de analgésicos**
Actividades:	
221001 Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.	
221002 Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.	
221017 Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos...).	

Tabla 2 (Continuación)
Plan de cuidados enfermero

Diagnóstico NANDA	**00128 Confusión aguda**
Resultado NOC	**0916 Nivel de delirio**
Indicadores:	
091601 Desorientación temporal.	
091602 Desorientación espacial.	
091612 Verbalizaciones sin sentido.	
091613 Alteración del nivel de conciencia.	
091620 Alucinaciones.	
Resultado NOC	**1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado**
Indicadores:	
140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes.	
140302 No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes.	
140306 Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes.	
140308 Mantiene afecto compatible con su estado de ánimo.	
140309 Interacciona con los demás de forma apropiada.	
140310 Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente.	
140312 Expone pensamiento basado en la realidad.	
Intervención NIC	**4820 Orientación de la realidad**
Actividades:	
482003 Dirigirse al paciente por su nombre y acercarse lentamente. Hablarle con suavidad y a un volumen adecuado.	
482008 Estimular la memoria repitiendo el último pensamiento expresado por el paciente.	
482015 Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempos.	
Intervención NIC	**5340 Presencia**
Actividades:	
534002 Comunicar oralmente comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.	
534007 Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.	
Diagnóstico NANDA	**00120 Baja autoestima situacional**
Resultado NOC	**1205 Autoestima**
Indicadores:	
150501 Verbalización de autoaceptación.	
150502 Aceptación de las propias limitaciones.	
Intervención NIC	**4920 Escucha activa**
Actividades:	
492010 Evitar barreras a la escucha activa.	
492011 Favorecer la expresión de sentimientos.	
492014 Mostrar interés en el paciente.	
Intervención NIC	**5240 Asesoramiento**
Actividades:	
524010 Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.	
524013 Favorecer la expresión de sentimientos.	
Intervención NIC	**5400 Potenciación de la autoestima**
Actividades:	
540005 Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.	
540009 Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás.	
540027 Reafirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente.	
Diagnóstico NANDA	**00147 Ansiedad ante la muerte**
Resultado NOC	**1300 Aceptación: estado de salud**
Indicadores:	
130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	
130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud.	
Resultado NOC	**2007 Muerte confortable**
Indicadores:	
200720 Entorno físico.	

Tabla 2 (Continuación)
Plan de cuidados enfermero

200722 Bienestar psicológico.	
200727 Expresión de preparación para una muerte inminente.	
Resultado NOC	**1307 Muerte digna**
Indicadores:	
130701 Pone los asuntos en orden.	
130703 Participa en las decisiones relacionadas con los cuidados.	
130711 Comparte sentimientos sobre la muerte.	
Resultado NOC	**1211 Nivel de ansiedad**
Indicadores:	
121109 Indecisión.	
121117 Ansiedad verbalizada.	
Resultado NOC	**3009 Satisfacción del paciente/usuario: cuidado psicológico**
Indicadores:	
300907 Apoyo emocional proporcionado.	
300913 Apoyo para expresar sentimientos.	
Intervención NIC	**5420 Apoyo espiritual**
Actividades: (ya reflejadas con anterioridad)	
Intervención NIC	**6482 Manejo ambiental: confort**
Actividades: (ya reflejadas con anterioridad)	
Intervención NIC	**5260 Cuidados en la agonía**
Actividades:	
526003 Apoyar al paciente y familia en los estadios de pena.	
526006 Comunicar la voluntad de discutir aspectos de la muerte.	
526010 Facilitar la obtención de apoyo espiritual al paciente y familia.	
526011 Identificar las prioridades de cuidados del paciente.	
526013 Minimizar la incomodidad.	
526014 Modificar el ambiente en función de las necesidades y deseos del paciente.	
526016 Observar si el paciente padece ansiedad.	
526017 Observar si hay dolor.	
526024 Vigilar el deterioro de la capacidad física y/o mental.	
Intervención NIC	**5820 Disminución de la ansiedad**
Actividades: (ya reflejadas con anterioridad)	
Diagnóstico NANDA	**00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana**
Resultado NOC	**3001 Satisfacción del paciente: cuidados**
Indicadores:	
300104 El personal ha demostrado respeto.	
300119 Información proporcionada sobre las opciones de cuidados.	
300122 Evitar tratamiento y procedimientos no necesarios.	
Resultado NOC	**3008 Satisfacción del paciente: protección de sus derechos**
Indicadores:	
300801 Mantenimiento de la privacidad.	
300804 Respeto de las peticiones.	
300811 Se permite elegir entre opciones de cuidados.	
Intervención NIC	**7460 Protección de los derechos del paciente**
Actividades:	
746009 Conocer la situación legal de las últimas voluntades en vida.	
746007 Abstenerse de forzar el tratamiento.	
746008 Determinar quién está facultado legalmente para dar consentimiento para el tratamiento o investigación.	
Diagnóstico NANDA	**00054 Riesgo de soledad**
Resultado NOC	**1203 Soledad**
Indicadores:	
120304 Expresión de desesperanza.	
120315 Demostración de fluctuaciones en el estado de ánimo.	
120320 Trastornos del sueño.	

Tabla 2 (Continuación)
Plan de cuidados enfermero

Resultado NOC	**1504 Soporte social**
Indicadores:	
150402 Refiere dedicación de tiempo de otras personas.	
150410 Refiere contactos sociales de soporte adecuado.	
Intervención NIC	**5340 Presencia**
Actividades: (ya reflejadas con anterioridad)	
Intervención NIC	**5270 Apoyo emocional**
Actividades: (ya reflejadas con anterioridad)	
Diagnóstico NANDA	**00073 Afrontamiento familiar incapacitante**
Resultado NOC	**2204 Relación entre el cuidador familiar y el paciente**
Indicadores:	
220401 Comunicación efectiva.	
220411 Solución de problemas en colaboración.	
220412 Sentido de la responsabilidad.	
Resultado NOC	**2506 Salud emocional del cuidador familiar**
Indicadores:	
250602 Sensación de control.	
250606 Ausencia de culpa.	
Intervención NIC	**7110 Fomento de la implicación familiar**
Actividades:	
711002 Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.	
711028 Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.	
Intervención NIC	**7140 Apoyo a la familia**
Actividades:	
714001 Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.	
714035 Informar a la familia sobre cómo ponerse en contacto con el personal de enfermería.	

RESULTADOS

En el plan de cuidados muchos resultados e intervenciones se repiten o solapan, son aquellos encaminados a crear el mejor ambiente posible para la paciente. Con una atención basada en valores como el respeto, la dignidad, el compromiso, la comprensión, la aceptación, la paciencia, la cercanía, la sensibilidad, la escucha activa, la asertividad y la comunicación, se refleja la importancia de atender a la persona en su totalidad en todo momento. Mientras realizamos una sola tarea podemos estar resolviendo otras necesidades, haciendo uso de una atención humanizada, que realmente es lo que prima y da sentido a nuestro quehacer diario, marcando la diferencia en la asistencia e intentando favorecer una muerte digna.

DISCUSIÓN

Revisando la bibliografía hemos encontrado mucha literatura acerca de pacientes que precisan cuidados paliativos, pero poca acerca de pacientes paliativos que finalizan su vida ingresados en unidades de hospitalización quirúrgicas, por lo que no hemos podido hacer comparativas de cómo actuar en estos casos ni qué cuidados priorizar.

CONCLUSIÓN

La Enfermería es esencial en los cuidados de los pacientes, pero aún más en los casos de cuidados paliativos. Dentro del equipo multidisciplinar, los enfermeros tenemos un importante papel y, en pacientes con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida, nuestra opinión debe ser tenida en cuenta a la hora de plantear la limitación del esfuerzo terapéutico. Debemos evitar el sufrimiento del paciente y favorecer una muerte digna y sin dolor, arropado por la familia, respetando siempre las preferencias registradas en el documento de voluntad vital anticipada, si es el caso, o haciendo partícipe tanto al paciente como a la familia en la toma de decisiones compartida.

Es incuestionable la necesidad de formación del equipo sanitario para afrontar estos casos de especial vulnerabilidad que pue-

den llegar a afectarnos de manera personal, sobre todo al no estar tan familiarizados con esta situación, ya que en cualquier unidad o servicio sanitario podemos encontrarnos con pacientes en su última fase de la vida, y es muy importante que sepamos actuar para humanizar y dignificar la atención a estos pacientes y sus familiares. La humanización de los cuidados es el pilar fundamental de la atención de calidad y su aplicación es nuestra responsabilidad como profesionales. "Cuidar es mucho más que curar", Carles Capdevila. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez-Rodríguez R., Areal J., Buisan O., González C., Sánchez J., Arzoz M., et al. Guía práctica para el manejo y tratamiento ante la cistitis radical. Actas Urol. Esp. 2010; 34 (7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062010000700006&script=sci_arttext&tlng=en jul./ago.
2. Argüelles E., Medina R., Iglesias A., Congregado B. Embolización arterial selectiva en el tratamiento de la hematuria incoercible. Arch. Esp. Urol. 2005; 58 (5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0004-06142005000500012&script=sci_arttext&tlng=pt
3. Herdman, T. (2015). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación (2015-2017). NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Elsevier España.
4. Moorhead S., et al. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. Barcelona. Elsevier España, 2018.
5. Gloria M. Bulechek, et al. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª ed. Barcelona. Elsevier España, 2018.
6. Ley 41/2002, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
7. Estatuto de Autonomía de Andalucía, artículo 20.
8. Ley 5/2003, Declaración de la Voluntad Vital en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma.
9. Ley 2/2010, de Derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
10. Grupo de trabajo de certificación de proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en unidades de cuidados intensivos. Madrid: Proyecto HU-CI; 2017 (acceso 5 de noviembre de 2017). Disponible en: http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/
11. Protocolo para el seguimiento del tratamiento farmacológico individualizado en pacientes con sedación paliativa [recurso electrónico], coordinación técnica: Berenguer García, Mª José; Gómez Arcas, Marina (Sevilla). Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012.
12. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. 2ª Edición revisada y actualizada. Grupo SANED 2014.
13. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos [recurso electrónico]. Recomendaciones para la elaboración de protocolos. Simón Lorda, Pablo; Esteban López, María Sagrario, y Cruz Piqueras, Maite (coordinadores) (Sevilla). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.

PRIETO DÍAZ, S.[1]; BAQUERO MUÑOZ, M.A.[2]; TERÁN OLIVEROS, L.[3]; PEDRAZA SÁNCHEZ, JP.[4]; MAZUECOS QUIRÓS, J.[5]
[1, 2, 3] Enfermeros. [4, 5] Médicos residentes. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología. Servicio de Urología. Sevilla

Posoperatorio del donante vivo de riñón: diferencia con pacientes sometidos a nefrectomías laparoscópicas por otras causas

RESUMEN

Debido al incremento de la nefrectomía laparoscópica para trasplante renal de donantes vivos en nuestro hospital en los últimos años (en 2017, 332 trasplantes renales de donante vivo, de los que 47 se hicieron en Andalucía y 17 de ellos en nuestro centro), se ha realizado un estudio prospectivo en el cual se analizaron, con 6 variables, el impacto que tiene el posoperatorio de la nefrectomía laparoscópica en los donantes vivos con respecto al resto de pacientes que se someten al mismo procedimiento por otras causas en nuestra unidad. El objetivo principal del estudio es analizar las implicaciones y el impacto que tiene el posoperatorio de la nefrectomía laparoscópica en los diferentes procesos. Se parte de la hipótesis de que las implicaciones que tiene el donante vivo afectarán al desarrollo de su posoperatorio (mayor dolor, mayor estancia hospitalaria…), comparado con el resto de pacientes que se someten a la misma intervención por otros motivos.
Se identificó en este estudio que este tipo de cirugía implica mayor estancia hospitalaria, con respecto a la misma cirugía por otros motivos, pero no existe un resultado en el número de pacientes estudiados de mayor dolor en estos pacientes con respecto a los otros citados.
Mostraremos los cuidados enfermeros que seguimos en nuestra unidad con estos pacientes. Para ello tomaremos como referencia los patrones funcionales de Gordon, determinando los diagnósticos enfermeros, así como los criterios de resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC).

Palabras clave: nefrectomía laparoscópica, donante vivo, posoperatorio y dolor.

SUMMARY

Due to the increase of laparoscopic nephrectomy in live donors for renal transplantation during the last years in our hospital (in 2017, 332 live donor renal transplants, of these 47 were done in Andalusia, and 17 in our hospital). A prospective study was conducted to analyse 6 variables, the impact of postoperative laparoscopic nephrectomy in live donors compared to those patients who underwent the same procedure for different reasons in our unit. The primary aim of the study is to examine the implications and impact of postoperative laparoscopic nephrectomy in different processes. It is assumed that the live donor's implications will affect the postoperative period (pain, length of hospital stay…), compared to the rest of the patients who undergo the same procedure for different reasons.
A study identified that this type of surgery involves unnecessarily prolonged stay in hospital, with regards to the same surgery but for different reasons. However, there is no evidence of difference between the number of patients studied with severe pain and the above mentioned.
We will show the nursing care that we follow with these patients in our unit. We will take as reference Gordon's functional health patterns, identifying nursing diagnosis as well as the nursing outcomes classification (NOC) and nursing interventions.

Keywords: laparoscopic nephrectomy, living donor, postoperative period and pain.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta cada año, sobre todo ligada al aumento de incidencia de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. El tratamiento de elección para el estadio terminal de la enfermedad es el trasplante renal, que supone una clara mejoría en la calidad de vida de los pacientes y un aumento en la supervivencia (1).

En el año 2017 se trasplantaron en España 3.269 riñones (272 más que en 2016, un incremento del 9%), y ese mismo año había más de 3.900 enfermos en lista de espera para trasplante, con las consecuencias en cuanto a morbimortalidad que ello conlleva (1, 2).

Esta brecha existente entre los injertos disponibles y los potenciales receptores ha hecho que en los últimos años se hayan buscado alternativas para aumentar el grupo de donantes disponibles: programas de donación en asistolia, programas de donante vivo, legislación *opting-out* (de consentimiento presunto), donantes marginales, etc. (3).

Sin embargo, no se trata únicamente de un argumento cuantitativo. En el caso de los injertos procedentes de donantes vivos, sus ventajas sobre el injerto de donante cadáver son ampliamente conocidas (tiempos de isquemia muy cortos, realización de forma programada, donante sano sin los efectos deletéreos de la muerte encefálica, menor tiempo de espera, beneficio psicológico para donante y receptor, etc.) (4).

Debido al alto número de trasplantes de donantes vivos que se realizaron en nuestro centro en 2017, y ya que el proceso de obtención del órgano de un donante vivo tiene múltiples implicaciones a nivel médico-quirúrgico, emocionales, sociales y económicas pre y postrasplante (5), se realiza un estudio en la unidad para ver la diferencia del posoperatorio de la nefrectomía laparoscópica en donantes vivos con respecto al resto de pacientes que se someten al mismo procedimiento por otras causas.

OBJETIVOS

El objetivo principal del trabajo es identificar mediante un estudio prospectivo realizado en la unidad, con 6 variables, si hay alguna diferencia en el posoperatorio de la nefrectomía laparoscópica en los donantes vivos y en la misma intervención realizada en otros pacientes por otros motivos.

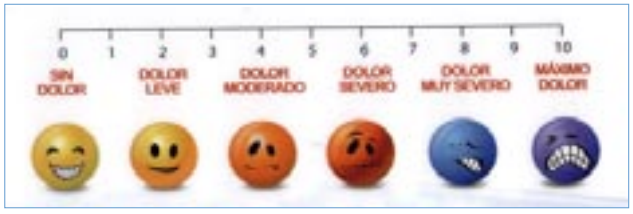
Destacaremos también la mejora en la calidad de nuestros cuidados enfermeros en técnicas menos invasivas, como es la cirugía laparoscópica, utilizando nuestro lenguaje enfermero con terminología propia de la NANDA, NOC y NIC.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza en la unidad un estudio prospectivo, reclutando entre los meses de octubre de 2017 a julio de 2018 a los pacientes sometidos a nefrectomías laparoscópicas de donante vivo (n = 11) y por otras causas (n = 14). Los dos grupos fueron intervenidos bajo una técnica quirúrgica y anestésica similar, con analgesia posoperatoria basada en paracetamol, metamizol y rescate de mórfico; se analizaron las siguientes variables:

- Datos demográficos: edad, sexo, lado de intervención, IMC.
- Duración de la intervención.
- Días de ingreso hospitalario.
- Dolor posoperatorio, evaluado mediante la escala visual analógica (EVA) (figura 1), que se pasó a los dos grupos la tarde previa a la intervención, a la hora de la intervención, a las 24, 48, 72 horas y el día del alta hospitalaria.
- Complicaciones en el posoperatorio inmediato.
- Satisfacción general con el proceso: pobre, moderada, buena o excelente; evaluada el mismo día del alta.

Figura 1
Escala EVA



Se excluyeron a pacientes alérgicos a cualquiera de los principios activos del protocolo analgésico.

Dejando registro en las observaciones de enfermería de la analgesia administrada en cada turno, así como si habían tenido necesidad de analgesia de rescate.

Durante el estudio hemos empleado registros habituales de enfermería, gráficas de constantes, registros de evoluciones de enfermería, hoja de valoración inicial, plan de cuidados del paciente urológico, así como el esquema de patrones funcionales de Gordon utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC, para intentar contribuir a la normalización de las intervenciones para la práctica de enfermería. Así como problemas interdisciplinares y evaluación de los objetivos con escala Likert.

Diagnósticos enfermeros

Una vez realizada nuestra valoración, identificamos los diagnósticos enfermeros más relevantes a través de la taxonomía de NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association).* Se proponen criterios de resultados (NOC: *Nursing Outcomes Classification*), intervenciones (NIC: *Nursing Interventions Classification*) y actividades acordes con las necesidades de nuestros pacientes (6, 7, 8, 9). Todo ello se muestra a continuación:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN (Escala Likert)
00148 Temor *R/C*: Déficit de conocimiento o familiaridad. *M/P:* Tensión aumentada, aprensión, miedo, susto, terror, pánico, pavor, etc.	***NOC 1404*** Control del miedo *INDICADORES* – Busca información para reducir el miedo. – Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos incapacitantes.	***NIC 5270*** Disminución de la ansiedad Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Escuchar con atención.	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)
00046 Deterioro de la integridad cutánea *R/C*: Factores mecánicos. *M/P:* Invasión de las estructuras corporales.	***NOC 1102*** Curación de heridas por primera intención	***NIC 3660*** Cuidados de las heridas – Medir lo drenado en 24 horas. – Vigilar signos de infección local y/o dehiscencia de bordes. – Retirar agrafes y/o suturas y drenajes cuando proceda. – Vigilar puntos de incisión de drenajes y aspecto de volumen de drenado. ***NIC 3440*** Cuidados del sitio de incisión – Mantener apósito limpio y seco. – Vigilar aspecto, exudados y aparición de hematomas. – Prevenir la aparición de seromas.	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)
00085 Deterioro de la movilidad física *R/C*: Malestar, dolor. *M/P: D*ificultad para girarse en la cama,limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas, limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras.	***NOC 0208*** Nivel de movilidad ***NIC 0840*** Cambio de posición ***NIC 1400*** Manejo del dolor ***NIC 1801*** Ayuda con los autocuidados baño/higiene – Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. – Proporcionar ayuda en la higiene hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. ***NIC 1802*** Ayuda con los autocuidados vestido/ acicalamiento ***NIC 1803*** Ayuda con los autocuidados alimentación ***NIC 0200*** Fomento del ejercicio – Levantar al sillón al día siguiente de la cirugía. – Fomentar la deambulación precoz.		Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)
00126 Conocimientos deficientes *R/C*: Falta de exposición. *M/P:* Verbalización del problema.	***NOC 1813*** Conocimiento del régimen terapéutico ***NOC 1808*** Conocimiento medicación	***NIC 5610*** Enseñanza prequirúrgica ***NIC 5618*** Enseñanza procedimiento/ tratamiento	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)

PROBLEMA INTERDISCIPLINAR	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACIÓN (Escala Likert)
00132 Dolor agudo R/C: Agentes físicos. Agentes psicológicos.	***NOC 1605*** Control del dolor *INDICADORES* Acciones personales para controlar el dolor. ***NOC 2102*** Nivel del dolor	***NIC 1400*** Manejo del dolor – Evaluar la eficacia con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado. – Realizar cambios de posición para aliviar tensión en la incisión. – Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente. ***NIC 2210*** Administración de analgésicos – Valoración de la intensidad del dolor mediante escala EVA, preanalgesia. – Administrar analgésicos y fármacos complementarios cuando sea necesario. – Comprobar alergias y vigilancia sobre posibles efectos adversos.	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado (2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)

RESULTADOS

En el estudio realizado se analizaron un total de 25 pacientes, 11 en el grupo de donantes y 14 en el grupo control.

El grupo de donantes estaba formado por mujeres fundamentalmente, con el 81,8% frente al 57,1% del grupo control, que donaban mayoritariamente a sus hijos (36,4%) o parejas (45,5%). La nefrectomía izquierda predominó entre las donaciones con un 90,9% para facilitar el implante posterior (mayor longitud de la vena renal). El tiempo quirúrgico y la aparición de complicaciones fueron similares en ambos grupos. Sí fue significativamente mayor el número de días de ingreso entre los donantes vivos con 6 días de media, frente a los 4 del resto de pacientes ($p = 0,01$) (tabla 1). En cuanto a la variable principal del estudio, a todos los pacientes se les entregó una escala visual analógica (EVA) preoperatoria para obtener un valor basal. Todos marcaron 0, excepto un donante que marcó 1. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la escala de ambos grupos en ninguno de los momentos en que se recogieron: en la sala de reanimación posoperatoria, a las 12 horas, 24 horas, 48 horas, 72 horas de la intervención y el día del alta hospitalaria. En la tabla 2 se muestran los valores medios y el rango intercuartílico de la escala para cada grupo en cada intervalo.

Por último, un 82% de los donantes vivos calificaron su satisfacción general con todo el proceso del ingreso hospitalario como bueno o excelente, al igual que lo hicieron un 93% del resto de pacientes.

DISCUSIÓN

En el estudio se han analizado dos grupos de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos similares con la intención de encontrar posibles diferencias por las particulares circunstancias que rodean a la nefrectomía laparoscópica de donante vivo.

El estudio comparativo del posoperatorio de la nefrectomía ha sido ampliamente reflejado en la literatura. A raíz del desarrollo del abordaje laparoscópico son numerosos los artículos que se han encargado de analizar las ventajas para los pacientes con este tipo de técnica. Alper (10) compara en su estudio el dolor posoperatorio tras la técnica abierta y laparoscópica con claras ventajas hacia el abordaje mínimamente invasivo.

No obstante, específicamente la nefrectomía de donante vivo también ha sido objeto de numerosas revisiones. Greco (11) revisa

Tabla 1
Variables descriptivas

	Donantes (n=11)	Grupo control (n=14)
Edad media (rango)	52 años (32 - 74)	59 años (29 - 88)
Sexo	81,8% mujeres 18,2% varones	57,1% mujeres 42,9% varones
Relación con el receptor	36,4% padre / madre 45,5% pareja 18,2% hermano	
IMC medio (rango)	26 (20 - 34)	31 (22 - 51)
Tiempo de intervención (media, intervalo de confianza 95%)	182 min (162 - 200)	202 min (177 - 227)
Lado de nefrectomía	Izquierdo 90,9% Derecho 9,1%	Izquierdo 78,6% Derecho 21,4%
Causa de nefrectomía	Donación 100%	Tumor renal 64,3% Atrofia renal 35,7%
Complicaciones Clavien	Clavien 1 90,9% Clavien 2 9,1%	Clavien 1 85,8% Clavien 2 7,1% Clavien 3 7,1%
Días de ingreso	6	4

Tabla 2
Valores medios obtenidos EVA

	Donantes (n=11)	Grupo control (n=14)
EVA preoperatorio	0,09	0
EVA sala recuperación	5,55 (3 - 8)	7 (4 - 8)
EVA 12 horas	6,45 (4 - 8)	6,57 (2,75 - 9,25)
EVA 24 horas	6,54 (4 - 9)	5,79 (4 - 7,25)
EVA 48 horas	5,90 (4 - 8,25)	4,92 (2 - 7)
EVA 72 horas	4,70 (2 - 6,5)	3,93 (2 - 7)
EVA alta hospitalaria (p = 0,06)	4 (2 - 6)	2,35 (0,75 - 4)

más de 50 trabajos sobre las técnicas disponibles para la extracción del órgano y concluye que tanto la laparoscopia simple como la manoasistida y la técnica abierta pueden ser consideradas como estándar de tratamiento, con la consideración de mucho mejor control del dolor y menores estancias hospitalarias en el caso de la laparoscopia (12, 13). En la cohorte del estudio, todos los donantes se intervinieron bajo la técnica de laparoscopia manoasistida, no así el resto de pacientes, que se sometieron a la intervención por laparoscopia; sin embargo, esta diferencia no influyó en las complicaciones ni en el dolor posoperatorio de ambos grupos (14, 15).

En cuanto al dolor posoperatorio de los pacientes, se puede decir que tanto donantes como el resto de enfermos afrontan el posoperatorio de manera similar con buen control analgésico. Únicamente se acerca a la significación estadística la puntuación del día del alta hospitalaria (p = 0,06) con mayor valor en los donantes vivos (4 frente a 2,35). Los resultados difieren con respecto a otros publicados. Wang et al. (16, 17) refieren peor control analgésico en el grupo de donantes vivos con respecto a pacientes con tumores renales; mientras que en el estudio no se encuentran diferencias entre ambos grupos, y en el grupo de donantes se obtienen unas cifras similares al estudio de Gorevski (18).

En nuestro centro informamos con detalle al donante antes de la intervención de todos los posibles riesgos de la extracción y del implante del injerto al receptor (19, 20) con asesoramiento psicológico y emocional por parte del equipo de Salud Mental, y con cuidados hospitalarios y protocolos analgésicos que permitan un posoperatorio lo más similar posible al resto de pacientes, además de un seguimiento exhaustivo posterior en consultas externas. Esto quizás explique la similitud en el posoperatorio de ambos grupos, que no se ven influidos por su contexto psicoemocional y las especiales circunstancias que les rodean.

CONCLUSIONES

Con estos resultados obtenidos podemos concluir que no se ha cumplido la hipótesis de partida: los donantes vivos afrontan el

posoperatorio de manera similar al resto de pacientes que se someten a intervenciones quirúrgicas similares, sin que se vean influidos por el importante factor psicológico y emocional que les rodea.

La recuperación de los pacientes no depende únicamente del abordaje laparoscópico para conseguir un mejor posoperatorio. Es fundamental el apoyo multidisciplinar de todo el equipo de trasplante renal implicado en la donación de vivo (urología, nefrología, salud mental, enfermería…) para saciar las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y médicas que harán de este proceso una de las mejores experiencias y con importantes beneficios a múltiples niveles para nuestros donantes vivos.

Sin embargo, la serie de pacientes que se presenta en el estudio realizado es corta, y se debe seguir reclutando pacientes para estudios posteriores y confirmar las conclusiones.

AGRADECIMIENTOS

Los autores del presente trabajo queremos mostrar nuestro agradecimiento a la Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología del H.U. Virgen del Rocío (Sevilla) por hacer posible la participación en este congreso, a todos los profesionales de la UGC, a todos nuestros compañeros-compañeras por hacer nuestra labor diaria más llevadera, con su profesionalidad y dedicación. A todos nuestros médicos residentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de diálisis y trasplante 2016. Sociedad Española de Nefrología. http://www.senefro.org/contents/webstructure/InformeREER_2016_BURGOS.pdf
2. Memoria de actividad de donación y trasplante 2017. Organización Nacional de Trasplantes.
3. Karam G (chair), Kälble T, Alcaraz A, Aki FT, Budde K, Humke U, Kleinclauss F, Nicita G, Olsburgh JO, Süsal C. European Association of Urology (EAU) guidelines on renal transplantation: 2018.
4. Corral Molina JM, Luque Gálvez P, Alcover García JB. Potenciales beneficios del trasplante renal de donante vivo. Archivos Españoles de Urología 2005; 58 (6): 485-89.
5. Oppenheimer F, Rossich E, Ricart MJ. Evolución del donante después de la nefrectomía. Morbimortalidad operatoria y posoperatoria e impacto a largo plazo de la nefrectomía. Archivos Españoles de Urología 2005; 58 (6): 543-46.
6. María Teresa Luis Rodrigo. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Editorial Masson. 2000.
7. M. T. Luis. Diagnósticos enfermeros. 3º edición. Editorial Harcourt y Brace.
8. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Editorial Harcourt.
9. Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de intervenciones de enfermería (CIE). 3ª Edición. Editorial Harcourt. 2000.
10. Alper I, Yüksel E. Comparison of acute and chronic pain after open nephrectomy versus laparoscopic nephrectomy: a prospective clinical trial. Medicine 2016, 95 (16): 1-4.
11. Greco F, Hoda MR, Alcaraz A, Bachmann A, Hakenberg OW, Fornara P. Laparoscopic living-donor nephrectomy: analysis of the existing literature. European Urology 2010; 58: 498-509.
12. Widmer JD, Schlegel A, Kron P, Brockmann JG, Muller MK. Hand-assisted living-donor nephrectomy: a retrospective comparison of two techniques. BMC Urology 2018: 18-39.
13. Broe MP, Galvin R, Keenan LG, Power RE. Laparoscopic and hand-assisted laparoscopic donor nephrectomy: a systematic review and meta-analysis. Arab Journal of Urology 2018; 16: 322-34.
14. Manikandan R, Sundaram CP. Laparoscopic live-donor nephrectomy. BJU International 2006; 97: 1154-160.
15. Shockcor NM, Sultan S, Alvarez-Casas J, Brazio PS, Phelan M, LaMattina JC, Barth RN. Minimally invasive donor nephrectomy: current state of the art. Langenbeck's Archives of Surgery 2018; 403 (6): 681-91.
16. Wang J, Fu Y, Wang N. Comparison of postoperative analgesic requirements in living donors and patients undergoing similar surgical procedures. Trasplantation Proceedings 2015; 47: 1896-900.
17. Wang J, Ma H, Fu Y, Wang N. Comparison of postoperative morphine requirements in renal donors and patients with renal carcinoma undergoing laparoscopic nephrectomy. Trasplantation Proceedings 2016; 48: 31-34.
18. Gorevski E, Wead S, Tevar A, Succop P, Volek P, Martin-Boone J. Retrospective evaluation of donor pain and pain management after laparoscopic nephrectomy. Transplantation Proceedings 2011; 43: 2487-491.
19 The Ethics Committee of the Transplantation Society. The consensus statement of the Amsterdam Forum on the care of the live kidney donor. Transplantation 2004; 78 (4): 491-92.
20. The Ethics Committee of the Transplantation Society. A repor of the Amsterdam Forum on the care of the live kidney donor: data and medical guidelines. Transplantation 2005; 79 (2S): S53-S66.

Crónica del XXXIX Congreso

Durante los pasados días 7, 8 y 9 de marzo de este año, y bajo el lema "Ostomía también se escribe con H", celebramos en la inigualable ciudad de Segovia nuestro congreso bianual, este año con muchas dificultades que ya todos conocéis, pero que afortunadamente fuimos capaces de solventar. El resultado fue brillante por todas las ponencias, comunicaciones y mesas redondas que se ofrecieron.

Hace poco nos llegó la notificación de la Agencia de Acreditación de la Junta de Castilla y León concediendo un crédito al congreso.

Comenzaron las jornadas en la tarde del jueves día 7, ya durante la mañana fueron llegando los asistentes y recogiendo la documentación.

Empezamos con el primer bloque de comunicaciones libres:

"La formación de las enfermeras en Urología en los manuales de la titulación de enfermera de 1915", Manuel Jesús García Martínez y Antonio Claret García Martínez.

"Diseño de un timbre avisador previo a la finalización de la irrigación vesical", Hernández Romero, B.; Álvarez Alonso, R.; Jiménez Tutor, M.I.; Pérez Origüen, M.O.; Gallego Hernández, A.; Uriel Calvo, M.P., compañeras/os de Urología del Hospital Santa Bárbara de Soria.

Mesa inaugural.

Aspecto de la sala.

A continuación se realizó la inauguración oficial del congreso por las distintas autoridades invitadas, a las que agradecemos su asistencia por el reconocimiento institucional que aportan, y especialmente al consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, don Antonio Mª Sáez Aguado.

Mostrar también nuestro agradecimiento al Servicio de Urología y a la Dirección de Enfermería del Complejo Asistencial de Segovia, y en especial a la supervisora de Urología doña Lucía Gil Martín, sin cuya colaboración hubiera sido muy difícil la organización del mismo. Y agradecer también el esfuerzo y trabajo de doña Isabel María Cortés Ortega, del Colegio de Enfermería de Segovia, quien nos ha ayudado con la acreditación de este congreso, y a doña Mª José Uñón García, presidenta del Colegio, por su disposición a colaborar en todo lo que necesitásemos y especialmente por la concesión del Premio a la Mejor Comunicación Póster. De la misma forma agradecer al Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León, en la persona de su presidente, don Alfredo Escaja Fernández, por la concesión del Premio a la mejor Comunicación Oral.

Tras esta inauguración, don Francisco J. Sanz Sacristán, jefe del Servicio de Urología del Complejo Asistencial de Segovia, dictó la conferencia inaugural, terminando con la Asamblea de Socios esta jornada del jueves tarde.

Comenzamos el viernes una nueva jornada y no quisimos dejar pasar la celebración del Día Internacional de la Mujer, proyectando en pantalla diversos mensajes de felicitación y entregando un alfiler con un lacito morado a todas y todos los asistentes y participantes. Todas se sintieron homenajeadas y así lo expresaron en los comentarios de la evaluación, a excepción de dos personas que dijeron que se sintieron "contrariadas y ninguneadas" por la celebración del congreso en estas fechas; ante esto, solo podemos decir que la asistencia al congreso era libre.

Este viernes día 8 comenzó la mañana con un interesante bloque de comunicaciones libres:

"Calidad de vida del paciente urostomizado: una revisión sistemática", Lorena Aparicio Jimeno e Irene Pérez Boal.

Mesa redonda "Continuidad de cuidados en pacientes urológicos".

Presentación documento "Competencias enfermeras en la consulta de Urología".

Premio Mejor Póster.

"**Complicaciones y cuidados de las urostomías",** Estudillo González, F.; Rodríguez Bocanegra, J.C.; Estudillo Lobato, G.; Aragón Gutiérrez, C.

"**Cuidados enfermeros paliativos en Urología",** Zurita Castañeda, Celia; Lago Martín, Mª Dolores; Romero Flichy, Alicia.

"**Donante renal. Vivencia del proceso",** Mª Luisa Gallego Español, Mª Isabel Díaz Jurado, Sheila Oliva Romero, María Jovani Palau, Abel Ruiz López, Araceli Chacón Aparicio.

Continuando con una excelente ponencia sobre "**Ubicación y marcaje del estoma"** a cargo de doña Mª del Carmen Expósito Álvarez, como precursora de la mesa redonda "**Cuidados de las ostomías. Calidad de vida"**, con la intervención de Francisco Javier García Penit, urólogo, y Manuela A. Galán Tundidor, enfermera estomaterapeuta; moderada también por Carmen Expósito, enfermera estomaterapeuta, y patrocinada por Coloplast.

Terminamos la jornada de mañana de este viernes con la magnífica exposición de la ponencia **"Qué es la salud digital y qué supone para nosotros"** a cargo de don José Mª Cepeda Díez, profesor de SalusPlay y autor de la web https://saludconectada.com/

La tarde del viernes comienza con el foro tertuliano "**Humanizando el proceso de cuidar"** a cargo de miembros del Equipo HUCI https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/el-equipo/ conducido por José Manuel Velasco. Una exposición muy aplaudida y comentada posteriormente por los asistentes.

Continuamos con la presentación de la **plataforma e-cuidados** del Consejo General de Enfermería, presentada por don José Luis Cobos Serrano, director general del Instituto Español de Investigación Enfermera del CGE y nombrado recientemente vicesecretario general del Consejo General de Enfermería. A continuación doña Isabel Jiménez Mayorga presentó el documento **"Competencias enfermeras en la consulta de Urología"** creado por el Grupo CAB (auspiciado por Coloplast), aprobado por el CGE en la Resolución nº 15/2018, publicado en el BOE nº 311 del 26/12/18 (Descargar documento). Tanto José Luis como Isabel hicieron hincapié en la importancia del documento, y su utilidad para los Diplomas de Acreditación y Acreditación Avanzada, siendo posteriormente muy debatido en la sala y entre los asistentes.

Terminamos la sesión de tarde con la exposición de los cinco mejores pósters seleccionados a premio.

A las 21:30 comenzó la cena de clausura, esta vez sin música y sin copas por exigencias de FENIN, en donde degustamos la especialidad estrella de Cándido, ofreciendo allí la ceremonia de trinchado del cochinillo con los platos que después se rompieron en el suelo siguiendo la tradición.

El sábado iniciamos la última sesión del congreso con un nuevo bloque de comunicaciones libres:

"Cuidados de enfermería en la administra-

Premio Mejor Comunicación.

Premio especial a la Humanización de los Cuidados.

ción de tratamiento inmunoterápico", Clara del Solar Gutiérrez, Ana Isabel Velázquez Fernández, Silvia Pozo Herrero, Pilar Rodríguez González, enfermeras del Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

"Prótesis peneana: plan de cuidados de enfermería", Uviedo Reyes, G.; Berrocal González, M.; Matamoros Pérez, S.; Gallego Español, L.

"**Protocolo enfermería Xiapex",** Gómez de Quero Córdoba, M.; Martínez Salamanca, J.I.; Fernández Pascual, E.; Martínez Salamanca, E.

"Diferencias posoperatorio nefrectomías laparoscópicas donantes vivos, versus otras causas", Prieto Díaz, Salvador; Baquero Muñoz, Mª Ángeles; Terán Oliveros, Lorena;

Pedraza Sánchez, J. Pablo; Mazuecos Quirós, Javier.

Continuamos con otra magnífica mesa redonda **"Continuidad de cuidados en pacientes urológicos"**, moderada por doña Lucía Gil Martín, supervisora Unidad de Urología del Hospital General de Segovia, y en la que participaron:

- D. José Gómez Gómez. Enfermero. Jefe de unidad de coordinación de equipos de Enfermería de Atención Primaria de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Segovia.
- Dª Rosa Mª Llorente Herrainz. Enfermera estomaterapeuta. Supervisora Unidad de Cirugía, HGS.
- Dª Elena García Consuegra. Enfermera Unidad de Urología del HGS.
- Dª Lorena Aparicio Jimeno. Enfermera Unidad de Urología del HGS.
- Dª Soledad Tapia López. Enfermera Consulta de Urología del HGS.
- Dª Clara Lahoz García. Uróloga adjunta de la Unidad de Urología del HGS

Para terminar la sesión, nuestra compañera Guillermina Ferrández Franco presentó el documento de consenso, con la participación de 11 sociedades científicas de Enfermería, Farmacia, Ginecología, Urología y Atención Primaria, sobre **"Criterios de derivación y manejo integral del paciente con síntomas del tracto urinario inferior".**

A continuación se entregaron los premios a las mejores comunicaciones, recayendo el Premio a la mejor Comunicación Oral, subvencionado por el Consejo de Colegios Profesionales de Enfermería de Castilla y León, a "**Complicaciones y cuidados de las urostomías"** de Estudillo González, F.; Rodríguez Bocanegra, J.C.; Estudillo Lobato, G.; Aragón Gutiérrez, C.

El Premio a la mejor Comunicación Póster, subvencionado por el Ilustre Colegio de Enfermería de Segovia, fue para "**Atención integral al paciente ostomizado. Apertura de consulta de ostomía"**, de Sandra del Sol Plaza y Mª Paz González Sánchez, del Hospital Universitario Severo Ochoa de Madrid.

Por otra parte, la Junta Directiva acordó premiar sin dotación económica el póster "**Urofeedback en pacientes sordos"** de Silvia Pozo Guerrero, Pilar Rodríguez González y Sara Jiménez Jurado, del Hospital Universitario de Puerta del Mar en Cádiz, concediéndoles el Premio a la Humanización de los Cuidados.

Nuestra enhorabuena a todas y a todos los premiados.

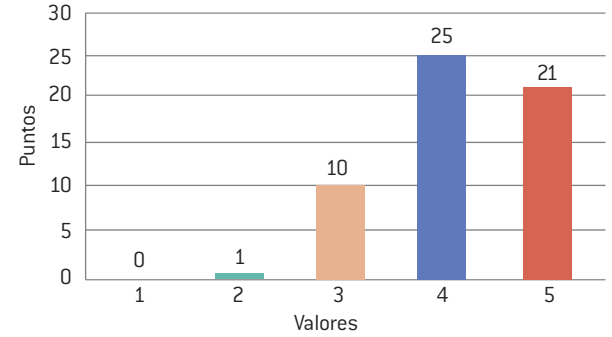
Tras esto se realizó la clausura del congreso, comentando las evaluaciones que se habían completado hasta el momento y anunciando lo acordado en Asamblea de Socios, en donde se escogió Santiago de Compostela como sede de nuestro 40 Congreso Nacional, inicialmente entre el 11 y el 13 de marzo.

A continuación exponemos las gráficas de evaluación recibidas hasta la fecha y las sugerencias y observaciones recogidas.▼

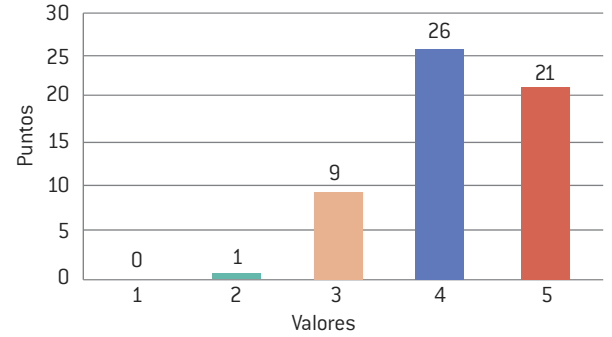
Resultados de la evaluación del congreso por parte de los asistentes

En las siguientes gráficas se muestran los datos recogidos referentes a las preguntas seleccionadas. El valor 1 expresa el total desacuerdo y el valor 5 el total acuerdo con el enunciado.

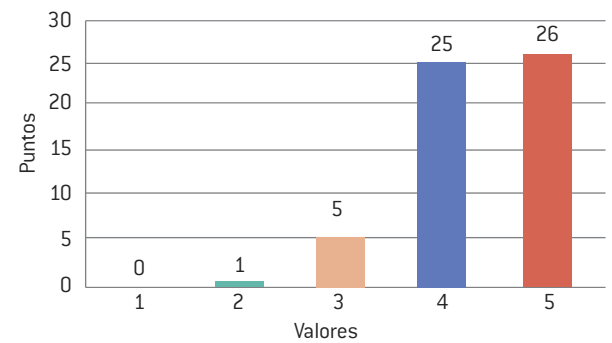
Se han cubierto mis expectativas en relación a este congreso



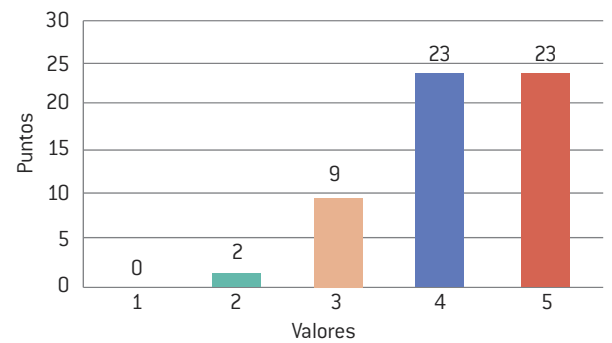
Los contenidos desarrollados han resultado interesantes y motivadores



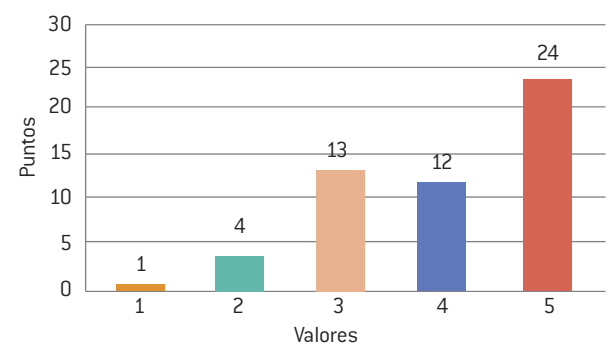
Los temas tratados son aplicables a la práctica profesional en mi puesto de trabajo



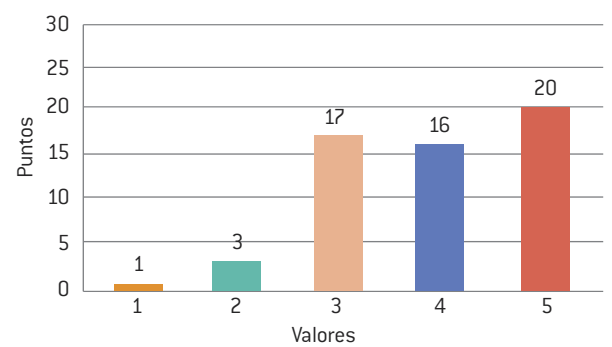
La selección de los ponentes se ha ajustado al interés formativo del congreso



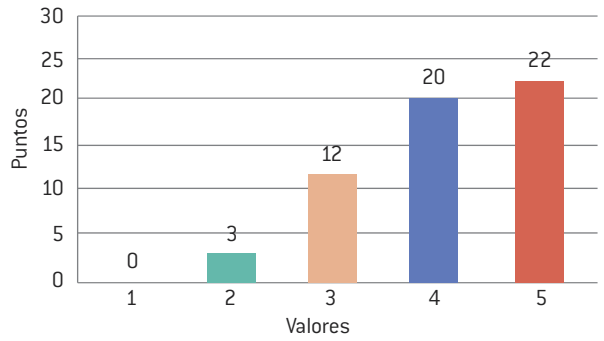
Los moderadores han sabido mantener el interés y fomentar la participación y el debate



La duración de las diferentes mesas redondas ha resultado adecuada



En general, la organización del congreso ha sido apropiada



OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS AL XXXIX CONGRESO

Hasta la fecha se han recogido 28 sugerencias y observaciones.

- Un congreso muy bueno e interesante..., desgraciadamente el tema de FENIN es un atraso..., no tiene sentido. Gracias a la organización.
- Andrología y sexología. Continuar con humanización. Es muy importante que nos concienciemos. En relación a este congreso, me ha encantado. Siempre he visto la sala llena. Para mí, el mejor congreso de los que he asistido. Muchas gracias a la Asociación por su trabajo. Y, para terminar, me he sentido muy orgullosa de ser mujer en este congreso y estar rodeada de tantas y tan válidas. Gracias por contemplarlo.
- Me parece muy inadecuada la fecha en la que hemos realizado el congreso. Siendo la nuestra una profesión eminentemente femenina, me siento especialmente contrariada y ninguneada.
- Habéis tenido un detalle precioso y es celebrar el Día de la Mujer. Me he sentido muy representada y qué mejor que celebrarlo, siendo además el día de la Enfermería, con enfermeras mujeres y compañeras, y con enfermeros con los que trabajamos juntos día a día. Temas a tratar en próximo congreso, suelo pélvico. Me ha gustado mucho este congreso. Enhorabuena.
- El horario no se cumple: empieza tarde, no se controlan los tiempos de las exposiciones de los ponentes. Parece que en la enfermería urológica solo importa las derivaciones urinarias. La ubicación de congreso, aunque el entorno es bonito, no permite disfrutar por tu cuenta de la ciudad, muy alejado que te obliga a permanecer sin salir del hotel. No ha favorecido el compartir conocimientos en el tiempo de descanso o en las comidas de trabajo entre los asistentes. Por definirlo de alguna manera, muy flojo tanto en contenidos como en organización.
- Por poner un pero se podría mejorar la tecnología y las instalaciones.
- Temas: urodinamias, SIL, incontinencia masculina. Sugerencia, la sesión del viernes fue muy densa, sería interesante repartir un poco más los contenidos. Me pareció poco respetuoso el retraso (por respeto a los compañeros) del foro tertuliano de humanizado en cuidados.
- Señalar que habiendo muchas fechas no me ha parecido bien haberlo realizado el Día de la Mujer siendo la mayoría de asistentes mujeres. Se podría haber hecho en otra fecha.
- Fecha de congreso no apropiada, por coincidir con el 8 de marzo.
- El congreso ha sido de mi interés, lo único decir que se debe ceñir al tiempo de exposición por respeto a los demás, ayer hubo mucho desfase y los últimos ponentes no pudieron tener su tiempo. Animo a que desde la organización se controle más. Tener en cuenta las fechas para que no coincidan con otros congresos para que pueda venir más gente. Temas de interés: manejo del paciente trasplantado.
- Rehabilitación del suelo pélvico. Sondaje vesical a permanencia. Uso y protocolo de sondaje. Complicaciones de RTU cuidados de enfermería.
- Las reglas deben ser iguales para todos. Sería interesante que el número de diapositivas aumentara a más de 10, aunque sea dentro de los 15 minutos. Pero es injusto que dejen a uno y a otros no. Próximos temas: andrología. Muchas gracias, ha sido muy interesante.
- Temas para próximos eventos: enfermería urológica y sexualidad.
- La normativa para las presentaciones orales tenía una limitación de 10, que no se han requerido para todos los ponentes, en concreto la comunicación ganadora. Se debería tener más puntualidad en el inicio de las jornadas. En general, el nivel del congreso ha sido alto y muy interesante.
- Muy contenta con los contenidos, la participación y el contacto humano. Tener más recursos no significa mayor calidad. Estoy muy satisfecha con el congreso. Felicitaciones a la organización.
- Sería interesante hacer un documento sobre las actividades que se hacen en las consultas de enfermería y protocolos de trabajo de cada centro en cada comunidad e ir a unificar formas de trabajo.
- Felicidades por la organización del congreso. Quizás unas horas más libres, de descanso, no vendrían mal. Muchas gracias y enhorabuena.
- Incontinencia urinaria. Cistopatías. Cuidados enfermera pre e intraquirúrgicos. Sugiero mayor puntualidad en el inicio de las presentaciones.
- Es mi primer congreso y me ha parecido excelente.
- Investigación enfermera, actualización de tratamientos urológicos, NANDA urología.
- Rigor científico a la hora de la selección de trabajos.
- Estoy muy contenta con el congreso, enhorabuena.
- Qué mejor día que el de ayer para celebrar un congreso. Nadie estaba obligado... Enhorabuena a los organizadores.
- Tratamientos de quimioterapia intravesical. Implicación de la enfermería de los centros de AP en los posoperatorios de pacientes urológicos.
- Suelo pélvico, educación para la salud, dispositivos que se pueden utilizar. Paciente anciano, cómo involucrarle en su autocuidado.
- Me parecería interesante incluir estos temas en próximos congresos: suelo pélvico, urodinamia.
- Temas: endourología, suelo pélvico, casos clínicos y protocolos funcionantes. Para próximos congresos hay que mejorar la programación y no condensar tanto en un día. En Segovia se podría haber aprovechado mejor el primer día.

El Consejo General de Enfermería y el Ministerio de Sanidad constituyen Nursing Now España

El pasado 14 de mayo de 2019, en Madrid, se presentaba en el Consejo General de Enfermería la campaña internacional **Nursing Now,** impulsada a nivel mundial por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud; el primero en sumarse a este grupo ha sido el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, con la firma en la sede del CGE en Madrid para materializar los objetivos de la campaña en nuestro país, que incluyen el que la profesión enfermera asuma el lugar que le corresponde en los puestos de decisión política y social para mejorar la calidad asistencial.

En el acto de constitución han participado la ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, M.ª Luisa Carcedo; Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería; lord Nigel Crisp, copresidente de la campaña Nursing Now; Howard Catton, director general del Consejo Internacional de Enfermeras; Paul de Reave, secretario general de la Federación Europea de Enfermería, y Adelaida Zabalegui, miembro de la junta de la campaña Nursing Now.

Para la ministra de Sanidad, M.ª Luisa Carcedo, la profesión enfermera "es, sin ninguna duda, fundamental en el sistema sanitario. La profesión que garantiza la continuidad asistencial de los centros sanitarios y da servicio 24 horas sobre 24 horas. Hablamos de una profesión que ha sido capaz de incorporar decididamente la promoción de la salud y la educación sanitaria frente al reto de la cronicidad".

Enfermería y matronas "son imprescindibles para lograr la cobertura universal de calidad", ha asevera-do María Luisa Carcedo. "El pleno potencial de las matronas también debe ser implementado para poder trabajar en toda la extensión de sus conocimientos y habilidades".

Durante su intervención, la ministra ha planteado retos pendientes, entre ellos los citados por el movimiento Nursing Now: la necesidad de una mayor inversión para mejorar la formación, el desarrollo profesional y las condiciones de empleo para la profesión enfermera.

También la apuesta por una mayor y mejor difusión de prácticas efectivas e innovadoras en enfermería y más participación de enfermeras y matronas en las políticas de salud.

La ministra ha explicado que los objetivos de la campaña Nursing Now se alinean estrechamente con los esfuerzos del Ministerio para avanzar en la salud y potenciar el papel de la enfermería y la excelencia en la formación de los nuevos profesionales.

El presidente del Consejo General de Enfermería, Florentino Pérez Raya, aprovechaba su discurso para reclamar "una enfermera jefe en nuestro Ministerio, que nos permita tener una permanente puerta de intercambio en lugar de avergonzarnos cuando en Europa se nos pregunta por esa figura. Sabemos que unos pocos meses no son suficientes para resolver todos los asuntos pendientes, pero queremos brindarle nuestra colaboración para que enfermería ahora sea una realidad también en España".

Para el presidente de las 300.000 enfermeras españolas, hablar de Nursing Now "es evocar el papel de presente y, aún más, de futuro de todas nuestras enfermeras y enfermeros. Las mismas que quieren ver reconocida su especialidad, su categoría y sus competencias".

Como explicaba el presidente del CGE, "Nursing Now ha de significar que no sea una excepción el que, como sucede en estos momentos, una enfermera ostente una responsabilidad como consejera o viceconsejera de Salud, que no sea un problema dilu-

cidar si una enfermera puede o no puede gerenciar un hospital, un centro sociosanitario, un centro de salud o un área sanitaria".

Nursing Now España significa que no podemos seguir prestando una atención del excelente nivel con que lo hacemos en nuestro sistema sanitario con unas ratios medias de 500 enfermeras por cien mil habitantes, mientras que los países de nuestro entorno europeo lo hacen con 850 para el mismo número de habitantes.

Por su parte, lord Nigel Crisp, copresidente de la campaña Nursing Now, ha felicitado a nuestro país por ser el que más grupos de Nursing Now ha constituido en el mundo. En apenas 15 meses desde que se lanzó la campaña, hemos alcanzado los 225 grupos en 82 países, según el último recuento.

Nuestro objetivo fundamental es mejorar la salud en todo el mundo y para eso es fundamental dar a las enfermeras un papel más relevante dentro del equipo multidisciplinar. Sabemos que las enfermeras forman parte del equipo, trabajamos de forma multidisciplinar, pero fortalecer a las enfermeras y su papel fortalece el equipo y mejora la atención sanitaria.

Como ha explicado Adelaida Zabalegui, miembro de la ejecutiva de Nursing Now y responsable de la campaña para Europa, dentro de la campaña existen tres tipos de grupos: regionales, nacionales y locales. En España, a día de hoy, se han unido prácticamente todas las comunidades autónomas, 12 comprometidas a través de los consejeros y los representantes de enfermería y el resto está a punto de lanzar sus grupos autonómicos. Contamos con un gran número de grupos locales, en Cataluña, por ejemplo, más de 20 instituciones, hospitales, universidades, incluso las patronales se han sumado al movimiento y en cada comunidad autónoma los grupos están formados por enfermeras, médicos, pacientes, alumnos, directoras de enfermería de centros asistenciales, de universidades…

Por su parte, Howard Catton, director general del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), ha animado a las enfermeras españolas a que aprovechen el momento. "Nunca hemos tenido un director general de la OMS que apoye y defienda tanto a la enfermería como Tedros Adhanom, nunca ha habido un año de la enfermería como se celebrará en 2020 y nunca ha habido una campaña a nivel mundial como Nursing Now", ha destacado.

El director general de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus, no ha podido asistir al acto de presentación, pero ha querido aprovechar la ocasión para enviar un mensaje a las enfermeras y a la sociedad española. Para la máxima autoridad de la OMS, "las enfermeras y las matronas son la espina dorsal de todo sistema de salud. Son proveedores vitales de atención primaria y son esenciales para lograr la visión de la cobertura sanitaria universal".

Sin embargo, en 2030 se necesitarán 9 millones más de enfermeras y matronas. "Por este motivo, la OMS está instando a todos los países a invertir en enfermería y obstetricia. La OMS se enorgullece de sostener la campaña Nursing Now. Y por eso, el Consejo Ejecutivo de la OMS ha decidido declarar 2020 el **Año de la Enfermera y la Matrona**", ha subrayado Adhanom.

Una vez en marcha la campaña Nursing Now España, se ha constituido el grupo nacional integrado por un total de 23 personas: el presidente del Consejo General de Enfermería, el Ministerio de Sanidad –en cuyo nombre participará el enfermero Saturnino Mezcua Navarro–, las tres organizaciones nacionales de pacientes, la Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería, la Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería, 16 asociaciones y sociedades científicas de enfermería, además del periodista Alipio Gutiérrez, como representante de los medios de comunicación.

El movimiento Nursing Now nace en 2018 por iniciativa del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se pone en marcha para que las enfermeras y enfermeros ocupen el lugar que les corresponde en los puestos de gestión y decisión política e institucional. Surge con el objetivo de que las enfermeras sean una parte clave de la solución a los desafíos de salud actuales, si se implementan, valoran e incluyen correctamente en la toma de decisiones de salud.

Con una duración inicial de tres años aboga, entre otras metas, por la necesidad de posicionar un mayor número de enfermeras y enfermeros en responsabilidades de liderazgo y por ayudar a las enfermeras a conseguir los niveles de influencia que la profesión merece. Asimismo, tiene paralelamente el objetivo de mejorar la salud a nivel mundial de la población, algo que vendría como

Las asociaciones que integran el grupo Nursing Now España son:

Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE), Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), Asociación Enfermería Comunitaria (AEC), Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME), *Asociación Española de Enfermería en Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria (AEEU)*, Asociación de Diplomados en Enfermería de Nutrición y Dietética (ADENYD), Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE), Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos, Nacional e Internacional (AMECE N.I), Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (ANENVAC), Sociedad Española de Equipos de Terapia Intravenosa (ETI), Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia (AEETO), Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN), Asociación Española de Enfermería de Prevención y Control de Infecciones (AEEPyCI) y Asociación Española de Enfermería Quirúrgica (AEEQ).

consecuencia directa de elevar el perfil y el estatus de las enfermeras en todo el mundo.

Por ello, a nivel global, Nursing Now plantea cinco grandes objetivos:

1. Mayor inversión en la mejora de la educación, el desarrollo profesional, los estándares, la regulación y las condiciones de empleo para las enfermeras.
2. Mayor y mejor difusión de prácticas efectivas e innovadoras en enfermería.
3. Mayor influencia de las enfermeras y matronas en la política de salud mundial y nacional, como parte de los esfuerzos más amplios para garantizar que las fuerzas de trabajo de salud estén más involucradas en la toma de decisiones.
4. Más enfermeras en posiciones de liderazgo y más oportunidades de desarrollo en todos los niveles.
5. Más evidencia para los responsables de las decisiones políticas sobre dónde la enfermería puede tener un mayor impacto, qué impide que las enfermeras alcancen todo su potencial y cómo abordar estos obstáculos.

Más información:
https://www.icn.ch/es/que-hacemos/campanas/nursing-now

NOTICIAS

Hemos firmado un convenio de formación con la empresa FORMACIÓN ALCALÁ, una empresa del sector de la enseñanza a distancia con materiales de formación propios y acreditaciones oficiales por la Universidad San Jorge, Universidad Miguel de Cervantes, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad de Murcia y Universidad Pontificia de Comillas, para graduados y licenciados universitarios, con una oferta de cursos, especializaciones, expertos y máster de títulos propios que se pueden consultar en **www.formacionalcala.es.** El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad acredita la formación para el personal sanitario.

Cualquier socio o socia de la AEEU tendrá un descuento del 50% en los cursos, individuales o grupales, expertos, especializaciones o máster de títulos propios universitarios.

Como oferta de bienvenida ofrecen a todos los socios un curso acreditado gratuito, a escoger entre alguno de los tres propuestos en la hoja de matriculación que se adjunta.

HOJA DE MATRÍCULA
A.E.E.U

1. BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN (PUEDE FOTOCOPIARLO) DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO (EN MAYÚSCULAS)
2. RESGUARDO DE INGRESO O TRANSFERENCIA BANCARIA
3. FOTOCOPIA DEL DNI O PASAPORTE

SE ENVIARÁ A LA SECRETARÍA TÉCNICA DE FORMACIÓN ALCALÁ , **CIF B-23432933,** PARA FORMALIZAR OFICIALMENTE SU MATRÍCULA. PERSONA JURÍDICA RESPONSABLE FORMACIÓN ALCALÁ SL.

POR CORREO ELECTRÓNICO: info@formacionalcal.es
POR WASSAP: 670 966 281

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN (SEÑALE EL CURSO BECADO ELEGIDO):

[ ] Entrenamiento en soporte vital avanzado en pediatría y neonatología (7,6 Créditos)
[ ] Valoración, diagnóstico y cuidados en la enfermedad de Alzheimer (7,1 Créditos)
[ ] Cuidados a pacientes terminales (4,8 Créditos)

CATEGORÍA PROFESIONAL:
APELLIDOS Y NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN COMPLETA
POBLACIÓN Y C.P.: PROVINCIA
DNI/NIF AÑO TITULACIÓN UNIVERSITARIA
TELÉFONO MOVIL TELÉFONO FIJO
FECHA Y ENTIDAD DEL PAGO DE MATRICULA
CORREO ELECTRÓNICO
¿SE HA MATRICULADO ANTERIORMENTE CON FORMACIÓN ALCALÁ?
EN A DE AÑO FIRMA

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA 15/99 DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL SON RECABADOS CON EL FIN DE PRESTARLE ADECUADAMENTE LOS SERVICIOS QUE USTED NOS SOLICITA, PARA REMITIRLE INFORMACIÓN COMERCIAL Y PUBLICITARIA DE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS, ASÍ COMO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES FISCALES Y LEGALES DERIVADAS DE LA PRESTACIÓN DE ESTE SERVICIO. DICHOS DATOS SERÁN INCORPORADOS A UN FICHERO DENOMINADO ZONA DE SALUD WEB CUYA FINALIDAD ES FACILITAR EL CONTACTO CON LOS CLIENTES, CONOCER LOS CURSOS QUE REALIZAN PARA ENVIARLES INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y COMUNICACIONES COMERCIALES SOBRE NUESTROS PRODUCTOS Y SERVICIOS DE NUESTROS CATÁLOGOS Y GESTIÓN DE LOS MISMOS Y QUE SE ENCUENTRA DEBIDAMENTE INSCRITO EN EL REGISTRO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS. LOS DESTINATARIOS DE ESTA INFORMACIÓN SÓLO Y EXCLUSIVAMENTE SERÁN LOS TRABAJADORES DE ESTA EMPRESA. NUESTRA EMPRESA TIENE IMPLANTADAS LAS MEDIDAS DE ÍNDOLE TÉCNICA Y ORGANIZATIVAS NECESARIAS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD, CONFIDENCIALIDAD E INTEGRIDAD DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL QUE TRATA.
POR ÚLTIMO LE INFORMAMOS QUE SE PUEDE EJERCITAR LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN EN POLIGONO INDUSTRIAL RETAMAR, PARCELA 4 VIAL 8, EN ALCALÁ LA REAL (JAÉN) Y BAJO LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN LA LEY ORGÁNICA 15/99 Y NORMATIVA DE DESARROLLO Y POR LOS PROCEDIMIENTOS DEFINIDOS AL EFECTO POR ESTA EMPRESA.

☐ SI NO CONSIENTE EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES PARA FINES COMERCIALES O PUBLICITARIOS MARQUE ESTA CASILLA.

SUPERADA LA EVALUACIÓN RECIBIRÁ POR CORREO ORDINARIO EL DIPLOMA ACREDITATIVO EN DOS MESES APROXIMADAMENTE, EN EL QUE FIGURAN, LAS FIRMAS Y SELLOS CORRESPONDIENTES, HORAS Y/O CRÉDITOS Y PROGRAMA DEL CURSO.

INFORMACIÓN A CLIENTES: LOS PEDIDOS SE RIGEN SEGÚN LOS ARTÍCULOS 44 Y 45 DE LA LEY 7/1996, DE 15 DE ENERO, DE ORDENACIÓN DEL COMERCIO MINORISTA.

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 el 1.000.000 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.