

# enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 81. Marzo 2002



**El hospital Infanta Elena de Huelva se prepara para acoger el XXIV Congreso**

**La Asociación se ve obligada a cambiar de sede**

**Cuidados al paciente urológico: procesos asistenciales, mapas de cuidados, estandarización y evaluación**

**Infecciones urológicas por acinetobacter**



## Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Presentamos las normas de publicación por las que se regirá ENFURO, basadas en las normas internacionales de Vancouver. Se presenta un extracto, recomendamos la lectura de su totalidad en:  
[http://www.fisterra.com/recursos\\_web/mbe/vancouver.htm](http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm)

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

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

3. **Artículos en disquete o e-mail.** Los artículos y trabajos se enviarán en soporte electrónico (en disquete o CD) o por e-mail, en procesador de texto Word versiones 97 - 2000. Al presentar los disquetes, los autores deben:

- Cerciorarse de que se ha incluido una sola versión del artículo en el disquete.
- Incluir en el disquete solamente la versión última del artículo.
- Especificar claramente el nombre del archivo.
- Etiquetar el disquete con el formato y nombre del fichero.
- Enviar para revisión y cotejo una copia impresa en papel.

El material se enviará por correo postal (preferentemente certificado) a:

Unidad de Formación Hospital Universitario Nra. Sra. de Valme, 10ª planta. Carretera de Cádiz, s/n. 41014 SEVILLA. Correo electrónico: [enfuro@terra.es](mailto:enfuro@terra.es) y/o [apalope@supercable.es](mailto:apalope@supercable.es)

4. **Encabezamiento: título y autores**

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

Cada autor deberá haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo.

El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores deben citarse en la sección de agradecimientos.

5. **Resumen y palabras clave.** Se incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Haciendo hincapié en lo más novedoso o de mayor importancia.

Se identificarán de tres a cinco palabras clave que faciliten a los documentalistas el análisis documental del artículo y que se publicarán junto con el resumen.

6. **Método IMRYD y extensión:**

- Introducción.
- Métodos.
- Resultados.
- Discusión.

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

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

8. **Ilustraciones (figuras).** Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se deberán enviar preferentemente en disquetes o CD o por e-mail, escaneadas a alta resolución.

En caso de ser imposible el escaneado, se enviarán junto con el disquete del texto, por vía postal.

Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para la ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto.

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

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

## EDITORIAL

## ¿¿¿Título????

**D**URANTE muchísimos años la sede de la Asociación Española de Enfermería en Urología a permanecido en el edificio que el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería tiene en Madrid.

Allí, en la calle Menéndez Pelayo, los compañeros de la junta directiva, especialmente los de esa ciudad, han trabajado en el despacho de que disponíamos en la planta tercera. Se han acumulado, a lo largo de los años, multitud de documentos, revistas, así como las pocas propiedades mobiliarias que esta asociación tenía.

El 15 de Marzo de 2002, algunos de los actuales miembros de la junta directiva tuvimos que desalojarla.

Los motivos ya los expresamos en la última Asamblea General, celebrada en Valencia, por tanto no ha

lugar a volverlos a mencionar, aún que nadie podrá evitar que no los compartamos.

Hemos dejado atrás una parte de la historia de la Asociación, la que se ha vivido entre esas paredes, pero eso no entorpece nuestro futuro. Con mucho trabajo, pero no con menos ilusión, hicimos "las maletas" y nos fuimos a nuestra nueva sede, recién pintada y con nuevo mobiliario, en la calle Francisco Silvela .

Todavía nos faltan muchas cosas por hacer allí, como abrir uno a uno los cientos de paquetes que contienen diferentes documentos y que tenemos que , informatizar unos y colocar otros, pero es tarea que deberemos hacer poco a poco.

Por último, recordaros que esa será " nuestra casa". Os invitamos desde estas líneas a conocerla. ▼

## PÁGINA WEB DE LA ASOCIACIÓN

**V**OLVEMOS a recordaros que la Asociación ya tiene página Web, gracias al pasado congreso de Valencia, donde se presentó a los congresistas allí presentes. Los que la hayáis visitado veréis cómo va mejorando en contenido y utilidad. En ella se reflejan actuaciones propias de cuidados de nuestra especialidad, así como lecciones anatómico-fisiológicas que en un momento dado nos pueden ser útil.

Podría servir esta herramienta como elemento aglutinador de protocolos y procedimientos que, debidamente consensuados, sirvieran de referencia para los profesionales de urología en particular y para los profesionales de enfermería en general.

Dentro de la página, encontraréis un enlace con el Webmaster, de forma que podréis hacerle llegar todas aquellas opiniones y aportaciones que creáis oportunas.

Ya sabéis, vuestro sitio desde ahora se llama [www.enfuro.com](http://www.enfuro.com) y el correo de la **AEEU**: [enfuro@terra.es](mailto:enfuro@terra.es)



ASCENSIÓN CRESPO GARCÍA

Vocal de la Junta Directiva para asuntos con Europa y miembro nato de la Junta Directiva Europea

## Crónica del Congreso de Birmingham 2002

Del 23 al 26 de febrero de 2002 tuvo lugar el tercer encuentro europeo de Enfermería en Birmingham, Reino Unido.

Como miembro delegado de nuestra junta directiva y miembro directivo de la EAUN (European Association Urological Nurses) estuve presente en el evento.

No deja de sorprenderme, una vez más, el interés y participación que este evento suscita año tras año entre los profesionales europeos que trabajan en la misma especialidad que nosotros. La inscripción a esta edición en tierras inglesas con el recelo primitivo tras los atentados del 11-S fue similar a la del año pasado en Ginebra, más de ciento diez.

La asistencia diaria a las ponencias y comunicaciones se centró sobre unas noventa a cien personas, con una participación activa en preguntas y coloquios que alargaban cada sesión, haciendo debates interesantes, limitados desgraciadamente por el idioma.

Asistí no sólo como miembro directivo sino también como moderadora de una sesión vespertina sobre Robótica, Neuromodulación y nuevos avances tecnológicos en Urología, así como comunicante a la sesión de comunicaciones libres con un trabajo titulado: «Incontinencia urinaria: un problema a tratar desde Atención Primaria».

La incontinencia urinaria fue el tema estrella de este año, ya que hubo una amplia revisión y actualización de este problema urológico bajo todos sus aspectos, pero sobre todo en su tratamiento desde el punto de vista de reeducación del suelo pélvico y otras actuaciones no quirúrgicas como son los conos vaginales, electroestimulación, «Sans» una terapia de estimulación vesical con aplicación de electrodos al tobillo..., pero lo importante fue la insistencia en crear servicios integrados multidisciplinarios que abarquen todas las facetas de la incontinencia, empezando por una prevención eficaz a la comunidad sana.

El inglés sigue siendo una asignatura pendiente para los países latinos, ya que una vez más, nuestra representación fue escasísima: ni italianos, ni portugueses, ni griegos hicieron acto de presencia (a pesar de informar a sus respectivas asociaciones).

Pero España contó este año con la participación de tres compañeras nuestras, M<sup>a</sup> Amparo Andrés, Virginia M<sup>a</sup>



Representación española en el III encuentro europeo de Enfermería en Birmingham.

Barrio y M<sup>a</sup> de la O Juanes, enfermeras de la Fundación de Alcorcón, Madrid, que presentaron una comunicación sobre su trabajo en quirófano.

Mi enhorabuena a las tres que por su trabajo permitieron que la enfermería urológica española estuviese representada por partida doble y su simpatía dejó presente nuestro temperamento abierto y cordial en un país donde no dejó de llover en los tres días que duró el encuentro.

El reto nos llega ahora con la realización del cuarto encuentro europeo, que tendrá lugar del 12 al 15 de marzo de 2003 en Madrid.

Próximamente, en el mes de abril tendré una reunión con la junta directiva de la EAUN, en Gante, para iniciar los preliminares del programa a confeccionar. Coincide el congreso de la EAU con la celebración del congreso urológico pediátrico, que se verá reflejado en nuestro programa con la participación de la Asociación de Enfermería en Urología pediátrica de Londres.

En este encuentro, la Asociación Española en Enfermería Urológica estará implicada como miembro colaborador en la organización; es por ello que personalmente, como miembro de nuestra asociación y miembro organizador de la EAUN, os invito a todos y especialmente a aquellos que tengan un mínimo de nivel en inglés a poneros en contacto conmigo si os interesa participar en esta gran aventura europea, donde el nivel profesional de nuestro país tiene mucho que decir. Gracias. ▼



Los libros recomendados del trimestre

*Diagnósticos de Enfermería*

**Carlson J. H.**

Edit. Pirámide

*La Comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*

**Peitchinis J. A.**

Ed. Alhambra

*Planes de cuidados estandarizados en Atención Primaria*

**Contreras E. y cols.**

Distrito Sanitario Costa del Sol.

Málaga

*Las organizaciones que aprenden*

**Mayo A., Lank E.**

Gestión 2000

*¿Quién se ha llevado mi queso?*

*Cómo adaptarnos a un mundo en constante cambio*

**Spencer Johnson**

Ed. Urano

*Diagnósticos enfermeros:*

*Definiciones y clasificación*

**North American Nursing Diagnosis Association. NANDA**

Edición 2001-2002. Ed. Harcourt

@ Base de datos de Enfermería española:

[www.doc6/index/consulta.htm](http://www.doc6/index/consulta.htm)

@ Revista Index de Enfermería:

[index@posta.unizar.es](mailto:index@posta.unizar.es)

@ Revista Rol:

[www.readysoft.es/rol](http://www.readysoft.es/rol)

@ Revista Metas:

[www.metas.org](http://www.metas.org)

@ Portal de Enfermería:

[www.enfermeria21.com](http://www.enfermeria21.com)

@ Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería:

[www.leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html](http://www.leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html)

Para mayor información puedes ponerte en contacto con **Luis Aparcero**, vocal para asuntos de formación, **955 015 850** (Sevilla)

M.<sup>a</sup> ASUNCIÓN GARRIDO MORA

Miembro del Consejo Asesor de la revista ENFURO

## Insistiendo en el tema de las publicaciones



El Consejo Asesor de la revista ENFURO, reunido en Valencia, decidió que los artículos presentados para su publicación posterior que no reúnan los requisitos de formato según las normas de Vancouver, serán corregidos y devueltos a sus autores para dar su conformidad. Más adelante sólo se publicarán aquellos que cumplan las normativas.

Como hemos visto en el último Congreso en Valencia, Enfermería ha dejado de ser arte para convertirse en ciencia. Así pues, y aprovechando la nueva

andadura de nuestra revista,

ENFURO, sería una buena idea empezar a exi-

girmos más de nosotros mismos.

Ya se publicó en el nº 78 de la revista un artículo, por cierto muy acertado, en el que se indicaban los pasos a seguir para poder publicar en una revista científica. Por otra parte, en cada número de la revista aparece un resumen de las normas internacionales de Vancouver para las publicaciones científicas. Si queremos que nuestra revista sea rigurosa, los artículos publicados también han de serlo.

Destacamos la importancia del Resumen y de las Palabras Clave, ya que las nuevas tecnologías nos permiten entrar en bases de datos científicas, donde la búsqueda de información se produce mediante ellas.

Esperamos que enviéis gran cantidad de artículos ya que la revista es nuestro punto de encuentro y todos podemos beneficiarnos de la experiencia de los demás. Así pues, os invitamos a formar parte de esta gran familia. Vuestras aportaciones harán que la enfermería urológica ocupe un importante papel en la sociedad científica, el papel que se merece. ▼

### NUEVO DOMICILIO Y TELÉFONO DE LA ASOCIACIÓN

Francisco Silvela, 54 duplicado 2º A

Teléfono y Fax: 91 356 27 95

28028 Madrid

JAIME MARTÍN MORENO, MIGUEL A. CARABALLO NÚÑEZ, SARA ESQUINAS TORRES, GEMA MAESTUD MARTÍN, ANA GUIJARRO GÓMEZ  
DUE Fundación Hospital Alcorcón

# Plan de cuidados estandarizado: Cistectomía radical tipo Bricker

Las exigencias crecientes de lograr mayores criterios de calidad con el menor gasto posible (eficiencia) en la aplicación de cuidados han generado una nueva cultura de gestión frente a la tradicional de administración. Todo ello ha llevado a la enfermería a clasificar sus intervenciones cuidadoras e identificar su coste y nivel de calidad consiguiendo definir nuestra razón de ser.

La finalidad de la unidad de hospitalización es la de prestar unos cuidados enfermeros para satisfacer las necesidades básicas que el cliente demanda en un determinado momento. Por lo que se trata de constituir una base de trabajo donde se incluyan todas las actividades derivadas de los problemas de salud reales y /o potenciales de estos clientes. Éstas formarán parte de la actividad asistencial diaria de una manera planificada.

En nuestra unidad de cirugía ingresan un porcentaje considerable de pacientes diagnosticados de cáncer de vejiga que son intervenidos de cistectomía radical con derivación urinaria. Es por ello, y por las características comunes que presentan, por lo que los hemos elegido para la realización del plan de cuidados estándar.

## OBJETIVOS

### • Generales

Aplicación del proceso de atención de Enfermería de forma sistemática a todos los pacientes con derivación urinaria tipo Bricker.

### • Específicos

- Proporcionar cuidados integrales de calidad.
- Dar una continuidad en los cuidados entre los distintos niveles de atención sanitaria.
- Obtener un registro específico de las actividades de enfermería.
- Evaluar la calidad de los cuidados de enfermería.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestra unidad de hospitalización consta de 30 camas. Para la aplicación del plan estándar utilizamos un soporte específico para enfermería, que sigue el modelo de Virginia Henderson basado en la valoración de las 14 necesidades básicas y sus correspondientes actividades a realizar. Para la creación del plan hemos utilizado la taxonomía NANDA.

Hemos utilizado una muestra de 11 pacientes varones que han sido intervenidos en nuestra unidad.

Sacamos las siguientes conclusiones:

- Ingreso programado 48-72 horas antes de la cirugía, con motivo de realizar la preparación del paciente para la intervención.
- En el postoperatorio inmediato, el paciente ha permanecido en reanimación / cuidados críticos 24 horas.
- Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre los 55 y 75 años.
- La media de estancia resulta ser de 15 días.
- Tras la cirugía, el 100% los pacientes portaban:
  - Drenaje/s Jackson-Pratt.
  - Dos catéteres ureterales.
  - Catéter epidural, para un mejor control de dolor.
  - Vía venosa central.
  - Sonda nasogástrica conectada a bolsa.

Hemos obtenido un plan de cuidados estándar que contiene:

- 10 diagnósticos de enfermería, de los cuales 5 son problemas reales y 5 problemas potenciales de salud con 11 factores de relación. Con ello se han marcado 18 objetivos a cumplir durante la estancia en nuestro centro, y 50 actividades de enfermería a realizar para lograr los objetivos marcados.

El plan de cuidados lleva implícito un informe de alta de enfermería donde quedan reflejados todos los objetivos, conseguidos o no, planteados en el plan. Así mismo se registran las recomendaciones necesarias que debe seguir el cliente; todo ello encaminado a una continuidad de los cuidados entre los distintos equipos de salud.

Pasamos a continuación a exponer dicho plan de cuidados:

**1.º problema:** Riesgo de limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con la cirugía.

*Objetivos:*

- Mantendrá la vía aérea permeable durante su ingreso.
- Mantendrá un aporte de líquidos mayor de 2 litros / día.

*Actividades:*

- Dar incentivador respiratorio y enseñar su uso al ingreso.
- Enseñar a realizar toses eficaces y a inmovilizar la incisión al toser.
- Vigilar aspecto y acúmulo de las secreciones.
- Hidratación I.V., y posteriormente oral (cuando proceda), asegurando aporte mayor de 2 litros / día.
- Colocar al paciente semisentado.

**2.º problema:** Riesgo de estreñimiento relacionado con disminución de la actividad y peristaltismo.

*Objetivos:*

- No estará más de 72 horas sin defecar una vez reiniciado el tránsito intestinal.
- Comenzará programa de deambulación progresiva a las 24 horas del postoperatorio.

*Actividades:*

- Levantar al sillón mañana y tarde (2 horas respectivamente), a las 24 horas postcirugía.
- Estimular deambulación progresivamente.
- Suministrar dieta rica en fibra (cuando proceda).
- Registro del número y aspecto de las deposiciones, así como su ausencia.

**3.º problema:** Riesgo de retención urinaria relacionado con los catéteres ureterales y urostomía.

*Objetivo:*

- Mantendrá catéteres ureterales y urostomía permeables.

*Actividades:*

- Medir diuresis cada 2 horas en las primeras 48 horas.
- Medir diuresis por turno registrando cantidad y aspecto de la orina.
- Valorar por turno la permeabilidad de ambos catéteres ureterales.
- Valorar aspecto y estado del estoma.

**4.º problema:** Afectación de la integridad de la piel relacionado con la cirugía.

*Objetivos:*

- La herida y la piel periestomal estarán limpia, seca y protegida.
- El paciente y familia enumerarán los cuidados de la piel al alta.

*Actividades:*

- Valorar estado de la herida por turno.
- Mantener drenajes permeables y correctamente fijados, protegiendo la zona peridrenaje.
- Observar características del drenado y posibles fugas, por turno.
- Vigilar aspecto y estado del estoma.
- Limpieza diaria del estoma realizando cambio de bolsa.
- Vigilar posibles fugas de orina y piel periestomal por turno.
- Instruir paciente y familia en los cuidados de herida y estoma, así como a reconocer la aparición de cualquier anomalía.

**5.º problema:** Dolor relacionado con la cirugía.

*Objetivo:*

- Expresará alivio del dolor.

*Actividades:*

- Valorar presencia y características del dolor por turno.
- Proporcionar medidas de comodidad/confort por turno.
- Valorar necesidad y /o eficacia de los analgésicos.
- Adoptar posturas antiálgicas.

**6.º problema:** Riesgo de infección relacionado con herida quirúrgica y procedimientos invasivos.

*Objetivo:*

- No presentará signos y síntomas de infección.

*Actividades:*

- Valorar signos y síntomas de infección de la herida por turno.
- Cura de herida cada 24 horas.
- Mantener apósitos secos y limpios.
- Curas de vías y catéteres según protocolo del centro.
- Vigilar signos y síntomas de flebitis.
- Toma de constantes vitales.
- Valorar signos de infección urinaria.

**7.º problema:** Riesgo de alteración del patrón del sueño relacionado con dolor y / o estímulos ambientales, estrés.

*Objetivos:*

- Se mantendrá despierto durante el día.
- Identificará los factores que interfieren en el descanso nocturno.
- Expresará sus temores.

*Actividades:*

- Disminuir la luz y el volumen del timbre durante la noche.
- Agrupar las actividades espaciándolas en la noche.
- Proporcionar algún inductor del sueño (leche caliente, tila...).
- Mantener al paciente despierto durante el día.
- Preguntar al paciente por factores que alteren el sueño.
- Registrar descanso nocturno.
- Disminuir el estrés dando confianza y protección.

**8.º problema:** Trastorno de la imagen corporal relacionado con ostomía y cambio en el funcionamiento corporal.

*Objetivo:*

- Expresará sentimientos acerca de su nueva imagen.

*Actividades:*

- Explicar al paciente, en el preoperatorio, cómo será su imagen tras la cirugía.
- Preguntar y escuchar al paciente sobre sus sentimientos, ofreciendo disponibilidad.
- Preguntar y responder al paciente sobre sus dudas.
- Instruir al paciente sobre el vestido y la dieta.

**9.º problema:** Déficit de conocimientos relacionado con falta de información.



**Objetivos:**

- Expresará estar motivado en su autocuidado al alta.
- Demostrará habilidades en el cuidado y manejo de la urostomía.
- El paciente y familia expresarán sus dudas.

**Actividades:**

- Informar al paciente y familia sobre cuidados (herida, estoma, cambio de bolsa...).
- El paciente y familia comenzarán a realizar los cuidados del estoma y cambios de bolsa a partir del cuarto día.
- Enseñar y proporcionar los distintos sistemas colectores de que disponemos en la unidad.

**10.º problema:** Déficit de autocuidado: alimentación, higiene, vestido y arreglo, y uso del WC relacionado con dolor y limitación de la movilidad.

**Objetivos:**

- Colaborará en su autocuidado dentro de sus posibilidades.
- Presentará un aspecto aseado durante su hospitalización.

**Actividades:**

- Valorar diariamente la capacidad de autocuidado del paciente.
- Implicar al paciente y familia en las actividades de su autocuidado.
- Proporcionar material para que realice por sí solo aquellas actividades para las que esté capacitado, y ayudarle en aquellas otras que presenten dificultad.

**COMPLICACIONES****1. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA****SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Dolor.
- Edema.
- Enrojecimiento.
- Calor.
- Signo de Homan (+).

**ACTIVIDADES**

- Vigilar signos y síntomas de T.V.P.
- Realizar actividades preventivas:
  - Movilización temprana.
  - Vendaje compresivo a los pacientes de riesgo.
  - Enseñar al paciente ejercicios de piernas.
- Ante signos y síntomas de alarma avisar al médico.

**2. HEMORRAGIA****SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Sangrado externo.
- Palidez de piel y mucosas.
- Hipotensión arterial.

- Taquicardia.
- Sudoración.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Agitación.
- Disnea.
- Presencia de hematomas.
- Oliguria.

**ACTIVIDADES**

- Vigilar signos y síntomas.
- Registro de constantes (TA, FC, FR) por turno.
- Medir diuresis por turno.
- Avisar al médico.

**3. DEHISCENCIA DE HERIDA****SIGNOS Y SÍNTOMAS**

- Separación de bordes.
- Enrojecimiento.
- Aumento de temperatura local.
- Drenado serohemático abundante, en una herida que no drenaba previamente.

**ACTIVIDADES**

- Vigilar signos y síntomas.
- Actividades de prevención:
  - Apósito compresivo.
  - Registro de temperatura por turno.
  - Valorar cicatrización.
  - Recomendar reposo.
  - Minimizar esfuerzos.
  - Avisar al médico.

**CONCLUSIONES**

Podemos afirmar que la aplicación del plan de cuidados estándar es una herramienta eficiente para conseguir una metodología de cuidados sistemático. Su uso habitual en nuestro trabajo nos ayudará a identificar una amplia variedad de problemas, permitiéndonos definir las acciones adecuadas para tratar dichos problemas de salud. Además constituyen un excelente método de medición de la calidad así como nos permite mejorar el producto enfermero que ofertamos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Henderson V.: «Principios básicos de cuidados de enfermería». Ed. Ginebra: CIE. 1971.
- Carpenito L.J.: «Manual de diagnósticos de enfermería». 5ª Edición. Ed. Mcgraw-Hill-Interamericana, 1996.
- Coloplast productos médicos: «Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados». Ed. Draft, promoción de mercados, 1997.
- Coloplast productos médicos: «Derivaciones urinarias. Cuidados de enfermería». Editores Medicos S.A., 1994.
- Enciclopedia enfermería: «Enfermería médico-quirúrgica». Tomo II- 3ª edición. Ed. Mcgraw-Hill-Interamericana, 2000.

D<sup>a</sup> LORETO MACIA SOLER  
Directora de la EUE de la Universidad de Alicante

# Especialidades de enfermería. Una visión de futuro

Resumen de la Ponencia. XXIII Congreso Nacional de Enfermería Urológica. Valencia. Noviembre 2001

La formación de los profesionales de enfermería desde el punto de vista de un completo desarrollo profesional tiene tres vertientes:

1. La formación continuada.
2. El desarrollo de las especialidades.
3. La obtención de la licenciatura y el doctorado con carácter oficial.

En primer lugar, la formación continuada se entiende como «cualquier acción formativa encaminada a mejorar las prestaciones que cada profesional precisa en su puesto de trabajo». Debe correr a cargo de la empresa donde los resultados de un personal mejor formado revierten directamente sobre los clientes de la misma, pacientes, estudiantes, etc. Se realizará durante la jornada laboral y a la vez será un instrumento de motivación para los profesionales que, al poder evaluar los resultados de dicha formación a corto plazo, percibirán el valor de la misma.

Las acciones formativas abarcan desde la sesión de trabajo para discusión de casos hasta los cursos de reciclaje o perfeccionamiento de una técnica de nueva implantación. No es igual en cada unidad de enfermería, sino que al ajustarse al tipo de clientes a quien va dirigida, varía no solo por comunidades autónomas sino por centros de trabajo e incluso por unidades de enfermería.

En cuanto a las especialidades, comenzaré por hablar de ellas definiendo lo que se considera enfermero especialista desde el Consejo Internacional de Enfermeras: «El enfermero especialista es un enfermero que posee cualificaciones complementarias a las de un enfermero responsable de cuidados generales con arreglo a la Directiva 77/452/CEE y está habilitado para ejercer como especialista que posee los conocimientos avanzados en un ámbito determinado de los cuidados de enfermería».

La regulación de las especialidades de enfermería nos remonta a 1987, donde en el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio recoge aspectos a tener en cuenta en la historia de las especialidades:

1. Desde 1957 hasta 1977 las especialidades de la antigua titulación de ATS.
  - a) Matronas.
  - b) Fisioterapia (Convertida en E. Universitaria en 1980.
  - c) Radiología y Electrología.
  - d) Podología.

**LAS ACCIONES  
FORMATIVAS ABARCAN  
DESDE LA SESIÓN DE  
TRABAJO PARA  
DISCUSIÓN DE CASOS  
HASTA LOS CURSOS DE  
RECICLAJE O  
PERFECCIONAMIENTO DE  
UNA TÉCNICA DE NUEVA  
IMPLANTACIÓN. NO ES  
IGUAL EN CADA UNIDAD  
DE ENFERMERÍA, SINO  
QUE AL AJUSTARSE AL  
TIPO DE CLIENTES A  
QUIEN VA DIRIGIDA,  
VARÍA NO SOLO POR  
COMUNIDADES  
AUTÓNOMAS SINO POR  
CENTROS DE TRABAJO E  
INCLUSO POR UNIDADES  
DE ENFERMERÍA**

- e) Pediatría y puericultura.
- f) Neurología.
- g) Psiquiatría.
- h) Análisis clínicos.
- i) Urología y nefrología.

2. Después de integrarse los estudios de ATS en las Escuelas Universitarias de Enfermería, dando paso a la nueva titulación de Diplomado en Enfermería (23 de julio de 1977, se autorizó la Orden 9 de octubre de 1980 a los diplomados en enfermería a cursar las especialidades de los ATS lo que configuró un sistema legalmente atípico.

3. Después del ingreso de España en la CEE y con los cambios del sistema sanitario y después de la experiencia adquirida en estos años, se crea el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería como órgano de consulta y asesoramiento de los Ministerios de Educación y Sanidad en asuntos que permitan a la Administración tomar decisiones con el debido apoyo científico y técnico.

Por último, en virtud de los informes del Consejo de Universidades del Consejo General de Enfermería, de acuerdo con el Consejo de Estado y a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad y Consumo, y previa deliberación del Consejo de Ministros, se publica el real decreto al que aludimos en 3 de julio de 1987, que entre otros apartados dispone crear las siguientes especialidades de enfermería:

1. Enfermería obstétrico-ginecológica (Matronas).
2. Enfermería pediátrica.
3. Enfermería de salud mental.

4. Enfermería de Salud Comunitaria.
5. Enfermería de Cuidados Especiales.
6. Enfermería geriátrica.
7. Gerencia y administración de Enfermería.

Este real decreto, regula la competencia en los cambios de denominación de las especialidades, su impartición en unidades docentes acreditadas siempre entre Educación y Sanidad, los recursos de dichas unidades, la adaptación de especialidades a futuras directivas comunitarias y el desarrollo curricular de las mismas.

Así mismo, en sus disposiciones transitorias se regulan aspectos relacionados con la validación de títulos y la derogación de las anteriores especialidades de ATS antes mencionadas.

Por la parte que nos ocupa, en las disposiciones finales del mencionado real decreto se enuncian las equivalencias de especialidades anteriores con las actuales. Así, en Cuidados especiales se engloban Neurología, Urología y Nefrología, Análisis Clínicos, y Radiología y Electrología.

Desde 1987 hasta la actualidad como es sabido se desarrollan plenamente las especialidades de Enfermería Obstétrico ginecológica y la de Salud Mental, estando trabajando en este momento la de Cuidados Especiales.

En relación con otros países de la Unión Europea y tras consultar una encuesta realizada en 1993 sobre especialización en enfermería, España se sitúa en caso de tener todas las especialidades desarrolladas en una posición común a la mayoría de países, excepto Reino Unido e Irlanda que tienen un mayor número de especializaciones.

¿Por qué si están contempladas y son necesarias las especialidades su implantación es tan lenta? Pienso que la respuesta debe ser la propia idiosincrasia de nuestro sistema sanitario, que es quien realmente debe demandar su necesidad porque es quien debe estar preocupado por proporcionar una atención de calidad a los ciudadanos al margen de dar respuesta a una demanda profesional.

Respecto a la situación actual de las especialidades, la de cuidados especiales está en pleno estudio por el grupo de expertos y el debate se centra fundamentalmente en qué tipo de pacientes incluir teniendo en cuenta siempre poder dar cobertura a todas las necesidades actuales del sistema sanitario.

En cuanto a la licenciatura y doctorado, la intención de desarrollar un proyecto de licenciatura realmente data de 1977, fecha en la que los estudios de enfermería pasan a nivel superior y, por tanto, la formación de enfermeras en España, queda situada en el marco de la Universidad. A partir de este momento, van sucediendo acontecimientos que dejan clara la vocación del colectivo por alcanzar el máximo grado académico de doctor. Los motivos de esta necesidad son claros: ninguna profesión es capaz de con-

**EN CUANTO A LA LICENCIATURA Y DOCTORADO, LA INTENCIÓN DE DESARROLLAR UN PROYECTO DE LICENCIATURA REALMENTE DATA DE 1977, FECHA EN LA QUE LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA PASAN A NIVEL SUPERIOR Y, POR TANTO, LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS EN ESPAÑA, QUEDA SITUADA EN EL MARCO DE LA UNIVERSIDAD. A PARTIR DE ESTE MOMENTO, VAN SUCEDIENDO ACONTECIMIENTOS QUE DEJAN CLARA LA VOCACIÓN DEL COLECTIVO POR ALCANZAR EL MÁXIMO GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR. LOS MOTIVOS DE ESTA NECESIDAD SON CLAROS: NINGUNA PROFESIÓN ES CAPAZ DE CONTROLAR SU PROPIO DESTINO, HASTA QUE NO ALCANZA EL MÁXIMO GRADO ACADÉMICO. LA LICENCIATURA Y EL DOCTORADO EN ENFERMERÍA SON LA REIVINDICACIÓN DEL COLECTIVO ENFERMERO PARA PODER ENSEÑAR LA DISCIPLINA DESDE LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO**

trolar su propio destino, hasta que no alcanza el máximo grado académico. La licenciatura y el doctorado en Enfermería son la reivindicación del colectivo enfermero para poder enseñar la disciplina desde la construcción del conocimiento científico, esto es, incorporando una estructura inductiva desde la evidencia práctica que sea contrastada en el marco teórico por un proceso deductivo, que permita enseñar a aprender enfermería de forma estructurada y no sólo durante el periodo que los alumnos están en aula, sino a lo largo de toda la vida profesional de la enfermera. En cuanto al crecimiento profesional, no olvidemos que los cambios acaecidos en el sistema sanitario en las dos últimas décadas con la incorporación de enfermería a los órganos de gestión de los servicios de salud, así como la orientación de las políticas de salud en el contexto internacional y en el nuestro propio, están demandando una formación superior en enfermería que responda a los nuevos retos sociales en el campo de la salud y los cuidados enfermeros.

En este camino desde 1977, como hechos significativos para lograr el objetivo mencionado, cabe destacar, el documento 83/2000; la iniciativa del Consejo General de Enfermería de 1996; la reunión de directores de departamento de Enfermería en Santiago de Compostela de 1997; la implantación en aula del segundo ciclo, como título propio en la Escuela de la Universidad de Alicante y, por último, el consenso nacional de toda la academia que, a través de la Conferencia Estatal de Directores de Escuela, culmina con el envío de un documento con propuesta de troncalidad al Consejo de Universidades en junio de 1999.

La parte académica de la profesión, desde la promulgación de la Ley de Reforma Universitaria (LRU, 11/83 de 25 de agosto), ve la posibilidad de llegar al doctorado con un desarrollo en de la titu-

lación dos niveles: un primer nivel de diplomatura que diera paso a un segundo nivel de licenciatura permitiendo así poder acceder al nivel universitario superior de doctorado.

La propuesta de troncalidad que actualmente se está trabajando en el Consejo de Universidades, donde ya hay un comité de expertos valorando las posibilidades de la titulación, tiene el siguiente contenido:

- Gestión de los Servicios de salud y Economía de la salud: 9 créditos.
- Cuidados de Enfermería y nuevas demandas de salud: 13,5 créditos.
- Ética en Enfermería: 4,5 créditos.
- Metodología educativa: 6 créditos.
- Métodos de investigación: 12 créditos.
- Historia de la Enfermería: 4,5 créditos
- Psicología aplicada a la salud: 6 créditos.
- Sociedad y salud: 4,5 créditos.
- Teorías y modelos de Enfermería: 12 créditos

La carga total del plan de estudios es de 120 créditos, de los cuales el 60% corresponde a la troncalidad.

Por otra parte el estudio de French et al. (1996), que analizó cualitativamente las similitudes y diferencias entre los currícula de licenciatura en enfermería de varios países de los cinco continentes, nos muestra semejanzas entre ellos. Éstas se centran en:

- El desarrollo de habilidades de pensamiento y análisis crítico, tanto para las destrezas como para el conocimiento.
- La capacitación, educación y entrenamiento que responda a la necesidad de un crecimiento profesional y educativo continuado.
- Una formación en cuanto a conocimientos que sea una síntesis de las ciencias de enfermería, las humanidades, las disciplinas socioculturales, las ciencias físicas y las conductuales.
- Preparar para la asunción de responsabilidades éticas y sociales en el marco de un rol profesional.
- Formación en investigación, variando unos programas en el consumo de la investigación y en el conocimiento del proceso científico y otros en el desarrollo de habilidades de investigación.
- Asegurar el nivel suficiente de competencia en administración, educación, investigación, relaciones interpersonales y contextos comunitarios.

Al analizar el panorama del resto del mundo, nos damos cuenta de que una propuesta de titulación como la que tenemos en España dentro de los títulos propios consensuados de las Universidades es perfectamente viable no sólo en nuestro contexto educativo, sino compatible con el resto de titulaciones de licenciatura de otros países del mundo.

**SI DEFINITIVAMENTE LOGAMOS EL MÁXIMO GRADO ACADÉMICO, EL DESARROLLO DE LAS ESPECIALIDADES PENDIENTES Y UNA FORMACIÓN CONTINUADA DE CALIDAD Y AJUSTADA A NECESIDADES, NUESTRO FUTURO ES PROMETEDOR Y LO ÚNICO QUE NECESITAMOS ES LA UNIÓN DEL COLECTIVO PARA QUE LOS REPRESENTANTES DEL MISMO, COLEGIOS PROFESIONALES, SINDICATOS, SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y UNIVERSIDADES SIENTAN EL APOYO DE AQUELLOS A QUIENES REPRESENTAN Y SU PARTICIPACIÓN EN FOROS DE DEBATE COMO ESTE CONGRESO Y QUE, ENTRE TODOS, DECIDAMOS QUÉ PROFESIÓN QUEREMOS PARA EL FUTURO**

Los objetivos del título pendiente de homologación son:

- Conocer y profundizar en las bases históricas, teóricas y filosóficas de la ciencia enfermera.
- Capacitar a los profesionales de enfermería en la aplicación de los métodos y técnicas necesarios para el ejercicio de la docencia en todos los niveles del ámbito profesional.
- Adquirir los conocimientos necesarios sobre métodos y técnicas de investigación para el desarrollo teórico/práctico de la ciencia de la enfermería
- Capacitar al profesional de enfermería para asumir el liderazgo que le permita gestionar recursos a su alcance y promover el cambio social.

Si además somos conscientes de ser profesión, ya que compartimos un cuerpo de conocimientos propio, un cuerpo de conocimientos que nos hace ser arte y ciencia y que requiere la comprensión y la aplicación de los conocimientos y técnicas específicas de la disciplina.

Pues bien, entendiendo:

- El legítimo derecho al desarrollo y crecimiento profesional, del cual se deriva la necesidad de investigar en el área de conocimiento propia.
- La consecución de una mayor y mejor preparación para el desempeño del trabajo enfermero en las áreas de asistencia, gestión, docencia e investigación.

– La necesidad de un colectivo al que hay que cuidar para que pueda ofertar un nivel excelente de cuidados.

Si definitivamente logamos el máximo grado académico, el desarrollo de las especialidades pendientes y una formación continuada de calidad y ajustada a necesidades, nuestro futuro es prometedor y lo único que necesitamos es la unión del colectivo para que los representantes del mismo, colegios profesionales, sindicatos, sociedades científicas y universidades sientan el apoyo de aquellos a quienes representan y su participación en foros de debate como este Congreso y que, entre todos, decidamos qué profesión queremos para el futuro. ▼

M.<sup>a</sup> PILAR GARCÍA MAYNAR, ROSA LACASA MARZO, DOLORES NAVARRO LEDESMA, M.<sup>a</sup> JOSÉ PEYDRÓ RICO  
Enfermeras Servicio de Urología, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

# Avanzando en nuestro programa de formación sobre y para el paciente con esclerosis múltiple

## RESUMEN

Presentamos a continuación nuestro proyecto de Educación Sanitaria al paciente diagnosticado de Esclerosis Múltiple (E.M.), cuya idea surgió por la baja incidencia de pacientes con E.M. que acuden a nuestras consultas en busca de tratamiento.

Organizamos un proyecto con el que queríamos dar a conocer la E.M., a la vez que formábamos e informábamos a los estudiantes, profesionales y pacientes y familia.

El proyecto tiene una duración mínima de dos años, y las actividades a desarrollar se dividieron en tres bloques:

Primer bloque dirigido a los estudiantes de enfermería, consistente en una encuesta y un curso a realizar en el curso académico 2000/2001.

Segundo bloque dirigido a los profesionales de enfermería, consistente en una jornada a realizar en el curso académico 2000/2001.

Tercer bloque dirigido a los pacientes y familia, a realizar en los cursos académicos 2000/2002.

Los resultados obtenidos en el primer bloque nos demostraron que el conocimiento que se tiene sobre E.M. y sobre incontinencia es muy bajo.

**Palabras clave:** Esclerosis múltiple, incontinencia, andrología, formación, educación sanitaria.

En el congreso anterior, celebrado en Sevilla, presentamos un póster en el que planteábamos un proyecto de educación sanitaria al paciente diagnosticado de Esclerosis Múltiple (E.M.). La idea surgió por la baja incidencia de pacientes con E.M. que acuden a las consultas de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza en busca de tratamiento.

Nos pusimos en contacto con la Asociación de E.M. de Aragón (ADEMA) y organizamos un proyecto con el que queríamos dar a conocer la E.M. tanto a los estudiantes y profesionales de enfermería como a los pacientes y familiares. Con ello conseguiríamos:

- Formar e informar a los estudiantes de la Escuela de Ciencias de la Salud de Zaragoza.
- Informar a los profesionales de la salud del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
- Informar y formar a los pacientes y familia sobre las disfunciones vesicouretrales y sexuales, objetivo que en la actualidad se ha ampliado para así poder detectar y cubrir las necesidades que vayan surgiendo a lo largo de todo el proceso sin limitarnos a las alteraciones urológicas.

La duración mínima del proyecto es de dos años. Se comenzó en octubre del año 2000 con su presentación en el congreso.

Las actividades a desarrollar estaban divididas en tres bloques, cada uno de ellos dirigido a cubrir un objetivo del proyecto

**Primer bloque:** Encaminado a formar e informar a los estudiantes del tercer curso de nuestra Escuela, estableciéndose los siguientes pasos:

- **Primer paso:** Saber los conocimientos que tenían estos estudiantes sobre E.M., incontinencia y andrología, presentándoles en el mes de noviembre del año 2000 una encuesta relacionada con estos procesos.

- **Segundo paso:** Realización en el año 2001 de un curso de 42 horas sobre E.M., incontinencia y andrología cuyo nivel estaría relacionado con los resultados de la encuesta.

- **Tercer paso:** Evaluación.

**Segundo bloque:** Encaminado a informar sobre E.M. a los profesionales de enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet.

**Tercer bloque:** Pensado con el fin de atraer a los pacientes a la consulta de urología y darles a conocer los distintos tratamientos médicos y los cuidados de enfermería relacionados con su incontinencia y disfunción eréctil.

## MATERIAL Y MÉTODO

Siguiendo los pasos establecidos en el citado proyecto, las actividades realizadas a lo largo de este año han sido casi todas relacionadas con el primer bloque, algunas con el tercer bloque y ninguna con el segundo bloque, ya que son las actividades que se van a desarrollar este año:

### Primer bloque

En el mes de noviembre se presentó a los alumnos una encuesta, dada a conocer en el congreso anterior, y cuyo contenido figura como Anexo I.

Ante los resultados obtenidos se diseñó, junto con ADEMA y nuestra Asociación, un curso que se presentó a



la Comisión de Docencia de la Escuela de Ciencias de la Salud de Zaragoza, solicitando la acreditación necesaria, y a la Dirección de la Escuela de Enfermería, para que nos permitiera organizarlo y cederla locales y medios para poder impartirlo.

La solicitud estaba dirigida al director de la Escuela y constaba de una carta de presentación y los siguientes datos del curso:

*Dirigido a:* Estudiantes del tercer curso de enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

*Fechas:* 24-27 de abril del 2001.

*Horario:* 16.00-21.00 horas.

*Organiza:*

- Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet.
- Unidad de Formación Continuada del Hospital Universitario Miguel Servet.

*Objetivo principal:* Dar a conocer la actualidad en incontinencia y andrología.

*Objetivo específico:* Relacionar dichas patologías con una enfermedad concreta, en este caso la esclerosis múltiple.

*Coordinador:* Constaba el nombre del coordinador.

*Profesorado:* Con el nombre de todos los profesores que participaron en el curso.

*Total horas:* 40 h baremables.

- 20 h teóricas presenciales, cuyo programa se adjunta a continuación.
- 20 h prácticas a determinar junto con ADEMA, según el número de inscripciones y los grupos que se pudieran formar.

*Regulado por:*

Asociación Española de Enfermería en Urología.

Asociación Aragonesa de Esclerosis Múltiple.

Fundación Ostomía.

*Lugar:* Escuela de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

*Programa:*

- Aspectos clínicos de la E.M.
- Diagnóstico y tratamiento de la E.M.
- Enfermería y Educación Sanitaria en la E.M.
- Rehabilitación en la E.M.
- Tratamiento fisioterapéutico de la E.M.
- Terapia ocupacional en la E.M.
- Intervención logopédica en la E.M.
- Aspectos clínicos y tratamiento de la disfunción eréctil en la E.M.
- Aspectos clínicos y tratamiento de la incontinencia en la E.M.
- Cuidados de enfermería en la incontinencia.
- Repercusión de la E.M. en oftalmología.
- Nutrición y dietética en la E.M.
- Cuidados de la piel.
- Atención psicológica en la E.M.
- El papel de la trabajadora social en la atención de la E.M.

**PODRÍAMOS PENSAR QUE HABLAR DE E.M. ES HACERLO DE UNA GRAN DESCONOCIDA, COMO NOS DEMUESTRAN LOS RESULTADOS (SÓLO 1 ALUMNO CONTESTÓ CORRECTAMENTE LAS 4 PREGUNTAS), PERO NUESTRA SORPRESA FUE OBTENER EL MISMO RESULTADO EN INCONTINENCIA. CON LA ENCUESTA QUERÍAMOS CONOCER A QUÉ NIVEL TENDRÍAMOS QUE ORGANIZAR EL CURSO. SUS RESULTADOS NOS HICIERON PLANTEAR UN CURSO BÁSICO Y COMPLETO, DONDE EL TEMA DE LA E.M. FUERA LA EXCUSA PARA TRATAR LA INCONTINENCIA EN PROFUNDIDAD. POR ESO, AUNQUE EL PROYECTO ERA SOBRE EL PACIENTE CON E.M., EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL CURSO ERA DAR A CONOCER LA ACTUALIDAD EN INCONTINENCIA Y ANDROLOGÍA**

Al finalizar el curso se realizó la evaluación por medio de dos cuestionarios:

- La encuesta anteriormente citada.
- La encuesta del Área de Docencia de nuestro hospital para la evaluación inmediata de los cursos (Anexo II).

### Segundo bloque

Como hemos dicho, es el bloque encaminado a informar sobre E.M. a los profesionales de Enfermería del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Se organizará una jornada cuya duración será de tres horas. Comenzará con una breve introducción sobre la enfermedad impartida por un neurólogo, seguida de una mesa redonda compuesta por un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un logopeda, un dietista y representantes de enfermería, y cuyo objetivo será: Conseguir el Plan de Cuidados de enfermería específico para los enfermos de E.M.

### Tercer bloque

Esta parte del programa va dirigida a los afectados y familiares. Se comenzó el año pasado, participando con ADEMA en las II Jornadas Formativas que organizaron con motivo del Día Internacional de la E.M.

Jornadas que iban dirigidas a profesionales y estudiantes de todas aquellas disciplinas que tienen relación con la E.M., y como parte de este equipo multidisciplinar dimos una charla titulada Enfermería y Educación Sanitaria en la E.M.

Este año se colabora en la traducción de un libro en lengua inglesa sobre nutrición y E.M. que ADEMA considera puede ser un elemento más para mejorar la información y conocimientos de los afectados y su familia.

## RESULTADOS

Los resultados que este año presentamos corresponden al primer bloque.

Del total de los estudiantes de tercer curso de enfermería contestaron 90 alumnos a la encuesta.

La encuesta estaba constituida por 8 preguntas que podríamos agrupar en:

- 4 preguntas referentes a la E.M.  
Contestaron correctamente a 4 de las preguntas: 1 alumno.  
Contestaron correctamente a 3 de las preguntas: 6 alumnos.  
Contestaron correctamente a 2 de las preguntas: 25 alumnos.  
Contestaron correctamente a 1 de las preguntas: 39 alumnos.  
No contestaron a ninguna de las preguntas: 19 alumnos.
- 3 preguntas referentes a incontinencia.  
Contestaron correctamente a 3 de las preguntas: 1 alumno.  
Contestaron correctamente a 2 de las preguntas: 21 alumnos.  
Contestaron correctamente a 1 de las preguntas: 49 alumnos.  
No contestaron a ninguna de las preguntas: 19 alumnos.
- 1 pregunta que englobaba E.M., incontinencia y andrología.  
Contestada correctamente por: 11 alumnos.

Al curso se inscribieron 13 alumnos, realizándolo 12. De éstos, fueron 8 los que contestaron a los dos cuestionarios.

Los resultados de la evaluación del curso, obtenidos a través del cuestionario de docencia, fueron en general satisfactorios. Como observaciones más importantes se pueden destacar:

- Reducir el tiempo de exposición de algún tema.
- Repartir las horas en más días.
- Evitar las fechas que coincidan con exámenes.

En octubre del año 2002 se presentarán:

- Evaluación de la Jornada dirigida al personal de enfermería.
- Evaluación del programa de actividades realizadas conjuntamente con ADEMA.
- Trípticos informativos dirigidos a los afectados y familia.

## DISCUSIÓN

Aunque no podemos presentar las conclusiones definitivas de este proyecto queremos creer que su realización está teniendo justificación.

Podríamos pensar que hablar de E.M. es hacerlo de una

## LA COLABORACIÓN CON ADEMA SE HA TRADUCIDO EN UN LIGERO AUMENTO DE AFECTADOS DE E.M. EN NUESTRAS CONSULTAS Y EN QUE LA PROPIA ASOCIACIÓN NOS TENGA COMO CENTRO DE REFERENCIA PARA ORIENTACIÓN SOBRE LOS DISTINTOS TEMAS QUE VAN SURGIENDO

gran desconocida, como nos demuestran los resultados (sólo 1 alumno contestó correctamente las 4 preguntas), pero nuestra sorpresa fue obtener el mismo resultado en incontinencia.

Con la encuesta queríamos conocer a qué nivel tendríamos que organizar el curso. Sus resultados nos hicieron planear un curso básico y completo, donde el tema de la E.M. fuera la excusa para tratar la incontinencia en profundidad. Por eso, aunque el proyecto era sobre el paciente con E.M., el objetivo principal del curso era dar a conocer la actualidad en incontinencia y andrología.

Involucramos a nuestra Asociación en el asesoramiento del curso. La experiencia ha demostrado ser tan positiva que aconsejamos a su Junta Directiva siga promocionando su colaboración en este tipo de cursos. Pensamos que un curso exclusivamente sobre incontinencia puede interesar a los miembros de la Asociación y a los compañeros de las distintas Áreas de Urología, pero tratar la incontinencia conjuntamente con aquellas patologías que la presentan amplía el abanico de profesionales a los que les puede interesar el tema.

A pesar de que la organización del curso fue ardua e incluso agotadora y no pudiendo presentar resultados concretos, por la gran diferencia en el número de encuestas contestadas antes y después del curso, la impresión subjetiva del alumnado fue tan favorable que ha impulsado a la Escuela de Ciencias de

la Salud de Zaragoza a dar una continuidad a dicho curso. De hecho, el próximo se está preparando para el mes de noviembre o diciembre de este año.

Observamos que la escasa asistencia al curso fue debida a las fechas, coincidentes con los exámenes, y a no comunicar a los alumnos, hasta haber comenzado el curso, que tenía 3 créditos de libre elección. Para el próximo curso estamos intentando conseguir 4 créditos, con lo que esperamos, junto con el boca a boca común entre el alumnado, que la inscripción será mayor.

La colaboración con ADEMA se ha traducido en un ligero aumento de afectados de E.M. en nuestras consultas y en que la propia Asociación nos tenga como centro de referencia para orientación sobre los distintos temas que van surgiendo.

Por lo general la evaluación del trabajo realizado es buena, los alumnos han respondido, los afectados se están informando de que algunos de sus problemas tienen solución. Esperamos que el resultado de este año sea tan bueno o mejor que el anterior para poder finalizar el proyecto con la convicción de que la formación, a corto o largo plazo, siempre merece la pena. ▼

## ANEXO I

**Señale la respuesta que le parezca más adecuada. La Esclerosis Múltiple es:**

- Una enfermedad degenerativa e irreversible que provoca inevitablemente una minusvalía muy grave.
- Una enfermedad degenerativa e irreversible que en un 10-20% tiene un curso benigno.
- Una enfermedad degenerativa e irreversible que provoca la muerte en pocos años desde el diagnóstico.
- Una enfermedad degenerativa e irreversible que puede ser solucionada aceptablemente con una intervención quirúrgica si se diagnostica a tiempo.
- Una enfermedad degenerativa pero reversible con el tratamiento médico y rehabilitador.

**Señale la respuesta que le parezca más adecuada. La rehabilitación puede:**

- Evitar el progreso de la enfermedad.
- Disminuir la cantidad de brotes.
- Mejorar el estado físico de los pacientes.
- Todas las anteriores son ciertas.
- Ninguna de las anteriores es cierta.

**Señale la respuesta que le parezca más adecuada. Causas más frecuentes de incontinencia urinaria en ancianos:**

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria por rebosamiento.
- Incontinencia urinaria post cirugía.
- Todas las anteriores son ciertas.

**La evolución de la Esclerosis Múltiple es:**

- Periodos de afectación transitoria que pueden dejar secuelas y que se llaman brotes, seguidos de periodos de inactividad de la enfermedad.
- Sigue un curso progresivo, más o menos lento o rápido según el enfermo.

- Empleza con brotes y luego se hace progresiva.
- Todas las respuestas son correctas.
- Ninguna de las anteriores es cierta.

**Señale la respuesta que le parezca adecuada. En la incontinencia urinaria de esfuerzo, el tratamiento de primera elección es:**

- Rehabilitación de suelo pélvico.
- Cirugía laparoscópica.
- Tratamiento farmacológico.
- Cirugía abierta.
- Todas las anteriores son ciertas.

**Señale cuáles de estos déficit son menos frecuentes en la Esclerosis Múltiple:**

- Alteraciones urinarias y sexuales.
- Temblores intencionales e inestabilidad al caminar.
- Falta de fuerza y pérdida sensitiva en las extremidades.
- Alteraciones visuales y deterioro cognitivo.
- Ataques convulsivos y síntomas psiquiátricos graves.

**¿Cuál de estos tratamientos le parece que se utiliza en la Esclerosis Múltiple?:**

- Tratamientos inmunológicos con interferones.
- Antiespásticos y relajantes musculares.
- Anticolinérgicos para evitar la micción imperiosa.
- Viagra para la impotencia masculina.
- Todas las anteriores son correctas.

**¿Cuál de los siguientes grupos de fármacos ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo o estrés?:**

- Antiinflamatorios.
- Antibloqueantes.
- Anticolinérgicos.
- Antihistaminicos.
- Ninguna de las anteriores es cierta.

## ANEXO II

### ENCUESTA DOCENCIA

CURSO .....  
 CONOCES A ALGÚN AFECTADO DE E.M. ....  
 EDAD.....

#### 1. ORGANIZACIÓN

MALA                       ADECUADA                       BUENA                       MUY BUENA

#### 2. CAPACIDAD, ACTITUD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PROFESORES

MALA                       ADECUADA                       BUENA                       MUY BUENA

#### 3. CONTENIDO DE LAS MATERIAS

MALA                       ADECUADA                       BUENA                       MUY BUENA

#### 4. CALIDAD Y ADECUACIÓN DEL MATERIAL DIDÁCTICO

MALA                       ADECUADA                       BUENA                       MUY BUENA

#### 5. UTILIDAD PRÁCTICA PARA UN FUTURO TRABAJO

MALA                       ADECUADA                       BUENA                       MUY BUENA

#### 6. OBSERVACIONES

.....  
 .....  
 .....

Gracias por su colaboración

**PUBLICIDAD**

JOSÉ MANUEL REMÍREZ SUBERBIOLA

Supervisor Enfermería

ENRIQUE PEREDA ARREGUI, HERMINIA DELGADO AGUILAR, ENRIQUE BLAYA LÓPEZ

Enfermeros. Hospital «12 de Octubre»

# Mapas de cuidados, procedimientos de enfermería

Los «Mapas de Cuidados» son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y un curso clínico predecible con una atención coordinada.

Ensamblan las dimensiones de la calidad asistencial, tanto los aspectos más estimados o implicados por los profesionales sanitarios (calidad científico-técnica y coordinación entre profesionales sanitarios) como los de los enfermos (información, participación y ajuste de las expectativas) y los aspectos de eficiencia y gestión de costes.

Se comenzaron a implantar a mediados de 1980 por Zander en el England Medical Center de Boston, anteriormente se habían aplicado en la industria. Hoy existen en funcionamiento más de 1500 vías establecidas, especialmente en los países anglosajones.

Existe variabilidad en la práctica asistencial. Los mapas de cuidados o vías clínicas representan una posible solución para este tipo de variabilidad, definiendo la secuencia y responsabilidad óptima de las actividades de enfermería y otros profesionales, para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.

Son una herramienta de coordinación, pues detallan las actividades del día a día en la atención del enfermo con diagnóstico específico, consiguiendo así la optimización de la secuencia de actos enfermeros, sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones clave del proceso por falta de información.

## OBJETIVOS

- Evaluar la satisfacción de las expectativas en la atención del enfermo.
- Analizar la resolución de los sucesos y variaciones, que son criterios en la duración apropiada de la estancia del enfermo.
- Valorar la mejora continua de la calidad y del coste-efectividad de la atención del enfermo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo con:

1. La vía clínica para prostatectomía radical del Servicio de Urología del Hospital 12 de Octubre implantada en enero de 2001.

La forma de presentación de nuestra vía clí-

nica es la de una matriz temporal, con divisiones por días, e incluso horas, donde se enumeran todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas. La información se ordena en categorías que ocupan las cabeceras de las filas de la matriz (consultas, exámenes, tratamientos, cuidados, alimentación, medicación, información, actividad física y criterios de alta), mientras que el tiempo y lugar de atención se representan en las columnas.

Los documentos que conlleva son la matriz temporal, las hojas de información al paciente y/o familia, la encuesta de satisfacción del enfermo y/o familia, hoja de variaciones-comorbilidad, recomendaciones de enfermería al alta, manejo del paciente quirúrgico urológico-diabético y protocolo de profilaxis antimicrobiana.

2. Diagnósticos de enfermería según la NANDA.

3. Hoja de actuación de 46 pacientes comprendidos en un rango de edad 54-65 años, durante el primer semestre del año 2001.

## RESULTADOS

### LOS «MAPAS DE CUIDADOS» SON PLANES ASISTENCIALES QUE SE APLICAN A ENFERMOS CON UNA DETERMINADA PATOLOGÍA Y UN CURSO CLÍNICO PREDECIBLE CON UNA ATENCIÓN COORDINADA

- Satisfacción de las expectativas en la atención del enfermo.
- a) La cumplimentación del ítem firmas se llevó a cabo en 13 de los 46 casos (28,26%), en el resto, 33, (71,74%) no se realizó correctamente, referido a los días de estancia. Este dato no supone variabilidad.
- b) Toma de constantes al ingreso, se efectuó correctamente en 31 de los 46 casos (67,39%), en los restantes 15 (32,61%) no hay constancia. No suponiendo variabilidad.
- c) Control de aportes y pérdidas (balance) se cumplimentó en el 100% de los casos. Puede influir en la variabilidad.
- d) En 32 de los 46 casos (69,56%) el ítem de preparación quirúrgica se hizo correctamente. No así en 14 (30,44%). Influye en la variabilidad.
- e) En 36 de los 46 casos (78,26%) figura cumplimentado el ítem de extracción de sangre, en 10 no (21,74%). Influye en la variabilidad.
- f) En 28 de los 46 casos (60,86%) el ítem de administración de la medicación prescrita se cumplimentó, no así en 18 casos (39,14%).



ÍTEM	CASOS	% CUMPLIMENTADOS	CASOS NO CUMPLIMENTADOS	%
Firmas	13	28,26	33	71,74
Constantes	31	67,39	15	32,61
Balance hídrico	46	100	0	0
Preparación quirúrgica	32	69,56	14	30,44
Extracción de sangre	36	78,26	10	21,74
Administración de medicación	28	60,86	18	39,14

Respecto al análisis de los sucesos y variaciones, criterios en la duración apropiada de la estancia del enfermo:

### Sucesos

1. En 6 casos en los que se prolongó la estancia a el suceso estuvo relacionado con la alteración de la perfusión tisular. Incluso un caso salió del mapa de cuidados.

2. Como diagnósticos de enfermería según la NANDA de los sucesos más prevalentes, aunque no siempre criterios en la duración apropiada de la estancia:

- Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la herida quirúrgica, punción.
- Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con la infección.
- Déficit del volumen de líquidos relacionados con fallo de los mecanismos reguladores.

3. De menor incidencia constatamos los siguientes diagnósticos:

- Estreñimiento relacionado con la disminución del nivel de actividad, régimen alimenticio, preparación quirúrgica y anestesia.
- Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor.
- Alteración del patrón del sueño relacionado con dolor, alteraciones sensoriales externos e internos.
- Disfunción sexual relacionada con alteración de la función corporal.

### Variaciones

CAUSA	NÚMERO	PORCENTAJE
Enfermo	5	10,86
Institución	1	2,17
Suceso impredecible	2	4,34
Personal clínico	1	2,17

La mayor parte de ellas ocurrieron en el tercer día de la vía.

## AL IDENTIFICAR LA PARTICIPACIÓN DE CADA PROFESIONAL EN LA ATENCIÓN DEL ENFERMO, SE EVITAN ROCES EN RESPONSABILIDADES MAL DEFINIDAS Y SE MEJORA EL AMBIENTE LABORAL

De los 6 ítems analizados hemos podido constatar que el porcentaje de NO cumplimentación ha sido muy alto (71,74%-0%).

No obstante y a pesar de los resultados referidos a su cumplimentación, la puesta en marcha de los «mapas de cuidados» son altamente positivos (coste-efectividad), ya que el índice de estancia media ha disminuido de manera considerable, pasando de ser aproximadamente de 20 días a 7, excepto en 6 casos.

Debemos tomar los resultados con las limitaciones propias del escaso tamaño de la muestra y el limitado tiempo desde su implantación.

### CONCLUSIONES

Al identificar la participación de cada profesional en la atención del enfermo, se evitan roces en responsabilidades mal definidas y se mejora el ambiente laboral.

Permite la programación cuidadosa del ingreso, conociendo ya con cierta precisión el momento del alta (siete días).

Dan una visión global del plan de atención y cuidados del enfermo y especialmente del proceso de toma de decisiones.

Son una valiosa forma de informar al paciente y sus familiares, reduce la ansiedad ante los ingresos, por falta de información. Los documentos del «mapa de cuidados» forman parte de la historia clínica del paciente y son fuente de datos facilitando la evaluación de la atención prestada, utilizando los indicadores que previamente se han establecido.

Reducen la frecuencia de efectos adversos derivados de la hospitalización, al acortar la estancia y simplificar la instrumentación que se realiza al enfermo.

Inconvenientes o dificultades: Principalmente derivados de la coordinación entre la Unidad de Hospitalización y Servicios Centrales.

### BIBLIOGRAFÍA

- Koch MO, Smith JA Jr. «Clinical outcomes associated with the implementation of a cost-efficient programme for retropubic prostatectomy». Br J Urol 1995 Jul; 76 (1): 28-33.

- Delgado R. «La variabilidad de la práctica clínica». *Revista de la Calidad Asistencial*. 1996; 11(4): 177-183.
- Lau C, Cartmill T, Leveaux V. «Managing and understanding variances in clinical path methodology: A case study». *J: Qual Clin Practice* 1996 16:109-117.
- Archer SB, Bumett RJ, Flesch LU, Hobler SC, Bower RH, Nussbaum MS, Fischer J. «Implementation of clinical pathways decreases length of stay and hospital charges for patients undergoing total colectomy and ileal pouch/anal anastomosis». *Surgery* 1997; 122:699-705.
- Chang PL, Huang ST, Hsieh ML, Wang TM, Chen JI, Kuo HH, Chuang CH. «Use of the transurethral prostatectomy clinical path to monitor health outcomes». *J Urol*, 1997 Jan, 157:1, 177-83.
- Ellis BW, Johnson S. «A clinical view of pathways of care in disease management». *Int J Health Care Qual Assurance* 1997; 10/2:61-6.
- Gadacz T, Adkins RB, O'Leary JP. «General Surgical Clinical Pathways: an introduction». *Am Surg* 1997; 63:107-110.
- Golden TM, Ratliff C. «Development and implementation of a clinical pathway for radical cystectomy and urinary system reconstruction». *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 1997, Mar, 24:2,72-8.
- Litwin MS, Shpall AI, Dorey F. «Patient satisfaction with short stays for radical prostatectomy». *Urology*, 1997 Jun, 49:6, 898-905.
- Meyer TC. «Clinical pathways offer route optimal patient care». *WMJ* 1997; 96:38.
- Mira JJ, Amaz J, Rodríguez Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. *SERVQHOS: Un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria*. *Med. Prev* 1998; 4:12-8.
- *Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificaciones 1999-2000*. Harcourt. 2000. ▼

## Beca de investigación ENFURO para trabajos de investigación en Enfermería urológica

La Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería en Urología, en un intento de fomentar la investigación en el campo de nuestra especialidad, ha aprobado la concesión de una beca de 1.500 euros al mejor trabajo de investigación dentro de las siguientes

### Bases

- Podrán optar a la beca los proyectos de investigación que estén relacionados con la asistencia y los cuidados del paciente urológico, andrológico e incontinente urinario. Asimismo, podrán presentarse trabajos relacionados con la gestión de unidades de Urología, la docencia y la formación.
- No se excluyen aquellos que hayan optado o hayan recibido beca por organismos financiadores, FIS, CC.AA., etc., estando excluidos aquellos que hayan obtenido premio en certámenes de iguales características.
- Pueden optar a esta beca todos los socios de la AEEU que estén al corriente de sus obligaciones con la asociación, de forma individual o en equipo (en este caso el primer autor debe ser socio).
- El jurado, que se constituirá al efecto, valorará:
  - Adecuación a la especialidad: Urología, andrología e incontinencia urinaria.
  - Metodología y diseño.
  - Rigor, interés científico del contenido.
  - Originalidad.
  - Objetivos y aplicabilidad.
- Los trabajos se enviarán en la extensión que se considere necesaria en formato DIN A/4 junto con un soporte informático en programas del paquete de Microsoft Office. No pueden aparecer los nombres de los autores en esta presentación. Es imprescindible facilitar un correo electrónico o postal, no relacionado con los autores, para mandar acuse de recibo del trabajo. Si a los 20 días de enviado el trabajo no se ha recibido acuse de recibo, recomendamos hacer las gestiones oportunas.
- Se adjuntará un sobre precintado con el nombre de cada trabajo, que contendrá los datos del/los autor/es: nombre, lugar de trabajo, domicilio y teléfono de contacto.
- Lugar de envío:  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME.  
Unidad de Formación Continuada (a/a Luis Aparcero: Beca Investigación Enfuro).  
Ctra. de Cádiz, s/n. 41014 Sevilla.
- PLAZO: Se aceptarán los trabajos enviados hasta el 30 de septiembre de 2002. El fallo del jurado se conocerá durante la celebración del XXIV Congreso.
- La decisión del jurado y su composición serán inapelables, siendo necesaria la aceptación de estas bases al participar en la beca. El jurado podrá declarar desierta la beca si el nivel de los trabajos presentados no es el adecuado.
- La AEEU se reserva el derecho de publicar en ENFURO el trabajo premiado y ofrece la posibilidad de publicar aquellos que han optado a la beca.

ESTUDILLO F.; DEL SOLAR GUTIÉRREZ, C.; IGLESIAS RUSO, RM; MIRA GARCÍA, MM.; COLOMBO GAINZA, I.; ALONSO FORJA, A.; RODRÍGUEZ BELLO, M.A.; GUTIÉRREZ GARCÍA, M.J.; GARCÍA JIMÉNEZ, M.C.; GUTTENBERGER MACÍAS, A.; PIÑEIRO, H., GALLARDO FERNÁNDEZ, A.\*, JUÁREZ SOTO, A.\*\*

Enfermeros/as Unidad de Enfermería de Especialidades Quirúrgicas (UROLOGÍA). Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz

\* Auxiliar de Enfermería.

\*\* Urólogo. Coordinador del Proyecto de implementación de Vías Clínicas en el Servicio de Urología del Hospital Universitario de Puerto Real.

# Estandarización de procesos en un servicio de urología: evaluación de resultados

## RESUMEN

Tras un estudio sobre la implementación de las vías clínicas como forma habitual de trabajo en muchos hospitales, surge la idea de estandarizar determinados procesos (RTU vejiga y próstata).

Después de realizar una evaluación se llega a la conclusión de que hay que desarrollar, implementar y evaluar vías clínicas en nuestro servicio de urología.

**Palabras clave:** Estandarización, procesos, evaluación de resultados.

La gran presión que actualmente ejerce el gasto sanitario de nuestra economía ha llevado a los profesionales de la salud a investigar métodos para controlar el uso de los recursos. El gran reto es cómo hacerlo mejorando la calidad asistencial y la satisfacción de los pacientes y profesionales.

Recientemente las vías clínicas han sido descritas como una herramienta de control de la calidad asistencial y han surgido con gran éxito como una estrategia para mejorar la calidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria.

Actualmente, hospitales de todo el mundo han comenzado a aplicar este método como herramienta de gestión de la asistencia sanitaria. Su objetivo es el de identificar, desde una perspectiva multidisciplinaria, los mejores cuidados que se le pueden ofrecer a un paciente para obtener los mejores resultados en salud, calidad asistencial y costo eficiente.

Una vía clínica por tanto podemos definirla como un plan estandarizado de cuidados clínicos, realizado por un equipo multidisciplinario y que es aplicado uniformemente a todos los pacientes hospitalizados por una determinada patología o procedimiento, evitando de esta manera la variabilidad inapropiada que cada profesional introduce en la práctica clínica, mediante la toma de decisiones basadas en evidencias científicas.

Es por todo ello el resultado de un considerable esfuerzo de planificación, llevado a cabo por un equipo multidiscipli-

**ACTUALMENTE HOSPITALES DE TODO EL MUNDO HAN COMENZADO A APLICAR ESTE MÉTODO COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA**

plinario formado por médicos, epidemiólogos, enfermeros, gestores y administrativos de la salud. Este sistema convierte al equipo asistencial de cada centro en el protagonista de la gestión de los procesos, ya que son los encargados de crear, implementar y evaluar la vía.

Si revisamos la literatura encontramos por ejemplo un estudio de evaluación de las vías clínicas en un hospital americano realizado en julio de 1993 por la Americana Hospital Publishing Inc. Y la Medicus System Corporation reveló que las principales barreras para la implementación de las vías clínicas eran la resistencia de los médicos y el temor de los pacientes, familiares y profesionales sanitarios a que la disminución de la estancia hospitalaria aumentase las probabilidades de riesgos y complicaciones.

Sin embargo, varios estudios demuestran que la implementación de las vías clínicas consigue una disminución de la estancia hospitalaria sin un aumento de los reingresos o efectos adversos.

## MATERIAL Y MÉTODO

«La implementación de las vías clínicas como forma habitual de trabajo en los hospitales es una de las propuestas que el Insalud hizo a los gerentes de sus centros en la firma del contrato de gestión 1999 y considerados por esta entidad gestora como uno de los aspectos de la

nueva gestión que nos implica a los profesionales, así como la clave de la gestión clínica del futuro». (*Diario Médico*).

Un estudio recientemente publicado en nuestro país, daba a conocer la vía clínica para la prostatectomía radical diseñada en el Hospital Universitario La Paz. Tras su implementación, la estancia media disminuye de 10,2 días a 6, el 90% de los pacientes encuestados se mostraron satisfechos de la atención recibida y no hubo ningún ingreso hospitalario.

De estas necesidades surge en nuestro servicio la idea de estandarizar determinados procesos (RTU de vejiga y próstata) y adenomectomía suprapúbica de forma consensuada entre médicos y enfermería de todas las actividades clínicas que se van a realizar en estos procesos, valorar los resultados y compararlos con los de antes de la estandarización y de ser éstos favorables pasar a la segunda fase, que sería implementar vías clínicas para estos procesos.

Para evaluar los resultados de esta estandarización utilizamos 2 indicadores que son la estancia media por procedimiento y el índice de infecciones hospitalarias y comparamos 2 periodos de 6 meses: antes de la estandarización (octubre a marzo 99) y después de la estandarización (octubre 99 a marzo de 2000).

## RESULTADOS

La estancia media para la RTU de vejiga disminuye de 7,5 a 3,6 días y para la RTU de próstata de 8,30 a 4,69 días.

Así mismo el índice de infecciones hospitalarias cayó espectacularmente después de la estandarización, caída atribuible tanto al menor tiempo de ingreso con el consiguiente menor riesgo de infección como por el uso de forma reglada de profilaxis antibiótica en el preoperatorio inmediato.

Así mismo hemos objetivado una mejoría considerable en la efectividad de las tareas clínicas y gestoras de los profesionales implicados, habiendo llegado a conseguirse un uso más racionalizado de los medicamentos y de los medios diagnósticos, una mayor calidad asistencial, al

haber una uniformidad de criterios entre todo el personal y estar todo el proceso regulado paso a paso, sabiendo que actitud tomar en todo momento.

En resumen una mayor eficiencia en la calidad asistencial, es decir máxima satisfacción del paciente con el menor consumo de recursos y sin un aumento de los efectos adversos.

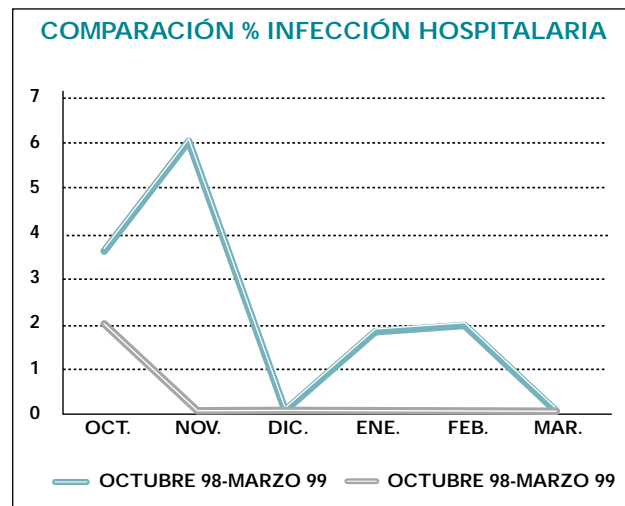
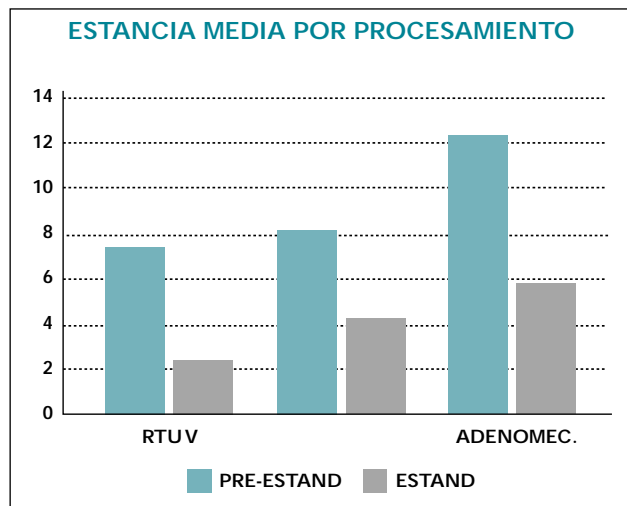
## CONCLUSIONES

Tras la evaluación de estos resultados hemos de desarrollar, implementar y evaluar vías clínicas en nuestro Servicio de Urología.

Actualmente estamos ultimando la informatización por intranet del Servicio, así como de un programa adecuado a lo expuesto con anterioridad y que comenzará a funcionar de manera inminente, comenzando entonces el desarrollo e implementación de nuestras vías clínicas. Gran parte de todo esto ha sido posible gracias a la concesión de una ayuda para nuestro proyecto de investigación de la Asociación Española de Urología.

## BIBLIOGRAFÍA

- «Introduction to pathway of care». Sue Johnson. Pathway of care. Edit. By Sue Johnson. Blackwell Science. Cap. 1, pp 3-14. 1997
- «Development and implementation of a clinical pathway for radical cystectomy and urinary system reconstruction». Golden TM; Ratliff C. J Wound Ostomy Continence Nurs 1997 Mar; 24 (2): 72-8.
- «What is a pathway of care?». Sue Johnson. Pathway of care. Edit. By Sue Johnson. Blackwell Science. Cap 2, pp 15-24. 1997.
- «Implantación de una vía clínica para la prostatectomía radical». C. Núñez Mora y cols. Arch. Esp. Urol. 52, 10 (1051-1059). 1999.
- «Atlas de cáncer en Andalucía. Estudios de mortalidad». Cayuela, A. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 1993. ▼



Completando la crónica que apareció en el número anterior, publicamos los comentarios enviados por Gabriel Belenguer Civera, que, como miembro del Comité Organizador de Valencia, complementan e ilustran otros aspectos del recién celebrado congreso.

## Crónica del XXIII Congreso de la AEEU

Nuevamente la celebración de un nuevo congreso de la AEEU, esta vez celebrado en la ciudad de Valencia los días 29, 30, 31 de octubre de 2001, ha supuesto la puesta en marcha, desde el último celebrado en Sevilla, de una serie de mecanismos humanos, organizativos y económicos, con el intento de mantener y mejorar en lo posible las celebraciones previas, así, como de conseguir el mantenimiento necesario de la organización de esta asociación, la cual asumía el reto de un cambio de presidencia y una renovación parcial de su junta directiva, con todo lo que de novedoso y de expectativas creaba esta situación.

Pero si algún aspecto se debe de destacar de lo acontecido en este XXIII Congreso Nacional de la Asociación, sería en primer lugar la diversidad de lo acontecido, tanto desde el punto de vista profesional como desde el lúdico, el cual referenciaremos en su momento; así, en lo científico destacó desde el inicio el número de asistentes, en torno a 350, con inclusión de estudiantes y parados y, cómo no, la base fundamental de nuestros congresos, los asociados y asociadas. Todos ellos sin excepción pudieron disfrutar de un marco de recepción y celebración óptimo. Por un lado la ubicación de la sede del congreso en el hotel Valencia Palas, junto al Palau de la Música de Valencia, adjunto al Museo de las Artes y las Ciencias «Príncipe Felipe» ubicado en la zona más cosmopolita y mediterránea de esta ciudad adornado por el nuevo cauce del Turia, considerado como el pulmón del área metropolitana de la urbe.

Continuando en el aspecto científico del evento, la conferencia inaugural del Dr. Jiménez Cruz, jefe de Servicio de Urología del Hospital «La Fe» de Valencia, impactó entre los asistentes por su orientación enfermera, urológica y futurista que ofrecen y pueden ofrecer nuestras actividades, así, como las ponencias oficiales, las cuales fueron expuestas por expertos docentes de las Universidades de Valencia y Alicante, representados por los máximos responsables de éstas, Amparo Benavent, Vicente Ruiz, Juan José Alarcón y nuestra respetada Loreto Maciá, responsable de las duras andaduras de la consecución de la Diplomatura de Enfermería.

Del programa científico, destacar el total de comunicaciones, 32, y el número de pósters, 22, los cuales dieron contenido a este evento, que sin estas aportaciones habría estado ausente de brillo y debate, como así ocurrió, mediado en algunos casos por lo ajustado del horario de comunicaciones y que en algunas ocasiones impidió debates más amplios, necesarios y demandados por los asistentes, pero que en cualquier caso sirvieron para que una vez más se demuestre la necesidad y justificación de la



existencia y necesaria continuidad de la celebración de los congresos de esta asociación de enfermería urológica, como fuente innovadora y actualizadora de situaciones, necesidades y proyectos desarrollados por los profesionales de la enfermería.

Tal vez deberíamos de destacar la aportación que realizó D. Juan José Borrás, psicosexólogo de la Clínica Espill de Valencia, y esa comunicación de nuestros colegas de Dos Hermanas de Sevilla, «¿Es que ya no me quieres?», que antes y después de la exposición protagonizaron un expectación activa entre los asistentes, previo al almuerzo de trabajo del día 30 de octubre y que fue motivo de debate y consideración. Desde aquí vaya nuestro agradecimiento por su colaboración al igual que al resto de comunicantes y moderadores de mesa, algunos de nueva raíz, como las compañeras de Miranda de Ebro, Hospital de Alzira, Lanzarote, como las «Elsas and company», la Clínica de L'Aliança, etc. Y cómo no las ya conocidas y habituales del Hospital de Puerto Real, Basurto, Valme, Arnau de Vilanova, Gregorio Marañón, Virgen del Rocío y otros, cabría destacar que todos los comunicantes fueron obsequiados con detalles propagandísticos y los ponentes con el libro: «Atlas Anatómico» de Crisóstomo Martínez, microscopista valenciano del siglo XVII, de primera edición en el año 1964 y reeditado por el Ayuntamiento de Valencia, 37 años





después, siendo éste de edición limitada lo cual enriquece su valor documental.

Como novedoso y necesario de destacar, comentar la fórmula de defensa y presentación de los pósters, en vivo y con moderación de nuestra compañera de Orihuela, Rosa Ruiz, y esa mesa redonda sobre casos clínicos dinamizada por Arcadio Real, estos actos los entendemos como actividades a estudiar para futuros eventos, ya que los consideramos como operativos en vista de los resultados obtenidos de participación y discusión de foros.

De la parte lúdica, nos reservamos la opinión y que cada cual extraiga sus conclusiones personales, por lo que tan sólo recordarles a los colegas que por diversos motivos no pudieron asistir a la cita de este año, que se nos ofrecieron dos cenas, una en el Casino Monte Picayo y otra en el Ateneo Mercantil por deferencia de las firmas comerciales Coloplast y Convatec. La cena de gala se ofertó en una zona protegida ambientalmente y carismática de todos los valencianos, como es la conocida y necesaria para el ecosistema Albufera (Racó de L'Olla). Y donde pudimos disfrutar de una



**PERO SI ALGÚN ASPECTO SE DEBE DE DESTACAR DE LO ACONTECIDO EN ESTE XXIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN, SERÍA EN PRIMER LUGAR LA DIVERSIDAD DE LO ACONTECIDO, TANTO DESDE EL PUNTO DE VISTA PROFESIONAL COMO DESDE EL LÚDICO**

exhibición de bailes populares realizados con cariño y esmero por parte de la Escola de Dances de Xàtiva, un acompañamiento de música clásica entre platos y un fin de fiesta con orquesta hasta que las autoridades del parque lo permitan. Así mismo, los asistentes recibieron como detalle al congresista un abanico artesanal y un pisapapeles de vidrio verde ecológico de la fábrica «La Mediterránea» de la L'Olleria.

De este modo queremos dar las gracias a todos los asistentes rogándoles nos disculpen las posibles deficiencias de organización y con la esperanza y la ilusión de haber cumplido las expectativas depositadas en este congreso por la Asociación Española de Enfermería en Urología y con el deseo de volver a coincidir en la próxima cita anual de ésta que está prevista para el mes de octubre del 2002 en la ciudad de Huelva.

En nombre del comité organizador deseamos enviar un mensaje a nuestro ex presidente, D. Fernando Mateos, para su pronta recuperación, a D. Francisco Aris, porque esperamos su visita en Huelva, y a Ascen Crespo por su ausencia comprendida. ▼

EGAÑA GORRAIZ, CRISTINA; LARA BUENO, M<sup>º</sup> CRUZ; NAPAL ROS, M<sup>º</sup> CARMEN  
Hospital Virgen del Camino. Pamplona

# Cuidados de enfermería en la cirugía de la incontinencia urinaria T.V.T.

## RESUMEN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema de salud que afecta a un importante número de mujeres con gran repercusión en su bienestar físico, psicológico y social así como económico.

La T.V.T. es una técnica quirúrgica que utiliza la colocación de una malla de prolene, a modo de cabestrillo, de manera suburetral y por vía vaginal, para conseguir un ligamento pubouretral y fortalecer el suelo pélvico impidiendo la hipermovilidad uretral y la consiguiente pérdida de orina al realizar esfuerzos.

Consideramos importante reseñar la sencillez de la técnica, las escasas complicaciones postoperatorias que se presentan y la mejora importante en la calidad de vida en las pacientes intervenidas.

Nuestro objetivo general al realizar este trabajo es elaborar un plan de cuidados estandarizados.

Daremos a conocer la actuación del equipo de enfermería en el preoperatorio y postoperatorio; así como un análisis de los resultados.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria. Cabestrillo uretral (T.V.T.). Residuo postmiccional.

Dada la importancia creciente que por su prevalencia está adquiriendo la incontinencia urinaria en la población femenina (30-50%), hemos decidido presentar esta comunicación que refleja las acciones de enfermería en torno a la T.V.T. como acto intervencionista dirigido a la corrección específica de la incontinencia de esfuerzo por hiperactividad uretral.

Las razones que nos han llevado a efectuarlo principalmente son: lo novedoso de la técnica (en nuestro hospital se realiza desde noviembre de 1998 y a nivel mundial desde 1995), las implicaciones que tiene para enfermería y para la paciente.

T.V.T. son las siglas de «Tensión-Free Vaginal Tape» que consiste en la colocación de un cabestrillo uretral sin tensión.

Es una técnica quirúrgica desarrollada por el Dr. Ulmsten en 1993, mediante la cual se coloca una malla de polipropileno, vía vaginal, por debajo de la uretra sin fijación ni tensión sobre ella, consiguiendo así la creación de un ligamento pubouretral y fortalecer el suelo pélvico.

- Ventajas:
  - Posibilita cirugía ambulatoria.
  - Pequeño espacio de tiempo intraoperatorio, aprox. 30'.
  - Produce escasas complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.
  - Permite alta precoz en caso de hospitalización.
  - Se pueden realizar cirugías vaginales asociadas (cistocele, rectocele).
- Complicaciones:
  - Sangrado vaginal y/o hematoma retropúbico (durante la cirugía hay un sangrado moderado que se ocluye tras dar los puntos de vagina).
  - Perforación vesical inadvertida con banda de prolene.
  - Retención crónica de orina o inestabilidad vesical por hiperpresión uretral.
  - Otras más raras como perforación intestinal, lesiones nerviosas, vasculares.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las T.V.T. realizadas en el Hospital Virgen del Camino del Servicio Navarro de Salud desde noviembre del 1998 hasta julio del 2001.

- Asesoramiento por otros miembros del equipo multidisciplinar.
- Valoración estadística de los resultados obtenidos.
- Revisión de las historias clínicas.

## OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación.
- Elaborar un plan de cuidados estandarizados.

## PROTOCOLO

Acogida, valoración, revisión de la historia clínica e información a la paciente según lo establecido en el centro a su llegada a la unidad.

Las T.V.T. simples se hacen en cirugía ambulatoria a primera hora de la mañana y las que se acompañan de cistocele y/o prolapso, patologías concomitantes, o no se consideran aptas para cirugía ambulatoria, se realizan con ingreso hospitalario generalmente el día anterior.

## ACCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE SE SOMETEN A T.V.T.

### Preoperatorio

1. Preparación del paciente: rasurado, ducha, descontaminación bucal, camisión quirúrgico, cama quirúrgica y lavado vaginal.
2. Toma de constantes.
3. Canalización de vía periférica.
4. Administración de profilaxis antibiótica.
5. Administración de profilaxis antitrombótica.
6. Traslado a quirófano.

## Postoperatorio

### Objetivo:

Ayudar a la paciente a recuperarse lo más cómoda y rápidamente posible.

Nuestra actuación consistirá en anticiparse y detectar precozmente las complicaciones postoperatorias. Para ello realizaremos:

1. Valoración de la paciente y toma de constantes.
2. Lectura del protocolo quirúrgico.
3. Control y valoración de catéteres: venoso y vesical.
4. Revisión de los apósitos que cubren las incisiones suprapúbicas (suturadas con material reabsorbible).
5. Observación del taponamiento vaginal. Si se presenta sangrado intenso se realiza compresión sobre el mismo; si no cede, revisión quirúrgica.
6. Control del dolor suprapúbico. Si es muy intenso se extraerá muestra de sangre para hematocrito y se realizará una ecografía para valorar la existencia de un hematoma.
7. Observaremos la recuperación postanestésica periódicamente.
8. Comprobar tolerancia de líquidos. Se hará a las seis horas de la intervención.
  - a) En cirugía ambulatoria si tolera, se retira vía venosa.
  - b) En pacientes ingresadas si tolera, se deja vía venosa con fiador.
9. Extracción del taponamiento vaginal.
  - a) En cirugía ambulatoria, se realiza sobre las cinco de la tarde; tras comprobar que no sangra y que la paciente se ha recuperado totalmente de la anestesia, recibe el alta adjuntando un informe que incluye cita en consulta de enfermería dos días más tarde.
  - b) En hospital se realiza a las ocho horas del día siguiente (excepto indicación médica).
10. Retirada de sonda vesical.
  - a) En cirugía ambulatoria se realiza en la consulta a los dos días de la intervención.
  - b) En hospital a las ocho horas del día siguiente (salvo indicación médica).
11. Valoración del residuo postmiccional. Tras una micción espontánea se realiza el sondaje uretral y se mide.
  - Si es menor de 100 ml. – ALTA.
  - Si es mayor de 100 ml., se instruye a la paciente en el autosondaje.
12. Citación para control posterior en consulta.

### TÉCNICA DE AUTOSONDAJE

Se consigue un ambiente íntimo y tranquilo donde explicar a la paciente (primero de forma verbal), o si no se considera autosuficiente a un familiar cercano, en qué consiste la técnica y el porqué de la necesidad de realizarlo ella misma tras cada micción.

Por medio de un espejo de mano, conseguiremos que visualice la zona y localice el meato, lugar por donde introducirá la sonda uretral.

### Material necesario:

- Espejo de mano.
- Sonda uretral.
- Solución antiséptica.

- Lubricante.
- Bolsa colectora graduada.

### Procedimiento:

Tras el vaciado vesical espontáneo realizará:

- Lavado de manos.
- Lavado de periné.
- Localización del meato.
- Aplicación de antiséptico.
- Lubricación de la sonda.
- Tomará la sonda con la mano derecha.
- Separación de los labios con la mano izquierda.
- Introducirá la sonda, ya conectada a la bolsa graduada.
- Retirada de la sonda cuando cese la emisión de orina.
- Medir el volumen.
- Interrumpirá los autosondajes cuando presente dos residuos consecutivos inferiores a 100 ml.

### RESULTADOS

- Número de casos 120.
  - 95 % éxitos.
  - 5 % fracaso.
- Edades comprendidas entre 32 a.y 79 a.
  - Media 65 a.
  - Mediana 59 a.
  - Moda 65 a.
- Precisarons autosondaje 19 pacientes (15%) con duración máxima de 30 días.
- Complicaciones intraoperatorias: 2 pacientes (1,66%) presentaron perforación vesical resuelta in situ.
- Complicaciones postoperatorias.
  - 2 pacientes (1,66%) hematoma en Retzius que precisaron laparotomía urgente.
  - 1 paciente (0,8%) hematoma en cara posterior de recto resuelto espontáneamente.
- Seguimiento entre 1 mes y 36 meses. Observándose un 10% de pacientes con urgencia miccional que mejoraron con anticolinérgicos.

### CONCLUSIONES

- Es una técnica sencilla y efectiva.
- Corta estancia postoperatoria.
- Excelentes resultados.
- Alta implicación de las pacientes en su autocuidado (autosondaje).
- Realización de un método de trabajo estandarizado.

### BIBLIOGRAFÍA

- Ulmsten, U.; Petros, P.: «Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence». *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 29: 75, 1993.
- Robles García.J.E. «Incontinencia urinaria».
- Revista de la asociación española de urología, 53, 1 (9-13), 2000 «T.V.T. (cinta libre de tensión) nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo».
- Smith – Germain. «Enfermería médico-quirúrgica».
- Manual de enfermería. ▼

MARTI CERVERA, AMPARO; ARCAS PÉREZ, M. JOSÉ  
Servicio de Urología Hospital Arnau de Vilanova

# Protocolo informatizado de gestión en quimioterapia intravesical

## RESUMEN

Presentamos nuestro protocolo de gestión de quimioterapia intravesical y el programa informático que lo administra, concluyendo que es un instrumento fácil, eficaz y eficiente para racionalizar el trabajo, liberar tiempo profesional y evitar errores. El mismo está confeccionado en dBase III y sus campos tienen una estructura idéntica a la base de datos de la consulta, lo que permite la interrelación entre ellos. Automáticamente asigna las fechas de las instalaciones, según el fármaco, imprime la ficha de trabajo y la cartilla de citas para el enfermo, obtiene la lista de trabajo con la antelación deseada para la programación de la consulta y del S. de Farmacia, cita las cistoscopias, ecografías, analíticas y citología, imprime etiquetas y formularios de Anatomía Patológica y permite conocer los pacientes en tratamiento actual y el total de ellos para su estudio estadístico o epidemiológico. **Palabras clave:** Quimioterapia intravesical. Protocolo. Informática. Gestión.

La gestión y programación de una Unidad de Quimioterapia intravesical y el trabajo administrativo que esta actividad conlleva, exigen un tiempo que supera al de la propia labor asistencial y además es susceptible de errores humanos. Son fácilmente comprensibles la irregular distribución de las citas, lo que acarrea días con sobrecarga asistencial y otros con tiempos muertos, las equivocaciones en la cumplimentación de formularios, los olvidos, las letras ilegibles, las historias perdidas, los pacientes que abandonan el tratamiento, etc.

Presentamos nuestro protocolo de gestión y el programa informático que lo administra y al que hemos recurrido para racionalizar nuestra labor, administrar mejor el tiempo y evitar errores.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro protocolo está confeccionado con el programa dBase III y sus campos tienen una estructura idéntica a los de la base de datos de la consulta, lo que permite la interrelación entre ellos para la obtención de datos o su posterior tratamiento informático, estadístico, epidemiológico, etc.

La ficha de cada paciente contempla tres aspectos:

- En el primero figura el número de historia, apellidos, nombre, fecha de nacimiento y número de teléfono del paciente.
- En el segundo, el fármaco a administrar, la profilaxis antimicrobiana, médico responsable, la fecha final del tratamiento y un apartado de incidencias en el que anotar posibles intolerancias, alergias, etc.
- En el tercero figuran la programación de las instilaciones y de las revisiones a realizar.

Únicamente hay que rellenar los dos primeros apartados y la fecha de la primera instilación. El ordenador cuenta el número de tratamientos ya programados para ese día y solicita confirmación.

Si, según la carga asistencial que nos muestra, aceptamos la fecha, el ordenador automáticamente y según el fármaco de que se trate, programa las fechas de las instilaciones y de los controles analíticos, ecográficos y cistoscópicos correspondientes. Si no aceptamos la fecha, el programa vuelve atrás y nos permite reintroducir una nueva.

En cualquier momento la ficha puede ser abierta y modificar las fechas cuando por cualquier motivo sea necesario (efectos secundarios, personales o laborales).

A continuación, el programa imprime:

- Dos fichas del paciente, una para constancia en la historia clínica y otra para el trabajo de enfermería.
- La cartilla de citas para el enfermo, de forma que éste conoce de antemano toda la programación (con indudable beneficio psicológico) y puede organizar su tiempo o proponer las modificaciones oportunas.

• Los formularios de las revisiones con la fecha ya prevista.

• Etiquetas identificativas del paciente para aquellos impresos que no cumplimentan directamente el ordenador.

El programa permite:

- Abrir en cualquier momento la ficha para anotar incidencias, la finalización del tratamiento o modificar los datos.

• Obtener la lista de trabajo de cada día con la antelación deseada. Normalmente una semana o diez días antes, se imprimen dos listas, una para la organización de la consulta y otra se remite al S. de Farmacia para la preparación de los quimioterápicos. En otras ocasiones, generalmente en previsión de festividades, vacaciones, etc., se obtienen, con la antelación necesaria, las listas de los días en cuestión a fin de redistribuir a los pacientes en otras fechas. La remisión al S. de Farmacia de estas listas les permite organizar su trabajo con tiempo suficiente y a su vez nos sirve de control, ya que cuando la programación real no coincide con la teórica de los protocolos terapéuticos, avisa por



si ha ocurrido un error o el cambio está justificado.

- Conocer la relación de los pacientes actualmente en tratamiento.
- Conocer la relación de todos los pacientes incluidos.
- Realizar desde la base de datos cuantos estudios se deseen (estadísticos, de intolerancias o efectos secundarios, etc.) con la rapidez propia de la informática.

## RESULTADOS

### 1º Racionalización:

Este protocolo permite organizar y planificar el trabajo de la consulta de forma fácil, satisfactoria y rápida, liberando tiempo para otras labores y evitando el estrés de las sobrecargas.

Facilita la relación con otros Servicios, como el de Farmacia, Laboratorios, Anatomía Patológica, Quirófanos, etc., contribuyendo a sus propias planificaciones y colaborando indirectamente al mejor funcionamiento general del hospital.

Introduce al paciente en una pauta automática de tratamientos y revisiones necesarios en su enfermedad, le da confianza y a la vez lo controla evitando los desvíos de la pauta terapéutica.

Evita errores humanos y por tanto las graves consecuencias que los mismos pueden provocar. También evita los inconvenientes del uso del papel y la caligrafía en cuanto a claridad, orden, limpieza y espacio se refiere.

Posibilita el tratamiento informático de los datos con fines científicos.

### 2º Eficacia

Es plenamente eficaz por cuanto consigue los fines previstos de racionalización, mejor administración del tiempo y evitación de errores.

### 3º Eficiencia

Este programa, al mejorar la organización del trabajo, libera tiempo profesional, pero en mayor medida genera este tiempo al realizar él mismo tareas que antes había que hacer manualmente con un alto consumo de recursos humanos. Hace el trabajo administrativo y permite que el sanitario se dedique a su labor sanitaria.

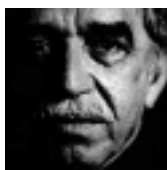
Es muy fácil de aprender a manejar y no requiere ningún tipo de conocimiento informático.

## CONCLUSIONES

La aplicación de la Informática a la gestión de nuestra Unidad de Quimioterapia intravesical se muestra como un instrumento fácil, eficaz y eficiente para racionalizar el trabajo, liberar tiempo profesional y evitar errores. ▼

Leído en la ceremonia de inauguración del 22 de la AEEU en Sevilla

## «Se despide un genio»



*Si por un instante Dios se olvidara de que soy una marioneta de trapo y me regalara un trozo de vida, posiblemente no diría todo lo que pienso, pero en definitiva pensaría todo lo que digo.*

*Daría valor a las cosas, no por lo que valen, sino por lo que significan.*

*Dormiría poco, soñaría más, entiendo que por cada minuto que cerramos los ojos, perdemos sesenta segundos de luz. Andaría cuando los demás se detienen, despertaría cuando los demás duermen. Escucharía cuando los demás hablan y ¡cómo disfrutaría de un buen helado de chocolate!*

*Si Dios me obsequiara un trozo de vida, vestiría sencillo, me tiraría de brucos al sol, dejando descubierto no solamente mi cuerpo, sino mi alma.*

*Dios mío, si yo tuviera un corazón escribiría mi odio sobre el hielo, y esperaría a que saliera el sol. Pintaría con un sueño de Van Gogh sobre las estrellas un poema de Benedetti, y una canción de Serrat sería la serenata que le ofrecería a la luna. Regaría con mis lágrimas las rosas, para sentir el dolor de sus espinas, y el encarnado beso de sus pétalos...*

*Dios mío, si yo tuviera un trozo de vida... No dejaría pasar un solo día sin decirle a la gente que quiero, que la quiero. Convencería a cada mujer u hombre que son mis favoritos y viviría enamorado del amor.*

*A los hombres les probaría cuán equivocados están al pensar que dejan de enamorarse cuando envejecen, sin saber que envejecen ¡cuando dejan de enamorarse! A un niño le daría alas, pero le dejaría que él solo aprendiese a volar. A los viejos les enseñaría que la muerte no llega con la vejez, sino con el olvido. Tantas cosas he aprendido de ustedes, los hombres... He aprendido que todo el mundo quiere vivir en la cima de la montaña, sin saber que la verdadera felicidad está en la forma de subir la escarpada. He aprendido que cuando un recién nacido aprieta con su pequeño puño, por primera vez, el dedo de su padre lo tiene atrapado por siempre.*

*He aprendido que un hombre sólo tiene derecho a mirar a otro hacia abajo, cuando ha de ayudarlo a levantarse. Son tantas cosas las que he podido aprender de ustedes, pero realmente de mucho no habrán de servir, porque cuando me guarden dentro de esa maleta, infelizmente me estaré muriendo.*

*Siempre di lo que sientes y haz lo que piensas. Si supiera que hoy fuera la última vez que te voy a ver dormir, te abrazaría fuertemente y rezaría al Señor para poder ser el guardián de tu alma. Si supiera que esta fuera la última vez que te vea salir por la puerta, te daría un abrazo, un beso y te llamaría de nuevo para darte más. Si supiera que esta fuera la última vez que voy a oír tu voz, grabaría cada una de tus palabras para poder oírlas una y otra vez indefinidamente. Si supiera que estos son los últimos minutos que te veo diría «te quiero» y no asumiría, tontamente, que ya lo sabes. Siempre hay un mañana y la vida nos da otra oportunidad para hacer las cosas bien, pero por si me equivoco y hoy es todo lo que nos queda, me gustaría decirte cuánto te quiero, que nunca te olvidaré.*

*El mañana no le está asegurado a nadie, joven o viejo. Hoy puede ser la última vez que veas a los que amas. Por eso no esperes más, hazlo hoy, ya que si el mañana nunca llega, seguramente lamentarás el día que no tomaste tiempo para una sonrisa, un abrazo, un beso y que estuviste muy ocupado para concederles un último deseo. Mantén a los que amas cerca de ti, díles al oído lo mucho que los necesitas, quérelas y trátalos bien, toma tiempo para decirles «lo siento», «perdóname», «por favor», «gracias» y todas las palabras de amor que conoces.*

*Nadie te recordará por tus pensamientos secretos. Pide al Señor la fuerza y sabiduría para expresarlos. Demuestra a tus amigos cuánto te importan.*

Gabriel García Márquez



# Relación de direcciones de internet de revistas de enfermería con versión electrónica

Aportamos a los lectores de ENFURO una interesante relación de direcciones de Internet en la que poder encontrar revistas electrónicas de enfermería.

- Se incluye la dirección electrónica de la revista, el nombre de la misma, el tipo de información que aporta (SUM→ Sumario; RS→ Resumen; TC→ Texto completo).
- Se han incluido algunos directorios de revistas donde se pueden encontrar más direcciones de revistas de enfermería y otras áreas. Estos directorios se muestran en color.
- Algunas de las revistas citadas están disponibles a texto completo, pero sólo para los suscriptores de la edición en papel.
- Se han incluido algunas revistas que no son exclusivas de enfermería, pero contienen artículos enfermeros.
- Se incluye un directorio de revistas de enfermería en inglés.

## Direcciones

[http://www.seis.es/i\\_s/i\\_s16/i\\_s16h.htm](http://www.seis.es/i_s/i_s16/i_s16h.htm)

REVISTA DE LAS SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INFORMATICA Y SALUD. SM, RS, TC

<http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/3714/>

AGENTES DE CAMBIO. REVISTA BASADA EN EL MODELO ENFERMERO DE D. OREM. CONTIENEN UN PAR DE CASOS PRACTICOS SOBRE EL MODELO. LLEVA AÑOS SIN ACTUALIZARCE. SOLO HAY UN NUMERO. TC

<http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/indice.html>

CULTURA DE LOS CUIDADOS. REVISTA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE. NO ESTA ACTUALIZADA. SM RS

<http://www.a14.san.gva.es/hos/enfer/>

BOLETIN INFORMATIVO DEL AREA DE SALUD Nº 14. ALCOY ALICANTE. CONTIENE ALGUNA INFORMACION DEL PROPIO HOSPITAL Y ALGUNOS ARTICULOS INTERESANTES. SM, RS TC.

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pident=35](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=35)

ENFERMERIA CLINICA SUM RES. TC. SOLO PARA SUSCRIPTORES.

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pident=142](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=142)

ENFERMERIA INTENSIVA SUM RES. TC SOLO PARA SUSCRIPTORES.

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pident=156](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=156)

GEROKOMOS. REVISTA SOBRE GERONTOLOGIA. SUM RES. TC. SOLO PARA SUSCRIPTORES

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pident=146](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=146)

FISIOTERAPIA SUM RES

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pident=176](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=176)

REVISTA IBEROAMERICANA DE FISIOTERAPIA Y KINESIOLOGIA. SM RS

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pident=2](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pident=2)

MEDICINA CLINICA SUM RES. TC. SOLO PARA SUSCRIPTORES

[http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista\\_home.home](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista_home.home)

PAGINA DE DOYMA EDICIONES CON LOS LINKS DE TODAS LAS REVISTAS DE LA EDITORIAL, ORGANIZADOS POR ESPECIALIDADES.

<http://www.enfer.org/aeec/revista/eecsuma.htm>

REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA EN CARDIOLOGIA. RES SUM TC.

<http://www.seeiuc.com/>

REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS. RES TC.

<http://www.seeo.org/revis.html>

REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA ONCOLOGICA. RE SUM.

<http://www.ocenf.org/granada/EnfermeriaG/revista.html>

REV DEL COLEGIO DE ENFERMERIA DE GRANADA. SUM

<http://www.valme.sas.junta-andalucia.es/fc/hermes/>

REV DEL DEPARTAMENTO DE FORMACION HOSPITAL DE VALME. RE SUM TC

<http://www.arrakis.es/~hiades/>

REV DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA. SUM RES TC

<http://www.index-f.com/>

REV INDEX DE ENFERMERIA. SUM.

[http://www.separ.es/areas/Enfermeria/Inspiracion\\_n3.htm](http://www.separ.es/areas/Enfermeria/Inspiracion_n3.htm)

REV DE ENFERMERIA NEUMOLOGICA A TEXTO COMPLETO.

<http://www.metas.org/revistametas/index.htm>

REV METAS SUM RES. TC. SOLO PARA SUSCRIPTORES

<http://www.aep.es/castellano/revista.htm>

REV DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PERFUSIONISTAS. TC (PDF) NO ESTA ACTUALIZADA.

<http://www.interbook.net/colectivo/seden/revista.htm>

REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERIA NEFROLOGICA. SUM.

<http://rol.readyssoft.es/>

REV ROL SUM RES.

<http://www.puntex.es/todohospital/Default.html>

REV TODO HOSPITAL. TC.

<http://www.infodoctor.org/bandolera/>

BANDOLERA. TRADUCCION DE LA REVISTA INGLESA BANDOLIER AL ESPAÑOL. REVISIONES SISTEMATICAS SOBRE DIVERSOS TEMAS. SUM RES.

**Direcciones (continuación)**

<a href="http://www.secpal.com/revi_gral.html">http://www.secpal.com/revi_gral.html</a> REV MEDICINA PALIATIVA. SUM RES.	<a href="http://infodoctor.org/dolor/#Acute">http://infodoctor.org/dolor/#Acute</a> WEB DEL DOLOR DE OXFORD ESPAÑOL. CONTIENE INTERESANTES TRABAJOS DE REVISION SOBRE EL DOLOR EN TODOS SUS ENFOQUES.TC .
<a href="http://www.podonet.net/rep/rep.htm">http://www.podonet.net/rep/rep.htm</a> REV DE PODOLOGIA SUM.	<a href="http://www.enfersalud.com/">http://www.enfersalud.com/</a> PAG PERSONAL DE JOSE MARIA DACAL. LA MAS COMPLETA RECOPIACION DE PAGINAS DE ENFERMERIA SOBRE TODOS LOS TEMAS, PERFECTAMENTE ORDENADOS Y CONSTANTEMENTE ACTUALIZADOS.
<a href="http://www.sepr.es/sepr.html">http://www.sepr.es/sepr.html</a> REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PROTECCION RADIOLOGICA. SUM RES	<a href="http://www.msc.es/revistas/home.htm">http://www.msc.es/revistas/home.htm</a> REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA. SM, RS TC.
<a href="http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_revistas.htm">http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_revistas.htm</a> DIRECTORIO CON CIENTOS DE DIRECCIONES DE REVISTAS EN ESPAÑOL ORDENADAS POR ESPECIALIDADES, INCLUYENDO ENFERMERIA.	<a href="http://www.dolor.es/vol0711992.html">http://www.dolor.es/vol0711992.html</a> REVISTA SOBRE DOLOR, INVESTIGACION CLINICA Y TERAPEUTICA. CONTIENE SUN RSTC DE ARTICULOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA.
<a href="http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html">http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html</a> REV DE ENFERMERIA CUBANA SUM RES TC.	<a href="http://histolii.ugr.es/journals.html">http://histolii.ugr.es/journals.html</a> BUSCADOR DE REVISTAS DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. INTRODUCIENDO LA PALABRA «NURSING» SE OBTIENEN LOS LINNS DE REVISTAS EN INGLES.
<a href="http://www.evidencebasednursing.com/contents-by-date.0.shtml">http://www.evidencebasednursing.com/contents-by-date.0.shtml</a> EVIDENCE BASED NURSING. REVISTA DE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA SUM RE TC. INGLES.	
<a href="http://www.adeci.org.ar/">http://www.adeci.org.ar/</a> VISION. REVISTA DE ENFERMERIA ARGENTINA SOBRE CONTROL DE INFECCIONES. SUM RE TC	

**Próximas convocatorias de congresos, cursos y jornadas de enfermería**

Evento	Fecha	Lugar
II Congreso Nacional del Aula de Enfermería de Plasencia	18 al 20 de abril 2002	Plasencia
II Jornadas de Enfermería del País Vasco	24 al 26 de abril 2002	San Sebastián
XIII Jornadas Nacionales Supervisión de Enfermería	8 al 10 de mayo de 2002	Madrid
XXI Congreso Nacional de DUE Especialistas en análisis clínicos	22 al 25 de mayo de 2002	Madrid
IV Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería	9 y 10 de mayo de 2002	A Coruña
XIV Congreso y XVII Jornadas de Enfermería Vasculas	15 al 18 de mayo de 2002	Madrid
XXVI Congreso Nacional de Enfermería en Neurociencias	15 al 18 de mayo de 2002	Murcia
I Simposium Internacional úlceras por presión	23 al 25 de mayo de 2002	Granada
IX Jornadas de Atención Integral al niño hospitalizado	22 al 23 de mayo de 2002	Almería
VI Congreso Nacional de Enfermería Dermatológica	30 y 31 de mayo de 2002	A Coruña
XVIII Jornadas Nacionales de Enfermería en Traumatología y CIA Ortopédica	29 al 31 de mayo de 2002	Manzanares
La ética del cuidar: Jornadas Nacionales de Bioética	31 de mayo y 1 de junio de 2002	Jerez de la Frontera
II Congreso Nacional de Enfermería en Otorrinolaringología	29 al 31 de mayo de 2002	Toledo
II Jornadas andaluzas de interrelación en enfermería	31 de mayo y 1 de junio	

Desde ENFURO pretendemos tenerte informado de los próximos eventos. Igualmente, recogeremos todas aquellas convocatorias que nos hagáis llegar. Más información en la Delegación de Formación de la AEEU y ENFURO: [apalope@supercable.es](mailto:apalope@supercable.es)



Osasuna, Hezkuntza, Gisa-arloak:  
Esgaitasunetatik Gizarteratzerantz

**XI CONGRESO ESTATAL DE ESPINA BÍFIDA E HIDROCEFALIA**  
Salud, Educación y Servicios Sociales:  
*Desde las Discapacidades hacia la Inclusión*

Bilbao, 26/30 de junio de 2002

**Organizan:**

Asociación Bizkaia Elkartea Espina Bífida e Hidrocefalia y Asociación Guipuzcoana de Espina Bífida

**Programa**  
XI Congreso Estatal de Espina Bífida e Hidrocefalia

<b>1<sup>er</sup> día</b>		<b>3<sup>er</sup> Día</b>	
<b>Miércoles 26 de junio</b>		<b>Viernes 28 de junio</b>	
16:30 a 18:00 h.	Entrega de documentación	09:00 a 11:00 h.	Sesión plenaria Ponencia Marco <b>Trabajo</b> Mesa multidisciplinar: <i>Trabajo, Ocio, Educación, Salud</i>
18:00 a 18:30 h.	Apertura oficial a cargo de autoridades	11:00 a 11:30 h.	Pausa
18:30 a 19:00 h.	Conferencia magistral de apertura	11:30 a 12:30 h.	Comunicaciones
<b>2<sup>o</sup> día</b>		12:30 a 14:00 h.	<i>Salud, Educación, Trabajo</i>
<b>Jueves 27 de junio</b>		16:00 a 17:00 h.	Sesión plenaria Ponencia Marco <b>Educación</b> Inclusión: <b>De la integración hacia la inclusión</b>
09:00 a 10:30 h.	Ponencia Marco <b>Salud</b> <b>La Sanidad como principio de inclusión social</b>	17:00 a 17:30 h.	Comunicaciones
10:30 a 11:00 h.	Comunicaciones	17:30 a 20:00 h.	<i>Ocio, Salud, Educación</i>
11:00 a 11:30 h.	Pausa	<b>4<sup>o</sup> Día</b>	
11:30 a 14:00 h.	<i>Salud, Educación, Trabajo</i>	<b>Sábado 29 de junio</b>	
16:00 a 17:00 h.	Sesión plenaria Ponencia Marco <b>Servicios Sociales</b> <b>Los Servicios Sociales del Estado y la Espina Bífida</b>	09:00 a 11:00 h.	Sesión plenaria Mesa redonda <b>Mujer y exclusión social: teoría de la doble discriminación</b>
17:00 a 17:30 h.	Comunicaciones	11:00 a 11:30 h.	Pausa
17:30 a 20:00 h.	<i>Ocio, Salud, Trabajo</i>	11:30 a 14:00 h.	<i>Salud, Ocio, Trabajo</i>
		14:00 a 14:30 h.	Clausura con autoridades
		16:30 a 19:30 h.	<i>Salud Unidad Multidisciplinar</i>

**CONVOCATORIA DE CONCURSO DE IDEAS PARA NUEVO LOGO DE LA ASOCIACIÓN**

**E**n la asamblea de Valencia fue aprobada la idea presentada por el socio Sr. Remírez, en el sentido de proveer a la Asociación de un logotipo más acorde a la realidad actual, con unas líneas más actuales y que se aparte de la idea original que pivotaba sobre las letras ATS.

La junta, oyendo la voz de los socios en la asamblea, convoca un concurso de ideas para adoptar nuevo logotipo con las siguientes bases:

- Podrán participar los profesionales que lo deseen y que sean socios de la Asociación Española de Enfermería en Urología, estando al corriente de sus obligaciones con la AEEU.
- Los diseños del logo podrán enviarse bien totalmente terminados o un esbozo del mismo con las líneas principales y las ideas que lo inspiran.
- El trabajo ganador será enviado a un creativo que lo adaptará con las necesarias modificaciones para su reproducción por los distintos medios.
- Los diseños se enviarán por correo a la dirección de la redacción:

POSTAL: Hospital de Valme  
A/A Luis Aparcero. Unidad de Formación (Logo AEEU)  
41014 SEVILLA  
E.MAIL: apalope@supercable.es (diseño o boceto escaneado)

- En ambos casos dejar constancia del nombre del autor o autores, teléfono y dirección de contacto e ideas generales que definen el diseño.
- Se valorará positivamente la inserción de la leyenda ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA y/o ENFURO.
- Se admitirán los trabajos hasta el 30 de junio de 2002, llevándose a cabo una selección de diseños por un jurado. Los trabajos seleccionados serán presentados a la asamblea, que será quien decida cuál es el diseño ganador.
- El premio a la idea ganadora serán 300 euros y un certificado acreditativo de la autoría.
- Si a juicio del jurado ningún diseño fuese merecedor del premio, éste quedará desierto, pudiendo el jurado conjugar elementos de las distintas aportaciones y así se presentará a la asamblea. En ese caso se elevará expreso reconocimiento a los autores.
- Una vez fallado el premio, los trabajos que concursan serán devueltos a sus autores, excepto el trabajo ganador que pasará a propiedad a la AEEU registrándose sus derechos de uso.

*Los concursantes, al presentar el trabajo, aceptan las presentes bases.*

**Asociación Española de Enfermería en Urología**

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

NOMBRE Y APELLIDOS.....

**Asociación**

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP..... TELEFONO.....

**Española de**

CORREO ELECTRONICO.....

**Enfermería**

Solicita la admisión como socio de la Asociación (**Asociación Española de Enfermería en Urología**) por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La cuota de socio anual es por un importe de 8.000 pesetas mediante pago en cuenta corriente.

**en Urología**

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

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

Fecha:

Firma



**Asociación Española de Enfermería en Urología.**  
Francisco Silvela, 54 duplicado 2º A. 28028 Madrid. Tel.: 91 356 27 95. Fax: 91 356 27 95  
e-mail: enfuro@terra.es Web: www.enfuro.com

Congresos • Jornadas

## XXIV Congreso Nacional AEEU

Declarado de interés científico-sanitario por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía  
 La Enfermería Urológica hacia la excelencia de los cuidados

HUELVA, 16 al 19 de octubre 2002

**Miércoles 16**  
 16,30 a 17,30 h. Entrega de documentación.  
 18,00 h. Conferencia inaugural.  
 21,00 h. Recepción Ayuntamiento de Huelva.  
**Jueves 17**  
 09,30 h. La excelencia de los cuidados.  
 10,30 h. Comunicaciones a la ponencia.  
 11,15 h. Mesa redonda.  
 12,00 h. Descanso.  
 12,30 h. La gestión por procesos.  
 13,30 h. Comunicaciones a la ponencia.  
 14,15 h. Mesa redonda.  
 15,00 h. Almuerzo de trabajo.  
 21,00 h. Visita a las Bodegas de Luis Felipe.  
 22,00 h. Cena.

**Viernes 18**  
 09,30 h. La continuidad en los cuidados.  
 10,30 h. Comunicaciones a la ponencia.  
 11,15 h. Mesa redonda.  
 12,00 h. Descanso.  
 12,30 h. Guías para la práctica enfermera.  
 13,30 h. Comunicaciones a la ponencia.  
 14,15 h. Mesa redonda.  
 15,00 h. Almuerzo de trabajo.  
 21,00 h. Visita a la ermita del Rocío.  
**Sábado 19**  
 09,30 h. Perspectivas de futuro en la Enfermería urológica.  
 10,30 h. Comunicaciones a la ponencia.  
 11,15 h. Mesa redonda.  
 12,00 h. Descanso.  
 12,30 h. Comunicaciones a la ponencia.  
 14,00 h. Acto de clausura.  
 14,30 h. Almuerzo de trabajo.  
 22,00 h. Cena de clausura.

### Programa preliminar

**Comité científico:** Dña. Marina Romero Corchero. Dña. Andrea Medina Cordero. Dña. Rosa Pérez.  
 D. Pedro L. Atance Lequericaonaendia. Dña. Emilia Bocanegra Rojas

**Comité organizador:** **Director técnico** D. Juan Carlos González Fernández  
**Secretaria** Dña. M<sup>a</sup> de la Cinta González Pérez  
**Tesorero** D. Juan Antonio Ballesterero Cano  
**Vocales** D. Mario Guzmán Guzmán  
 D. Manuel Molina Aguilar  
 D. Francisco Domínguez Carrasco  
 Dña. Milagros López Arenosa  
**Relaciones públicas** D. Federico Forero Toscano  
**Secretaría científica** Unidad de Formación Continuada Hospital Infanta Elena  
 Teléfono: 959015100. Ext.246  
**Secretaría técnica** Viajes Ecuador S.A.

## XXIV Congreso Nacional AEEU

La Enfermería Urológica hacia la excelencia de los cuidados

HUELVA, 16 al 19 de octubre 2002