

enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 82. Junio 2002



**Cuenta atrás para Huelva 2002; todo listo.
Elecciones y proyecto reforma de estatutos.**

**Convocados premios Enfuro de Investigación
y «mejor Publicación».**

**Planes de cuidados, Protocolos y Evaluación
de la formación en enfermería urológica.**

**Protocolo de enfermería en Infección
por Acinetobacter.**



ENFURO

nº 82 / Abril-Mayo-Junio 2002
Segunda Etapa

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEU

Presidenta: Mercedes Martín Valenciano
Vicepresidente: Ricardo Lequerica Llopis
Secretaria General: Paloma González de la Hoz
Vicesecretario: Fernando Navarro Sánchez
Tesorero: Vicente Carrasco Rozalén
Contadora: Helena Guerra Peñaricano
Secretario de Actas: Gabriel Belenguer Civera
Vocal 1ª: Ascensión Crespo García
Vocal 2º: Luis Cortés Ridaura
Vocal 3º: Francisco Estudillo González
Vocal 4º: Luis Alfonso Aparcero Bernet

REDACCIÓN

Directora: Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)
Jefe de Redacción: Luis Alfonso Aparcero Bernet (Sevilla)

Consejo de Redacción:

Luis Cortés Ridaura (Valencia)
 Francisco Estudillo González (Puerto Real-Cádiz)
 Vicente Carrasco Rozalén (Madrid)
 Gabriel Belenguer Civera (Xàtiva-Valencia)
 Ricardo Lequerica Llopis (Valencia)

Consejo Asesor:

Mª Pilar García Maynar (Zaragoza)
 Eduardo Aparcero Rodríguez (Sevilla)
 Asunción Garrido Mora (Elche-Alicante)
 Cecilia Piquer Bosca (Valencia)

Nuestra portada:

Ria del Odiel, Huelva. Sede del Congreso 2002

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología
 Depósito legal: M-18042-1980
 ISBN: 0210-9476
 Soporte válido S.V.R. 246
 Realización: QAR Comunicación (Madrid)

ENFURO - Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Urología-Andrología e Incontinencia urinaria)

Francisco Silvela, 54 duplicado 2º A
 Teléfono y Fax: 91 356 27 95. e-mail: enfuro@terra.es
 28028 Madrid

SUMARIO

- Editorial 4
- Estandarización de procesos en un servicio de urología: evaluación de resultados
 F. Estudillo, C. Del Solar Gutiérrez, R.M. Iglesias Ruso M. M. Mira García, I. Colombo Gaínza, A. Alonso Forja M. A. Rodríguez Bello, M. J. Rodríguez García, M. C. García Jiménez, A. Guttenberg Macías, H. Piñero, A. Gallardo Fernández, A. Juárez Soto 6
- Crónica del Congreso de Birmingham 2002
 Ascensión Crespo García 8
- Insistiendo en el tema de las publicaciones
 María Asunción Garrido Mora 9
- Plan de cuidados estandarizado: Cistectomía radical tipo Bricker
 Jaime Martín Moreno, Miguel A. Caraballo Núñez, Sara Esquinas Torres, Gema Maestud Martín, Ana Guijarro Gómez 10
- Especialidades de enfermería. Una visión de futuro
 Loreto Macía Soler 13
- Crónica del XXIII Congreso de la AEEU 16
- Avanzando en nuestro programa de formación sobre y para el paciente con esclerosis múltiple
 María Pilar García Maynar, Rosa Lacasa Marzo, Dolores Navarro Ledesma, María José Peydró Rico 18
- Cuidados de enfermería en la cirugía de la incontinencia urinaria T.V.T.
 Cristina Egaña Gorraiz, M.ª Cruz Lara Bueno, M.ª Carmen Napal Ros 22
- Protocolo informatizado de gestión en quimioterapia intravesical
 Amparo Martí Cervera, M. José Arcas Pérez 24
- Se despide un genio
 Gabriel García Márquez 25
- Mapas de cuidados, procedimientos de enfermería
 José Manuel Remírez Suberbiola, Enrique Pereda Arregui, Herminia Delgado Aguilar, Enrique Blaya López..... 26

La Junta Directiva y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas por los autores en sus artículos.

ENFURO tiene la propiedad de los artículos que contiene. Cualquier reproducción total o parcial de sus contenidos deberá ser autorizada por su autor y el Consejo de Redacción, haciendo expresa mención de la fuente.

EDITORIAL

Rumbo a Huelva

COMO si de una singladura marinera se tratase, partimos hace unos meses del puerto de Valencia y pusimos nuestra nave rumbo a Huelva. En esta bellísima ciudad costera del Atlántico, que tanto sabe de aventuras y descubrimientos, nuestra Asociación volverá a poner en marcha la maquinaria electoral que se definen en nuestros actuales estatutos. En este número encontrareis noticias de la renovación de la parte de la junta que corresponde según nuestras normas.

Dos años se cumplen desde que la nueva presidencia asumió el timón de este barco. No ha estado exenta de complicaciones aunque de todas vamos saliendo. Quizás el cambio de sede ha sido lo mas importante acaecido en nuestra organización en los últimos años. La última reunión de la junta directiva en el mes de Junio, ya se celebró en Francisco Silvela. Menéndez Pelayo queda para la historia de los 24 años que pasó allí la Asociación.

Un nuevo reto: Adecuar los actuales estatutos a nuestra realidad profesional. También de ello se os dará

cuenta en Huelva. La actual Junta ha considerado oportuno adecuar los estatutos a nuestra realidad profesional y de colectivo especializado, para ello os proponemos iniciar entre todos una revisión, sin prisas y razonada, para en el La Coruña someter a votación al reforma y mejoras propuestas.

Premios: Invertimos parte de nuestro presupuesto en beneficiar a los asociados. Actualmente estaban convocados los premios de investigación y de nuevo Logo. A estos se suma el premio Enfuro que, tomando el relevo al Jenaro Vázquez, premiará la mejor publicación de la revista. El Jenaro Vázquez volverá aparecer en La Coruña.

Trabajo hay, estamos vivos y entusiasmados con el colectivo. El congreso de Huelva, el del 25 aniversario, la reforma de estatutos, el cambio de sede, los premios, las elecciones, la propia revista, el estar la tanto del mundo de las especialidades con nuestra inclusión en la federación, y otras tantas cosas hacen que la normalidad y el trabajo sean la tónica de una asociación pujante que tiene como reto el mantener el lugar que siempre tuvo en el mapa de las especialidades de enfermería. ▼

CONVOCATORIA PREMIOS ENFURO A LAS MEJORES PUBLICACIONES

La Asociación española de enfermería en Urología, convoca los PREMIOS ENFURO a las mejores publicaciones.

BASES:

Optan a este premio todos los artículos y trabajos publicados en los números 77 al 82 en la revista Enfuro, órgano de expresión de la AEEU. Se concede dos premios de 1.200 € y 600 € a un primer y segundo premio respectivamente, a aquellos artículos que a juicio del jurado sean considerados como los mejores durante este periodo de edición de la revista

El jurado estará compuesto por:

- Directora de la Revista o persona en quien delegue
- Un representante de Fuden
- 3 Vocales designados por la Junta Directiva de la AEEU de entre miembros de la asociación.
- 1 miembro de la Junta sin voz ni voto que actúa de secretario

No podrán formar parte del jurado aquellas personas que opte a los premios.

Como es tradicional, FUDEN colabora con una dotación económica, aportando las dos terceras partes del importe del premio.

El **fallo del jurado** se efectuará antes del 15 de septiembre comunicándose en los 15 días siguientes el fallo del jurado a los agraciados.

La **entrega de los premios** se efectuará en la sesión de Clausura del Congreso de Huelva.

PREMIO ENFURO A LA MEJOR PUBLICACIÓN EN LA REVISTA

TRADICIONALMENTE la asociación entregaba el premio Jenaro Vázquez a la mejor publicación en la revista durante los dos últimos años. En esta edición la Junta directiva junto con FUDEN, que patrocina económicamente el premio, han optado por nombrar al premio como PREMIO ENFURO, con una dotación económica ampliada, según compromiso en Sevilla. Esta dotación económica se repartirá en dos premios, un primero y un segundo a los que Fuden aporta 600 €, SATSE Andalucía, por mediación de su delegación en Sevilla, otros 600 € y nuestra asociación otros 600. Puestos al habla con el titular del anterior premio, nuestro amigo y compañero Jenaro, se acordó entregar en La Coruña, su lugar de residencia y en el transcurso del 25 congreso, un premio especial con su nombre, a la mejor comunicación presentada.

Agradecemos desde estas páginas la colaboración tanto del titular del premio como de Fuden, en la persona de Victor Aznar y de la delegación en Sevilla.

NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS PARA LOS

VISITA A LA SEDE DEL MINISTERIO DE SANIDAD

COINCIDIENDO con la última reunión de Madrid, varios miembros de la Junta Directiva llevaron a cabo una visita al Ministerio de Sanidad y Consumo para entrevistarse con Berta Sanchiz Ramos, Enfermera y Jefa de Servicio de la Subdirección General de Formación de este Ministerio. Berta trabaja desde hace años en la puesta en marcha y diseño de las especialidades de enfermería y fue muy positiva esta visita ya que informo ampliamente a los miembros allí desplazados de la situación actual del desarrollo de las especialidades, así como de la licenciatura y de la carrera profesional. Por la amabilidad con que nos trató y por la claridad de sus exposiciones, fue un placer departir con esta enfermera que sintiéndose aún asistencial, según sus palabras, ostenta este cargo de responsabilidad en el ministerio. Del avance y estado de estas cuestiones tendremos ocasión de informar y debatir en el próximo congreso y desde las páginas de Enfuro.

MODIFICACIÓN DE ESTATUTOS

LA actual Junta Directiva, ha aprobado en la última reunión, dar inicio a un proceso de reforma de los actuales estatutos. La vigente norma, cumple los 25 años, con distintas modificaciones, y ya estaba necesitando una adecuación a los tiempos en los que desempeñamos nuestra labor.

Para poner en marcha este proceso, se está confeccionando un proyecto borrador que, tras el visto bueno de la Directiva, se entregará a todos los socios que acudan al congreso de Huelva. Posteriormente se hará llegar a los socios que no acudan a este encuentro. Una vez en poder de nuestros asociados, se abrirá un proceso de alegaciones y de enmiendas al proyecto para su aprobación definitiva en el próximo congreso de La Coruña en el 2003, en Asamblea Extraordinaria.

Esta junta Directiva pretende, más que modificar sustancialmente los estatutos, adecuarlos a las situaciones reales de nuestra asociación. La introducción de un lenguaje propios de cuidados, el fomento de la calidad y la excelencia, la investigación y la formación, la educación para la salud, la atención al ciudadano, junto con la racionalización de los miembros de la junta y sus funciones, y el deseo de hacer una asociación participativa, han llevado a la directiva a plantearse el reto de ofrecer a su masa social una norma y un marco de actuación coherentes.

COBERTURA DE VACANTES DE MIEMBROS EN LA JUNTA

RECIENTEMENTE se habían producido las dimisiones de la Secretaria y del Vicesecretario por motivos personales. Al amparo de los estatutos, se ha procedido a cubrir estos cargos con dos socios de Madrid, según se explicita en nuestra norma corporativa. Para dar opción a que cualquier socio de esta ciudad pudiese optar a ostentar estos cargos, se realizó una convocatoria para reunir a los asociados residentes en la capital. Del resultado de estas gestiones, la Junta aprobó nombrar a D. José Luis Aranda como secretario y a D. José M^a Remirez como Vicesecretario. Ambos señores estarán en estos cargos hasta las próximas elecciones, en Huelva 2002 y en el 2004 respectivamente.

CONGRESOS 2002/2003

POCO falta para que Huelva 2002, sea una realidad. En el año en que la asociación cumple sus 25 años, el equipo de Huelva tiene ya prácticamente ultimado el congreso. Nos encontramos en la fase de recepción de trabajos y reserva de inscripción y alojamiento, aunque como en todos, la recta final será trepidante para la organización. Estamos seguros que este será un gran congreso, de gran contenido profesional y cuajado de actividades atractivas para los asistentes.

Si necesitan información pueden ponerse en contacto con el Hospital Infanta Elena de Huelva, Unidad de Formación Continuada, o indicándonos un correo electrónico para establecer un contacto donde enviar información.

Avanzan igualmente los trabajos de preparación del congreso del 2003 en La Coruña. Un miembro de la Junta directiva, tuvo ocasión de comprobar directamente el desarrollo de los trabajos llevados a cabo, informando posteriormente al pleno de la Junta

El equipo que lidera Sagrario del Corral, tiene bastante adelantado y se nota el entusiasmo que le han puesto al proyecto, teniendo concluido temas como sede, tema del congreso, alojamiento, programa de acompañantes, etc. Desde estas páginas nuestro aliento para seguir adelante.

CONVOCATORIA DE ELECCIONES

EN estos días estarán recibiendo los socios en sus domicilios, la convocatoria de elecciones para elegir los cargos, que según los actuales estatutos, corresponde renovar. Estos cargos son: **vicepresidente, secretario, contador, vocal I y vocal IV**. En este envío postal los asociados recibirán instrucciones para presentar su candidatura, llevándose a cabo las elecciones durante el desarrollo del congreso de Huelva.

FE DE ERRATAS Y CORRECCIONES:

En el nº 80 de Enfuro, apareció el artículo titulado: **«En busca de una información ética»**, de la que son autoras las compañeras: Milagros Sagüillo Antolín y Natividad Gómez Mazo, del Hospital de Móstoles de Madrid. Por algún problema en la composición y envío a la imprenta de la revista, se omitió la bibliografía que se aportaba en el artículo. En este número, para general conocimiento, la reproducimos en su integridad. Pedimos disculpas por ello.



BIBLIOGRAFIA

- El Consentimiento Informado: Teoría y Práctica (1). Medicina Clínica. Vol. 100 nº 17. 1993
- Psicología y Medicina. Jano-24-30. Mayo 1991. Vol XL 953
- Técnicas de Investigación Aplicadas a las Ciencias Sociales. Jorge Padua. 1.987. Fondo de Cultura.
- Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios. R. Sierra Bravo. Ed. Paraninfo 1.985
- Aspectos Éticos y Profesionales de la Información y la Comunicación en las unidades de enfermería. Enfermería clínica. Vol.
- El Consentimiento Informado y la Enfermería: Un modelo integral. Jano 29-30 marzo 1995. Vol n. 117.
- Ética en Enfermería. Roser Valls Molins. Ediciones Rol 1997
- Procedimientos de Acción en Ética Clínica. Diego Gracia. Editorial Eudema
- Comunicación e Información. Medicina Clínica. Vol 104-nº 2 1995
- Comunicación entre Enfermera/o-Paciente. Enfermería Científica 1997.
- Cruyff Juega a Favor del Enfermo. Ana Macpherson. «La Vanguardia». 31.X.1991
- El Factor Humano en la Relación Clínica. El binomio Razón-Emoción. Medicina clínica vol 114 nº 16. 2000.

Igualmente corregimos que **en el mismo número**, en el trabajo titulado **«Plan de cuidados estandarizados: cistectomía radical tipo bricker»**, aparece una de las autoras con el nombre Sara Esquinas Torres, debiendo poner Sara Esquinas Gómez. En este caso el dato nos llegó incorrecto, pero de cualquier manera queremos dejarlo subsanado.

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.

**Asociación
Española de
Enfermería
en Urología**

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DOMICILIO.....

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

CORREO ELECTRONICO.....

Solicita la admisión como socio de la Asociación (**Asociación Española de Enfermería en Urología**) por el periodo 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.

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

RAQUEL GUTIÉRREZ RIVERO, MANUEL ALEJANDRO CAMPOS GÓMEZ.
Enfermeros.

Plan de cuidados de enfermería en las neoplasias pélvicas femeninas

INTRODUCCIÓN-RESUMEN

Afortunadamente para la mujer, los cánceres que se forman en su aparato genital, cada día tienen mejor pronóstico, porque en su mayoría se pueden evitar, diagnosticar y tratar con buenos resultados. Los cánceres femeninos no aparecen de forma súbita, el desarrollo de la neoplasia requiere un tiempo, a veces incluso años. Al principio, cuando comienzan a desarrollarse estas enfermedades, normalmente no producen síntomas, la mujer se encuentra aparentemente bien. En estas primeras etapas de su formación si se descubren y se tratan, normalmente, se curan.

En conjunto los cánceres del aparato genital femenino representan más del 50 % de todos los cánceres que pueden desarrollarse en la mujer. Una de cada 100 mujeres que acude a un chequeo preventivo, tendría un cáncer sin saberlo en alguna etapa de su desarrollo.

■ De cada 100 cánceres detectados en el aparato genital femenino, 85 son del cuello uterino. Este cáncer es la primera causa de muerte entre mujeres mayores de 45 años.

■ En el mundo, el cáncer cervicouterino ocupa el segundo lugar. La Organización Mundial de la Salud calcula una frecuencia anual de 460.000 casos.

■ Los de útero siguen en frecuencia a los de mama. Representan el 13 %.

■ Los del cuello del útero varían mucho de una a otra región. Son los más fáciles de prevenir. Representan el 5% y llegan al 50% en algunas zonas.

■ Las neoplasias de los ovarios representan aproximadamente el 4% de todos los cánceres femeninos. Son los que, normalmente, se descubren más tardíamente.

■ Los de los genitales externos suponen alrededor del 3%.

■ Los de la vagina son muy poco frecuentes. Representan el 1 %.

■ Los de las trompas son una rareza y no alcanzan el 1%.

Palabras clave: Neoplasias, Neoplasias Genitales, Planes de cuidados, Pacientes Oncológicos.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La recogida de datos para desarrollar un plan de cuidados debe ser metódica, planificada y completa para detectar las necesidades de la paciente. Para ello se debe utilizar un instrumento de valoración adecuado, basado en un modelo de enfermería y adaptado para recoger información general, pero también amplia información específica sobre los problemas más frecuentes en una unidad.

Aquí proponemos un instrumento de valoración basado en el modelo de Virginia Henderson; que permite obtener información sobre todas las necesidades básicas y también numerosos datos de interés sobre ciertas necesidades que se verán especialmente alteradas en este tipo de afecciones, como son:

Realización /autoestima y comunicación /sexualidad.
(Hoja de valoración de enfermería, ver anexo)

El concepto de paciente oncológico no se queda solamente en el diagnóstico clínico de esta dolencia, es fundamental para la enfermería conocer cuáles son las necesidades que nos demandan estos enfermos en plano físico, psíquico y social, y cuales van a ser los cuidados que en el equipo de salud va a ofrecer en cada fase de la enfermedad. Se pueden distinguir cuatro etapas:

a) periodo diagnóstico

- b) periodo preoperatorio
- c) periodo postoperatorio
- d) durante la incorporación al alta

DURANTE EL PERIODO DIAGNÓSTICO

- Falta de conocimiento relacionado con (en adelante r/c) los procedimientos diagnósticos y/o al significado del diagnóstico.
- Temor r/c la posibilidad de un diagnóstico de cáncer.
- Ansiedad r/c el significado del hallazgo.

Criterios de resultado

- La paciente expresará sus miedos y sus temores acerca del diagnóstico y las consecuencias de éste.
- La paciente conocerá en qué consiste el/los procedimiento/s diagnóstico/s así como los resultados.

Actividades de Enfermería

- Valorar la comprensión que la paciente tiene sobre el diagnóstico potencial y el plan terapéutico; aclarar y explicar cuanto sea necesario.
- Proporcionarle en todo momento apoyo psicológico.
- Proporcionar el tiempo suficiente para que exprese sus sentimientos y temores. Valorar el estado emocional pro-

curando un ambiente relajado, no amenazador, usar técnicas de comunicación terapéuticas, así como preguntas abiertas, cerradas y reflexión.

DURANTE EL PERÍODO PREOPERATORIO

- Falta de conocimientos r/c el procedimiento quirúrgico y rutina preoperatoria.
- Manejo individual inefectivo r/c la incapacidad para aceptar la realidad del diagnóstico de cáncer.
- Temor r/c la intervención quirúrgica.
- Ansiedad r/c el resultado de la operación

Criterios de resultados

- La paciente conocerá en qué consiste la intervención a la que va ser sometida.
- La paciente manifestará su temor a la intervención.
- La paciente aceptará en la medida de lo posible el diagnóstico de cáncer.

Actividades de Enfermería

- Ayudar a la paciente a la identificación y desarrollo de un sistema de apoyo
- Proporcionar apoyo a los familiares
- Consultar con el facultativo la posibilidad de suministrar algún fármaco que relaje a la paciente en caso de ansiedad.
- Procurar que la paciente exprese sus temores, miedos, desconocimientos, etc... acerca de la patología, intervención, procedimientos, etc.
- Aclarar todas las dudas que nos planteen la paciente y sus familiares.

DURANTE EL PERÍODO POSTOPERATORIO

- Potencial de infección r/c la herida quirúrgica.
- Dolor r/c la cirugía.
- Riesgo elevado de déficit de volumen de líquidos r/c con la hemorragia postoperatoria.

Criterios de resultados

- La paciente identificará aquellas posturas que le resultan más cómodas y menos dolorosas.
- La paciente demostrará la capacidad de realizar movimientos y cambios posturales progresivamente.
- La paciente expresará una mejoría del dolor.
- La paciente demostrará capacidad para su autocuidado.

Actividades de Enfermería

- Control de las constantes vitales.
- Suministrar los fármacos prescritos.
- Aplicar masajes en la espalda, que son especialmente beneficiosos para las pacientes que permanecieron en posición de litotomía durante la intervención quirúrgica
- Vigilar desde la salida del quirófano la presencia de sangrado a través de la incisión quirúrgica.
- Valorar la hemorragia postoperatoria cada 2 ó 4 horas; observar la cantidad y características de las secreciones en los apósitos y compresas perineales si se utilizó el

abordaje abdominal o sólo en las compresas perineales si se utilizó la vía vaginal.

- Vigilar signos de hemorragia/shock: aumento de la frecuencia cardiaca, piel fría, palidez, taquipnea... Así como revisar los valores del hemograma completo para detectar evidencias de hemorragia: disminución de la Hb y hematocrito. Y comunicar al médico los hallazgos significativos.
- Inspeccionar el abdomen en busca de distensión y valorar en la paciente un dolor abdominal grave; ambos signos son indicadores de hemorragia interna.
- Proporcionar apoyo emocional y una atmósfera relajada a la paciente para que plantee sus preguntas, preocupaciones, temores,...
- Prevea la preocupación de la paciente sobre el cáncer, pérdida de útero, ovarios,... el potencial de recidiva y la «pérdida de la feminidad».
- Animar a la paciente a que realice su propio autocuidado.
- Asegurar la permeabilidad del catéter permanente.
- Informar a la paciente y familia los signos de hemorragia excesiva y la necesidad de comunicarlo al personal.

DURANTE LA INCORPORACIÓN AL ALTA

- Temor r/c el resultado desconocido del procedimiento.
- Posible disfunción sexual r/c alteración de la imagen corporal, miedo después de la intervención quirúrgica, dolor, disminución de las secreciones.
- Falta de conocimientos relacionado con los recursos sanitarios, actividad y ejercicios postoperatorios y alteraciones y sensaciones postoperatorias y a la falta de comprensión de la importancia que tiene la atención del seguimiento.
- Alteración de la imagen corporal r/c la pérdida de cualquier órgano genital (útero, ovario,...)

Criterios para el alta

- La paciente conocerá el resultado del procedimiento potencial y el plan terapéutico.
- La paciente antes del alta expresará su aflicción y nos comunicará sus preocupaciones.
- La paciente expresará las dudas que pueda tener referentes a la medicación, autocuidado, revisiones, vida sexual...
- La paciente expresará verbalmente el conocimiento de pautas a seguir en cuanto al tratamiento farmacológico, los cuidados de seguimientos necesarios, así como un plan de actividad sexual satisfactoria.
- La paciente reconocerá la necesidad de compartir los sentimientos y preocupaciones relacionados con la patología.

Actividades de Enfermería

- Determinar la necesidad de la paciente de comunicar sus temores, miedos y preocupaciones relativas al funcionamiento sexual.
- Advertirle que use medicamentos o técnicas de relajación, antes de la actividad sexual para ayudar a la prevención de malestar.

- Si disminuye la lubricación vaginal, recomendar un lubricante hidrosoluble.
- Sugiera que la mujer adopte la posición superior en el coito para controlar la profundidad de la penetración.
- Proporcionarle una explicación detallada acerca de los fármacos (dosis, efectos secundarios, complicaciones, pautas...) así como los cuidados de seguimientos necesarios.
- En los casos indicados explicar el uso de dilatadores vaginales para prevenir atrofia. Se insertan una vez al día durante cinco minutos.
- En caso de que exista incisión quirúrgica, explicar su cuidado para una correcta cicatrización y cómo evitar la infección.
- Indicar a la paciente que acuda al médico en caso de que aparezca alguno de los siguientes síntomas: hemorragia rectal, hemorragia vaginal, tenesmo, hematuria, dolor, secreciones vaginales o disuria.
- Normalmente la reanudación de las relaciones sexuales se pueden producir seis semanas después de la intervención o cuando lo determine el facultativo.
- En caso de histerectomía indicarle además que debe evitar elevar cargas de más de cuatro kilos de peso.
- Preguntarle si desea hacernos alguna pregunta o si tiene alguna duda. Debemos aclarar y explicar cuanto sea necesario.
- En caso de que la paciente tenga que ser sometida a quimioterapia, indíquele que el embarazo debe demorarse al menos dos años desde la finalización de ésta.

CONCLUSIÓN

La palabra «cáncer», adquiere inmediatamente el sinónimo de muerte, y éste es vivido inevitablemente -y razonablemente- como un hecho trágico. El significado de un diagnóstico de cáncer en particular es completamente personal y surge de numerosas fuentes, como las experiencias personales con esta afección, los prejuicios, la información proporcionada por los medios de comunicación... Por eso, la enfermera debe recordar que cada individuo diagnosticado de esta enfermedad atraviesa por una situación única, enmarcada por sus experiencias muy personales de vida.

Los cuidados de Enfermería dirigidos a mujeres afectadas de neoplasias pélvicas, deben estar enmarcados por una labor sistémica de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Ello nos permitirá disponer de una visión global de las necesidades de las pacientes y la satisfacción de éstas de manera organizada y en base a unos cuidados de calidad. Las enfermeras/os que realicen los cuidados a este tipo de pacientes deben tener siempre presentes que sus pacientes no se enfrentan sólo a una neoplasia, sino que también se encuentran frente a la incertidumbre de su futura vida sexual, reproductiva, «pérdida de la feminidad», miedo frente a una posible recidiva del mal... y otros muchos fantasmas que rondan sus mentes desde el momento mismo del diagnóstico de la enfermedad. Por ello es fundamental proporcionar durante el proceso toda aquella información que demande y precise la paciente sobre los procedimientos empleados, el significado de los resulta-

LAS ENFERMERAS/OS QUE REALICEN LOS CUIDADOS A ESTE TIPO DE PACIENTES DEBEN TENER SIEMPRE PRESENTES QUE SUS PACIENTES NO SE ENFRENTAN SÓLO A UNA NEOPLASIA, SINO QUE TAMBIÉN SE ENCUENTRAN FRENTE A LA INCERTIDUMBRE DE SU FUTURA VIDA SEXUAL, «PÉRDIDA DE LA FEMINIDAD», MIEDO FRENTE A UNA POSIBLE RECIDIVA DEL MAL... Y OTROS MUCHOS FANTASMAS QUE RONDAN SUS MENTES DESDE EL MOMENTO MISMO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD.

dos,... teniendo presentes factores como son el nivel cultural, capacidad de aceptación,...La comunicación aparentemente es un proceso sencillo, pero para que sea eficaz exige diligencia y constancia. También hay que tener siempre en cuenta en este tipo de afecciones la edad de la paciente, situación personal, paridad... ya que no tendrá el mismo significado, ni provocará los mismos miedos una enfermedad de este tipo en una mujer joven nulípara, que en otra próxima a la menopausia o en una mujer con varios hijos aunque sea joven.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Diagnósticos de Enfermería. 4ª Edic. Carpenito JL. Madrid. Edit. Mc Graw-Hill Interamericana 1993.
- Tratado de Obstetricia y Ginecología. Vol II: Ginecología. J.A. Usandizaga. P. De la Fuent. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana
- Year Book de Obstetricia y Ginecología. 1997. Daniel R. Mishell, J.R. Thomas, H. Kirschaum, C. Paul Morrow. Edit. Tedec-Meiji Farma S.A.
- Atlas TMN. Tumores de mama. Tumores Ginecológicos. B.Spielss, O.H. Beahrs, P. Hermanek, R.V.P. Hutter, O. Sheibe, L.H. Sobin, G. Wagner. Edit. Zeneca Farma
- Guía de Ginecología. Jorg Benz, Eric Glatthar. Edit. Grass S.A
- Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. 3ª Edic. Pamela L. Swearingen. Edit. Harcourt Brace. 1998
- Diccionario de Enfermería. J. Quevauvilliers. L. Pelemter. Edit. Paradigma
- Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. M. Phaneuf. Edit. Interamericana. Mc Graw-Hill: 1993
- Diagnóstico Precoz del Cáncer Genital Femenino. González-Merlo J. Edit. Salvat; 1981.
- Ginecología. Copeland, Edit. Panamericana S.A; 1994
- El pensamiento enfermero. Suzanne Kérouac, Jacinthe Pepin, Francine Ducharme, André Duquette, Francine Major. Edit. Masson; 1996. ▼

GONZÁLEZ MANZANO, VÍCTOR MANUEL; MACARRO ESPINO, EMILIO JESÚS.

Alumnos de tercer curso de Enfermería de la Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Docente Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

GONZÁLEZ BURGUILLOS, JOSÉ ÁNGEL.

Diplomado en Enfermería. Profesor Asociado Médico-Quirúrgica Escuela de Ciencias de la Salud, Unidad Docente Hospital Universitario de Valme. Sevilla. Supervisor Hospital Universitario de Valme.

JURADO HERNÁNDEZ, ROSARIO.

Diplomado en Enfermería. Directora del Centro de Salud Dos Hermanas A. Sevilla.

Evaluación de los conocimientos adquiridos sobre Enfermería en Urología en las EUE de España

RESUMEN

Estudio multicéntrico sobre los conocimientos adquiridos en Enfermería en urología en las diferentes EUE españolas. Elaborado por alumnos de tercer curso de la Escuela Ciencias de la Salud, Unidad Docente del Hospital Universitario de Valme y tutores encargados de su formación.

Para ello se elaboró una encuesta que fue remitida a los delegados de segundo y tercer curso de todas y cada una de las Escuelas españolas.

Palabras clave: Enfermería en urología, Formación, Conocimientos, Escuelas Universitarias Enfermería Españolas.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del curso académico 2000-2001, planteamos la posibilidad de establecer un estudio multicéntrico a nivel nacional sobre los conocimientos adquiridos en Enfermería urológica en las diferentes EUE de España.

Su elaboración fue fruto de la colaboración entre alumnos de tercer curso de la Escuela Ciencias de la Salud de Sevilla pertenecientes a la Unidad Docente del Hospital Universitario de Valme y tutores encargados de su formación, cuya aportación se limitó a supervisar la metodología y la elaboración del cuestionario.

OBJETIVOS

- 1º. Cuantificar los conocimientos adquiridos en Enfermería en urología durante el transcurso de la Diplomatura en las 99 Escuelas españolas.
- 2º. Conocer dichos conocimientos, así como el nivel de satisfacción personal que obtuvieron.

MATERIAL Y MÉTODO

Partiendo del conocimiento de la localización de todas las EUE de España (99), procedimos a ponernos en contacto telefónico con los delegados de segundo y tercero de dichas escuelas a los que tratamos de implicar en nuestro proyecto.

Serían los receptores de un sobre que contendría 10 encuestas para que las distribuyeran a los compañeros que estaban realizando las prácticas clínicas en las Unidades de urología. Conjuntamente le remitíamos un sobre franqueado para la devolución de las encuestas una vez cumplimentadas.

Contamos con la colaboración mayoritaria de los compa-

ñeros salvo determinadas excepciones por motivos diversos y justificados.

Confeccionamos un cuestionario basándonos en criterios publicados que consultamos. Esta encuesta contaba con 30 ítems (ANEXO 1), seleccionados de 73 que se propusieron. Los contenidos de los ítems se basaron en nuestra percepción de los conocimientos adquiridos en la Escuela tanto en periodo teórico como en las prácticas hospitalarias.

Estos contenidos versaban sobre:

- Cuándo se produjo la toma de contacto con las actividades relacionadas con la Enfermería en Urología.
 - Qué contenidos y temas manejaron, así como los métodos utilizados para recibir la información.
 - Quién impartió el temario.
 - Cuantificación y ubicación de las prácticas realizadas.
 - Cualificación de los conocimientos adquiridos:
 - Quirúrgicos y no quirúrgicos.
 - Pruebas diagnósticas y tratamientos especiales.
 - Oncología, pacientes terminales y citostáticos.
 - Incontinencia urinaria.
 - Disfunción eréctil.
 - Sondajes, catéteres y lavados vesicales.
 - Balance hidroelectrolítico.
 - Modelo de Plan de Cuidados utilizado (Henderson, Orem...).
 - Evaluación y autoevaluación de conocimientos adquiridos.
- En este punto pasamos a la parte más mecánica del trabajo, la confección y fotocopiado de todos los ejemplares de las encuestas, así como de la compra de sobres y sellos. Todo ello generó unos gastos que fueron compartidos por los miembros del equipo:
- Costo del envío: 240 Pts por sobre (39.600 Pts).

- Costo de papelería: 10.500 Pts.
- Costo de fotocopias: 24.600 Pts.
- Total: 74.700 Pts.

A mediados de Enero de 2001 se procedió al envío de 82 sobres que contenían 10 encuestas cada uno.

De las 820 encuestas enviadas, al comienzo de la tabulación se habían recibido 620. posteriormente no se nos remitió ningún sobre más, suponemos que por la llegada de las vacaciones estivales.

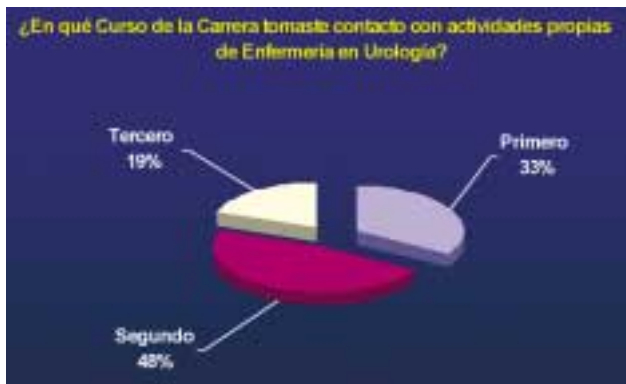
Determinadas Escuelas, concretamente 17, no fueron captadas para el estudio; en algunos casos por imposibilidad de colaboración de los compañeros e incluso por finalización del presupuesto económico con el que contábamos.

La recepción de los sobres se inició en Febrero y finalizó en Mayo. Comenzamos a tabular datos en Junio de 2001.

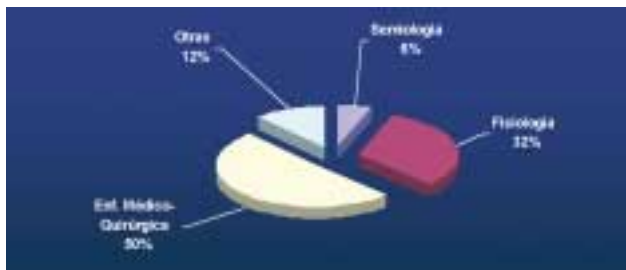
RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Del análisis de los datos obtenidos, destacamos como más relevantes:

1º. El mayor porcentaje (48%) de alumnos tomaron contacto con la Enfermería en urología en el segundo curso.



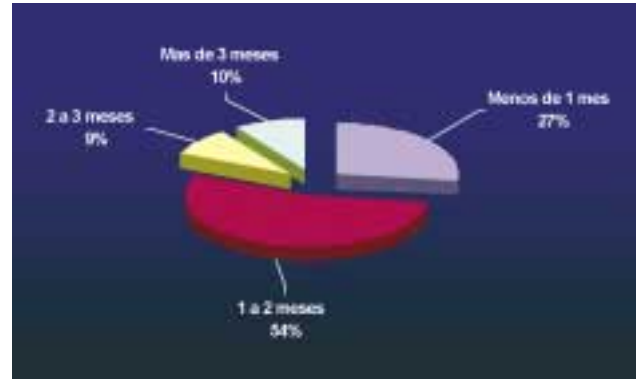
2º. El 50 % de los contenidos son impartidos en la asignatura de Médico-Quirúrgica.



3º. El profesorado encargado de transmitir estos conocimientos son Enfermeros/as en un 58%.

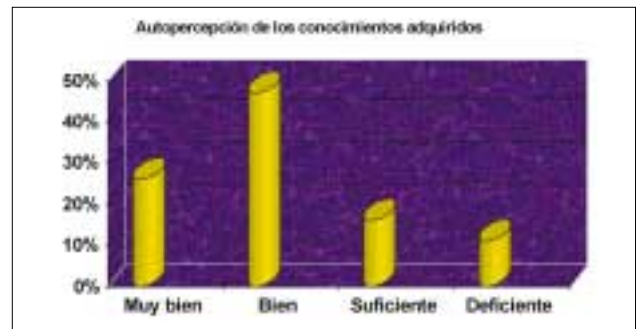


4º. La duración de las prácticas es de 2 meses en un 54 %, siendo estas en hospitalización en un 62 %.



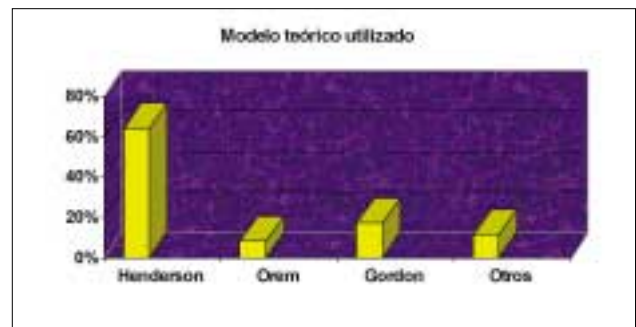
5º. Respecto a cada una de las técnicas urológicas empleadas, los estudiantes percibieron que sus conocimientos eran:

- Deficientes: 11%, principalmente en Enfermería oncológica, aplicación de catéteres y disfunción eréctil.
- Suficientes: 16 %.
- Buenos: 47 %.
- Muy buenos: 26 %.



Somos conscientes del matiz de sesgo que puede tener la autopercepción de los conocimientos, lo que es suficiente para unos, puede ser deficiente para otros. Influyen varias dimensiones: el vagaje cultural, la inquietud, el aprovechamiento y optimización del tiempo, las relaciones con otros profesionales, el conformismo, incluso la vocación.

6º. El modelo teórico más utilizado (64 %), es el de Virginia Henderson.

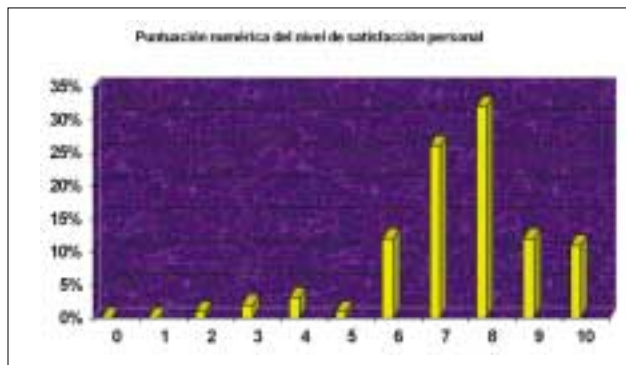


7º. El nivel de satisfacción personal obtenido tras la realización de las prácticas clínicas de Enfermería en uro-



Unidad Docente EUE Hospital Virgen de Valme, Universidad de Sevilla.

gía fue valorada positivamente con una puntuación de 8 en un 32 % de los casos.



Esta escala numérica del 0 al 10, siendo 0 completamente insatisfecho y 10 completamente satisfecho, dejaba el abanico de opciones abierto a manifestar distintos grados de satisfacción. Si bien, la cantidad no es sinónima de calidad, es alentador observar que un alto número de compañeros aprovecharon y disfrutaron de sus prácticas de Enfermería en urología.



BIBLIOGRAFÍA

- Castro R. P., García S. M., Isasi F. C., Méndez P. C., «Cómo construir un cuestionario». Revista ROL de Enfermería. Nº 185. Enero 1994. Pag. 26-29.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. "Metodología de Investigación y Escritura Científica en Clínica". 1994.
- Carrasco J. L. «El método estadístico en la investigación médica». Tercera edición 1986.
- Kozier, Erb y Olivieri. «Enfermería Fundamental. Conceptos, procesos y prácticas» Cuarta edición. Editorial Interamericana. McGraw-Hill.
- Notter L. E.; Hott J. R. «Principios de la investigación en Enfermería». Editorial Doyma. Barcelona 1992.
- G^a Martín-Caro C. et al. «Metodología de la Enseñanza en Enfermería». Madrid: Instituto Nacional de la Salud. 1991.
- Alemán S., Calvo F, Ojeda B., Díaz J. «Las practicas de Enfermería ¿crecimiento o deterioro?. Situación de los alumnos previa a las prácticas de Enfermería Clínica». 1998; 194-195: 25-30.
- Rodríguez Legido, C. Profesora de la asignatura de «Sociología de la salud» Escuela Universitaria Ciencias de la Salud. Sevilla. Doctora en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid.

Congresos • Jornadas

Curso de Aprendizaje en Urodinámica para Enfermería

MADRID, 15-16 de noviembre 2002

INTRODUCCIÓN:

La creciente demanda por parte de la Enfermería en el conocimiento y manejo de los Equipos de Urodinámica en los diferentes hospitales de la red Sanitaria, nos ha animado a crear estos cursos con vocación de continuidad en el futuro.

Estos, están diseñados para realizar un aprendizaje en el uso de las técnicas exploratorias en Urodinámica dirigidos a DUE, ATS y Fisioterapeutas y que serán realizadas de forma intensiva a lo largo de 2 jornadas.

El programa está estructurado en 4 sesiones, 2 por la mañana y dos por la tarde. Los participantes serán divididos en grupos de cinco, disponiendo cada grupo de un Equipo de Urodinámica y un Tutor.

Las sesiones serán eminentemente prácticas y se realizarán diversos estudios, pudiendo los asistentes familiarizarse en el manejo del equipo de Urodinámica y del material fungible necesario.

OBJETIVOS:

1. Conocimiento de los equipos de Urodinámica, necesario para la práctica de los estudios.
2. Aprendizaje de la realización de flujometría con y sin EMG de superficie, cistomanometría con llenado vesical, test presión detrusor/flujo miccional, biofeedback, reeducación del suelo pélvico, perfil uretral y EMG selectiva periuretral.
3. Aprendizaje de los diferentes tipos de material necesario para las exploraciones.

Programa preliminar

VIERNES 15 NOVIEMBRE

- 09:00-09:30 **Bienvenida e introducción al curso**
Dr. Menéndez Ondina, L
Dr. Rapáriz González, M.A
- 09:30-10:00 **Fundamentos y desarrollo de la urodinámica**
Dr. Bustamante Alarma, S
- 10:00-10:30 **Metodología y aplicación científica**
Prof. Carballido Rodríguez, J
- 10:30-11:00 **Equipamiento de un gabinete de urodinámica. Material fungible**
Dr. Hernández Lao, A
- 11:00-11:30 **Estudio urodinámico completo**
Dr. Vázquez Alba, D
- 11:30-12:00 **Manejo del programa informático**
Dr. Reina Rodríguez, G
- 12:00-12:30 **Perfil uretral. Indicaciones e interpretación**
Dr. Díez Díez, J
- 12:30-13:00 Pausa café
- 13:00-13:30 **Flujometría con EMG, reeducación del suelo pélvico y biofeedback**
Dr. Bustamante Alarma, S
Dr. Vázquez Alba, D
- 13:30-14:00 **Electromiografía selectiva periuretral**
Dr. Salinas Casado, J. *Hospital Clínico San Carlos. Madrid*
- 14:00-16:00 Comida de trabajo
- 16:00-16:30 **Preparación de los equipos para su utilización (por grupos)**
- 16:30-17:00 **Flujometrías libres**
- 17:00-17:30 **Preparación de los pacientes, cistomanometría y presión detrusor/Flujo miccional**
- 17:30-18:00 **Video de Introducción a la Urodinámica 1ª parte**

SÁBADO 16 NOVIEMBRE

- 09:00-14:00 **Curso práctico.**
- 14:00-16:00 Comida de trabajo
- 16:00-16:30 **Flujometría libre con EMG de superficie**
- 16:30-17:00 **Reeducación del suelo pélvico y biofeedback**
- 17:00-17:30 **Electromiografía selectiva periuretral**
- 17:30-18:00 **Video de Introducción a la Urodinámica 2ª parte (Interpretación de registros). Entrega de Certificados. Clausura**



Curso de Aprendizaje en Urodinámica para Enfermería

MADRID, 15-16 de noviembre 2002

Recientemente, la AEEU, ha contactado con miembros de la Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología para poner en marcha acciones conjuntas e intercambio de información, tanto en materia de actividades formativas como de publicaciones científicas de las revistas de ambas sociedades. Como primer elemento de colaboración ofrecemos desde estas páginas este curso, que nace con vocación de continuidad y formato itinerante para llevarlo a otras provincias. En la edición primera del 2002, se inaugura en el hospital que lo organiza: Puerta de Hierro.

MIEMBROS DE LA SINUG:

- Dr. Araño Beltrán, P.** Presidente Fundación PuigVert. Barcelona
- Dr. Marqués Queimadelos, M.** secretario Hospital Clínico Santiago de Compostela
- Dr. Batista Miranda, J.E.** Tesorero Fundación PuigVert. Barcelona
- Dr. Rapariz González, M.A.** Vocal de Publicaciones Científicas. Hospital Dr. Negrín, Gran Canarias. Las Palmas

COLABORACIÓN:

- Laboratorios Pharmacia- Spain
- Equipos Dantec/Synmec
- Material funfible Porgés

FECHA:

Madrid, 15-16 de Noviembre de 2002

INSCRIPCIÓN/CONTACTO:

Sra. Alicia Bernácer (Servicio de Urología)
C/ San Martín de Porres nº 4. 28035 Madrid
Tfno.: 91/3464040. Fax: 3730535. E-mail: urodinamiaph@yahoo.es
SECRETARÍA CIENTÍFICA Y ADMINISTRATIVA:
Srta. Alicia Bernácer (Servicio de Urología)
Telf. 91/316 22 40-41 y Fax: 373 05 35

INCLUYE: Carpeta de trabajo, certificado de asistencia y almuerzos. Inscripción gratuita por orden de recepción de solicitudes. Los socios de la Asociación de Enfermería en Urología, deben hacerlo saber a la hora de la solicitud. La organización lo tendrá en cuenta como criterio de selección.



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Apellidos Nombre

Centro de Trabajo

Dirección

Población C.P

Tfno Fax E-mail

Congresos • Jornadas

XXIV Congreso Nacional AEEUDeclarado 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		Viernes 18	
16,30 a 17,30 h.	Entrega de documentación.	09,30 h.	La continuidad en los cuidados.
18,00 h.	Conferencia inaugural.	10,30 h.	Comunicaciones a la ponencia.
21,00 h.	Recepción Ayuntamiento de Huelva.	11,15 h.	Mesa redonda.
Jueves 17		12,00 h.	Descanso.
09,30 h.	La excelencia de los cuidados.	12,30 h.	Guias para la práctica enfermera.
10,30 h.	Comunicaciones a la ponencia.	13,30 h.	Comunicaciones a la ponencia.
11,15 h.	Mesa redonda.	14,15 h.	Mesa redonda.
12,00 h.	Descanso.	15,00 h.	Almuerzo de trabajo.
12,30 h.	La gestión por procesos.	21,00 h.	Visita a la ermita del Rocio.
13,30 h.	Comunicaciones a la ponencia.	Sábado 19	
14,15 h.	Mesa redonda.	09,30 h.	Perspectivas de futuro en la Enfermería urológica.
15,00 h.	Almuerzo de trabajo.	10,30 h.	Comunicaciones a la ponencia.
21,00 h.	Visita a las Bodegas de Luis Felipe.	11,15 h.	Mesa redonda.
22,00 h.	Cena.	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**Fecha límite recepción de comunicaciones: 15 DE JULIO 2002****Cuotas de Inscripción:**

Marcar X	Antes del 15 de Septiembre de 2002	A partir del 16 de Septiembre de 2002
Socios	270 €	300 €
No Socios	312 €	342 €
Acompañantes	210 €	240 €
Estudiantes	150 €	180 €
Sólo actos científicos	180 €	210 €

Tarifas hotel:

CATEGORIA	HOTEL	Hab. doble (2 Pers.)
**	Hotel Los Condes	50,03.-EUR
**	Hotel Marina	50,79.-EUR
***	Hotel Tartessos	83,60.-EUR
***	Hotel Monte Conquero	90,96.-EUR
****	Hotel Luz Huelva	96,46.-EUR

Todos los precios incluyen e impuestos vigentes



VIAJES ECUADOR
 Agencia de Viajes C.I.E. nº 68
 Avda. Martín Alonso Pinzón, 15
 21003 HUELVA
 Tlf.: 959 253 100
 Fax: 959 281 682
 e-mail: huelva@viajesecuador.net



Para más información :

SECRETARIA CIENTIFICA:

Unidad de Formación Hospital Infanta Elena. Telf.: 959015100 ext.: 246

XXIV Congreso Nacional AEEU

La Enfermería Urológica hacia la excelencia de los cuidados

HUELVA, 16 al 19 de octubre 2002

EVA GÓMEZ GARCÍA, ESPIRITUSANTO PEÑAS CASTILLEJO, M^º ANGELES HORRILLO GUTIÉRREZ DE TENA, PEDRO MIGUEL GONZÁLEZ SÁNCHEZ
Servicio de Urología, Hospital «Valle de los Pedroches», Área sanitaria Norte de Córdoba.

Correspondencia: Pedro Miguel González Sánchez. C/ Miguel García Castillo, 12. 14.400 Pozoblanco, Córdoba

Revisión de los cuidados en la hidrocelectomía en un hospital comarcal

RESUMEN

El hidrocele, clásicamente ha sido tratado quirúrgicamente, aunque sobre el tipo de anestesia no existe un criterio unificado. En nuestro centro se utiliza con preferencia la anestesia local con sedación

El presente estudio revisa el procedimiento seguido y las complicaciones en las hidrocelectomías de los diez últimos años (1991-2001) llegando a la conclusión de que la anestesia local es bien tolerada, disminuye la estancia hospitalaria y no aumenta las complicaciones, aunque requiere mayor atención del personal de enfermería y colaboración del paciente durante el proceso

Palabras clave: Hidrocelectomía, Anestesia Local, Sedación, Hospital Comarcal.

INTRODUCCIÓN:

El hidrocele es la acumulación de líquido entre la túnica vaginal y el testículo. Tradicionalmente dicha patología ha sido tratada quirúrgicamente, aunque sobre el tipo de anestesia no se ha consensuado un criterio único. Sin embargo será esta la que determine, en gran medida la morbilidad y el nivel de dependencia del paciente.

En nuestro hospital se utiliza con preferencia la anestesia local con sedación aunque esta requiera mayor colaboración del paciente en la intervención y cuidados posteriores, por lo que se deben consensuar protocolos de preparación y mentalización del mismo.

OBJETIVOS:

Descripción de la continuidad en los cuidados de enfermería en los distintos niveles de actuación sobre el paciente: Consulta externa, planta hospitalización, área quirúrgica.

Evaluar la eficiencia de la anestesia local frente a la anestesia general

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza estudio retrospectivo de las hidrocelectomías realizadas entre enero de 1991 y marzo de 2001 en el Hospital Valle de los Pedroches.

Se recopilan los historiales del archivo revisándose un total de 96 historias clínicas de las que se analizan los siguientes datos:

- Edad
- Localización del hidrocele
- Tipo de anestesia
- Ant. Personales
- Complicaciones precoces y tardías de la cirugía
- Valoración realizada a los tres meses de la intervención

Los datos se introducen en una base de datos Microsoft® Access y exportados a Excel para su tratamiento estadístico mediante tabla de diseño propio.

PROCEDIMIENTO

Consulta Externa

Una vez indicada la intervención al paciente se le informa de la técnica a utilizar, así como el tipo de anestesia, firmando este el consentimiento informado en el mismo acto.

Como planteamiento inicial la anestesia local con sedación es de primera elección, en un n^º reducido de casos se utiliza la anestesia general o locoregional por las siguientes causas:

- Patología quirúrgica concomitante más grave que el hidrocele
- Estimar que el tiempo de anestesia es menor a la duración prevista de la intervención
- Falta de colaboración del paciente

Unidad Hospitalización:

El paciente ingresará la tarde anterior a la intervención llevándose a cabo la norma de acogida de la unidad. Con posterioridad al presente estudio se ha comenzado a ingresarlos a las 7:00 del día de la intervención.

La preparación del paciente consiste en rasurado, canalización de vía periférica, profilaxis antibiótica y profilaxis gástrica. Durante la realización de estas técnicas enfermería debe aprovechar para contestar todas las dudas que plantee el paciente contribuyendo así a disminuir su ansiedad

Área Quirúrgica:

El paciente llega a la antesala de quirófano donde es recibido por la enfermera asignada, esta se identifica y comprueba la identidad del paciente, revisa la H^ª clínica en especial la verificación de la patología y la realización de los protocolos previos.

Una vez en la mesa de quirófano se monitoriza el EKG, la Presión arterial y pulsioximetría, tras lo cual se procede con la sedación por vía intramuscular según prescripción.

Durante el acto quirúrgico enfermería valorará, continuamente:

Las constantes vitales de los pacientes, TA, FC, FR, sudoración, etc. El nivel de conexión con el medio, que el sujeto permanezca inmóvil, el grado de analgesia logrado con la anestesia. Una vez finalizada la intervención el paciente es

trasladado directamente a la unidad de hospitalización, donde se valorará:

El estado de consciencia, aún puede estar bajo los efectos de la sedación; Constantes vitales; Existencia de dolor; Aspecto del apósito. Iniciaré el tratamiento pos operatorio. Registrará todas la actividades que ha realizado.

La primera cura se realiza al día siguiente de la intervención procediendo a la retirada del drenaje, si lo hubiere, y si no existen complicaciones se procede a alta hospitalaria. Junto al informe de alta se le indican al paciente y a la familia las instrucciones que debe seguir, con la finalidad que sean capaces de resolver cualquier eventualidad que se les presente en su domicilio. En definitiva debemos fomentar el autocuidado.

Una vez de alta su enfermera del centro de salud le realizará la cura durante los primeros días, adiestrando al paciente y familia para su realización hasta que se le caigan los puntos.

RESULTADOS

Revisadas 96 historias, se obtienen 89 que reúnen los criterios del estudio (92,7%).

Se retiran 4 porque finalmente renunciaron a intervenirse, 2 casos eran recidivas previas al periodo estudiado y en tres casos el hidrocele se trataba como patología secundaria a otro proceso más complicado.

La Edad media de la muestra fue de 56.23 años con unos márgenes de 79 y 16 años

El tipo de anestesia empleada fue en 76 casos local con sedación(85,39%), 7 con raquídea (7,87%) y 6 casos con general (6.74%). Localización: Derecha 43

Izquierda 40
Bilateral 6

Presentaban factores de riesgo:

Sin antecedentes	39	43,82%
f. cardiológico	25	50%
F Respiratorios	3	6%
F. Digestivos	9	18%
Varias*	13	26%

* (alergia medicamentosa, tumor, diabetes, falta colaboración, etc.)

En los 13 pacientes sometidos a Anestesia general o loco-regional, la causa que origina este tipo de anestesia se divide en 4 por patología asociada que alarga el tiempo de intervención (2 hernias, 1 varicocele, 1 quiste de cordón) en un caso por hidrocele gigante y otro por falta de colaboración, en el resto de los casos no consta el motivo.

De los 76 pacientes que se intervienen con local más sedación 6 poseen una patología asociada: quiste de cordón, hernias, fimosis, epididectomía.

COMPLICACIONES

Local más sedación. De los 76 pacientes, 17 (22,76%) presentan complicaciones leves y ninguno de ellos complicaciones graves:

Bradycardia	2
Desconexión del medio	5
Hematomas	4
Sind. febril	3
Retención de orina	1

Ataque de gota	1
Edema	5
Granuloma	1

A. general. De los 13 intervenidos con general 6 presentan complicaciones (46,15 %).

3 Sind. febril
3 Edemas
1 HTA
1 Hematoma

Al comparar las complicaciones con el tipo de anestesia, mediante el test de la «Chi cuadrado» observamos que existen diferencias significativas con $p = 0.07$. Probablemente al aumentar la muestra, esta «p» sería menor y, por tanto la fuerza de asociación mayor. Si somos estrictos, como la «p» no es menor a 0.05 tendríamos que decir que no existen diferencias. **Estancia media. La anestesia local** con sedación nos proporciona una estancia media de 39.7 horas (min 36h, y max. 96h). En **la anestesia locoregional y general** la estancia media es de 54.5 horas (min 36 h, y max 120h). Ningún paciente tuvo que ser reingresado.

CONCLUSIONES

La hidrocelectomía con anestesia local más sedación se lleva a cabo en nuestro hospital con buena tolerancia en la mayoría de los casos y en este estudio observamos que este tipo de anestesia no aumenta las complicaciones.

Con anestesia local el paciente es trasladado directamente del quirófano a la unidad de hospitalización no siendo necesario su paso por la unidad de reanimación con el consiguiente alivio para el paciente y la familia.

En los casos que se optó por la anestesia general fue determinante la coexistencia de otra patología asociada, en la que «se aprovecha» para resolver el hidrocele.

Este tipo de intervención con anestesia local implica un gran ahorro para la institución sanitaria dado lo corto de la estancia media.

BIBLIOGRAFIA

- Marchal Escalona C.; Chicharro Molero J.A.; Martín J.A.; Martín Morales A. y cols.: *La Anestesia Local en el tratamiento quirúrgico del hidrocele y quiste de cordón espermático*. Actas Urol. Esp;17:68-72.1993
- Valero Puerta J.A., Medina Pérez M., Guerrero Guerra J.L. y Cols.: Realización de cirugía mayor ambulatoria en urología, dentro de una unidad integrada. Actas Urol. Esp;23:523-527. 1999
- Vargas C., Rius G: Cirugía Urológica sin ingreso. Actas Urol. Esp;17:87-88.1993
- Sampietro A., Vaqueriza A., Fernández A. y Cols: Cirugía mayor ambulatoria en urología: Arch Esp Urol;48:343-346-.1995
- Kaye KW. Clayman RV., Lange PH.: Outpatient hydrocele and spermatocele repair under local anesthesia. J. Urol; 130:269-271.1983
- Rodríguez WC., Rodríguez DC., Fortuño RF.: The operative treatment of hydrocele. A comparison of four techniques. J Urol;125:804-805.1981.
- García Maynar M. P.: Por donde comenzar para poder publicar un artículo en una revista científica. Enfuro; 78:10-11.2001. ▼

Fº JAVIER AGUDO DOMINGUEZ. CLARA DEL SOLAR GUTIERREZ.

Hospital Universitario de Puerto Real. *Comunicación al XXIII Congreso de la A.E.E.U*

Dirección de contacto: Fº Javier Agudo Dominguez Avda Ana de Viya 32 10º B. 11009 - CADIZ. Tfno: 956 20 05 78

Implantación de un protocolo de sondaje vesical en cirugía mayor ambulatoria

RESUMEN

La cirugía mayor ambulatoria cma supone una transformación irreversible de la actualidad sanitaria. en la última década ha habido un incremento en la cartera de procedimientos y en el número de centros que comienzan a funcionar con cirugía sin ingreso.

Pese a existir una guía de organización y funcionamiento del ministerio de sanidad, comprobamos unas lagunas en cuanto procedimientos que puede surgir tras una intervención en cma.

Basándonos en nuestra evidencia científica planteamos la introducción de un protocolo de sondaje vesical, introduciendo como variables el tipo de anestesia, los sondajes intraoperatorios y los sondajes postoperatorios. facilitando el trabajo en equipo concensuando las actividades.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria. protocolo. sondaje vesical.

INTRODUCCION

La instauración de las unidades de cirugía mayor ambulatoria ucmas o cirugía sin ingreso, en España a partir de los años 90 ha significado un gran avance por un lado cambios en la mentalidad del sistema sanitarios: usuarios y personal. reducción de gastos sanitarios y listas de espera así como una buena distribución de recursos humanos y materiales ⁽¹⁾.

El enfermero puede trabajar con unos estándares de calidad elevados: con valoración de necesidades, actividades, planes de cuidado y evaluación de proceso de atención. pudiendo proyectarse a unos diagnósticos enfermeros que se van a estructurar según especialidades y patologías en consonancia con las necesidades del paciente.

CIRCUITO DE UCMA

- Claves del buen funcionamiento: selección paciente; anestesia adecuada; cirugía rápida y calidad; control del alta; seguimiento posoperatorio.

- Consultas: selección del paciente y aceptación del procedimiento. Tipo de patología. Vºbº anestésico. Filiación, información y normas.

- Preoperatorio inmediato: preparación para la intervención; admisión, preparación física y psicológica.

- Intervención quirúrgica: normas del procedimiento quirúrgico y anestésico.

- Postoperatorio: Recuperación postanestésica: cama: 2-4 horas. monitorización, heridas, dolor, vías, drenajes. Readaptación al medio: sillón 2-3 hora: alta: criterios

- Domicilio: control postoperatorio telefónico en las primeras 24 h. Los criterios de alta determinan si el paciente tienen una recuperación clínica adecuada para poder regresar a su domicilio.

Existen escalas de criterios mínimos para el alta como la de Kortila ⁽⁴⁾. Aldrete incluye a cinco variables para acondicionarla a pacientes en cma ⁽⁵⁾. Chung diseñó el sistema de puntuación de alta postanestésica spap ⁽⁶⁾.

Pero la más habitual en su uso es la escala de Aldrete modificada para cma.

ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA:

Respiración: capaz de espirar y toser	2
disnea/respiración superficial	1
apnea	0
Circulación (pa preoperatoria).	
pa +/- 20 mmhg del nivel preoperatorio	2
pa +/- 20 a 50 mmhg del nivel preoperatorio	1
pa +/- más de 50 mmhg del nivel preoperatorio	0
Consciencia: despierto	2
se despierta al llamarle	1
no responde	0
Capacidad para mantener la saturación de oxígeno	
> 92% con aire ambiente	2
> 90% necesidad de oxígeno para mantener la saturación	1
< 90% saturación de oxígeno, a pesar de la oxigenoterapia	0
Vestuario: seco y limpio	2
húmedo pero estacionario o marcado	1
área de humedad creciente	0
Dolor: sin dolor	2
dolor leve o controlado por medicación oral	1
dolor severo que requiere medicación parenteral	0
Deambulación	
capaz de permanecer de pie y andar recto	2
vertigo cuando se levanta	1
mareo cuando está en decubito supino	0
Alimentación precoz	
capacidad para beber líquidos	2
náusea	1
náusea y vómitos	0
Diuresis	
ha orinado	2
no ha orinado pero está cómodo	1
no orina y está molesto	0

En la bibliografía revisada no encontramos normas ni

referencia del sondaje vesical en cma, pese a que es una práctica habitual y al menos para nosotros la micción espontánea es condición indispensable para el alta domiciliaria. Tras una anestesia espinal la capacidad del paciente para andar hasta el w.c y orinar puede ser la mejor prueba de la recuperación motora⁽⁷⁾.

Varias series de estudio y con el objeto de acortar a un mas la estancia en la ucma y modificando la escala de alta ya no consideran necesarios ni la tolerancia a líquidos ni la diuresis espontánea. En la diuresis espontánea es más comóvertido planteándose

1) el sondaje domiciliario por atención primaria. valorar costos de desplazamiento o prolongar la estancia.

2) decidir cada unidad sus protocolos y decidir si aquellos pacientes con riesgo de retención urinaria deben ser dados de alta o no sin presentar diuresis espontánea⁽⁸⁾.

OBJETIVO

Un alta precoz o insuficientemente supervisada puede provocar lesiones en el paciente debido a una recuperación psico-motriz incompleta, causando problemas legales. Sin embargo, un protocolo que establezca unos criterios estructurados y especificados suponen una base legal y clínica suficiente para tomar la decisión del alta en cma.

Por la gran incidencia que tiene la anestesia espinal cada vez más usada en cma y al ser un factor de riesgo de retención urinaria cuya resolución es el sondaje vesical, nos proponemos en este trabajo establecer:

Protocolo de sondaje vesical en la ucma del hospital universitario de Puerto Real.

Produciendo una atención de calidad que es lo que se busca en cma. Establecemos un indicador de resultados analizando los cambios para definir nuestra forma de actuar en beneficio de la unidad y del paciente.

MATERIAL Y METODOS:

Tipo estudio: descriptivo longitudinal y retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes intervenidos en la ucma del hospital universitario de Puerto Real (Cádiz).

Tiempo: septiembre 2000 - agosto 2001.

Universo. 192 pacientes: mujer 132, varón 62. Edad media: 36.7 años. Rango de edad: 16-65 años.

Variabes: Tipo de anestesia. Procedimiento anestésico usado: general, espinal o raquídea, local+sedación, local.

Sondaje intraoperatorios: aquellos que se realizan durante el acto quirúrgico por que así lo requiera la técnica quirúrgica.

Sondaje postoperatorio. Realizados el la urp o en la zona de adaptación al medio.

RESULTADOS

Tipo de anestesia:

Con anestesia general se intervinieron 78 pacientes (40,6 %).

Anestesia raquídea: 74 pacientes (38,5%).

Anestesia local más sedación: 24 pacientes (12,5%).

Anestesia local 16 pacientes (8,3%).

Sondajes intraoperatorios: total 62.

Anestesia general en cirugía laparoscópica ginecológica(clg): 58 pacientes (93,5%).

Cirugía artroscópica de rodilla(car) con anestesia raquídea bupivacaína 0,5%: 4 pacientes (6,4%).

Sondajes postoperatorios: total 16.

Con anestesia raquídea y bupivacaína 0,5: car 8 pacientes (50%). Hernia inguinal 2 pacientes(12,5%). Hallux valgus 2 pacientes (12,5%).

Con anestesia raquídea y bupivacaína hiperbárica. Sinus 2 pacientes(12,5 %). Hernia epigástrica 1 (7,8%).

Con anestesia general 1 paciente (7,8%).

CONCLUSIONES

Basado en nuestra experiencia establecemos el siguiente procedimiento de sondaje vesical en c.ma.:

Sondaje intraoperatorio. siempre en:

Cirugía laparoscópica ginecológica.

Anestesia raquídea con bupivacaína al 0,5%.

En el resto de procedimientos valoraremos:

Signos de globo vesical.

Cantidad de volumen perfundido: algún anestésico prefiere medicación a grandes cantidades de líquido.

Orina por rebosamiento es frecuente en la anestesia en silla de montar.

Antecedentes de problemas miccionales

En caso de sondaje evacuador postoperatorio, retiraremos la sonda vesical según:

Con anestesia raquídea: cuando comienza a movilizar los m.m.i.i.

Con anestesia general: cuando están completamente despiertos y preparados para pasar a la unidad de readaptación al medio.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Laza Alonso, A.M^a, enfermería en ucma «cuidar» todo el proceso. cma . Manual práctico. Capítulo 13. ediciones doyma. página 151-152
- (2) Porrero Carro J. L. Cálculo de espacios. Tipos de unidades. Ventajas e inconvenientes. cma manual práctico. Ediciones doyma. Capítulo 4. página 36-38.
- (3) Díez, A; Labajo J. Recuperación postanestésica en cma. cma manual práctico. ediciones doyma. Capítulo 10. Página 113.
- (4) Kortilla K. Recovery and driving after brief anaesthesia. Anaesthetic 1981; 30:377-382.
- (5) Aldrete J.A. The post-anaesthesia recovery score visited. J. Clin anaesthetic 1995; 7: 89-91.
- (6) Chung F. discharge requirements, er white pf ambulatory anaesthesia and surgery . Filadelfia; San-chers 1997; 528-537.
- (7) Carrasco Jiménez M^a sol y col. anestesia en cma. cma manual práctico. Ediciones doyma. Capítulo 7 pág 74.
- (8) Díez, A; Labajo J. Recuperación postanestésica en cma. cma manual práctico. Ediciones doyma. Capítulo 10. Página 117. ▼

Autora: ELISA RODRIGUEZ RODRIGUEZ.

Coautores: ELSA MARIA LÓPEZ RODRIGUEZ, MARIA ELENA TABOADA TARRIO.

Servicio de Urología. Hospital Cristal Piñor de Orense.

Protocolos de actuación de enfermería ante pacientes ambulantes sometidos a prostatectomía radical

RESUMEN

El Cáncer de Próstata puede ser un tumor primario o secundario a tumores metastásicos, siendo la forma más habitual de proceso maligno y la segunda causa de muerte por cáncer en varones. Como Objetivos, en la presente publicación se pretende, por una parte, elaborar un protocolo de enfermería para la educación y apoyo psicológico del paciente sometido a prostatectomía radical, así como a su familia, con el fin de lograr una mejor adaptación a su nueva situación, y por otra, optimizar los cuidados enfermeros aplicando las bases de actuación creadas.

Usamos como material de estudio, 26 historias clínicas de pacientes sometidos a prostatectomía radical seguidos durante 5 años.

Como método, hemos trabajado con: Entrevista individual, Revisión de las historias y Aplicación y evaluación de protocolos.

Mediante el trabajo enfermero en la consulta de urología se han obtenido resultados satisfactorios en los aspectos de disfunción de la erección, incontinencia urinaria, ansiedad y temor, disminución de la autoestima, alteración de los procesos familiares y correcto seguimiento del tratamiento.

Palabras clave: Protocolos de enfermería. Cáncer de Próstata. Prostatectomía Radical. Impotencia. Postglandinas. Incontinencia. Autoestima.

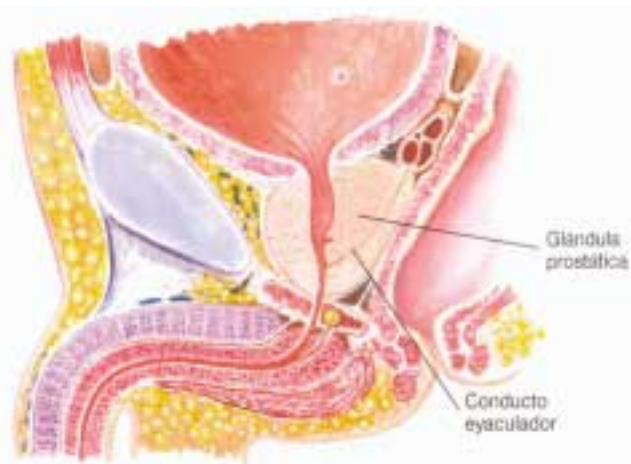
La idea que nos mueve a realizar este protocolo es la de haber constatado en los pacientes sometidos a prostatectomía radical, una serie de secuelas de gran importancia psico-socio-familiar, en las que la labor de enfermería ayuda a crear estrategias efectivas en su afrontamiento.

Para ello hemos elegido el formato de protocolo porque lo consideramos la herramienta de trabajo más adecuada ya que recoge las bases de actuación en cada situación específica.

El cáncer de próstata puede ser un tumor primario o secundario a tumores metastásicos. El adenocarcinoma de próstata es la forma más habitual de proceso maligno que afecta al varón, y la segunda causa de muerte por cáncer en este grupo de pacientes.

La fisiopatología de la conversión maligna de un adenocarcinoma de próstata continúa sin aclararse. Se cree que las mutaciones de genes supresores, las interacciones con el eje hipotálamo-hipófisis-células de Leydig y la relación con las hiperplasias benignas son la causa del desarrollo de un adenocarcinoma prostático, aunque se desconoce la secuencia precisa.

La diseminación metastásica se produce por vía linfática o vascular. Las metástasis linfáticas aparecen en la región pélvica, incluyendo los ganglios del obturador, hipogástricos, ilíacos externos, ilíacos comunes, presacros, precia-



Anatomía de la glándula prostática (De Seidel)

cos y ganglios supraclaviculares. Las metástasis en órganos a distancia suelen afectar al esqueleto y los pulmones, hígado, glándulas suprarrenales y riñones.

Los sistemas de estadaje para el adenocarcinoma de próstata se utilizan para determinar las opciones terapéuticas y como guía general para el pronóstico. Los más utilizados son una modificación del sistema de Jewett-Strong-Marshall y el sistema tumor-ganglio-metásta-

sis de la América Joint Committee on cáncer.

La prostatectomía radical es la extirpación quirúrgica de la próstata, vesículas seminales, y cápsula prostática, seguida de la reanastomosis de la uretra a la vejiga. Se han utilizado diferentes abordajes y variaciones quirúrgicas relativas a esta resección básica, dependiendo del tumor del paciente y de la familiaridad y preferencias del cirujano al respecto. Los abordajes más utilizados son:

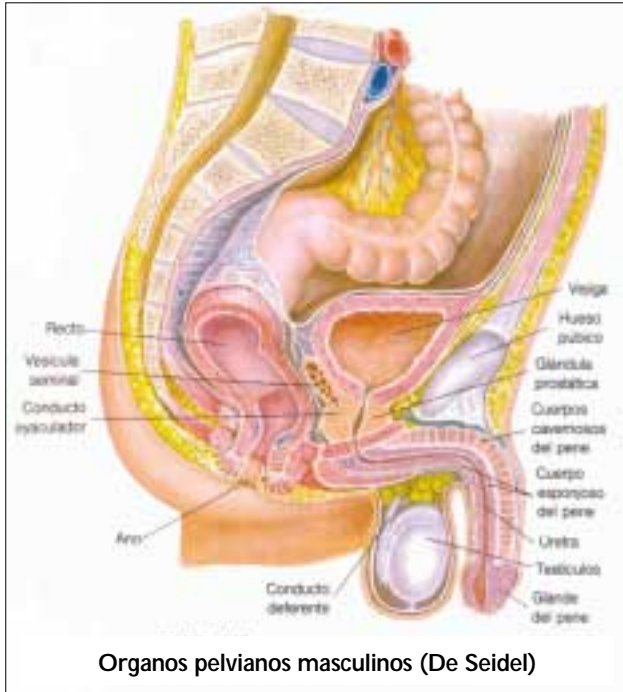
- Suprapúbico o Retropúbico.
- Perineal
- Transcoccígeo

Asimismo se han ideado técnicas específicas para minimizar dos posibles complicaciones de la prostatectomía radical: La impotencia y la incontinencia. También puede realizarse una linfadenectomía en los cánceres de

próstata, realizándose después de la prostatectomía radical.

Está indicado este tipo de intervención en los cánceres de próstata contenidos dentro de una cápsula (estadios A1, A2, B1, B2), no incluyéndose las lesiones en estadio avanzado que han penetrado a la cápsula (estadios C, D1, D2).

Las complicaciones que se pueden presentar son (además de las ya mencionadas): infección, estenosis de uretra y separación de la uretra de la vejiga.



Organos pelvianos masculinos (De Seidel)

Epidemiología:

■ Prevalencia de cáncer de próstata: Directamente proporcional a la edad del varón:

50 – 59 años : 10 %

90 – 99 años : 80 %

■ Tasa de mortalidad por cáncer de próstata en España: 18,1 casos / 100.000 habitantes / año. (tercer puesto en causas de mortalidad por cáncer)

■ Factores causales

• Raza:

Orientales: 0,8 casos / 100.000 hab. / año

Afroamericanos: (Estados Unidos) 100,2 casos / 100.000 hab. / año

- Factores ambientales: se ha constatado que cuando los orientales se instalan en Estados Unidos su tasa de incidencia se eleva hasta 18,6 casos/ 100.000 habitantes/año. Pueden ser por determinadas sustancias (cadmio), dietética, etc.

Se ha especulado mucho sobre los factores genéticos. Lo cierto es que parece haber dos tipos de neoplasia de la glándula prostática: La neoplasia espontánea y la que se agrupa familiarmente. Las posibilidades de padecer un cáncer de próstata si existen familiares de primer grado afectados por la enfermedad se incrementan notablemente.

La dependencia de la existencia del adenocarcinoma de próstata a los andrógenos es inequívoca. Las personas que

en su día fueron sometidas a la castración en la época pre-púber, los eunucos verdaderos, no padecen cáncer prostático. En esta dependencia hormonal se basa el tratamiento de bloqueo hormonal y antiandrogénos, aunque, como todos sabemos, existen las líneas celulares hormonoindependientes. Estados hiperestrogénicos como la cirrosis hepática se han implicado como un factor de protección, aunque luego no se hayan demostrado fehacientemente.

Algunos estudios han observado que los obesos con cáncer de próstata tienen, en líneas generales, un estadio menor que los que no lo son en el momento del diagnóstico.

PRECIRUGÍA

CONTROLES PREQUIRÚRGICOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

a) Tacto rectal

Aproximadamente un 40% de los cánceres de próstata pueden detectarse con esta técnica.

- Información al paciente de la técnica
- Colocación según posturas estandarizadas del servicio
- Limpieza y atención al paciente después de la prueba

b) Ecografía más biopsia transrectal (BTR)

Sirve para realizar una delimitación más precisa de la próstata y estructuras adyacentes, así como se consigue la confirmación del diagnóstico de cáncer mediante estudio anatomopatológico.

– Información al paciente sobre técnicas y preparación del paciente (se adjuntan instrucciones por escrito):

– Profilaxis antibiótica (para BTR)

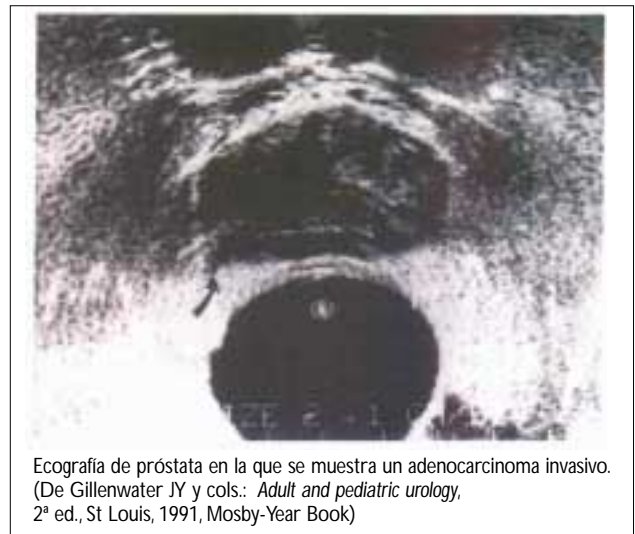
– Enema de limpieza previo a la intervención

– No debe miccionar por lo menos dos horas antes de la intervención

– Información de posibles complicaciones: Hematuria, rectorragia, retención urinaria

– Preparación del material necesario, colaboración con el médico en el desarrollo de la técnica y recogida de muestras adecuada, asegurándonos de que estas llegan a anatomía patológica para su análisis.

– Se citará al paciente para recoger los resultados.



Ecografía de próstata en la que se muestra un adenocarcinoma invasivo. (De Gillenwater JY y cols.: *Adult and pediatric urology*, 2ª ed., St Louis, 1991, Mosby-Year Book)

c) Pielografía y urografía intravenosa (PIV y UIV)

Se usa ante evidencia de uropatía obstructiva a nivel de la salida de la uretra o de la unión uretero-vesical.

– Se procede a proporcionar información al paciente (adjuntando instrucciones por escrito) sobre la técnica a realizar y la preparación que se le va a llevar a cabo.

d) TAC y RX simples óseas

Descartan metástasis en diferentes localizaciones o anomalías ganglionares

– Se informará sobre el procedimiento de citación y de recogida de resultados

e) RNM (Resonancia Magnética Nuclear)

Prueba utilizada para determinar la extensión tumoral local

– Se informará sobre el procedimiento de citación (Admisión) y recogida de resultados

f) Linfangiografía

Descartan metástasis en ganglios linfáticos

– Se informará sobre el procedimiento de citación (RX) y recogida de resultados

g) Determinación sanguínea de PSA (Antígeno Sérico Específico Prostático)

Cualquier proceso que afecte a la glándula prostática afectará al PSA, siendo los niveles más altos en el adenocarcinoma de próstata

h) Fosfatasa ácida y alcalina sérica

Sus valores son concluyentes en casos ya avanzados

– Se informara sobre el procedimiento de citación y recogida de resultados, al igual que con el PSA

OPCIONES TERAPEUTICAS

Una vez hecho un diagnóstico definitivo y, dependiendo del estadio, se puede optar por los siguientes tratamientos:

a) Tratamiento hormonal**a.1.) Estrógenos**

Suprimen la hormona luteinizante (LH) e inhibe la producción de estrógenos

Efectos Secundarios:

- Afectación cardiovascular
- Edema periférico
- Cambio del hábito corporal
- Ginecomastia
- Mayor riesgo de tromboembolismo

a.2.) Antiandrógenos

Inhiben la síntesis de andrógenos o su acción (compitiendo con los receptores)

Efectos secundarios:

- Nauseas, vómitos
- Ginecomastia
- Hepatotoxicidad
- Hipocalcemia

b) Tratamiento radioterápico

b.1) Radioterapia externa sobre la próstata

b.2) Radioterapia sobre metástasis óseas (medida paliativa del dolor)

c) Intervenciones quirúrgicas

c.1) Prostatectomía radical

Indicado en el carcinoma de próstata circunscrito a la

próstata o a su cápsula. Puede realizarse por distintas vías o accesos:

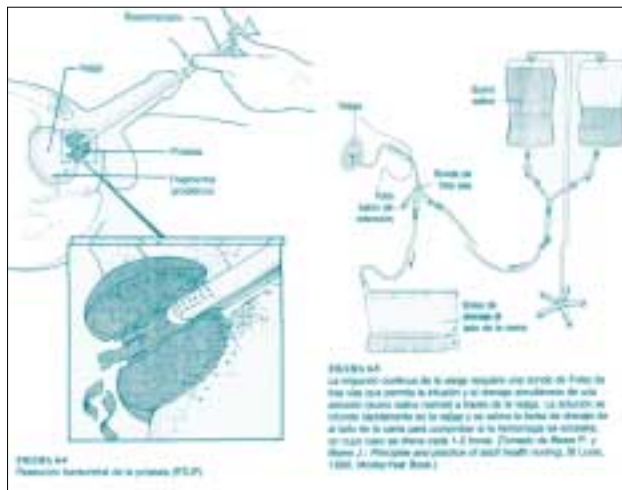
– Retropúbica: Se extirpa próstata, cápsula y ganglios linfáticos regionales. Según F. J. Blanco Casares esta intervención mejora los índices de continencia postquirúrgica.

– Perineal: Se alcanza más fácilmente la próstata para su extirpación, pero no contempla la linfadenectomía simultánea. Si se desea matizar ésta será vía laparoscópica previa a la prostatectomía radical.

c.2) Linfadenectomía pélvica: Indicado en el estudio tumoral

c.3) Resección prostática transuretral (RTU)

Para conseguir retención urinaria completa o casi completa



c.4) Orquiectomía

Alternativa al tratamiento hormonal

c.5) Resección prostática transuretral con neodimio y AG
Consiste en la ablación con láser del tumor localizado.

OBJETIVOS

Elaborar unos protocolos de enfermería orientados a la educación y apoyo psicológico del paciente sometido a prostatectomía radical, así como a su familia, con el fin de lograr una mayor adaptación a su nueva situación.

Optimizar los cuidados enfermeros aplicando las bases de actuación creadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio se ha llevado a cabo con 26 historias de pacientes sometidos a prostatectomía radical (cuya edad oscila entre 53 – 65 años), en el período de tiempo comprendido entre marzo de 1.993 y Junio de 1.998, presentando el 100 % impotencia y un 1 % incontinencia y estenosis, no existiendo ningún abandono, empleándose además las normas vigentes hasta el momento del estudio.

Los procedimientos utilizados fueron:

– Entrevistas individualizadas al paciente, familia y a ambos con el fin de recolectar información sobre los problemas derivados de las secuelas principales.

- Aplicación de las normas establecidas para su análisis.
- Revisión del historial de los 26 pacientes.

Las entrevistas son abiertas concertadas mediante contacto telefónico, fuera de la jornada laboral y cualquier día de la semana.

Con toda esta información obtenida se pretendía identificar los errores en las normas existentes para subsanarlos con la creación de estos protocolos y que, a su vez, se adecuen a los problemas más frecuentes.

CONTROLES Y RECOMENDACIONES PARA LA VIDA DIARIA POST-CIRUGÍA

Se plantean los cuidados según el número de visitas que se realicen en la consulta.

Primera visita

El paciente acudirá con cistografía ya realizada y portando sondaje vesical

- Retirada de la sonda vesical si los resultados de la prueba son normales
- Colocación de pañal de incontinencia e información de los distintos tipos existentes en el mercado financiados, a ser posible, por la S.S.
- Información sobre reeducación de esfínteres urinarios.

Aplicar protocolo de incontinencia

- Aplicar protocolo de impotencia
- Dar nueva cita para, más o menos, dentro de 15 días
- Sucesivas visitas

Se citará al paciente según evolución. La frecuencia es de 15 días o un mes los tres primeros meses, realizando controles de PSA. Se irán espaciando las visitas progresivamente, teniendo en cuenta los resultados de PSA y estado del paciente.

Instrucciones para la vida postoperatoria

Son consejos para las 6-8 semanas siguientes al alta hospitalaria

- Evite estar sentado demasiado tiempo y es recomendable caminar de forma moderada. No cargue pesos mayores de 5 Kg.

- No retrase la micción. No haga «pujos». Tome una dieta rica en fibra, evitando alcohol condimentos y café (para prevenir el goteo y la hemorragia)

- Realice una ingesta de líquidos no menor a 1500 ml/día, bebiendo poco durante las comidas y antes de acostarse (evita el goteo)

- Absténgase de relaciones sexuales durante 6-8 semanas

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN IMPOTENCIA

a) Información al paciente

El paciente ha sido informado previamente a la intervención de esta secuela y posibilidades terapéuticas.

El tratamiento se lleva a cabo cuando el paciente no puede conseguir o mantener una erección. Consistiría en inyectar en el cuerpo cavernoso del pene una sustancia que produce vasodilatación, permitiendo la entrada de sangre en los capilares. De este modo el pene se engruesa atrayendo la sangre e impidiéndola escapar. El resultado es una

erección que se prolongaría de una a dos horas. Las normas para aplicar eficazmente este tratamiento son:

- Enseñanza de la técnica al paciente y ajuste de la dosis para que una erección se prolongue de una a dos horas.
- Información sobre los posibles efectos secundarios y frecuencia con la que pueden inyectarse.

b) Normas para la autoinyección de PGE1

En primer lugar hay que enseñar a localizar los cuerpos cavernosos del pene, situados a ambos lados de su eje, sin llegar ni a la punta ni a la base del pene.

El material a reunir será: Algodón con alcohol, jeringas de un ml, agujas y el vial con el inyectable.

Limpie la parte superior del vial con alcohol. Monte la aguja en la jeringa e inyecte en el vial una cantidad de aire igual a la dosis que se vaya a poner. aspire lentamente la cantidad de fármaco adecuado, cuidando de que no existen burbujas. Una vez hecho esto, cambie de aguja para la inyección.

Tome el pene por la punta y estírelo con fuerza sobre el muslo derecho o izquierdo. Limpie la zona donde se va a inyectar con alcohol.

Tome la jeringa como un lápiz e inyecte con rapidez el fármaco. Comprima la zona de inyección durante 5 minutos con algodón con alcohol.

- Aspectos a recordar

- Si siente dolor durante la inyección, extraiga la aguja inmediatamente y comprima la zona durante 5 minutos con algodón con alcohol.

- Si la erección dura más de 6 horas, debe avisar a su médico rápidamente

- Asegúrese de la correcta esterilización de sus agujas

- No debe inyectarse nunca otra vez antes de pasadas 24 horas de la primera inyección

- Ha de visitar a su urólogo cada 4-6 meses para valorar la eficacia de este programa de erección farmacológica

c) Efectos secundarios

Además de la PGE1 (que es la usada en nuestro servicio), existen otros vasodilatadores como la Papaverina y Fentolamina. La PGE1 (o Alprostadil) presenta menos efectos

secundarios, los cuales pueden ser:

- Lesiones fibrosas del pene (sobre todo con la Papaverina)
- Priapismo (erección dolorosa y prolongada que puede lesionar los tejidos a no ser que revierta)
- Molestias en la zona de inyección (sobre todo con el Alprostadil)
- Hepatotoxicidad (rara, solamente con Papaverina)

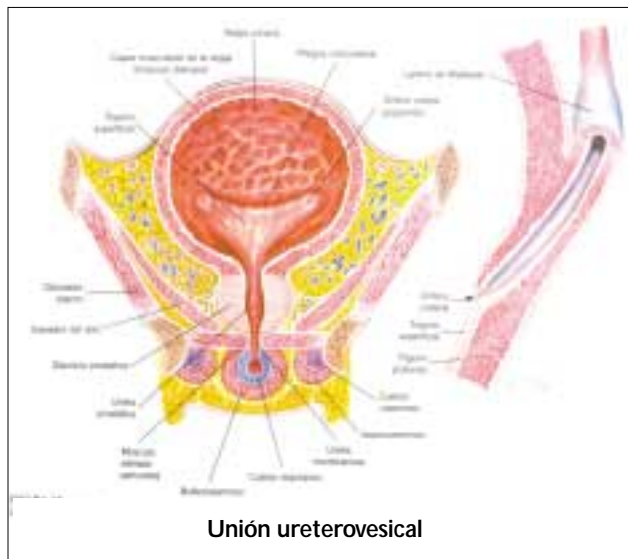
PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN LA INCONTINENCIA URINARIA

a) Definición de incontinencia

Se define como la emisión incontrolada de orina en cantidad y frecuencias suficientes como para constituir un problema social y/o higiénico para el paciente y sus familiares.



En el caso de la incontinencia derivada de una prostatectomía radical, puede ser transitoria o crónica, y es debida a atonía del esfínter por lesión en la intervención quirúrgica.



b) Ejercicios de kegel

Son ejercicios de reforzamiento de la musculatura pélvica que ayudan a eliminar y/o reducir la incontinencia urinaria de esfuerzo, que es uno de los tipos mas frecuentes en estos casos.

- En primer lugar debemos enseñar al paciente a localizar e identificar correctamente la musculatura pelviana.
- Es conveniente elegir una hora y lugar para realizarlos. Se necesitarán al menos 15 minutos para realizarlos, bien sentados o de pie, aunque también en decúbito supino (según las preferencias del paciente).
- El ejercicio consistiría en mantener apretada la musculatura pélvica unos diez seg. y relajarla otros 10 seg. repitiéndose esta secuencia 10 veces. Con el paso del tiempo se puede ir aumentando el número de ejercicios.

- Otras variantes de estos ejercicios pueden ser:
- Contraer y relajar los músculos pélvicos en rápida sucesión, repitiéndolo 10 veces
- Contraer los músculos mientras espira y cuenta hasta 30, repitiéndolo 10 veces

c) Farmacoterapia de la incontinencia

c.1) Alfasimpaticomiméticos: Efedrina, Seudofedrina, Fenilpropranolamina

Su acción consiste en elevar el tono de la musculatura lisa uretral y del rabdoesfínter.

Los efectos secundarios son menores con Seudofedrina y Fenilpropranolamina, y consiste en alteraciones del SNC (insomnio, cefalea, nerviosismo, confusión, mareo), SCV (taquicardia, palpitaciones, dolor precordial, disritmias), SGI (nauseas, vómitos, anorexia), SGU (disuria, retención urinaria), y otros como sudoración, sed, hiperglucemia.

Consideraciones de enfermería:

- No administrar por la noche
- Se advertirá al paciente de que consulte a su médico antes de tomar otro medicamento, ya que muchos que se venden sin receta contienen agentes que se suman al efecto de estas medicaciones

- Sobre todo con la Efedrina, hay que tener cuidado de no conducir ni realizar prácticas arriesgadas ya que produce mareo
- Se enseñará al paciente a tomarse el pulso para determinar cualquier cambio en la regularidad del mismo

c.2) Antidepresivos Tricíclicos: Imipramina

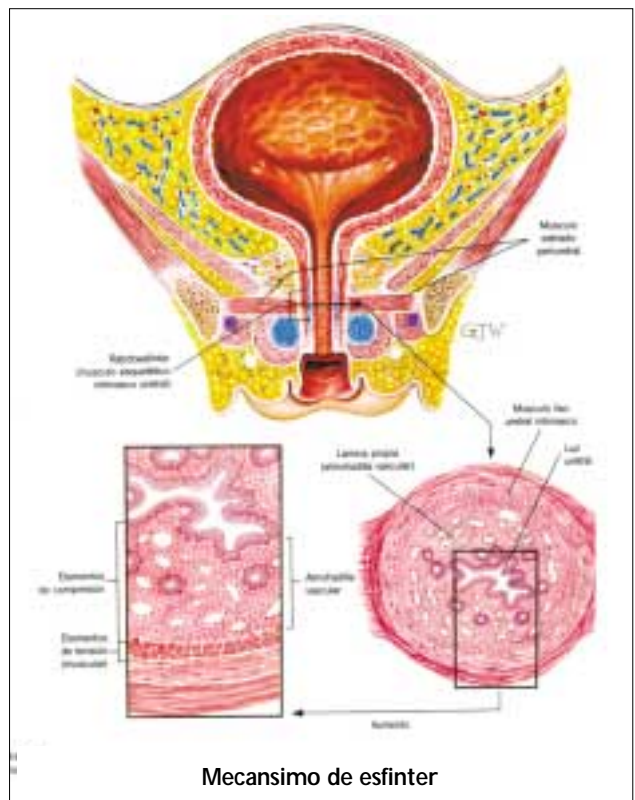
Posee efectos anticolinérgicos, antihistamínicos, hipotensores, sedantes, ligeramente analgésicos y vasodilatadores periféricos.

Su principal efecto es el de elevar el tono de la musculatura lisa uretral y del rabdoesfínter.

Consideraciones de enfermería:

- Se recomienda tomarlas con las comidas, para minimizar la irritación gástrica que produce
- Deben consultar con su médico cualquier nuevo medicamento que deban tomar, ya que existe, como en el caso anterior, fármacos sin receta médica que contienen agentes que pueden interactuar con la Imipramina
- No es recomendable que conduzcan ni que realicen actividades arriesgadas durante su administración, ya que pueden producir somnolencia e hipotensión ortostática
- Su retirada debe ser paulatina
- Puede producir sequedad de boca

d) Control de la ingesta de líquidos



El paciente debe beber una cantidad de líquido normal, unos 1500 ml/día, ya que existe la tendencia a creer que bebiendo menos se conseguirá reducir la incontinencia. La ingesta deberá repartirse durante todo el día, limitando la cantidad de líquidos en las comidas y a la hora de acostarse.

Es recomendable evitar las bebidas gaseosas y que contengan cafeína. Algunas personas pueden notar mas irrita-

ción vesical cuando beben zumos de cítricos.

e) Dispositivos colectores para incontinencia urinaria

Se usan cuando la incontinencia es ligera o temporal. Los criterios de elección del dispositivo más adecuados son:

- Nivel de incontinencia
- Comodidad del dispositivo
- Facilidad de su uso (lo ideal es que el propio paciente pueda ponérselo)
- El tamaño del dispositivo (hay que tratar de que se note y suene al caminar lo menos posible)
- Facilidad para su limpieza o para desecharlo
- El precio

Los distintos tipos de dispositivos colectores que podemos encontrar son:

- Pañales: Para pacientes con grandes incontinencias, los obligados a guardar cama o están en silla de ruedas. Son voluminosos y sueñan al caminar
- Ropa interior de adultos: Sirve para grandes cantidades de orina, pero pueden ser molestos al estar acostados
- Calzoncillos con compresas absorbentes: También retienen grandes cantidades de orina
- Colectores de goteo masculino: Se usan para pequeñas cantidades. Se ajustan cómodamente sobre el pene y pasan desapercibidos
- Compresas higiénicas: Están ideadas para el flujo menstrual y no para retener orina, absorbiéndola poco y mal

f) Cuidados de la piel del paciente incontinente

La orina es muy irritante para la piel, ya que produce irritación e inflamación rápidamente. Si la exposición a la orina se mantiene aparecen erupciones y excoriaciones.

A continuación se describen algunos sencillos procedimientos que ayudan a prevenir este deterioro dérmico.

- Mantener limpia la región perineal, lavándola con jabón y agua. A continuación aplicar un protector cutáneo o un sellante húmedo, para hidratar y proteger su piel.
- Si se moja la ropa de vestir o de cama cambiarla rápidamente
- Siempre que pueda, es conveniente exponer la región perineal al aire
- Si el paciente está encamado, asegurarse de que su piel no se ponga en contacto directamente con las típicas fundas de plástico con que se protege la cama.
- Usar el dispositivo colector de orina más adecuado a las necesidades del paciente
- Si a piel llega a irritarse, usar cremas y aerosoles adecuados para mitigar los síntomas



- Productos para el cuidado de la piel
 - Pañuelos húmedos: Limpian la piel sin irritarla
 - Productos de limpieza específicos sin jabón: Hemos de tener cuidado con ellos ya que algunos contienen perfumes que pueden originar alergias
 - Desodorantes: Pueden presentarse en aerosol o en gotas. No deben aplicarse directamente sobre la piel. Se aplican preferentemente sobre la bolsa de orina o sobre los sistemas de drenaje.
 - Cremas y lociones hidratantes
 - Cremas antifúngicas: Se usan ante evidencia de infección micótica debido, la mayoría de las veces, a la humedad.
 - Películas, cremas, y ungüentos protectores: Se usan cuando la piel se encuentra dañada por la irritación
 - Polvos (almidón de maíz): Ayudan a controlar la humedad. Algunos contienen perfumes

g) Infecciones del tracto urinario (ITU)

Son infecciones o inflamaciones localizadas a lo largo de las vías urinarias, desarrollándose la mayoría en vejiga y uretra. Puede tener diversos orígenes:

- Sobredilatación de la vejiga (por evacuación incompleta)
- Falta de limpieza de la sonda
- Por inflamación uretral

Los signos y síntomas de sospecha son: necesidad imperiosa de orinar, dolor lumbar o pélvico, orina turbia y con mal olor, hematuria, escalofríos, fiebre, anorexia, astenia, presencia de sedimento en orina.

Las medidas de prevención a llevar a cabo son:

- Higiene adecuada
 - Fomentar un vaciado completo y regular de la vejiga
 - Asegurar una adecuada ingesta de líquidos
 - Mantener la orina ácida, evitar los zumos de cítricos, colas y café
 - Controlar el pH de la orina
- Estas infecciones, si no se tratan adecuadamente, pueden llevar a una retención urinaria y daño vesical y renal, así como a cálculos urinarios.

h) Retención urinaria

Estado en el cual el individuo experimenta una incapacidad crónica para orinar, seguida de una micción involuntaria (incontinencia por rebosamiento).

Características:

- Distensión vesical, asociada o no a pequeñas micciones frecuentes o goteo con 100ml o más de orina residual
- El individuo afirma que siente como si la vejiga no se le vaciara después de orinar

La actuación de enfermería consiste en enseñar al paciente a realizar contracción abdominal y las maniobras de Valsalva y Crede para reeducación vesical:

- Maniobra de Crede: Poner las manos justo debajo de la zona umbilical, apretar firmemente hacia abajo y hacia el arco pélvico. Repetirlo 6 ó 7 veces hasta que no salga mas orina.
- Maniobra de Valsalva: El paciente se inclinará hacia delante sobre los muslos y procederá a contraer los músculos abdominales, al mismo tiempo que aguanta la respiración. Se hace fuerza de esta manera hasta que cese el chorro de orina.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

a) Alteración de los procesos familiares

Estado en que una familia que funciona normalmente de forma efectiva experimenta una disfunción. Sus características son:

- Sistema familiar incapaz de cubrir necesidades físicas, emocionales y espirituales
 - Dificultad para expresar – aceptar los sentimientos de los miembros
 - Familia poco hábil para cubrir las necesidades de seguridad de sus miembros
 - Dificultad de los miembros de la familia para relacionarse entre sí para el desarrollo y maduración mutua
 - Dificultad para aceptar o recibir ayuda adecuadamente
 - Familia poco hábil para adaptarse al cambio o afrontar las experiencias traumáticas de forma constructiva
- Intervención de enfermería:
- Ayudar a la familia a valorar su situación
 - Crear un ambiente íntimo en el hospital y que sirva de apoyo a la familia
 - Implicar a los miembros de la familia en el cuidado del enfermo, así como instruirles con charlas sobre el tema en cuestión. También es importante proporcionarles una orientación anticipada conforme avanza la enfermedad
 - Fomentar el reconocimiento de los propios sentimientos en los miembros de la familia

b) Ansiedad y temor

Definición de ansiedad: Estado en que el individuo experimenta sentimientos de inquietud (aprehensión) y estimulación del S.N. autónomo como respuesta a amenazas vagas e inespecíficas.

La ansiedad es un sentimiento vago de aprehensión hacia una amenaza al sistema de valores o patrón de seguridad de la persona. El individuo puede ser capaz de identificar la situación pero, en realidad, la amenaza a sí mismo se refiere a la inquietud y aprehensión enredadas en la situación. La situación es la fuente de las amenazas, pero no es la amenaza.

Como contraste, el temor es el sentimiento de aprehensión hacia una amenaza específica o el peligro hacia el cual se despiertan los patrones de seguridad de las personas. Cuando la amenaza se elimina los sentimientos de miedo desaparecen.

El miedo puede existir sin ansiedad y viceversa. También ambos pueden coexistir clínicamente en la respuesta de la persona a una situación. Un individuo que afronta la cirugía puede tener miedo al dolor y ansiedad sobre un posible diagnóstico de cáncer.

Intervención de enfermería:

- Proporcionar seguridad y bienestar transmitiéndole una sensación de comprensión empática
- Ayudarle a establecer las conexiones entre los sentimientos de frustración y el comportamiento subsecuente
- Desarrollar estrategias de modificación de la conducta y discutir las con todas las personas implicadas con el objeto de lograr una aplicación congruente.
- Interaccionar con al persona cuando no asume conductas de exigencia o manipulación

c) Alteración de la autoestima

El individuo experimenta o está en riesgo de experimentar una autoevaluación negativa sobre su yo o sus capacidades. Características más importantes (pueden ser expresadas o encubiertas):

- Expresión verbal negativa hacia sí mismo
- Expresiones de vergüenza o culpa
- Se evalúa a sí mismo como incapaz de controlar los sucesos
- Desecha o rechaza las respuestas positivas y exagera las respuestas negativas hacia sí mismo
- Reticente a probar nuevas cosas o situaciones
- Negación de problemas que son obvios para otros
- Proyección de la culpa o responsabilidad por los problemas
- Racionalización de los fallos personales. Hipersensibilidad ante la menor crítica

Intervención de enfermería:

- Establecer una relación de confianza entre la enfermera y el cliente
- Promover las relaciones sociales y animarlo a que acepte la ayuda de otros, evitando la superprotección
- Animar a la persona a que exprese sus sentimientos y a que realice preguntas sobre todo lo relacionado con su problema de salud, proporcionándole una información fiable y real

d) No- seguimiento del tratamiento

Se da esta situación cuando una persona informada decide no colaborar en las recomendaciones terapéuticas. Características más importantes:

- Conducta indicativa de falta de adhesión
- Pruebas objetivas del hecho
- Evidencia y desarrollo de complicaciones y/o de exacerbación de síntomas
- No comparecencia a las visitas y falta de progreso

Intervención de enfermería:

- Entrevista individualizada en busca de las posibles causas de su actitud: creencias, temores, experiencias traumáticas, etc.
- Establecer una relación de confianza para incidir sobre los factores concretos que afectan a su conducta
- Crear nuevos patrones de actuación para evaluaciones sucesivas

RESULTADOS

Los resultados del trabajo enfermero empleando protocolos, permite evaluar toda la labor educadora, investigadora y de administración de cuidados que se realiza en la consulta. Se resalta la labor eficaz en aspectos tan importantes como:

- En un 85% de los pacientes la disfunción de la erección se ha resuelto, ya que pueden mantener relaciones sexuales satisfactorias
- En un 99% la incontinencia se resuelve adecuadamente, ya que se ha erradicado o minimizado, manteniendo la integridad dérmica intacta
- En un 100% la ansiedad y temor del paciente han sido reemplazados por un conocimiento real de su estado

– En un 100% se consigue que el paciente es capaz de verbalizar sus sentimientos, se muestra receptivo a la ayuda familiar y terapéutica

– Se consigue que el paciente se exprese de una manera realista. Identificando los aspectos positivos de sí mismo, dando lugar a una interacción adecuada con los demás

CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

El empleo de protocolos en la consulta se muestra realmente efectivo en el trabajo enfermero porque:

- Ordena el trabajo.
- Aumenta la calidad de los cuidados prestados.
- Facilita la educación y el aprendizaje del paciente y su familia.
- Favorece la creación de una actitud abierta y de confianza entre todos.
- Presenta las líneas de actuación básicas adaptándolas a cada situación.

Además hemos podido constatar el incremento de la satisfacción personal tanto del profesional como del paciente y su familia.

Se ha establecido en el personal de enfermería de la consulta una base de referencia y apoyo constante para cualquier tipo de demanda.

Consideramos, por otro lado, que la actuación sería más completa e integral si fuese abordada desde un equipo interdisciplinar (médicos, psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, auxiliares de enfermería, etc.), en unas instalaciones adecuadas para el afrontamiento y diálogo entre las partes implicadas (profesionales, paciente, familia).

Creemos importante la revisión periódica de estos protocolos para adaptarlos a las nuevas técnicas diagnósticas y médico-quirúrgicas, tratamientos, materiales, productos e innovaciones del mercado, así como a las nuevas necesidades que surjan en la atención cotidiana.

**LA ACTUACIÓN
SERÍA MÁS COMPLETA
E INTEGRAL
SI FUESE ABORDADA
DESDE UN EQUIPO
INTERDISCIPLINAR
(MÉDICOS, PSICÓLOGOS,
ENFERMEROS, ASISTENTES
SOCIALES, AUXILIARES
DE ENFERMERÍA, ETC.),
EN UNAS INSTALACIONES
ADECUADAS PARA
EL AFRONTAMIENTO Y
DIÁLOGO ENTRE
LAS PARTES IMPLICADAS
(PROFESIONALES,
PACIENTE, FAMILIA).
CREEMOS IMPORTANTE
LA REVISIÓN PERIÓDICA
DE ESTOS PROTOCOLOS PARA
ADAPTARLOS A LAS NUEVAS
TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y
MÉDICO-QUIRÚRGICAS,
TRATAMIENTOS,
MATERIALES, PRODUCTOS
E INNOVACIONES
DEL MERCADO, ASÍ COMO
A LAS NUEVAS NECESIDADES
QUE SURJAN EN
LA ATENCIÓN COTIDIANA**

BIBLIOGRAFÍA

- Gerald L. Andriole. "Terapia adyuvante en los enfermos con cáncer de próstata y alto riesgo de recidiva después de la prostatectomía radical». Separata 1.998 European Urology.
- Noticias Depot número 18. Septiembre 1.999
- «Cáncer de próstata». Volumen 2 número 2 de Cuneut medical literature. Zéneca The Royal Society of Medicina. 1.995
- Casodex 50. Zeneca (publicidad aportada por el laboratorio)
- Medical Digest Urología. Volumen 1 número 1. Editorial MCK S. A. 1.999
- Atlas TNM. Tumores Urológicos. Cuarta Edición. Springer – Verlag Ibérica S.A. 1.998
- «Cáncer de Próstata: Temas de hoy, enfoques de futuro». Proceedings del Congreso Internacional celebrado en Londres. 1.995. Editor Roger S. Kirby. Londres 1.996
- «Conferencia de Consenso sobre carcinoma de próstata». Asociación Española de Urología. ENE Ediciones 1.996
- «Actualización en Urología». AVA update series. Edición española 1.999 volumen 23. Medical Trends S. L.
- Mikel Gray. «Transtornos Genitourinarios» Serie Mosby de enfermería clínica. Mosby / Doyma. 1.995
- L. J. Carpenito. «Manual de Diagnóstico de Enfermería». Cuarta edición. Interamericana – McGraw – Hill
- «Diagnóstico de Enfermería». Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios por Mercedes Ugalde Apalategui y Assumpta Rigol i Cuadra. Masson S. A.

GONZÁLEZ GRANDE M^a CARMEN**, IZQUIERDO LEAL ANTONIO*, LUQUE LLAOSA MARTA B.*, SÁNCHEZ HERRANZ ASUNCIÓN*,
DÍAZ CÓCERA MARÍA****, TORRES JANSÁ MARÍA***.

* Enfermeras/o. ** Supervisora. *** Adjunta de Enfermería. **** Directora de Enfermería. Fundación Puigvert (Barcelona).

Infecciones urológicas por acinetobácter. Estudio de casos y aplicación del protocolo de actuación de enfermería

INTRODUCCIÓN

La prevención de las infecciones hospitalarias es un objetivo común de todos los profesionales de la salud. En nuestro Centro para evitar las infecciones nosocomiales disponemos de medidas preventivas basadas en la detección de los pacientes infectados, mediante la realización de análisis de orina previo al ingreso y la repetición en pacientes portadores de catéter vesical u otras derivaciones urinarias o pacientes con síntomas de infección urinaria; en la aplicación de las «Medidas Universales» (lavado higiénico de manos antes y después del contacto con cada paciente, utilización de guantes en la manipulación de secreciones corporales y utilización de mascarillas y gafas protectoras en los procedimientos con posibilidad de generar salpicaduras de líquidos orgánicos) y medidas de aislamiento específico, en aquellos casos que lo requieran; y en la utilización de un tratamiento antibiótico adecuado según antibiograma.

Las bacterias del género Acinetobácter (A) son bacilos Gram negativos, aeróbicos estrictos, incoloros, inmóviles, generalmente encapsulados, crecen bien en todos los medios de cultivo habituales puesto que tienen unos requerimientos de crecimiento mínimos y una elevada capacidad de supervivencia, y pueden encontrarse tanto en seres animados como en objetos. Existen 17 genoespecies distintas de A, siendo el Acinetobacter Baumanni (AB) el microorganismo infeccioso que se aísla más frecuentemente en las muestras clínicas. El uso masivo de antibióticos ha provocado la aparición de cepas multiresistentes (AB-mr), causando un aumento de las infecciones hospitalarias y la aparición de brotes epidémicos.

Sus características facilitan que se convierta en un patógeno oportunista en el medio hospitalario en situaciones de patología grave y estado crítico. Son varios los factores predisponentes que facilitan su instauración: estancias en UCI, ventilación mecánica, pacientes portadores de catéteres, tratamientos antimicrobianos o inmunosupresores previos, enfermedades subyacentes severas...

Puede formar parte de la flora normal de la piel, un cuarto de la población es portador sano en localizaciones cutáneas.

Las principales infecciones causadas por el A son: meningitis, endocarditis bacteriana, afecciones del aparato respiratorio (neumonía), infecciones genito-urinarias, bacteriemia.

En la actualidad no están claramente definidas las características clinicoepidemiológicas de este tipo de infección, desconociéndose el papel que juega como reservorio la contaminación ambiental, el personal sanitario o los mismos pacientes.

Las infecciones genito-urinarias por A pueden manifestarse como cistitis, pielonefritis, bacteriemia y uretritis.

El contacto es la principal vía de transmisión por lo que la prevención se fundamentará en evitar la diseminación del microorganismo mediante la utilización de unas rigurosas medidas de aislamiento en nuestro Centro basadas en las recomendaciones del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya y nuestro protocolo vigente. Estas medidas incluyen el aislamiento del paciente en habitación individual hasta 3 días después de suspenderse el tratamiento antibiótico específico con 1 ó 2 cultivos negativos, higiene del paciente dentro de la habitación utilizando jabón antiséptico, lavado de manos tras atender al paciente y al salir de la habitación, material clínico de uso exclusivo inmovilizado en la habitación (termómetro, fonendo, esfingomanómetro...), utilización de material de protección (bata, guantes, mascarilla, gafas) para atender al paciente, restricción de visitas, residuos hospitalarios recogidos dentro de la habitación, ropa utilizada embolsada y recogida dentro de la habitación, aplicación de normas específicas para el traslado de pacientes, limpieza y desinfección de la habitación y equipamiento con asociación de aldehídos al 1%.

El tratamiento se instaurará según las circunstancias del paciente, si se trata de una infección sintomática, si va ser sometido a una manipulación urológica como cambio de sonda urinaria o derivación, o si va a ser sometido a una intervención quirúrgica o instrumentalización del territorio infectado.

OBJETIVOS

- Conocer, a través del estudio de casos, la incidencia del Acinetobácter y su relación con las manipulaciones urológicas en nuestro medio hospitalario.
- Incidir sobre la necesidad de aplicar adecuadamente el protocolo institucional para disminuir el riesgo de contagio entre pacientes.
- Consolidar la importancia de la aplicación de las «Medidas Universales» de prevención de infecciones hospitalarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de infección por *Acinetobáctér* que se han detectado en nuestro Centro desde enero de 1999 hasta diciembre del 2000 (2 años).

Según datos facilitados por nuestro Departamento de Microbiología se detectaron 137 casos, de los cuales se incluyeron en el estudio 107 casos (78% del total de pacientes infectados durante los años 1999 y 2000).

Nuestro Centro es un hospital de nivel «3» que cuenta con 160 camas dedicadas exclusivamente a pacientes urológicos, nefrológicos y andrológicos; con un movimiento de ingresos de 5422 pacientes en 1999 y 5394 pacientes en el año 2000.

El movimiento total de pacientes (ingresados y/o que precisaron atención urgente) en estos 2 años fue de 43350. La incidencia de infección por *Acinetobáctér* fue por tanto del 0,3% (137 / 43350 movimientos) en este período.

Para facilitar la valoración de los parámetros que hemos estudiado, se ha confeccionado una hoja de recogida de datos que se ha estructurado en cinco apartados:

- El primero comprende datos generales que nos permiten identificar al paciente, estudiando variables como el sexo, la edad, antecedentes patológicos, alergias...

- El segundo apartado identifica la infección por *Acinetobáctér* entre los pacientes hospitalizados, recogiendo datos acerca de las pruebas e intervenciones que se les han practicado, si son o no portadores de catéteres, causa del ingreso, estancia en Reanimación.

- En los 3 últimos apartados se recogen variables específicas del *Acinetobáctér*, como su localización, existencia de cultivos negativos previos, fecha de cultivos positivos, sintomatología, tratamiento, evolución de la infección...

Posteriormente se ha procedido a revisar las Historias Clínicas con el objeto de recoger los datos que necesitamos para realizar el estudio.

RESULTADOS

- El 88 % de los casos estudiados eran hombres (94 / 107 casos) y el 12 % mujeres (13 / 107 casos). La edad media de los casos estudiados es de 60,4 años (rango 8 – 82 años).

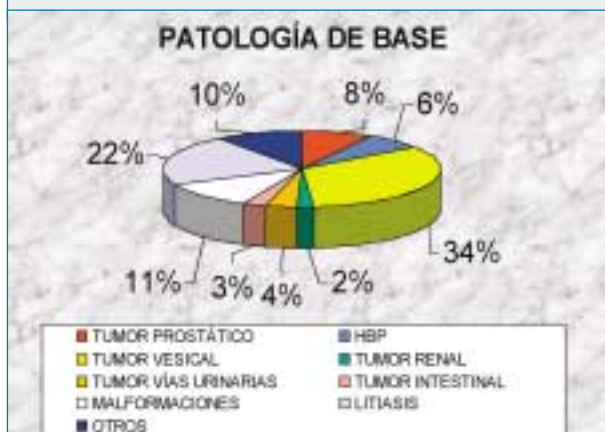
- El 57% (61 / 107 casos) presentaban una patología tumoral de base. El 22% (23 / 107 casos) presentaban litiasis urinarias. El 11% (12 / 107 casos) malformaciones tales como extrofia vesical, estenosis...). El 10 % restante (11 / 107 casos) corresponde a otras patologías urinarias (tuberculosis, fibrosis retroperitoneal, insuficiencia renal, cistocele, abscesos ...).

- El 75% (80 / 107 casos) eran portadores de catéteres cuando se detectó la infección por *Acinetobáctér*, mientras que un 25 % (27 / 107 casos) no portaban.

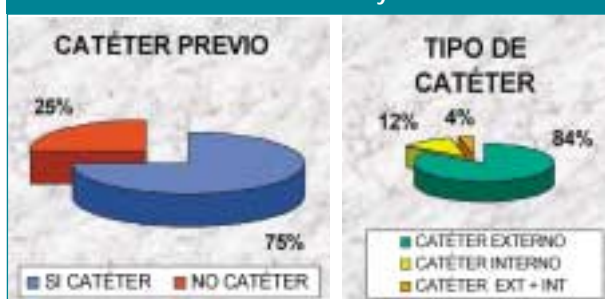
El catéter externo (sonda uretral, sonda nefrostomía, drenajes...) fue el predominante de entre los portadores con un 84% (67 / 80 casos). El 12% (10 / 80 casos) llevaban un catéter interno tipo “doble j”. Finalmente el 4% (3 / 80 casos) eran portadores de catéteres internos y externos.

Gráfico 1.

tm prostata	9	8 %
adenoma prostata	7	6 %
tm vesical	36	34 %
tm renal	2	2 %
tm vías urinarias	4	4 %
tm intestinal	3	3 %
malformaciones	12	11 %
litiasis	23	22 %
otros	11	10 %
total	107	100 %



Gráficos 2 y 3



- El 86% (92 / 107 casos) fue sometido a algún tipo de prueba invasiva. El 14% (15 / 107 casos) no lo fue.

Incluimos como pruebas invasivas las cirugías y la colocación y/o cambio de algún tipo de derivación o drenaje. Se contabilizaron las pruebas invasivas realizadas a los pacientes en el período comprendido entre el último cultivo negativo a *Acinetobáctér* y la aparición de la infección (1er cultivo positivo).

Gráfico 4



- En el 65% (69 / 107 casos) la infección por Acinetobáctér se detectó durante el ingreso del paciente. El 22 % (24 / 107 casos) se detectó después del alta hospitalaria en un período no superior a 15 días. Por último el 13% (14 / 107 casos) corresponde a pacientes no hospitalizados a los que se les detectó la infección durante una visita programada en dispensario o en la asistencia en el servicio de urgencias.

En un 87% (93 / 107 casos) los pacientes estaban ingresados o habían sufrido algún proceso de hospitalización en nuestro centro reciente antes del contagio por Acinetobáctér.

Gráfico 5



- El 61% (57 / 93 casos) de los pacientes ingresados fueron sometidos a cirugía, el 20% (19 / 93 casos) se les practicó algún tipo de derivación urinaria. El 10% (9 / 93) ingresó para recibir tratamiento específico a una determinada patología urológica (infección urinaria, dolor lumbar, insuficiencia renal, etc.). El 8% (7 / 93) ingresaron para estudio. Finalmente se encontró un 1% (1 / 93) que ingresó para la realización exclusiva de una litotricia extracorporea por ondas de choque (ESWL).

Gráfico 7

estudio	7	8 %
estudio + derivación	2	2 %
estudio + cirugía	1	1 %
derivación	17	18 %
cirugía	56	60 %
tratamiento	9	10 %
otros	1	1 %
total	93	100 %



- El 67% de los pacientes intervenidos (38 / 57 casos)

se sometieron a algún tipo de cirugía abierta reconstructiva (CORE), mientras que el 33% (19 / 57 casos) se les practicó cirugía endoscópica (CEPI).

El número de intervenciones de CORE realizadas en el período estudiado fue de 1158, siendo la incidencia del 3,2% (38/1158). El número de intervenciones de CEPI en el mismo período fue de 2257 y su incidencia del 0,8% (19/2257).

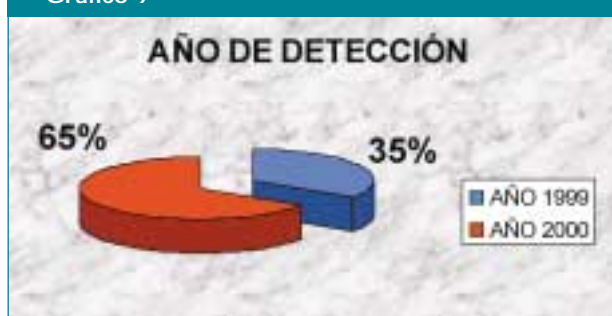
Gráfico 8



- El porcentaje de pacientes infectados por Acinetobáctér ha progresado pasando del 35% (37 / 107casos) en 1999 al 65% (70 / 107 casos) en el 2000. El movimiento de pacientes en el año 1999 fue de 20760, mientras que en el 2000 fue de 22586.

La incidencia de la infección fue del 0,2% (37 / 20760 movimientos) en 1999 y del 0,3% (70 / 22586 movimientos).

Gráfico 9



- La localización más frecuente de infección en nuestro Centro fue en orina con un 87% (94 / 107 casos). Un 4% (4 / 107 casos) se detectó en herida. Un 2% (2 / 107 casos) en sangre. Encontramos un 2% (2 / 107 casos) de localización simultánea en orina y sangre, y un 3% (3 / 107 casos) en orina y herida. El 2% restante (2 / 107 casos) apareció en otras localizaciones (drenajes hipogástricos...).

Gráfico 10



Gráfico 10

estudio	7	8 %
orina	94	87 %
sangre	2	2 %
herida	4	4 %
orina y sangre	2	2 %
orina y herida	3	3 %
colección hipogástrica	1	1 %
orina y dren. hipogástrico	1	1 %
total	107	100 %

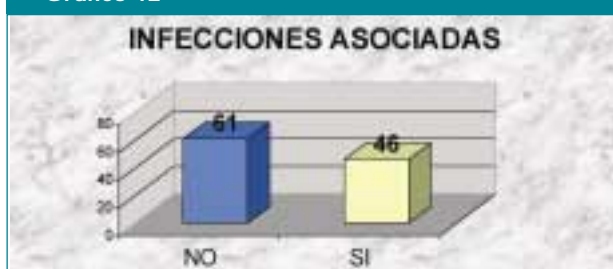
• En las infecciones localizadas en orina existe una mayor incidencia en los pacientes que portaban catéteres, con un 61% (61 / 100 casos), frente al 32% (32 / 100 casos) detectados tras un cultivo de orina por micción. El 6% (6 / 100 casos) corresponde a pacientes portadores de urostomías. El 1 % restante (1 / 100 casos) se halló conjuntamente en la muestra recogida por micción y en la procedente de un catéter.

Gráfico 11



• El 43% (46 / 107 casos) de los pacientes presentaban infecciones asociadas al Acinetobáctér tras confirmarse el diagnóstico, mientras que en un 57% (61 / 107 casos) el Acinetobáctér era el único germen causante de la infección.

Gráfico 12



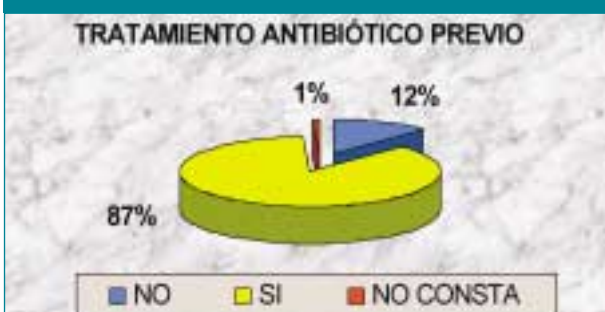
• En el 79% (85 / 107 casos) el tratamiento de elección según antibiograma fue específico para la bacteria causante de la infección. En el 7% (7 / 107 casos) se utilizó un tratamiento antibiótico empírico (de amplio espectro). En el 11% (12 / 107 casos) no se utilizó tratamiento antibiótico alguno y finalmente en el 3% (3 / 107 casos) no se encontraron datos al respecto de utilización o no de antibiograma.

La media de días de tratamiento es de 15.

Tabla de tratamiento específico utilizado

amikacina	36	42 %
amikacina + otros	3	4 %
amikacina + sultamicilina	7	8 %
sultamicilina	25	29 %
sultamicilina + otros	4	5 %
otros (meronem, teicoplanina ...)	10	12 %
total	85	100 %

Gráfico 13



• El 87% de los pacientes (93 / 107 casos) habían recibido algún tipo de tratamiento antibiótico previo a la confirmación de infección por Acinetobáctér sin obtener mejora de la sintomatología. El 12 % (13 / 107 casos) no habían recibido tratamiento antibiótico previo. Encontramos un 1% (1 / 107 casos) en el que no constan datos de uso de tratamiento antibiótico previo.

• La sintomatología más frecuente de entre los infectados fue la hipertermia. Esta fiebre fue el motivo de detección mayoritario para determinar el aislamiento del Acinetobáctér con un 49% (52 / 107 casos). En un 41% (44 / 107 casos) se detectó la enfermedad tras un control rutinario sin sintomatología aparente. Por último un 10% de las detecciones (11 / 107 casos) fueron por otros motivos (seroma, síndrome miccional...).

• La fiebre estuvo presente en un 54% (58 / 107 casos), frente al 39% (42 / 107) de los que no presentaron esta sintomatología. En el 7% restante (7 / 107 casos) no constan datos suficientes para determinar la presencia o ausencia de hipertermia tras infección por Acinetobáctér.

fiebre	40	37 %
fiebre + sd.miccional	8	7 %
fiebre + control	2	2 %
fiebre + otros	2	2 %
sd. niccional	5	5 %
sd. miccional + control	3	3 %
control	41	38 %
otros (seromas, anuria ...)	6	6 %
total	107	100 %

CONCLUSIONES

• Las infecciones por Acinetobáctér cursan con una sintomatología inespecífica, mayoritariamente hiperter-

mia, fácilmente confundible con cualquier otro tipo de infecciones, confirmándose el diagnóstico definitivo a través de un estudio bacteriológico (cultivo).

- Existen dificultades para realizar un tratamiento adecuado debido a la resistencia a múltiples antibióticos que presenta este microorganismo, (según antibiogramas realizados), lo que puede contribuir a aumentar la gravedad de la infección al no tratarse ésta adecuadamente desde el momento en que aparecen los síntomas de infección, iniciándose solo el tratamiento antimicrobiano eficaz cuando se confirma el diagnóstico por *Acinetobacter*.

- Debido al tiempo que transcurre desde que se presenta la sintomatología hasta que se confirma el diagnóstico a través de un cultivo, en algunos casos de pacientes ingresados se conoce el diagnóstico de infección por *Acinetobacter* tras el alta, es de vital importancia la aplicación de las "Medidas Universales" con todos los pacientes para prevenir la exposición del personal sanitario y reducir el riesgo de contaminación cruzada con otros pacientes.

- Tras conocerse el diagnóstico de infección por *Acinetobacter* deben tomarse medidas de aislamiento de contacto para reducir el riesgo de transmisión por contacto directo de secreciones, heridas o excreciones del paciente o por contacto indirecto con las superficies u objetos contaminados del propio paciente.

- Las infecciones por *Acinetobacter* aumentan cuando el paciente es portador de catéteres, debido al riesgo de infección durante la técnica de colocación (puerta de entrada) y durante las manipulaciones posteriores. Por este motivo se deben aplicar con efectividad los protocolos ins-

titucionales sobre el cuidado y manipulación de catéteres y cumplir con rigor las medidas de prevención de infecciones hospitalarias específicas según cada caso.

- Existe un mayor porcentaje de pacientes sometidos a intervenciones de cirugía abierta que resultan afectados por *acinetobacter*, frente a los pacientes sometidos a cirugía endoscópica, debido a que son pacientes portadores de mayor número de catéteres (sonda uretral, sonda hipogástrica, sonda nefrostomía, drenajes...), su estancia hospitalaria es más alta y existe la posibilidad de infección en herida quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- Protocolo para la prevención de infecciones hospitalarias por *Acinetobacter Baumannii*, aprobado por el Comité de infecciones de Fundació Puigvert (junio 2000).
- Marcos M^a Angeles, *Acinetobacter Baumannii*. Departamento de Microbiología y Parasitología. Hospital Clínico. Universidad de Barcelona.
- Marcos MA, Vila J, Jiménez de anta MT. Epidemiología de las infecciones por AB. *Enferm Infec Microbiol* 1993; 11:29-33.
- Ayats J, Linares J. *Acinetobacter*: importància com a patògen nosocomial en l'actualitat. Servicio de Microbiología Ciudad sanitaria de Bellvitge. Barcelona 1999.
- Milá A, Barbeito N, Paunellas J, Castillejo N. Microorganismos multirresistentes: *Acinetobacter*. *Cuidados de Enfermería*. Rev: *Rol de Enfermería* 229: 17-19.

Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona de la Fundació «la Caixa» (Adscrita a la Universitat de Barcelona)

Posgrado: *Enfermería y VIH/SIDA: una visión global y humanista*

Reconocido por la Universidad de Barcelona - División IV (Departament de Salut Pública)

Este curso contempla un ámbito de formación que no ha sido desarrollado por las enseñanzas regladas incide claramente en el campo de actuación profesional de la enfermería. Su objetivo es la promoción de competencias y capacidades relacionadas con la prevención de esta enfermedad y con la asistencia de calidad a las personas afectadas por el virus y a las de su entorno. Asimismo, el curso se orienta a la formación de los profesionales con el objeto de que sean considerados como referentes para las intervenciones institucionales asociadas con los problemas derivados de esta enfermedad. El curso cuenta con la participación de destacados expertos nacionales e internacionales comprometidos en la labor de desarrollar y difundir una visión global y humanista con la que alcanzarlos objetivos ya citados: prevenir más eficazmente esta enfermedad y ofrecer una asistencia de calidad a las personas afectadas por el virus y a las de su entorno.

Características del curso

- 7a edición
- Especifico para diplomados en Enfermería
- Curso modular de 23 créditos
- 176 horas lectivas
- Fechas: del 27 de Noviembre de 2002 al 8 de Mayo de 2003
- Número de plazas limitado (35)
- Precio del curso: 725.00 Euros.
- Prevista una convocatoria de ayudas a la matrícula.

Preinscripción

Del 2 al 30 de Septiembre de 9 a 13 h.

Información

Escola Universitària d'Infermeria Santa Madrona
Carrer de l'Escorial, 177
08024 BARCELONA
Teléfono 93-254 42 17 - Fax 93-254 42 01
E-Mail: secretaria.pg@smadrona.ub.es
WEB: www.fundacio.lacaixa.es/santamadrona



Divisió de Ciències de la Salut



ADSCRITA A LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



Departament de Sanitat i Seguretat Social

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

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

ENFERMERIA CLINICA SUM RES. TC. SOLO PARA SUSCRIPTORES.

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

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

FISIOTERAPIA SUM RES

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

MEDICINA CLINICA SUM RES. TC. SOLO PARA SUSCRIPTORES

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

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.readysoft.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)

http://www.secpal.com/revi_gral.html

REV MEDICINA PALIATIVA. SUM RES.

<http://www.podonet.net/rep/rep.htm>

REV DE PODOLOGIA SUM.

<http://www.sepr.es/sepr.html>

REV DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PROTECCION RADIOLÓGICA. SUM RES

http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_revistas.htm

DIRECTORIO CON CIENTOS DE DIRECCIONES DE REVISTAS EN ESPAÑOL ORDENADAS POR ESPECIALIDADES, INCLUYENDO ENFERMERIA.

<http://bvs.sld.cu/revistas/enf/indice.html>

REV DE ENFERMERIA CUBANA SUM RES TC.

<http://www.evidencebasednursing.com/contents-by-date.0.shtml>

EVIDENCE BASED NURSING. REVISTA DE ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA SUM RE TC. INGLES.

<http://www.adeci.org.ar/>

VISION. REVISTA DE ENFERMERIA ARGENTINA SOBRE CONTROL DE INFECCIONES. SUM RE TC

<http://infodoctor.org/dolor/#Acute>

WEB DEL DOLOR DE OXFORD ESPAÑOL. CONTIENE INTERESANTES TRABAJOS DE REVISION SOBRE EL DOLOR EN TODOS SUS ENFOQUES. TC .

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

PAG PERSONAL DE JOSE MARIA DACAL. LA MAS COMPLETA RECOPIACION DE PAGINAS DE ENFERMERIA SOBRE TODOS LOS TEMAS, PERFECTAMENTE ORDENADOS Y CONSTANTEMENTE ACTUALIZADOS.

<http://www.msc.es/revistas/home.htm>

REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA. SM, RS TC.

<http://www.dolor.es/vol0711992.html>

REVISTA SOBRE DOLOR, INVESTIGACION CLINICA Y TERAPEUTICA. CONTIENE SUN RS TC DE ARTICULOS MEDICOS Y DE ENFERMERIA.

<http://histolii.ugr.es/journals.html>

BUSCADOR DE REVISTAS DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA. INTRODUCIENDO LA PALABRA «NURSING» SE OBTIENEN LOS LINNS DE REVISTAS EN INGLES.

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.