

# enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 83. Septiembre 2002



**XXIV Congreso Huelva 2002: La enfermería urológica, hacia la excelencia de los cuidados**

**En Huelva: Renovación miembros de la Junta, premio Enfuro y nuevo logo**

**Madrid, marzo 2003: Sede del encuentro de la enfermería urológica europea**

**Profesión: Burnout en urología, protocolo prostatectomía, litotricia y tecnología**



## ENFURO

nº 83 / Julio/Agosto/Septiembre 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 Peñagaricano  
**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:

Monumento a la Fe Descubridora (Huelva). Fotografía por cortesía de Postales Gómez

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](mailto:enfuro@terra.es)  
 28028 Madrid

## SUMARIO

● Editorial .....	4
● Noticias y Comunicados de interés para los socios de la AEEU .....	4
● Congreso de la Asociación Europea de Enfermería en Urología A. Crespo García .....	5
● Concurso de logotipos para la Asociación Española de Enfermería y Urología .....	5
● Programa del XVIII Congreso de la Asociación Europea de Enfermería en Urología .....	6
● Protocolo de cuidados de enfermería en la Prostatectomía Radical M. Pierre-Louis Lauture, L. Martínez Feria, M. J. Poza Urcelay, Fca. Calvo Ruiz .....	7
● Enfermería y litotricia extracorpórea por ondas de choque L. Ramírez Rodríguez, J. A. González Burguillo, J. Rubio Revuelta .....	12
● Instrumental urológico de uso en otros tiempos .....	18
● Enfermeros en Italia R. Gutiérrez Rivero, A. Isabel Escudero Márquez, M. Alejandro Campos Gómez .....	20
● Buscadores de temas de enfermería .....	23
● Innovaciones tecnológicas en enfermería urológica: papel de enfermería J. José Alarcón Polo .....	24
● Burnout en enfermería urológica L. Molina Arteaga, J. Luis Aranda Vizcaíno, Mª. José Martínez de Aramayona López .....	29

Por un error en el sumario del número 82, el artículo titulado «*Implantación de un protocolo de sondaje vesical en cirugía mayor ambulatoria*» apareció mal signado. Sus autores son: F. Javier Agudo Domínguez y C. del Solar Gutiérrez.

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

## Nos visita Europa

El tiempo corre que vuela y cuando llegue a vuestras manos la presente revista, ya estará muy próxima la celebración del Congreso de Huelva, congreso vigésimo cuarto, que se celebrará en el año del 25 aniversario de la Asociación. El congreso es como el inicio y el fin de cada etapa de la asociación, marca un antes y un después de la vida de la misma y es la bisagra que permite girar el rumbo. En los congresos siempre se producen cambios y se incorporan mejoras que van dando forma a nuestra entidad.

Este de Huelva no podía ser menos. Ya, como os anunciábamos en el anterior número, en él se llevarán a cabo la renovación que corresponde a la junta de gobierno, se planteará la reforma de estatutos, se escogerá nuevo logo y se entregarán los premios Enfuro 2002, que vienen este año a sustituir al Genaro Vázquez. De todos estos acontecimientos os damos cuenta en este número.

Pero un hecho nos desvía la atención, la celebración de la IV Reunión de la Enfermería Urológica Europea en Madrid, encuentro de la Asociación Europea de Enferme-

ría Urológica, en la que tenemos representación en la persona de Ascen Crespo. Se ha escogido nuestro país para este importante encuentro en el que vamos a ser anfitriones de nuestros colegas europeos. Los socios habrán recibido el boletín informativo correspondiente, pero desde aquí nos hacemos eco de este evento y animamos a participar.

Este congreso es importante para todos; para la propia europea ya que consolida su pujante trayectoria al amparo de la AEU, para la española porque afianzamos nuestro protagonismo en el conjunto continental e incluso para cada uno de los que participemos, ya que el bagaje curricular por la participación y aportación científica en eventos internacionales es muy bien valorado.

Por todo ello sólo nos queda deciros que NOS VEMOS EN HUELVA, donde los socios tenemos un compromiso especial: *acudir a la asamblea para debatir todas las actividades que os proponemos*, y SEE YOU IN MADRID donde la Asociación de Enfermería Urológica *más antigua de Europa debe estar a la altura de las circunstancias*. ▼

## NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS PARA LOS

Socios de la AFEU

Como hemos venido anunciando reiteradamente en la revista y por correspondencia personal, en el Congreso de Huelva se procederá a la renovación de los miembros de junta que marcan los actuales estatutos. Recordamos que éstos son:

- ❖ VICEPRESIDENTE
- ❖ SECRETARIO
- ❖ CONTADOR
- ❖ VOCAL I
- ❖ VOCAL IV

En una carta próxima, los socios recibirán en su domicilio las candidaturas presentadas junto a la convocatoria y orden del día de la asamblea del próximo mes de octubre, donde se procederá a la elección de los mismos.

### SECRETARÍA

- ▼ Está siendo ardua la labor de recopilación de datos de los socios que se encontraban dispersos en varias bases de datos en la antigua sede. Tanto la Vocal I, Ascen Crespo, como la Contadora, Helena Guerra, han llevado a cabo un proceso de reunificación de las distintas bases de datos existentes para dejar una sola operativa. Es por ello por lo que algunos socios han tenido problemas en la recepción de correspondencia, de la revista o de los recibos. En el Congreso de Huelva habilitaremos una secretaría para aclarar los datos que queden por corregir. Por ello os rogamos que intentéis contactar con nosotros y actualizar vuestros datos.
- ❖ No obstante, si algún socio quiere enviar sus datos corregidos, puede hacerlo a la sede social en Madrid,

C/ Francisco Silvela 54, Dpdo. 2º A. 28028-Madrid, o por e.mail a enfuro@terra.es

- ❖ En el próximo congreso de Huelva entregaremos a los socios y socias un proyecto de modificación de estatutos. Este tema se debatirá en la asamblea y si esta lo aprueba, se abrirá un plazo de alegaciones y propuestas para aprobar la modificación en el siguiente congreso.

### REDACCIÓN DE ENFURO

- ❖ Según podréis observar en este número, hemos empezado a introducir resúmenes en inglés en los artículos. Puede que en este número la traducción sea muy literal, poco correcta y pueda tener algún fallo semántico que rogamos perdonéis. En el futuro iremos perfeccionando esta traducción para facilitar la inclusión de nuestros artículos en las bases de datos bibliográficas extranjeras. Los autores deberán enviarnos en lo sucesivo los artículos con el resumen y las palabras claves traducidos al inglés.
- ❖ Ha quedado desierta la beca de investigación por la falta de trabajos presentados. En el próximo curso estudiaremos la viabilidad de este premio o su aplicación en otras áreas docentes y/o de investigación.

Los socios y demás profesionales interesados en el Congreso de Huelva pueden obtener información en la página web del Hospital Infanta Elena: [www.hie.sas.junta-andalucia.es](http://www.hie.sas.junta-andalucia.es), concretamente en la sección dedicada a enfermería. Desde este sitio se pueden hacer inscripciones al congreso, visualizar el programa científico, la presentación del evento, los comités,



ASCENCIÓN CRESPO GARCÍA  
DELEGADA DE LA JUNTA PARA EUROPA

## Congreso de la Asociación Europea de Enfermería en Urología

Madrid, marzo 2003

De vuelta ya de los meses estivales, donde todos hemos desconectado durante un tiempo del quehacer diario de nuestro trabajo, nos encontramos en la recta final para inaugurar un nuevo congreso nacional.

Huelva va ser, sin duda, un encuentro que quedará grabado en nuestras memorias no sólo por su contenido científico y lúdico, pero sobre todo porque celebraremos nuestro veinticinco aniversario como Asociación de Enfermería en Urología; un aniversario poco común en el resto de las asociaciones de Enfermería nacionales y menos todavía en las asociaciones de Enfermería europeas.

Esta «mayoría» de edad podremos celebrarla juntos en Huelva, pero donde podremos presumir de ella será en Madrid durante el transcurso de la IV reunión europea de Enfermería en Urología que tendrá lugar del 12 al 15 de marzo de 2003, en el recinto ferial Juan Carlos I.

Tenemos el reto de asumir la organización del evento: esto ha supuesto reuniones con la junta directiva de la europea primero, y luego, como delegada de nuestra asociación y miembro de la junta, reuniones con el grupo de trabajo encargado del programa científico para definir las líneas de actuación.

El gran hándicap que ha supuesto el idioma, inglés, para acudir a estas reuniones ha sido mi mayor preocupación; no podía consentir que tuviésemos la suerte de tener en nuestro país un encuentro internacional del más alto nivel y no con-

tar con la participación de mis compañeros españoles por la barrera que supone el desconocimiento o poca práctica del idioma.

Conseguir la traducción simultánea fue tarea ardua, ya que no se contempla ni para los propios urólogos, pero la razón prevaleció y me complace adelantaros que este año en Madrid sí podremos tener traducción.

Esto no solamente supone que todas las comunicaciones y ponencias de los compañeros extranjeros participantes sean traducidas, sino que también las nuestras se podrán presentar en castellano.

Además, para completar un programa científico, en que evidentemente predomina gente de fuera, me he permitido invitar a Mirentxu Cebrián, compañera nuestra de Pamplona, experta en temas de Andrología, para darnos su punto de vista sobre un tema a debatir el sábado día 15 de marzo.

Nuestra presencia quedará así señalada al más alto nivel. ▼

Para más información, podéis contactar conmigo en el stand de la Asociación durante el transcurso del congreso nacional (tendré a vuestra disposición programas y boletines de inscripción), por teléfono o e-mail a la sede nuestra. ([enfuro@terra.es](mailto:enfuro@terra.es))

### Propuestas presentadas al concurso de logotipos para la Asociación Española de Enfermería en Urología



PROYECTO VALENCIA



PROYECTO BAHIA



PROYECTO BILBAO



PROYECTO AEEU



PROYECTO ENFURO



PROYECTO ESPAÑA UROLOGIA



PROYECTO AL



PROYECTO EEU



PROYECTO EU



PROYECTO ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA



PROYECTO ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

# XVIII Congreso de la Asociación Europea de Enfermería en Urología

# Programa



## MIÉRCOLES 12 DE MARZO 2003

- 10.00-13.00 **Curso idioma** (Sala 1).  
 10.00-12.00 **Navegando por Internet** (Sala 2). *Karin Stenzellus RN (agreed) (S)*
- 13.30-15.00 **Curso idioma** (Sala 1).  
 13.30-15.00 **Navegando por Internet** (Sala 2). *Karin Stenzellus RN (S)*  
 15.00-16.30 **Presentación de técnicas** (Sala 2). *Paul Casella*  
 16.30-17.00 **Asamblea socios** (Sala 1).  
 18.00 **Recepción bienvenida EAU.**

## JUEVES 13 DE MARZO

### LITIASIS

- 09.00-09.30 **Puesta al día** (Sala 1). *Dr. Tiselius (agreed) (S)*  
 09.30-10.00 **Profilaxis** (Sala 1). *Dr. Hess (agreed) (D)*  
 10.00-10.30 **Enfermería y litiasis** (Sala 1). *Elsie-Marie Jonason RN (agreed) (S)*  
 10.30-11.00 **Café**  
 11.00-11.30 **Stents, litiasis y complicaciones** (Sala 1). *Dr. Danuser Hansjörg/Rita Willener (agreed) (CH)*  
 11.30-12.00 **Preguntas y respuestas** (Sala 1).  
 12.00-13.30 **Comida**  
 13.30-17.00 **Sesión póster o/y presentaciones libres** (Sala 1).  
 9.00-17.00 **Urología Pediátrica (ESPUN)** (Sala 2).

## VIERNES 14 MARZO

- 9.00-12.00 **Sesión conjunta con ESPUN. Tema: Adolescencia-transición de niño a la edad adulta. Comunicaciones libres** (Sala 1).  
 12.00-13.30 **Comida.**  
 13.30-15.30 **Grupo de trabajo sondaje masculino** (Sala 1). *Martin Beynon (agreed) (GB)*  
 15.30-17.00 **Grupo de trabajo educación sanitaria** (Sala 1). *Jerome Marley (agreed) (IRL)*

## SÁBADO 15 DE MARZO

### EL HOMBRE ADULTO

- 09.00-09.30 **Puesta al día** (Sala 1). *Prof. Dr. F. M. J. Debruyne (agreed) (NL)*  
 09.30-10.00 **Puesta al día sobre Disfunción Eréctil** (Sala 1). *Urologist from Spain*  
 10.00-10.30 **Punto de vista desde Enfermería** (Sala 1). *Mirentxu Cebrian RN (agreed) (E)*  
 10.30-11.00 **Café.**  
 11.00-11.30 **Nuevos medicamentos y tratamientos** (Sala 1). *Dr. E. Meuleman (agreed) (NL)*  
 11.30-12.00 **El adulto y las ITU inferior puesta al día** (Sala 1). *Urologist from Sweden (S)*  
 12.00-12.30 **Premios** (Sala 1).  
 12.30-13.30 **Comida.**  
 13.30-15.30 **Grupo de trabajo neo vejigas. Introducción** (Sala 1). *Prof. U.E. Studer (agreed) (CH)*  
 Cuidados post operatorios de la neo vejiga (Sala 1). *Sandra Niklaus RN/Kathi Ochsner RN (agreed) (CH)*

MARIO PIERRE-LOUIS LAUTURE, LAURA MARTÍNEZ FERIA, M.<sup>a</sup> JOSÉ POZA URCELAY, FCA. CALVO RUIZ  
H.U. Virgen Macarena, Sevilla

# Protocolo de cuidados de enfermería en la Prostatectomía Radical

## RESUMEN

En el transcurrir de nuestro trabajo, observamos los cambios que se van produciendo, continua y rápidamente, afectando a los planes de cuidados que se aplican a los enfermos.

Por este motivo, el personal de enfermería que suscribe este proyecto, se ha reunido para crear un nuevo patrón de cuidados para los pacientes intervenidos de PROSTATECTOMÍA RADICAL.

Dicho patrón debe ser eficaz y eficiente de manera que todo el personal sea capaz de actuar alcanzando un máximo de calidad y manifestando toda seguridad para no alterar la buena evolución que conlleva un trabajo organizado. Está claro que el objetivo del grupo multidisciplinar es aunar modos de aplicación eficaces y dar mayor confianza al enfermo.

**Palabras clave:** Prostatectomía radical, protocolo de actuación, protocolo cuidados pacientes quirúrgicos.

## SUMMARY

In lapsing of our work, we observe the changes that go taking place, continuous and quickly, affecting to the plans of cares that are applied the sick persons.

For this reason, the infirmery personnel that subscribes this project, has met to create a new pattern of cares for the intervened patients of PROSTATECTOMÍA RADICAL.

This pattern should be effective and efficient so that the whole personnel is able to act, reaching a maximum of quality and manifesting all security for not altering the good evolution that bears an organized work. It is clear that the objective of the group is to join effective application ways and to give bigger trust to the sick person.

## 1. DEFINICIÓN

La próstata es una de las glándulas sexuales masculinas, sirve para la producción de líquido seminal que forma parte del semen o esperma.

La próstata está ubicada encima del recto y debajo de la vejiga, rodea la uretra como una especie de «flotador» en el punto donde se conecta a la vejiga.

A partir de los cuarenta años aproximadamente, la próstata está sometida a estímulos hormonales y es asiento de enfermedades benignas y malignas. Por ello, cuando la próstata crece hay dificultades al orinar o en las relaciones sexuales.

Conforme a las estadísticas disponibles, el carcinoma de próstata se da con frecuencia dentro de los siguientes rangos:

- Mayor frecuencia: Hombres mayores de 50 años.
- Menos de 1 de cada 10.000: Hombres menores de 39 años.
- 1 de cada 100: Hombres entre 40 y 59 años.
- 1 de cada 10: Hombres entre 60 y 79 años.

En relación a factores como la dieta y la raza se pueden hacer las siguientes apreciaciones:

- Los negros americanos tienen un 30 por ciento más riesgo que los blancos americanos de similar área y status social, presentándose en estos casos un tipo de cáncer más avanzado y letal.
- Los japoneses que adoptan patrones de alimentación

occidentales ricos en grasas saturadas aumentan su riesgo de carcinoma de próstata.

En cuanto a la frecuencia con que se expande en la población con respecto a otros tipos de cánceres, se deduce de los datos recopilados que:

- El carcinoma de próstata es el segundo más común después del cáncer de piel.
- Constituye la segunda causa principal de muerte después del cáncer de pulmón.

El diagnóstico precoz dará lugar a un mejor pronóstico al poderse beneficiar de tratamientos instaurados en una fase inicial. La combinación del tacto rectal, el PSA y la ecografía transrectal de la próstata permiten la detección precoz de dicha enfermedad.

La Prostatectomía Radical es el método de opción para el tratamiento de dicha enfermedad en su etapa localizada en hombres jóvenes que gocen de buena salud.

El abordaje quirúrgico que se realiza en la unidad del Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla es mediante una incisión abdominal baja (Prostatectomía Radical Retropúbica).

La Prostatectomía Radical consiste en la extirpación de la próstata, su cápsula, vesículas seminales y segmento del cuello vesical, puede incluir Linfadenectomía regional.

Está indicada en pacientes:

- Con una expectativa de vida mayor de cinco años.
- Con carcinoma de próstata clínicamente limitado al órgano.

## 2. OBJETIVOS GENERALES

Llevando a cabo las directrices trazadas en el estudio que nos ocupa, se obtendrá una serie de objetivos cuyo alcance se describe a continuación:

Revisar y actualizar protocolo de cuidados: Para ello ha sido preciso realizar un estudio de observación sobre el protocolo de cuidados llevado hasta el momento, estructurando en vías de mejorarlo un nuevo patrón a poner en práctica, introduciendo las soluciones apropiadas a las posibles carencias detectadas y enriqueciendo aquellas líneas que fueran susceptibles de mejoras. Con todo ello se pretende obtener mayor calidad en el nuevo protocolo.

Unificar criterios para los cuidados: En orden a perseguir la misma directriz descrita en el párrafo anterior, se han observado los comportamientos de los pacientes afectados por esta intervención, así como su sintomatología, haciendo una concienzuda puesta en común entre el personal sanitario implicado en este proyecto y el catedrático en funciones de jefe de servicio. De esta manera todo el procedimiento que constituye el nuevo protocolo ha sido consensuado debidamente y de forma exhaustiva.

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Los materiales de que se vale el estudio constan de una serie de componentes que se describen seguidamente.

### 3.1. Materiales

#### *Unidad de Urología*

La Unidad de Urología en la que se ha llevado a cabo la elaboración de este trabajo está ubicada en el Hospital Universitario Virgen Macarena, sito en Sevilla.

#### *Consulta externa de Urología (Unidad de Detección Precoz)*

Adscrita a la Unidad de Urología existe una consulta externa, constituida por un médico, una enfermera y un auxiliar, donde se realizan las tareas pertinentes para detectar de forma precoz el carcinoma de próstata.

#### *Personal sanitario implicado en este proyecto*

Cuatro diplomados en Enfermería del Servicio de Urología.

#### *Pacientes intervenidos (60 casos)*

El estudio llevado a cabo se ha basado en la observación de los datos estadísticos relativos a 60 casos que se han venido tratando en este hospital desde el año 1996 hasta el momento.

#### *Protocolo ya existente*

Hasta ahora se ha venido aplicando en los casos de carcinoma de próstata un protocolo que ya existía y que ha servido de base para dar cuerpo a la elaboración de este trabajo.

## 3.2. Métodos

Los métodos que se proponen en este apartado consisten en:

#### *Estudio de casos clínicos*

Conforme a la experiencia adquirida en el tratamiento de aquellos casos que se han venido dando a lo largo del período especificado en el párrafo anterior, se han realizado las observaciones oportunas sobre comportamientos y respuestas del paciente a los determinados cuidados que se le han ido aportando.

#### *Revisión de datos estadísticos*

Basado en el estudio de los casos clínicos citados, se han recopilado los datos que se han ido desprendiendo de las diferentes incidencias acontecidas a lo largo del tiempo que ha estado cada paciente ingresado. Toda esa información se ha agrupado de forma estructurada para elaborar una serie de informes estadísticos que se muestran en el proyecto que nos ocupa.

## 4. PROTOCOLO

El protocolo se subdivide en los siguientes apartados:

#### *Cuidados Prequirúrgicos*

#### *Cuidados Postquirúrgicos*

#### *Complicaciones.*

A continuación se detallarán cada uno de estos puntos.

### 4.1. Cuidados prequirúrgicos

1. Ingreso en planta del enfermo, presentación del personal de enfermería.
2. Anamnesis y valoración inicial del paciente a través de la comunicación personal con el mismo.
3. Informar al paciente y familia, poniendo interés en que el enfermo y su familia tengan conocimiento de la enfermedad y la intervención en la que están involucrados.
4. Higiene general, en la cual está indicada la ducha antes de ir a quirófano, con jabón germicida recomendado por la Unidad de Infecciones Nosocomiales.
5. Recomendación de abstenerse de fumar 2 días antes de la intervención.
6. Mantener al paciente en ayunas desde las 0.00 horas del día anterior, debiendo haberse moderado en la cena.
7. Preparación local que consiste en el rasurado de los genitales y el abdomen, 30 minutos antes de ir al quirófano.
8. Previamente a la intervención tendrán lugar los siguientes controles:
  - Tomar T.A., pulso y temperatura.
  - Deberá aplicarse enema de limpieza la noche anterior, comprobándose su eficacia.

- Retirar cualquier objeto personal del paciente, como prendas interiores, prótesis, etc., y entregarlo a la familia.
  - Cambio de ropa de la cama y uso de pijama hospitalario.
  - Administrar premedicación prescrita.
  - Conocer antecedentes personales (hipertensión, diabetes, alergia, etc.) tomando nota de la posible medicación domiciliaria.
  - Administrar profilaxis de enfermedades tromboembólicas, comprobando que han sido suspendidos 10 días antes los antiagregantes plaquetarios en aquella persona que los tuviera indicados.
  - Profilaxis antibiótica media hora antes de ir al quirófano en orden a la prescripción de la Unidad de Infecciones Nosocomiales.
  - Reservado de concentrados de hemáties (habiéndosele ofrecido al enfermo la posibilidad de formar parte de un programa de autotransfusión 2 meses antes de la intervención).
  - Comprobar la existencia de un intervalo de tiempo, entre la biopsia transrectal y la prostatectomía radical, superior a 6 semanas; así como un período entre la RTU y la prostatectomía radical mayor de 3 meses.
  - Asegurar la hidratación adecuada del paciente, que puede estar deshidratado por la autolimitación de líquidos, ya que en ocasiones la polaquiuria provoca desequilibrio hídrico.
9. La documentación que debe disponerse previamente a la intervención es la siguiente:
- Historia clínica.
  - Estudio preanestésico.
  - Radiografías.
  - Reserva de sangre.
  - Hoja de medicación.
  - Plan de cuidados.

## 4.2. Cuidados postquirúrgicos

### *CUIDADOS INMEDIATOS: Valoración del paciente*

1. Control de T.A, F.C., T<sup>a</sup>.
2. Comprobación de la permeabilidad de la sonda uretrovesical, talla o sonda suprapúbica y drenaje aspirativo.
3. Sueroterapia, catéter epidural y en ocasiones cateterismos uretrales cuando hay sospecha de una lesión uretral retrovesical.
4. Herida quirúrgica.
5. Oxigenación y nivel de conciencia.

### *CUIDADOS GENERALES:*

1. Programar y aplicar tratamiento médico (por ejemplo, profilaxis de enfermedades tromboembólicas, pauta analgésica para el dolor, etc.).
2. Balance hídrico.
3. Control de constantes vitales: T.A, F.C., T<sup>a</sup>.
4. Cuidados del catéter epidural que será revisado por el Servicio de Anestesia cuando sea necesario. Según el protocolo, deberá retirarse a las 48 horas.

5. En las primeras 24 horas se deja al paciente con dieta absoluta, sueroterapia y antibiótica, según el Servicio de Infecciones Nosocomiales, así como movilización de los miembros.

6. Al segundo día se inicia la tolerancia a los líquidos, suspendiéndose después la sueroterapia y antibiótica por indicación del urólogo.

7. Cuidados de la herida con suero fisiológico y povidona yodada. Se cambiarán los apósitos en caso de sangrado abundante, en caso contrario se aplaza el cambio hasta el tercer día.

8. Sedestación y deambulación precoz al segundo y tercer día, respectivamente.

9. Vigilar el drenaje aspirativo, comprobando si aumenta o disminuye la cantidad, teniendo en cuenta que en caso de aumento constituye signo de fístula urinaria.

10. Asegurar la permeabilidad de la sonda uretrovesical, talla y apuntar diuresis cada 12 horas.

(9 horas – 21 horas). En caso de obstrucción, se efectuará lavado vesical con 30 ml de suero fisiológico aspirando posteriormente con suavidad.

11. Aconsejar sujeción abdominal en caso de tos para evitar aumento de presión intra-abdominal.

12. Informar sobre la sensación de orinar que puede ser provocada por la presencia de la sonda, de espasmos vesicales causado por el globo y de movimientos de las asas intestinales generadas por la obstrucción urinaria.

13. Evitar el bloqueo del tubo de canalización urinaria por acodadura y coágulos.

14. Fijación de la sonda uretrovesical al pene para evitar movilización y tracción de la misma, de forma accidental. Esta técnica la realiza el urólogo en el quirófano.

15. Al tercer día se retira la talla, y si el drenaje no es productivo o inferior a 20 ml, se extrae al día siguiente.

16. Al séptimo se retiran los puntos de forma alterna y al octavo día los puntos restantes. El mismo día, el paciente se va de alta con la sonda conectada a la bolsa y con el informe de continuidad de cuidados de enfermería.

17. El A.T.S. de su centro de salud se hará cargo de la evolución del paciente (herida y sonda).

18. A las 3 semanas, el paciente es citado en la consulta externa de la Unidad de Urología para retirar la sonda.

## 4.3. Complicaciones

Las complicaciones que pueden surgir tras una Prostatectomía Radical pueden clasificarse en orden al momento de su aparición:

- Complicaciones precoces.
- Complicaciones tardías.

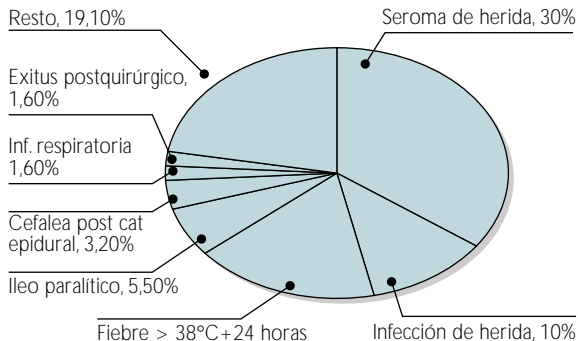
### *COMPLICACIONES PRECOCES*

Durante el período postoperatorio inmediato pueden aparecer una serie de complicaciones que se detallan a continuación junto con sus porcentajes de incidencias.

De forma general se pueden citar las siguientes complicaciones precoces:

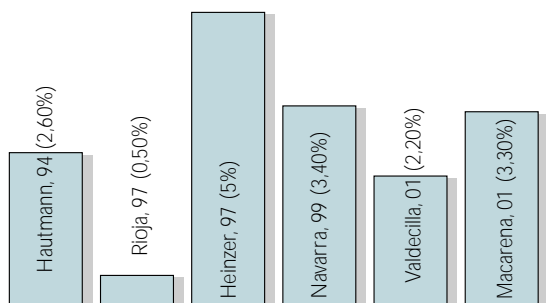


SEROMA DE HERIDA	30,00%
INFECCIÓN DE HERIDA	10,00%
FIEBRE > 38°C +24 H	15,00%
ILEO PARALÍTICO	5,50%
CEFALEA POST CAT EPIDURAL	3,20%
INF. RESPIRATORIA	1,60%
EXITUS POST-QUIRÚRGICO	1,60%
RESTO	19,10%



1. **Lesiones rectales**, las cuales son resueltas por los urólogos mediante una colostomía temporal. Se ha realizado un estudio estadístico sobre los casos de lesiones rectales aportados por distintas fuentes.

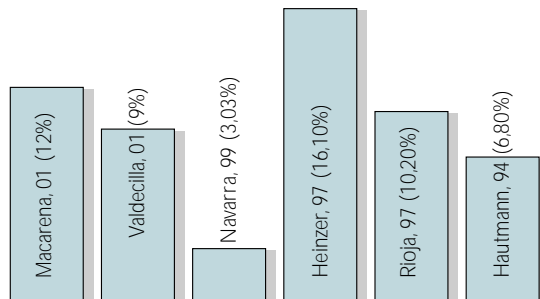
HAUTMANN, 94	2,60%
RIOJA, 97	0,50%
HEINZER, 97	5,00%
NAVARRA, 99	3,40%
VALDECILLA, 01	2,20%
MACARENA, 01	3,30%



2. **Fístula urinaria**

Suele resolverse mediante un tratamiento conservador, con un resultado satisfactorio de forma espontánea a los 14 días, aproximadamente.

HAUTMANN, 94	6,80%
RIOJA, 97	10,20%
HEINZER, 97	16,10%
NAVARRA, 99	3,03%
VALDECILLA, 01	9,00%
MACARENA, 01	12,00%



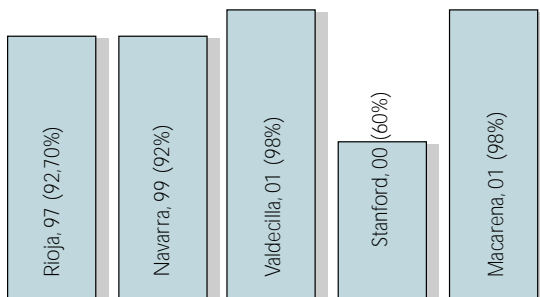
**COMPLICACIONES TARDÍAS**

También existen otras complicaciones denominadas tardías que principalmente se pueden subdividir de la siguiente forma:

1. **Disfunción erectil**

Es una complicación que se presenta en un elevadísimo porcentaje y el urólogo lo trata con Alprostadil y Sildenafil.

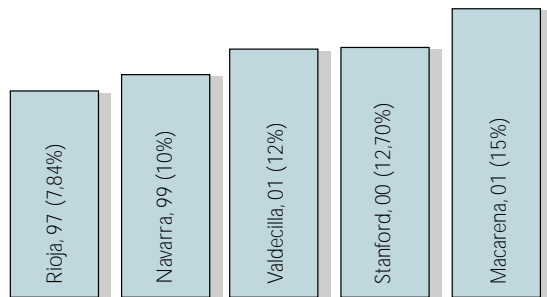
RIOJA, 97	92,70%
NAVARRA, 99	92,00%
VALDECILLA, 01	98,00%
STANFORD, 00	60,00%
MACARENA, 01	98,00%



2. **Estenosis uretro-vesical**

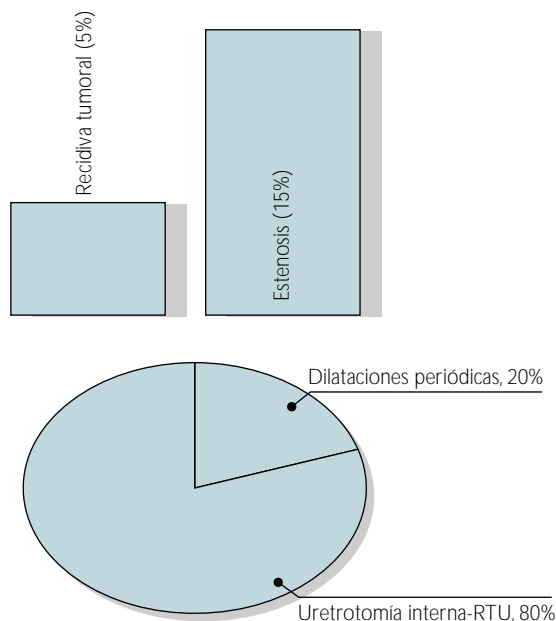
Esta complicación se ha observado cómo ha afectado porcentualmente a los colectivos aportados por las fuentes que se citan a continuación:

MACARENA, 01	15,00%
HAUTMANN, 94	12,70%
VALDECILLA, 01	12,00%
NAVARRA, 99	10,00%
RIOJA, 97	7,84%



En el primer gráfico se aprecia el porcentaje que el 20% de pacientes operados de Prostatectomía Radical produce Estenosis Uretro-Vesical Grosera, de las cuales el 15% deriva en Estenosis Pura y el restante 5% está causada por la presencia de una Recidiva Tumoral en la Unión Uretro-Vesical. Es importante señalar que el 33% de los casos relativos a esta complicación producen Litiasis Vesicales.

En el segundo gráfico se observa el reparto de cómo se ha solucionado la totalidad de los casos porcentualmente, teniendo en cuenta que la Estenosis Uretro-Vesical puede ser tratada, dependiendo del caso y del criterio del urólogo con Uretrotomía Interna-RTU o con Dilataciones Periódicas, mientras que la Recidiva Tumoral sólo puede encauzarse por Uretrotomía Interna-RTU.



**3. Incontinencia urinaria.** A continuación se ofrecen las tablas de valores y el gráfico en los que se hace un muestreo de las tasas de incontinencia urinaria al año de

evolución (en %). Teniendo en cuenta que se han diferenciado las distintas fuentes de información y los rangos de afectación:

FUENTE	O	I	II	III	RESTO
MACARENA, 01	80	10	8	2	
HAUTMANN, 94		80	16	3	1
RIOJA, 97	56	25	10	5	5
NAVARRA, 99	84	15			1
VALDECILLA, 01	73	16	6	5	

RANGO	VALOR
0	NADA
I	GOTEO POSTMICCIONAL
II	INCONTINENCIA LEVE
III	INCONTINENCIA GRAVE

## 5. CONCLUSIONES

- El establecimiento de unos patrones de cuidados ayuda a mejorar la calidad y eficacia de la atención al paciente urológico.
- Una actitud positiva del personal de enfermería disminuye el grado de ansiedad del paciente, creando un ambiente más relajado.
- La planificación de cuidados de enfermería contribuye tanto a evitar posibles complicaciones como a detectarlas de forma precoz, facilitando la aplicación de medidas correctoras.
- Es obligación de los profesionales de enfermería documentar sus procedimientos de trabajo, con ello se normaliza la actuación de dicho colectivo y se ofrece mayor servicio a la población afectada.
- Toda iniciativa que promueva la investigación garantiza unos avances en la cultura sanitaria.
- El interés por contribuir al caudal de información que se intercambia en el congreso, estimula la dinámica de grupo, apuntando a nuevas perspectivas de superación en el trabajo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Ferreras Rozman. M I: Doyma, 1992.
- Burner L. S. Enfermería Médico Quirúrgica. Volumen II Barcelona. Interamericana 1990
- Cuadernos de Enfermería Nefrológica y Urológica. F. Schimmel, P. Jgers. Tomo 11. Toray-Masson S.A. 1980 11ª Edición.
- Claire Campbell. Tratado de Enfermería Nefrológica. Diagnóstico y Métodos. Doyma. Edición Española 1984.
- Tratado del ayudante en Medicina y Cirugía. Volumen III. 5ª Edición, 1978.
- Innovaciones en cirugía urológica. Barcelona 1999. Editorial Caronte. R. Hohenfellner, J. Castiñeiras, R. Gillitzer, J. Fichtner.

RAMÍREZ RODRÍGUEZ, LORENZO A\*, GONZÁLEZ BURGUILLOS JOSÉ A\*\*, RUBIO REVUELTA, JOAQUÍN\*

\*Enfermeros Urología. \*\* Supervisor Urología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

# Enfermería y litotricia extracorpórea por ondas de choque

## RESUMEN

La incorporación de nuevas tecnologías en el tratamiento y diagnóstico de procesos urológicos ha obligado a la profesión de enfermería a ponerse al día para participar de forma activa en la aplicación de estas tecnologías.

Un ejemplo claro es la Litotricia Extracorpórea por ondas de choque para el tratamiento de la litiasis renal. En este artículo ponemos de manifiesto el papel que desempeña este colectivo en una unidad de este tipo y resultados obtenidos en nuestro centro en un período concreto.

**Palabras clave:** Litotricia Extracorpórea, ondas de choque, cálculos renales, enfermería en litotricia.

## SUMMARY

The incorporation of new technologies in the treatment and diagnostic of urologics processes it has forced to the infirmary profession to put on a day to participate in an active way in the application of these technologies.

A clear example is the ESWL for the treatment of the renal litiasis. In this I articulate we show the paper that carries out this community in an unit of this type and results obtained in our center in a concrete period.

## INTRODUCCIÓN

Desde 1982, que se inauguró la primera Unidad de Litotricia por ondas de choque en el Departamento de Urología de la Universidad de Munich, Enfermería ha estado siempre presente colaborando con los tratamientos y mejorando la atención a los pacientes. En algunos centros colaborando con las tareas clásicas de enfermería; en otros, participando activamente en la aplicación de la Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC).

Todos somos conscientes de que enfermería debe ir abriendo nuevos campos de actuación y realizar tareas de mayor responsabilidad y peso específico dentro de la Sanidad, para un mayor reconocimiento profesional.

Uno de estos campos es la Litotricia Extracorpórea por Onda de Choque (LEOC), en la que enfermería puede tener un protagonismo en su aplicación sin que ningún colectivo pueda sentirse perjudicado en su terreno profesional, ya que se podría considerar dentro de sus funciones al no ser más que la aplicación de un tratamiento de ondas de choque prescrito previamente por el personal facultativo competente. Por otra parte, debido al alto nivel de formación recibido, se puede asegurar que el colectivo de enfermería



está perfectamente capacitado para realizar correctamente la aplicación de las ondas de choque, dando un servicio integral al paciente, contribuyendo a un abaratamiento y a la mejora de la calidad asistencial, y aportando un mayor servicio a la sociedad y a la sanidad. Esto es algo probado en el Hospital Universitario de Valme, donde, desde que se creó la unidad, hace doce años, se han dado quince mil cien litotricias y todas ellas apli-

cadas por personal de enfermería con un resultado de eficacia bastante elevado, y con un porcentaje de efectos negativos mínimo, lo que demuestra la sobrada capacidad de esta profesión para la aplicación de las ondas de choque.

## OBJETIVOS

Los objetivos de este artículo son demostrar la capacitación y el importante papel que enfermería ejerce en la aplicación de la Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC).

Para esto daremos unas nociones sobre los fundamentos físicos de las ondas de choque, sus indicaciones, los distin-

tos tipos de generadores que se encuentran en el mercado; sus efectos positivos y negativos y analizaremos la labor realizada por enfermería en los primeros seis meses del año 2001 en la Unidad de Litotricia del Hospital de Valme

## Material y métodos

Aspectos técnicos de la litotricia extracorpórea por ondas de choque

A continuación daremos unos conocimientos técnicos de los equipos de LEOC

Fundamentos físicos

Las ondas de choque consisten en un frente de presión positiva de múltiples frecuencias con un pico inmediato y un gradual descenso, con las que se logra un frente de presión sobre el cálculo, que en parte es reflejado y en parte avanza a través de la estructura del mismo descomponiéndose en fuerzas de compresión y fuerzas de tensión, que cuando superan la fuerza de cohesión de las moléculas del cálculo, éste se fragmenta.

Sistemas de generación de ondas de choque

Los sistemas de generación de ondas más utilizados en los equipos modernos son:

- Sistema eléctrico.
- Sistema de generación piezoeléctrico.
- Sistema electromagnético.

Complicaciones y efectos secundarios de las ondas de choque

Más del 75% de los efectos nocivos se producen por un manejo inadecuado de la LEOC, y el resto son producidos por los llamados factores de riesgo.

Estos factores podemos clasificarlos en cuatro grupos:

• **Factores referidos al paciente:**

- Tratamientos con anticoagulantes.
- Alteraciones del ritmo cardiaco.
- Aneurismas aórtico-renal.
- Obesidad.
- Gestación.

• **Factores referidos al cálculo:**

- Tamaño del cálculo a tratar.
- Localización del cálculo.
- Consistencia.
- Número de cálculos a tratar.

• **Factores referidos al estado del parénquimas renal:**

- Atrofia grave con ausencia de función renal en la UIV.
- Anulación funcional aguda obstructiva.

• **Factores de riesgo propios de las ondas de choque:**

- Ajuste adecuado del número de ondas a aplicar.
- Utilización de la energía adecuada para cada caso.
- Utilización de medicaciones intercurrentes durante la LEOC.

Complicaciones de la LEOC

En la aplicación de la LEOC nos encontramos con unos efectos negativos inmediatos y otros tardíos, que pueden ser reversibles o no, dependiendo de las características del equipo, de la energía y número de ondas suministradas.

Efectos inmediatos sobre el riñón

Los efectos inmediatos sobre el riñón pueden aparecer o no y en distintos grados, en su mayoría serán reversibles, y son:

- Hematuria.
- Hemorragia, que puede producir hematoma subcapsular o perirrenal.
- Rotura de las capas endoteliales venosas con trombosis asociadas.
- Obstrucciones tubulares por microcoágulos.
- Fístulas arterio-venosas causantes de hipertensión venosa subcapsular.

Efectos inmediatos extrarrenales

Las posibilidades de afectación extrarrenal son múltiples, aunque su trascendencia clínica es escasa.

A nivel pulmonar no se ha descrito ninguna lesión grave, sólo pequeñas hemorragias intra-alveolares.

En estómago e intestinos sólo se han podido detectar lesiones de poca importancia.

Hígado: Hay una alteración de los parámetros enzimáticos de GOT, GPT, LDH y Bilirrubina total. En todos los casos, las alteraciones enzimáticas se normalizaron a los pocos días del tratamiento.

A nivel de la piel pueden aparecer hemorragias petequiales y cambios edematosos en la grasa subcutánea sin ninguna trascendencia.

Se ha podido detectar la presencia de extrasístoles y arritmias a lo largo de la aplicación de la LEOC.

Efectos tardíos

Las secuelas tardías de las ondas de choque son la hipertensión, la disminución de la función renal y el incremento de la recidiva litiásica.

Indicaciones de las ondas de choque

Desde un punto de vista amplio, son subsidiarios de LEOC, todos aquellos cálculos situados en riñón o uréter con un adecuado drenaje de la vía urinaria.

Análisis

Desde el día 1 de enero al 30 de junio del presente año 2001 se han tratado en esta unidad 688 pacientes, de los cuales a 514 se les ha tratado con LEOC, y el resto han sido citados para endourología o pruebas diagnósticas.

El personal que compone el equipo de litotricia es un urólogo, un enfermero/a y una auxiliar de enfermería.

Hay unidades en las que se seda al paciente para hacer indolora la sesión de litotricia, y en ellas se encuentra también un anestésico.

La labor de enfermería en el servicio de Litotricia en el Hospital de Valme de Sevilla abarca los siguientes apartados:

- Aplicación de LEOC.
- Radiología del aparato urinario.
- Colaboración en endourología.
- Tareas generales de Enfermería.

La localización de los cálculos tratados es como aparece en el siguiente cuadro:

CÁLCULOS RENALES			
LOCALIZACIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Cáliz superior	31	13	44
Cáliz medio	12	9	21
Cáliz inferior	60	51	111
Pelvis renal	82	71	153
Coraliformes	1	0	1

Los cálculos ureterales tratados son:

CÁLCULOS URETERALES			
LOCALIZACIÓN	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Uréter lumbar	42	80	122
Uréter iliaco	2	4	6
Uréter pelviano	44	52	96

En las radiografías post-LEOC de control se han apreciado los siguientes resultados:

RESULTADO DE LAS SESIONES				
RESULTADO	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	% TOTAL
Dstrucción total del cálculo	301	162	139	58,56
Dstrucción parcial	192	64	128	37,35
No se aprecia rotura	21	12	9	4,08

#### Estudios radiológicos

Los estudios radiológicos realizados son los siguientes:

- 1.280 radiografías simples de aparato urinario.
- 54 urografías excretoras.
- 8 nefrostogramas.

#### Medicación administrada a los pacientes

La medicación administrada a los pacientes es la siguiente:

- Por vía oral: 44.
- Por vía intramuscular: 20.
- Por vía intravenosa: 166.



#### Tareas de colaboración en endourología

En endourología se ha colaborado en:

- Introducción de catéter doble "J": 27.
- Retirada de catéter doble "J": 8.
- Introducción de catéter simples: 3.
- Colocación de nefrostomías percutáneas: 2.
- Retirada de nefrostomía percutánea: 1.

#### Efectos negativos

En los 514 tratamientos de Litotricia aplicados, no se ha producido ningún hematoma renal; en los 15.100 tratamientos dados en la unidad solamente se han detectado 5 hematomas. Dos callos litiásicas, no obstructivas por estar el riñón derivado mediante catéter doble J. Cinco casos síntomas vegetativos durante la aplicación de la LEOC con mareos, sudoración y náuseas.

#### CONCLUSIÓN

Debido al alto nivel de eficacia, con un mínimo de efectos negativos, obtenidos en los casos tratados por Enfermería en el Hospital Universitario de Valme, podemos decir que ésta está perfectamente capacitado para la aplicación de la LEOC, y que es imprescindible su presencia en esta unidad.

Las actividades de enfermería en una unidad de Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque son:

### Actividades

A) Actividades en la aplicación de la LEOC:

B) Hay dos tipos de actuaciones:

1. Las dirigidas exclusivamente a la aplicación del tratamiento.

2. Las dirigidas a la prevención de los efectos negativos de las ondas de choque.

1. Actividades para la aplicación de la LEOC:

a) Explicar al enfermo en que consiste el tratamiento al que se va a someter.

b) Toma de tensión arterial.

c) Hacer radiografía simple de aparato urinario para localizar el cálculo.

d) Localización y centrado del cálculo con escopia.

e) Colocación del enfermo según el isocentro de la mesa de la máquina y del generador de ondas.

f) Iniciar la sesión con una intensidad mínima en la potencia de las ondas, que se irá aumentando hasta llegar al nivel máximo de seguridad.

g) Seguimiento, mediante escopia, de las variaciones de posición del cálculo.

h) Al terminar la sesión de ondas de choque, hacer una radiografía simple de aparato urinario para contrastar con la primera y determinar la eficacia de la sesión.

i) Informar al paciente de los efectos que pueden aparecer después de la LEOC.

2. Actividades encaminada a la reducción de los efectos negativos de la LEOC.

Para prevenir los efectos negativos hay que tener en cuenta:

1º. No tratar a enfermos con tratamientos anticoagulantes y afecciones de aneurisma aórtico-renal.

2º. Mantener vigilados, mediante monitorización, a los pacientes con afecciones cardíacas.

3º. Preguntar siempre a las mujeres en edad fértil si existe la posibilidad de embarazo.

4º. Evitar la formación de calles litiásicas con las siguientes medidas:

–No dar LEOC en riñones anulados por el mal estado del parénquimas renal.

–En litiasis múltiple con obstrucción litiásica aguda, hay que tratar en primer lugar la obstrucción

–No tratar los cálculos de gran tamaño (>2cm) sin hacer antes una derivación con catéter doble J o simple, o nefrostomía percutánea.

5º. Para evitar un proceso grave de anuria por obstrucción, nunca se deben tratar cálculos en ambos riñones en una misma sesión.

C) Actividades diagnósticas.

Las pruebas diagnósticas más frecuentes en la unidad de Litotricia son: Urografías excretoras, Nefrostogramas; y con menos frecuencia, Cistografías y Uretro-cistografías.

D) Funciones de colaboración en endourológica.

Las pruebas con las que Enfermería tiene que colaborar

con los urólogos son: La Uretero-Pielografía-Retrógrada (UPR); y la introducción de catéter doble "J", simple, o por nefrostomía percutánea.

En estos casos el enfermero/a debe actuar, con la colaboración de el/la auxiliar de enfermería, preparando al enfermo y el material necesario para que esta técnica se desarrolle en condiciones de máxima esterilidad, y ayudando al urólogo en la introducción del catéter y del contraste.

E) Actividades generales de Enfermería.

Aparte de las actividades y tareas descritas anteriormente especiales de la unidad, existen otras actividades generales de Enfermería como el control de llegada de los enfermos y sus historias clínicas, control de analíticas y estudios radiológicos; tomas de tensión arterial, administración de medicamentos; atención del paciente en caso de aparecer síntomas vagales, etc.

### BIBLIOGRAFÍA:

- J. ALCOBER, A. ROUSAUD Efectos adversos de las ondas de choque. Actas Urológicas. LVII Congreso Nacional de Urología. Sept. 1992.
- M. RRABAL, J. A. LANCIA, M. GARCÍA. Criterios Clínicos y tratamiento actual de las Litiasis Urinarias. Actas Urológicas. 1990.
- GRANADOS A. «El litotriptor y su difusión. Un ejemplo de ausencia de evaluación de las tecnologías médicas.» Med. Clin. (Barcelona). 1990.
- RODRÍGUEZ VELA L.: «Litotricia extracorpórea por ondas de choque. Estudio de la resistencia a la fragmentación de los cálculos urinarios y efectos sobre la función renal.» Tesis doctoral 1989.
- ROUSAD A. y PEDRAJAS A. «Estudio epidemiológico de la Urolitiasis en España. Asociación Española de Urología. Grupo de Urolitiasis. 1986.
- RUOSAUD A. «Tratamiento actual de las litiasis urinarias con litotricia extracorpórea por ondas de choque». Curso internacional de Urología. Salvador de Bahía. Brasil 1991.
- RUIZ MARCELLAN F. J., IBARZ L. «Evaluación del daño renal en la litotricia extracorpórea por ondas de choque». Actas Urológicas. 1986.
- RUIZ MARCELLAN F. J., IBARZ SERVIO L. «Nuevos aspectos en el tratamiento de la litiasis renal». Barcelona. Pulso Ediciones S.A. 1988.
- RUIZ MARCELLAN F. J. IBARZ SERVIO L. «Riesgo de hipertensión arterial después de la litotricia extracorpórea por ondas de choque» 2ª reunión de urolitiasis y endoscopia. Alicante 1989.
- RUIZ MARCELLAN F. J., ARRABAL MARTÍN M. «Litiasis Urinarias» Grupo Masson. Editorial Garsi.S.A. 1999.
- NAVARRO SANCHEZ, F., MEGÍAS CASTILLÓN, I. «Litiasis renal, recordatorio» Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología.
- APARCERO RODRÍGUEZ, E., PEREZ FERNANDEZ, C. «Tratamiento Quirúrgico de las Litiasis» Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología. ▼

Congresos • Jornadas

# Curso de Aprendizaje en Urodinámica para Enfermería

MADRID, 15-16 de noviembre 2002

## INTRODUCCIÓN

Está diseñado 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**

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.

MIEMBROS DE LA SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE NEUROUROLOGÍA Y UROGINECOLOGÍA (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. Rapáriz González, M.A.** Vocal de Publicaciones Científicas. Hospital Dr. Negrín, Gran Canarias. Las Palmas

COLABORACIÓN:

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

INSCRIPCIÓN/CONTACTO:

**Sra. Alicia Bernácer (Servicio de Urología)**  
 C/ San Martín de Porres nº 4. 28035 Madrid  
 Tfños.: 91 346 40 40. 91 316 22 40 - 41. Fax: 373 05 35. E-mail: urodynamicaph@yahoo.es

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 .....

# PUBLICIDAD



# Instrumental urológico de uso en otros tiempos

Traemos a esta sección unas imágenes de distinto instrumental y aparatage que, estando ya en desuso, forman parte de aquellos compañeros que tengan instrumental, fotos curiosas de aparatos, de cálculos, de sondas antiguas, nos lo hagan las generaciones que no los han utilizado. Traemos en este número material en uso en las décadas de los 50 a los 70. (Información y material facilitados por Eduardo Aparcero Rodríguez. Fotos: Doctor Emilio Gordillo).



*Citoscopio de luz convencional con su estuche y toma a corriente.*

*Este citoscopio se conectaba a una pila de 12 V. (pila de petaca) mediante los polos del cable. El otro extremo iba engarzado al fuste. La fragilidad de la lámpara incandescente hacía frecuente su reposición durante la exploración.*



*Litotritor de cálculos vesicales bajo visión. El instrumento se colocaba entre los labios dentados para triturar el cálculo con la óptica, se colocaba entre los labios dentados para triturar el cálculo.*



*Jer  
des  
lav  
La  
des  
inte  
de  
par  
coa*

# mpos

El acervo histórico de nuestra especialidad. Invitamos a llegar para publicar en la revista y darlos a conocer a las



nto de introducía en vejiga y una vez visualizado el  
tados del extremo. Girando la rueda se conseguía

ingina metálica  
smontable de  
ados vesicales.  
cánula se  
smontaba para  
ercambiar otras  
distinto calibre  
ra extracción de  
águlos.



Jeringa metálica montada y jeringa de cristal calibrada para lavados vesicales.



Mecanismo para la incontinencia masculina. La cinta verde se colocaba alrededor del pene con la almohadilla hinchable hacia la uretra. Presionando repetidas veces, el globito blanco se conseguía hacer que la almohadilla hinchada oprimiera la uretra para evitar la salida de la orina. Accionando un orificio lateral, se desinflaba para poder realizar la micción.



Cuchillas del uretrotomo de Mercier. Se utilizaban para las dilataciones uretrales en las estenosis. Mediante una guía acanalada se realizan unas incisiones laterales en la estenosis. Posteriormente se colocaba una sonda. Aparecen también en la imagen sondas metálicas rígidas para evacuación.

\* RAQUEL GUTIÉRREZ RIVERO. \*\* ANA ISABEL ESCUDERO MÁRQUEZ. \*\*\* MANUEL ALEJANDRO CAMPOS GÓMEZ

\* DUE (Cirugía Torácica. Ospedale di Borgo Trento. Verona). \*\* DUE (Fibrosi Cística. Ospedale di Borgo Trento. Verona).

\*\*\* DUE (Neurocirugía. Ospedale di Borgo Trento. Verona)

# Enfermeros en Italia

## CRÓNICA DE LA EXPERIENCIA DE UNOS ENFERMEROS QUE, COMO TANTOS, TUVIERON QUE EMIGRAR PARA PODER LLEVAR A CABO SU LABOR PROFESIONAL FUERA DE NUESTRAS FRONTERAS

En los dos últimos años hemos asistido a la aparición de un nuevo destino de trabajo para los nuevos diplomados en Enfermería: Italia. Hasta el año 2000, la gran mayoría de diplomados que abandonaban España para desarrollar la profesión, lo hacían para ejercerla en Portugal; país que cuenta con una gran carencia de enfermeras/os. Siendo una opción también para algunos Inglaterra o las



islas (Tenerife, Mallorca). Sin embargo, últimamente, numerosos diplomados se desplazan hacia Italia, ya que en este país la necesidad de enfermeros es muy acentuada.

El primer grupo numerosos de enfermeros (casi ochenta diplomados) que nos desplazamos hacia Italia lo hicimos para trabajar en distintos hospitales de la región de la Lombardía (Monza, Ivrea, Novara), por mediación del Colegio de Enfermería, el 23 de noviembre del año 2000. Desde entonces y hasta hoy ha sido frecuente la emigración hacia este país de muchos enfermeros españoles, donde la situación laboral para nuestro gremio se presenta bastante oscura y limitada, a pocos meses de trabajo al año, especialmente para aquellos diplomados de estas últimas promociones.

### ¿POR QUÉ ESTA CARENCIA?

Sin embargo, la carencia de enfermera/os en Italia no es homogénea, ya que la demanda de estos profesionales existe sólo en el norte del país (Piamonte, Lombardía, Trentino, Veneto), ya que es, con diferencia, la zona más rica de Italia. Por lo tanto, cuenta con un mayor número de hospitales y centros sanitarios. Sin embargo, no es sólo este elevado número de hospitales la causa de esta necesidad de per-

sonal de enfermería, en realidad, las razones son otras bien distintas: En primer lugar, el salario (medio-bajo) en relación al nivel económico del norte italiano (aproximadamente 1.200 euros mensuales, incluyendo noches y festivos).

En segundo lugar, la entrada de la enfermería en la Universidad italiana en el año 1997. Hasta esta fecha se obtenía un título, no universitario, para ejer-

cer la práctica como enfermera/o, estudiando tres años de Scuola Professionale una vez finalizada la escuela superior. Desde entonces, con la entrada en la Comunidad Europea, y la obligación de adecuar el nivel de los estudios al resto de Europa, la ciencia enfermera ha accedido a la Universidad, reduciéndose sin embargo el número de graduados de manera considerable en relación a los años anteriores. Debido esto a la novedad de la ciencia enfermera, que no viene aún reconocida como tal por la gran parte de la población, y porque el aumento del nivel de estudios no ha supuesto un aumento en el salario de los nuevos diplomados universitarios.

También aparece como un motivo muy importante para esta carencia de profesionales el elevado número de competencias con el que cuenta la enfermería en este país. El Diplomado en Enfermería italiano (Infermiere Professionale) tiene que realizar muchas funciones que en nuestro país vienen delegadas al celador o al auxiliar.

La figura del auxiliar viene representada por la OTAA (Operatore Socio-Sanitario, es decir, Operador Socio-Sanitario). Sus funciones son:

- Limpieza y mantenimiento del material sanitario.
- Higiene del paciente dependiente, siempre en compañía de la enfermera.
- Cambio de la lencería de las camas.

- Dispensar el alimento.
- Ayudar en la alimentación al paciente dependiente.
- Transporte del paciente en cama, camilla y silla de ruedas.

Teniendo siempre presente que estas funciones no son exclusivas de la OTAA, siendo también compartidas por la enfermera profesional. Es decir, además de estas funciones, y de aquellas que encontramos en nuestro país, también son competencia del profesional enfermero:

- Rasurado pre-operatio.
- Vaciado y manipulación de orina, heces y contenido de drenajes.
- Limpieza y desinfección de los distintos carros (curas, medicación...).
- Limpieza, desinfección y preparación del material quirúrgico para su esterilización.
- Reposición de todo el material utilizable (agujas, algodón, jeringas, etc.).
- Traspaso del paciente dependiente de la cama a la silla de ruedas, camilla, etc., o viceversa.
- Proporcionar a los pacientes las cuñas y botellas de orina, así como retirarlas y encargarse de su limpieza y desinfección.
- Suministración de enemas.

Sin embargo, no son competencias de nuestra profesión, ciertas actividades y técnicas que sí lo son en nuestro país, como son, entre otras:

- Suturas (la enfermera italiana no está habilitada ni capacitada para suturas de ningún tipo).
- Gasometría arterial (que es realizada por el médico).
- Posicionamiento de Drum.
- Curas (pudiendo llevar a cabo sólo curas simples y bajo estrictas indicaciones del médico).
- Retirar Catéteres Venosos Centrales (realizado por el médico).
- Realizar la prueba de Mantoux (que es efectuada y valorada por el neumólogo).

### ¿CÓMO TRABAJAR EN ITALIA?

La manera más cómoda y segura de trabajar en Italia es la de ponerse en contacto con la residencia u hospital de destino mediante el Colegio de Diplomados en Enfermería que corresponda al enfermero/a interesado/a. De esta manera el profesional podrá conocer las condiciones de trabajo que se ofrecen y poder así seleccionar aquellas ofertas que más se ajusten a sus expectativas. Además, de esta manera, cuenta con la garantía y formalidad del Colegio de Diplomados, al cual podrá recurrir en caso de que no se cumplan las condiciones ofertadas, o si la situación en el lugar de trabajo no es la prometida.

Los trámites para obtener los distintos documentos necesarios para trabajar en Italia los puede realizar el propio interesado de forma personal, o bien el centro de trabajo en el que sea contratado. Esta última es una manera más cómoda y fácil, puesto que la homologación del diploma de estudios por parte del Ministerio de la Sanidad Italiana (Roma), suele tardar de tres a cinco meses, si los trámites

los realiza el centro de trabajo, y de siete a nueve meses si lo hace el profesional de manera personal.

Los documentos necesarios para trabajar como enfermera en este país son:

- Codice fiscale (código fiscal).
- Permesso di soggiorno (permiso de estancia).
- Documento de identidad (DNI, pasaporte o permiso de conducción).
- Título de Diplomado en Enfermería traducido en italiano y homologado por el Ministerio de la Sanidad Italiana.
- Inscripción al Colegio de Enfermería de cualquier región de Italia (Albo Infermeristico – IPASVI).

### UNA GRATA EXPERIENCIA

Nosotros somos un grupo de varios enfermeros que en Noviembre del año 2000 nos decidimos por mediación del Ilustre Colegio de Enfermería de Sevilla a encaminarnos hacia un nuevo horizonte que se abría entonces para los profesionales de nuestro país: Italia. Estuvimos trabajando durante un año aproximadamente en el Policlínico di Monza (Milán), y la experiencia fue tan grata y positiva que algunos de nosotros hemos vuelto a repetirla; esta vez en Verona, en el hospital de Borgo Trento (Azienda Ospedaliera di Borgo Trento).

Personalmente, a nosotros, trabajar en Monza, así como actualmente en Verona, nos ha aportado muchas satisfacciones personales y profesionales. Desde estas líneas animamos a todos aquellos diplomados en Enfermería que deseen trabajar más allá de nuestras fronteras, tener la ocasión de conocer un hermoso país y vivir una experiencia inolvidable. ▼

### INFORMACIÓN ADICIONAL QUE NOS LLEGA A LA REDACCIÓN

#### SE OFRECE TRABAJO EN ITALIA A ENFERMEROS/AS ESPAÑOLES/AS. SE NECESITAN UN TOTAL DE 500 PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA CONTRATAR A LO LARGO DEL AÑO 2002

- ❖ Hospitales del servicio nacional de salud.
- ❖ Alojamiento y comida en el propio hospital y un viaje ida vuelta en avión al año. Remuneración 36 h/semana: 15.000 euros/año, aparte horas extras.
- ❖ No se precisa hablar italiano. Entrevista de selección en España

#### Más información en:

Astra- Via Santa Maria Valle, 4  
20123 Milano- Italia  
Fax: 0039-02-86454301  
e-mail: astra@camerota.it

Congresos • Jornadas

# XXIV Congreso Nacional AEEU

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

HUELVA, 16 al 19 de octubre 2002

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

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

## Programa preliminar

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:

CATEGORÍA	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 desayuno 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 :

SECRETARÍA CIENTÍFICA:

Unidad de Formación Hospital Infanta Elena. Telf.: 95 901 51 00 ext.: 246

# XXIV Congreso Nacional AEEU

La Enfermería Urológica hacia la excelencia de los cuidados

HUELVA, 16 al 19 de octubre 2002

# Buscadores de temas de enfermería

Nuestro habitual colaborador en temas de investigación, Luis López Rodríguez, nos aporta una interesante lista de links correspondientes la mayoría de ellos a buscadores de información y páginas que contienen información de enfermería, por si es de vuestro interés. Igualmente os aportamos direcciones de traductores.

**BUSCADORES.** Son direcciones de buscadores de enfermería y otros que no lo son propiamente, pero que contienen información interesante).

- Base de datos CUIDEN <http://www.index-f.com/>  
Es la mejor base de datos de Enfermería en español, la más completa. Se pueden localizar los artículos publicados en una larga lista de revistas de enfermería y algunas de medicina. Es gratis y la edita la Fundación INDEX de Granada, cuyo director es Manolo Amezcua.
- Pub-Med, la mayor base de datos en ciencias de la salud, en inglés:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>  
La edita la biblioteca del Congreso de los EEUU. Esta dirección corresponde a su versión online gratuita. De las revistas españolas de enfermería de más difusión sólo está indexada ROL.
- Base de datos del Instituto de Salud Carlos III <http://www.isciii.es/INVESTEN/> Es la página del instituto, del grupo INVESTEN (Investigación de enfermería) y a partir de aquí se puede ir navegando hacia la base, que se llama BDIE.
- Base de datos de la Universidad Rovira i Virgili <http://teledoc.urv.es/cuidatge/> Está en catalán, pero los descriptores los admite en español y se entienden bien los resúmenes que proporciona.
- Base de datos de la Universidad Complutense <http://inicia.es/de/maricg/> Es un acceso a través de otra página pero funciona bien.
- Buscador de matronas, en inglés, <http://www.midirs.org/>
- Página personal de José Dacal, la más completa con enlaces de enfermería <http://www.enfersalud.com/> No es un buscador pero contiene una relación de links de enfermería ordenados por secciones que aportan valiosa información. Está constantemente actualizándose.
- Base de datos CINAHL. Es la más completa base de datos de enfermería específicamente, pero es de pago y el hospital no está suscrito. Permite usarla durante unos días de prueba

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

- Base de imágenes de la historia de la medicina <http://www.wihm.nlm.nih.gov/>
- Base de datos de la Universidad de Valencia <http://www.bdcsic.csic.es:8084/IME/BASIS/ime/imewww/docu/SF>
- Web del dolor de Oxford <http://infodoctor.org/dolor/#Acute>. Una página muy buena en español monográfica sobre dolor.
- Bandolier, edición española <http://www.infodoctor.org/bandolera/> Es la edición en castellano de la revista Bandolier. Contiene información interesante para enfermería.
- Buscador general Terra <http://www.terra.es/>
- Buscador general Google <http://www.google.com/>
- Etiquetas diagnósticas de la NANDA <http://leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html>

**TRADUCTORES.** Permiten traducir tanto textos como páginas completas, e incluso a veces permite navegar por páginas que van traduciendo automáticamente. La opción de traducción de texto tiene límite de palabras, aproximadamente 250. Es preferible traducir directamente las páginas introduciendo las direcciones electrónicas (se puede hacer con pegar y copiar).

- Traductor de Google [http://www.google.com/language\\_tools?hl=es](http://www.google.com/language_tools?hl=es) Es el que mejor funciona
- Traductor del periódico el mundo <http://www.elmundo.es/traductor/>
- Traductor de Altavista <http://babelfish.altavista.com/tr>
- Página con diccionarios electrónicos que incluye español/inglés e inglés/español, además de diccionarios de sinónimos, de la lengua, antónimos, etc. <http://www.elmundo.es/diccionarios/>

JUAN JOSÉ ALARCÓN POLO

Profesor titular de Enfermería Médico Quirúrgica. E.U.E. Universidad de Valencia

# Innovaciones tecnológicas en enfermería urológica: papel de enfermería

## RESUMEN

Las nuevas tecnologías han ido ampliando el campo de acción de las ciencias de la salud. Quizás veamos las innovaciones tecnológicas aplicadas en el campo de la medicina y la cirugía como grandes descubrimientos llevados de la mano de la investigación. El método científico ha dado paso a un gran número de avances cuyo origen ha sido, en muchas ocasiones, el azar. Mi preocupación como enfermera me ha hecho plantearme cuál ha sido el papel de la enfermería en todas estas innovaciones tecnológicas.

**Palabras clave:** Innovaciones tecnológicas, urodinámica, uroresonancia, litotricia, papel de enfermería.

## SUMMARY

The new technologies have gone enlarging the field of action of the sciences of the health. Maybe see the technological innovations applied in the field of the medicine and the surgery like big taken discoveries of the hand of the investigation. The scientific method has opened the way to a great number of advances whose origin has been, in many occasions, the chance. My concern, as nurse has made me think about which the paper of the infirmery has been in all these technological innovations.

## INTRODUCCIÓN

Al proponerme hablar sobre nuevas tecnologías en enfermería urológica, el primer planteamiento me hizo reflexionar sobre el papel que la enfermera viene desempeñando en el desarrollo de la Urología en sí.

La investigación que ha hecho que aparezcan las nuevas terapias, tanto médicas como quirúrgicas, y los nuevos métodos para diagnóstico y tratamiento, se ha visto reforzada por la vieja y ocasionalmente olvidada función investigadora de la enfermería, dando una nueva dimensión desde el punto de vista integrador del ser humano.

Sin entrar en tópicos, los avances de la ciencia han sido muchos y muy diversos; y desde todos los campos se ha visto cómo influye en las Ciencias de la Salud.

La alta tecnología aplicada ha desarrollado técnicas diagnósticas de tan alta resolución que parece casi imposible errar en el diagnóstico (URORESONANCIAS MAGNÉTICAS, punciones ECODIRIGIDAS, estudios URODINÁMICOS, etc.) que han llevado a la aplicación de nuevas formas de terapia (intervenciones quirúrgicas de alto riesgo como las sustituciones orgánicas, la aplicación de mecanismos eléctricos como los NEUROMODULADORES para corregir defectos en las funciones orgánicas, la LEOC etc.).

Así pues podríamos decir que cada avance aportado por la ciencia, cada nueva tecnología aplicada a las ciencias de la salud, está basada en un objetivo primordial: mejorar la calidad de vida del ser humano.

Pero ante toda esta avalancha de tecnicismos, aplicaciones magistrales de la ciencia, servidores informáticos, litotriptores, neuromoduladores, etc., alguien ve al paciente, receptor de tanta ciencia, como lo que es, un ser humano

que padece ante la inseguridad que le proporciona tanta «desinformación tecnológica».

## INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

Lentamente en enfermería, como en otras ciencias de la salud, van apareciendo trabajos sobre metodología de la investigación y colaboraciones en revistas sobre aspectos teóricos relacionados con el método científico, a la vez que aumenta el número de artículos que relatan investigaciones originales con formatos cada vez más rigurosos.

Al mismo tiempo, son cada vez más frecuentes, tanto en los medios de comunicación como en la prensa especializada, las publicaciones y las opiniones sobre recursos y perspectivas de la investigación. Cada vez, los profesionales se preocupan más de fundamentar científicamente el trabajo de enfermería.

Ya en 1996, Escobar y otros, en un artículo publicado en ROL de enfermería, decían que «en España, todas las disciplinas científicas tienen ante sí el reto de conseguir recursos destinados a la investigación, aumentar la cantidad de proyectos financiados, e incrementar los resultados de la investigación, tanto en forma de patentes como de publicaciones». Sigue diciendo que si la investigación es imprescindible a todos los niveles asistenciales y para todos los profesionales sanitarios, hay cuatro razones concretas que avalan su desarrollo en el ámbito de la enfermería:

- Mejorar los servicios brindados a los pacientes y fomentar el compromiso y la responsabilidad hacia ellos.
- Fundamentar científicamente el trabajo de enfermería.
- Facilitar la toma de decisiones informadas.
- Mejorar la imagen profesional.

Así dicen que: INVESTIGAR ES BUSCAR RESPUESTAS SENCILLAS A PREGUNTAS INTELIGENTES.

Gran parte de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se utilizan según la experiencia acumulada, la tradición o la intuición, sin que haya sido demostrada su eficacia mediante experimentación.

Por otra parte, A. Zabalegui, en su artículo «Teoría y progreso de la ciencia en enfermería», publicado en *Enfermería Científica*, dice que como en otras disciplinas profesionales, el derecho a cuestionar, criticar y retar caracteriza el avance de la enfermería. Sin embargo, la práctica de la enfermería no ha avanzado a la misma velocidad que su desarrollo teórico. La diferencia entre la teoría y la práctica es una consecuencia de la falta de autonomía en la práctica profesional, que impide la aplicación completa de las intervenciones de enfermería dentro de los marcos conceptuales propios.

No podemos trabajar sin objetivos y de forma desorganizada ya que así probablemente no lleguemos a progresar hacia donde elijamos ni tan rápidamente como desearíamos.

En 1991, Ingram opinaba que el enfoque y coherencia potenciará el poder de la enfermería al aumentar su reconocimiento como profesión, proporcionando autonomía profesional en la que guiar la educación, la práctica y la investigación.

A su vez, para poder responder a las demandas sociales, el desarrollo de las teorías debe tener una comunicación en la práctica de la enfermería.

El sistema actual, al imponer normas y hacer las tareas más rutinarias, apoya la conformidad y la dependencia. Este sistema penaliza la creatividad y limita la autonomía bajo el pretexto de mantener estándares aceptables y asegurar la calidad.

Para poder avanzar profesionalmente como ciencia, la enfermería debe tener un enfoque radicalmente distinto. Las teorías de enfermería deben intentar integrar los conocimientos con la práctica. A su vez, los enfermeros y los clientes deben tomar conciencia de su poder y conseguir tener capacidad de decisión.

#### IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA ENFERMERÍA ANTE LAS NUEVAS APLICACIONES TECNOLÓGICAS EN UROLOGÍA

Cuando el individuo enfermo se encuentra ante una disyuntiva hostil como es la enfermedad, es un individuo completo, multiorgánico y multisensorial. No es solamente un órgano con una disfunción. Y parece que ante tanta especialización, tanto mirar sólo el órgano afectado, está pasando a un segundo plano su aspecto psicosocial.

Hasta ahora, tan sólo enfermería ha demostrado ver al individuo, tanto sano como enfermo, como un ente BIOPSIKO-SOCIAL. Interesándose por sus hábitos personales, su entorno sociolaboral, familiar, religioso etc. no sólo en su estancia hospitalaria, sino también en atención primaria, escuelas, colectivos de trabajadores y grupos de riesgo.

El papel de enfermería ante las nuevas tecnologías no puede dejar atrás la atención integral del paciente. La obtención de datos recogidos en una primera entrevista hace que surja una complicidad entre enfermero y paciente, y de ella depende la relación posterior. Pasamos a ser su base de apoyo, alguien en quien confiar, alguien a quien consultar las dudas que a otros profesionales no se atreven a preguntar.

Ante una Litotricia, un estudio urodinámico, la realización de una prueba diagnóstica sofisticada o una intervención quirúrgica, deberemos seguir manteniendo nuestro papel, contrarrestando la frialdad de la mesa radiológica, la angustia de la sala de espera, o la incertidumbre de la llegada de resultados.

La evolución de las técnicas urológicas ha hecho que la enfermería en urología haya tenido que ampliar su campo de acción; y ha pasado de ser el «cuidador de pacientes con sondas» a formar parte de un equipo multidisciplinar que actúa en todos los niveles del proceso: Preventivo, diagnóstico, patológico y resolutivo.

1. A nivel preventivo: Asiste en la obtención de pruebas ante la detección precoz de enfermedades importantes.

2. A nivel diagnóstico: Asiste en la preparación de pruebas diagnósticas aplicando técnicas de enfermería como canalización de vías, colocación de catéteres, etc. (en ecos, UIV, RNM, cistografías), y realizando estudios urodinámicos, estudios de fertilización en varones y hembras.

3. A nivel patológico: Enfermería presta cuidados básicos en atención especializada y técnicas en la administración de citostáticos por vía uretral o en las consultas de Andrología con las inyecciones intracavernosas.

4. A nivel resolutivo: Realizando LEOC, educación sanitaria en pacientes portadores de urostomías, nefrostomías, sondas uretrales etc. y por supuesto actuaciones independientes como la educación de suelo pélvico.

Sirvan como ejemplo y muestra algunas de las innovaciones tecnológicas en donde el papel de la enfermería ha pasado a ser de ayudante pasivo a elemento activo, como en URODINÁMICA y LITOTRICIA, o bien de apoyo como en los comienzos de la UORRESONANCIA magnética.

Hablaré de Urodinámica y Litotricia, no porque estas disciplinas sean novedosas, pues se lleva trabajando en ellas casi una veintena de años, sino porque han representado para enfermería una visión de independencia en cuanto al desarrollo profesional dentro de un campo multidisciplinar.

#### URODINÁMICA

La urodinámica es la disciplina que estudia la función y disfunción del tracto urinario, sobre todo del tracto inferior.

Las principales técnicas urodinámicas son: la flujometría, la cistomanometría, los estudios presión detrusor/flujo miccional, el perfil de presión uretral, la videocistografía y la electromiografía perineal.

La **flujometría** sirve para estudiar la fase miccional.



**La cistomanometría** permite diagnosticar las alteraciones de la fase de llenado: hiperactividad vesical, acomodación vesical disminuida, incontinencia de esfuerzo y urgencia miccional.

**Los estudios presión/flujo** sirven para determinar si existe obstrucción del tracto urinario inferior y medir la capacidad contráctil del detrusor.

**El perfil de presión uretral** se utiliza principalmente en mujeres. Sirve fundamentalmente para el diagnóstico de lesión intrínseca uretral.

**La videocistografía** puede asociarse a otros estudios urodinámicos (videourodinámica). Sirve para conocer la morfología del tracto urinario inferior durante la fase de llenado y miccional. Asociada a los estudios de presión / flujo permite localizar el lugar de la obstrucción del tracto urinario inferior.

**La electromiografía** permite conocer la actividad de la musculatura perineal y periuretral durante la fase de llenado y miccional, y sirve para el diagnóstico de lesión neurológica pudenda.

La urodinámica es una disciplina introducida hace tiempo en urología. Sin embargo, a diferencia de otros conocimientos, no está ampliamente asimilada en la urología general.

Los motivos de esta aparente falta de interés son complejos. Por una parte, se trata de una disciplina científica que requiere de unos conocimientos básicos no sólo de fisiología sino también de tecnología, estadística e informática.

En segundo lugar, la urodinámica es una disciplina que requiere de unos instrumentos de alta tecnología, por lo que la inversión inicial suele ser elevada, aunque si se utiliza correctamente su rentabilidad está asegurada.

En tercer lugar, las técnicas empleadas requieren de cierto tiempo de dedicación, y de cierto grado de formación del personal que las realiza.

Por lo tanto, aunque los Servicios de Urología de los grandes hospitales, actualmente ya poseen todos ellos unidades de urodinámica, en los hospitales de tamaño medio o comarcales esta actividad no suele estar aún contemplada.

Sin embargo, hemos de decir que el desarrollo de esta disciplina ha sido parejo en medicina como en enfermería, ya que el trabajo realizado en las unidades urodinámicas requiere de un equipo especializado. De esta manera, este año se ha celebrado por primera vez la REUNIÓN NACIONAL del GRUPO DE URODINÁMICA, que ha reunido tanto a médicos como enfermeros de toda España de forma conjunta. Jornadas celebradas en A Coruña el 22 y 23 de marzo de 2001 y que fueron muy interesantes para todos.

## URORRESONANCIA MAGNÉTICA

Pruebas para visualizar el sistema urinario como las urografías intravenosas (UIV) están siendo desplazadas por las urografías por resonancia magnética o urorresonancias magnéticas (URM), habiéndose publicado ya artículos

comparativos tanto en el Hospital Clínico de Valencia como en el Hospital de Sabadell en Barcelona. Con ellas se intenta evitar la morbilidad y las reacciones adversas de los contrastes iodados: neurotoxicidad y nefrotoxicidad, así como las alergias a dicho contraste.

Ésta es una prueba diagnóstica de gran utilidad en pacientes con dilatación del tramo urinario superior. En comparación con la UIV la vía urinaria se visualiza correctamente, no estando artefactada por la peristalsis o la interposición del fluido intestinal.

La precisión diagnóstica está en un 86,95%. Concluyéndose que la urografía por resonancia magnética es una técnica altamente sensible que puede emplearse como alternativa a la urografía intravenosa convencional en los casos de contraindicación de la radiación ionizante, alergia al contraste yodado, en pacientes con fracaso renal y en gestantes.

## LITOTRICIA

La litotricia extracorpórea por ondas de choque no es una técnica nueva, ya que, como veremos, hace mucho tiempo que viene utilizándose. Lo que sí es una innovación es el desarrollo que de ella se ha hecho así como el papel que enfermería está desempeñando.

La litotricia extracorpórea (LEOC) constituye en la actualidad el método de elección en el tratamiento de la mayoría de los cálculos sintomáticos del árbol urinario. La utilización de ondas sónicas para la destrucción de cálculos se remonta a más de 20 años.

Henry Morris en 1880 realizó la primera nefrolitotomía con éxito. Durante un siglo, las únicas opciones terapéuticas ante un cálculo han sido la cirugía abierta y la endoscopia «ciega» mediante la sonda de Dormia o el lazo de Zeiss.

En 1953, Jutkin construye un aparato denominado URAT, el cual es capaz de romper cálculos de vejiga urinaria mediante ondas de ultrasonido electrohidráulicas aplicadas a través de un electrodo apoyado directamente sobre el cálculo. Así vemos cómo hace más de 40 años ya existían bocetos de lo que sería una aplicación de ondas de sonido en la destrucción de cálculos.

En 1966 se descubrió, por azar, la transmisión de las ondas de choque por el cuerpo humano durante los trabajos experimentales realizados en la compañía aerospacial Dornier, cuando al tocar un ingeniero una cartulina de uso diario en el mismo momento en que recibía un impacto de un proyectil de alta velocidad, sintió una especie de shock eléctrico, pero sin evidencia alguna de fenómenos eléctricos reales.

En 1971 se consiguió la primera desintegración in vitro de cálculos renales mediante ondas de choque, sin estar en contacto directo con él. En la década de los ochenta se produjo un cambio radical en el modo de tratar la litiasis renal y ureteral. La LEOC asociada a la endourología se ha convertido en el método de elección para el tratamiento de los cálculos renales en todo el mundo.

En 1980, en el Departamento de Urología de la Universidad de Munich se trató al primer paciente con un cálculo

lo renal mediante LEOC. Dos años después se inauguró en dicho centro la primera unidad de Litotricia extracorpórea por ondas de choque.

En aquel momento, la LEOC precisaba de anestesia general o raquídea con inmersión en bañera y generando la onda de choque mediante chispa eléctrica en medio líquido, aunque la eficacia en cuanto a la fragmentación de los cálculos era claramente significativa.

En 1984, se realizó en España el primer tratamiento en el Centro Sanitario de Litiasis Renal (Instituto Dexeus) de Barcelona.

En 1985, la compañía Siemens desarrolló un nuevo sistema generador de ondas de choque de tipo electromagnético. Su diseño permite eliminar la bañera, al incorporar el agua en el interior del propio generador.

El tratamiento de la litiasis mediante ondas de choque y endourología (nefrolitotomía percutánea y ureteroscopia) han limitado la cirugía abierta a una minoría de casos, sobre todo a cálculos coraliformes complejos, lesiones anatómicas que requieren una corrección quirúrgica o la nefrectomía en el caso de riñón no recuperable.

En la actualidad existe una gran variedad de máquinas, pero las diferencias conceptuales entre ellas son escasas. Hasta la fecha se han tratado más de diez millones de pacientes en todo el mundo y queda totalmente asumido que la LEOC es el tratamiento de elección en la litiasis urinaria, con independencia del tipo y modelo de máquina utilizado.

La localización del cálculo puede realizarse por rayos X o por ecografía. Es necesario evaluar la fragmentación litiasis en el curso del tratamiento y verificar de forma continuada si el cálculo está bien focalizado para su desintegración. En la localización radiográfica, se visualizan correctamente los cálculos caliciarios, piélicos y ureterales. En los casos de cálculos radiotransparentes la introducción de medio de contraste (intravenoso o retrógrado) permite visualizar la cavidad excretora y dirigir la onda al punto deseado. La ecografía permite visualizar los cálculos cualquiera que sea su radiodensidad. Como los ultrasonidos no son nocivos, pueden utilizarse de forma continuada comprobando la correcta posición del cálculo y la fragmentación. Los cálculos más fáciles de distinguir ecográficamente son los caliciarios, fundamentalmente los inferiores. Cuando existen cálculos múltiples es imposible visualizarlos todos porque las sombras de una litiasis superficial pueden enmascarar a una litiasis más central. Por eso la incorporación de ambos sistemas de localización en los equipos de litotricia es lo ideal.

En función de la energía de la onda y la amplitud del reflector, la mayoría de los equipos de litotricia permiten el tratamiento con sedoanalgesia de diferentes intensidades y algunos equipos sin ningún tipo de anestesia.

Gracias a todas estas investigaciones en el campo de la ciencia física, se ha podido desarrollar este tipo de tratamiento. Ahora bien, y todo esto que supone en enfermería. El desarrollo de nuevas técnicas convierte al profesional de la enfermería urológica en «especialista» en un campo muy específico de la atención, y es ahí precisamente donde podemos sacar adelante nuestras funciones inde-

pendientes. Podríamos decir que la dependencia nos ha hecho independientes.

Como dicen en su artículo sobre actuaciones independientes Aparcero y Pérez, publicado en el nº 61 de la revista de la AEEU «La posibilidad de independencia en nuestra actuación va a depender en la mayoría de los casos de nuestra propia actuación. El hecho de evitar la rutina cotidiana y la estandarización del tratamiento hará profesionalizar más la atención». También entienden que no hay mayor dependencia que la sistematización excesiva y no justificada a la hora de la atención diaria al paciente urológico.

Por este motivo, los enfermeros que trabajan en unidades tanto de litotricia como de urodinámica tienen en sus manos actuar de forma estructurada e inamovible o por el contrario hacer de sus protocolos algo dinámico, abierto e independiente. Es decir, «la sistematización es correcta si la vemos desde el punto de vista de la protocolización y actuación acorde a un plan de trabajo y a un plan de cuidados preestablecidos».

Podemos establecer planes de cuidados concretos de forma rutinaria o bien individualizar los tratamientos, ya que conocemos las técnicas y las aplicamos a individuos, a los cuales conocemos mediante entrevista personal. No sirve culpar a otros profesionales de que limitan nuestro campo de acción, ya que somos nosotros mismos quienes, por comodidad o falta de motivación, vamos poniendo nuestros propios límites, impidiéndonos buscar nuevos horizontes.

#### VALORACIONES FINALES

Dentro de las funciones de enfermería siempre ha estado la investigadora.

Que la enfermería ha investigado desde siempre es obvio, pero es desde hace poco tiempo que ha comenzado a plasmarlo en trabajos y a presentarlos como temas de debate y discusión ante sus compañeros y la propia sociedad. Es ahí donde se pueden ver los logros conseguidos. Sin ir más lejos, estamos asistiendo al XXIII Congreso Nacional que la Asociación Española de Enfermería en Urología convoca cada año para este fin.

No hay más que echar un vistazo a su trayectoria para documentarse y observar como la enfermería ha evolucionado, así como sus profesionales, incluso en su concepción como profesión.

Los trabajos presentados en un principio nos hablan del trabajo enfermero cómo ayuda a otros profesionales o como meros espectadores de los procesos patológicos. Sin embargo, en la actualidad podemos observar cómo los enfermeros participan activamente de estos mismos procesos, siendo parte importantísima en los mismos, por ejemplo en las VIAS CLÍNICAS. Formamos parte de los equipos de trabajo, ejercitamos funciones independientes como en las consultas de Enfermería, etc.

También podemos ver la evolución en la calidad de los trabajos presentados y los artículos publicados en las revistas científicas. La aplicación de nuevas tecnologías infor-

máticas y en medios audiovisuales para la mejor comprensión de los temas presentados hace que las exposiciones alcancen un alto nivel.

A pesar de esto, podemos afirmar que enfermería todavía se enfrenta a grandes retos. Pero para seguir adelante es imprescindible elevar nuestra autoestima como colectivo.

Por eso, creo que nunca debemos perder de nuestro horizonte, independientemente del puesto de trabajo que ocupemos, todas aquellas funciones y actividades que nos son propias.

Así pues, ante un paciente sometido a cualquier procedimiento:

1. Utilicemos nuestras armas de trabajo, empezando por la entrevista para la valoración inicial:

- Recepción del paciente y entrevista personal estableciendo una comunicación que permita la libre expresión.
- Recoger datos según protocolo.
- Valorar grado de ansiedad animándole a expresar sus temores.
- Explicación de la técnica a utilizar.
- Observar las reacciones del paciente y anotarlas
- Proporcionar medidas de confort y comodidad.

2. Apliquemos los conocimientos técnicos recibidos, sin olvidar que el cliente es un ser completo. Y por último

3. Evaluemos nuestro trabajo con el fin de mejorarlo. ▼

**BIBLIOGRAFÍA**

- Aparcero y Pérez. Actuaciones independientes en la unidad de Litotricia extracorpórea. Revista de AEEU nº 61.
- Ruiz Marcellán e Ibarz Servio. Litotricia extracorpórea por ondas de choque.UROLOGÍA: Litiasis urinaria. Ed. Garsi.
- Virseda, Salinas, Teba y Vázquez. Técnicas urodinámicas. Urodinamia aplicada. Vol. 1.
- Virseda, Salinas y Martín. Formación continuada en Urodinámica. Urodinámica aplicada. Vol. 13.
- Ramos, M et alt. Urografías por resonancia magnética: Resultados preliminares en la valoración funcional y morfológica del aparato urinario. Reunión anual grupo de urodinámica.
- Zabalegui, A. Teoría y progreso de la ciencia de enfermería. Enfermería Clínica. Vol. 10, nº 6.
- Escobar, M.A. et alt. Investigación en enfermería y unidades de investigación. Rev ROL de enfermería nº 213.
- López Ruiz, J. Propuesta para el desarrollo profesional I, Enfermería Clínica. Vol 10 nº 3.
- López Ruiz, J. Propuesta para el desarrollo profesional II, Enfermería Clínica Vol. 10 nº 4.
- Rouseaud Baron, A. Experiencia actual con LEOC: Una eficacia confirmada. Cuadernos de Urología nº 25.

**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

\* LAURA MOLINA ARTEAGA, \*\* JOSÉ LUIS ARANDA VIZCAÍNO, \*\* M<sup>º</sup> JOSÉ MARTÍNEZ DE ARAMAYONA LÓPEZ

\* Hospital de la Princesa. Madrid. \*\*Area 2 Insalud Madrid. Servicio: Prevención de Riesgos Laborales

# Burnout en enfermería urológica

## RESUMEN

El «estar quemado» o Burnout es una forma de estrés crónico que aparece en profesionales «de ayuda», es decir, en los que hay un contacto directo con el usuario y además éste reclama (de forma no explícita) una atención personal, no sólo profesional. Son trabajos en los que el usuario es realmente el objeto de la actividad. Por tanto, conllevan un cansancio emocional, no sólo físico o intelectual, existiendo el riesgo de que el trabajador llegue a agotarse emocionalmente, es decir, «se quemé».

El objetivo de este modelo de estudio es: conocer por parte de la enfermería urológica qué es el síndrome de BURNOUT (síndrome de estar quemado). Es un modelo de estudio cualitativo.

**Palabras clave:** Burnout, estrés laboral, cansancio emocional.

## SUMMARY

Being burnt or Bournot is a form of stress chronic that appears in professionals «of care». On other words, in those professionals that there is a direct contact with the user (in a non explicit way) a personal attention, not single professional. They are works in that the user is really the object of the activity. Therefore, it bears an emotional fatigue, not single physique or intellectual, existing the risk that the worker ends up being drained emotionally, that is to say, «burn.»

Our objective is to know on the part of the infirmary urológic that is the syndrome of Bournot (syndrome of being burnt).

It is qualitative model of study.

## INTRODUCCIÓN

### Estrés

#### CONCEPTO DE ESTRÉS

- Interacción compleja entre las demandas del entorno, las percepciones de estas demandas y la capacidad percibida de responder a ellas.
- Es la fuerza o estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.
- Es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental.
- Proceso en el que el estresor actúa desencadenando una respuesta y originando unas consecuencias, hay unos factores moduladores que influyen a lo largo de todo el proceso.

A pesar de estas definiciones es imposible definir el estrés objetivamente, con independencia de la persona o del contexto vital en que el factor estresante ocurre.

#### FACTORES QUE INTERVIENEN EN SU DESARROLLO

- Demandas del medio o naturaleza de la tarea a realizar.
- Habilidades específicas del organismo para llevar a cabo esa tarea o cumplir con esas demandas.
- Características personales más generales (fisiológicas, cognitivas y motoras).
- Apoyos sociales y ambientales.
- Historia de la persona y experiencias anteriores en situaciones de estrés.

## CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

- Efectos fisiológicos (por ej. los resultantes de la activación del sistema nervioso simpático).
- Efectos cognitivos (afectan a contenido-preocupación y a las propias capacidades, por ejemplo estrechamiento de la atención).
- Efectos emocionales (ansiedad combinado con diversos matices de sentimientos, depresión, etc).
- Efectos comportamentales (temblor, incremento de la actividad en general).

Hay que diferenciar el carácter transitorio de algunos efectos frente al acumulativo de otros. Los transitorios son síntomas de la activación del sistema nervioso simpático, ej. taquicardia, hipertensión, taquipnea, sudoración, tensión muscular, etc., y los acumulativos o a largo plazo son las úlceras, cardiopatías, colitis, etc.

#### ESTRÉS LABORAL *¿Vivimos para trabajar o trabajamos para vivir?*

Las fuentes de estrés en el trabajo inciden en la vida no profesional. La enfermería afectada por el estrés puede llegar irritable al hogar, mantener una relación tensa con su cónyuge, lo que a su vez se convierte en otra fuente de estrés que repercute en el trabajo etc.

Sistematizamos las fuentes de estrés laboral de la siguiente manera:

#### A) Fuera de la organización:

- Eventos y situaciones ajenos a la vida laboral que sin

embargo influyen en el trabajo (problemas conyugales, económicos, vivienda...).

- Edad: Lo que puede ser muy estresante para un joven que comienza a ejercer su profesión puede carecer de importancia para un adulto que lleva muchos años, y lo estresante para un trabajador de 50 años que no aspira a nuevas metas puede parecer a un recién llegado muy estimulante.
- Sexo: Parece que las mujeres no han padecido tanto el estrés, parecen ser menos vulnerables a las enfermedades coronarias, pero más vulnerables a la obesidad y a otros problemas físicos asociados (doble jornada laboral, doble responsabilidad en mujeres con cargas familiares).
- Educación: Situaciones sociales más deprimidas económica y culturalmente poseen mayor incidencia de sucesos vitales estresantes.
- Ocupación: Profesiones que consisten en ofrecer servicios humanos directos son más estresantes.
- Ejercicio: Es un moderador del estrés, puede aliviar la tensión.
- Factores de personalidad: Patrón de conducta tipo A (PCTA) Este tipo de personalidad es más vulnerable al estrés, se caracteriza por:
  - Afán intenso y corriente para conseguir metas establecidas pero poco definidas.
  - Marcada tendencia a la competitividad.
  - Deseo de reconocimiento y de logro.
  - Implicación en varias tareas y trabajos al mismo tiempo.
  - Estado de alerta permanente.

B) Dentro de la organización: Individuales, grupales y organizacionales

- A lo largo del estudio se desarrolla este apartado.

## ESTRÉS POSITIVO

El estrés incita a los individuos a la acción y puede ser positivo cuando estimula la motivación y el logro. La enfermería sin cierta cantidad de estrés no sentiría el desafío y el entusiasmo suficientes como para ejecutar los cuidados (el estrés óptimo prepara a la enfermería para un rendimiento máximo).

Un patrón de activación conductual vinculado al compromiso laboral y a la satisfacción en la realización de los cuidados ejerce un papel protector sobre el organismo cuando está desprovisto de hostilidad.

## Burnout

### ORIGEN

El concepto de «quemarse por el trabajo» (Burnout) surgió en Estados Unidos a mediados de la década de los setenta (Freudenberger, 1974), para dar una explicación al proceso de deterioro en las ciudades y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios (organizaciones de voluntariado, sanitarias de servicios sociales, educativas, etc.). Este síndrome ha quedado establecido como una res-

puesta al estrés laboral crónico integrado por actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo) así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

El agotamiento, desgaste o fatiga psíquica en el trabajo (burnout) puede entenderse, genéricamente, como una forma de aflicción producida por un sobreesfuerzo en el trabajo que se manifiesta en severas pérdidas de energía y en un descenso de la calidad y cantidad del rendimiento en la prestación de los cuidados enfermeros. Es el final de un proceso continuado de tensión y estrés, una situación de desajuste entre el trabajo y el puesto que se ocupa y las ilusiones depositadas en ese trabajo.

Aunque en un primer momento se consideraba este síndrome como exclusivo de estos servicios, lo cierto es que todos los profesionales sea cual sea su ocupación son susceptibles de desanimarse y perder su entusiasmo por su trabajo (pero eso no es Burnout).

Para protegerse de tal sentimiento negativo, la enfermería trata de aislarse de los otros desarrollándose una actitud impersonal hacia los distintos estamentos y usuarios mostrándose distanciado, cínico, utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de culpar a los demás de sus frustraciones y del descenso de su compromiso laboral. Todos estos recursos suponen para el trabajador una forma de aliviar la tensión experimentada, de manera que al restringir el grado, o la intensidad de la relación con las demás personas, está tratando de adaptarse a la situación aunque lo haga por medio de mecanismos neuróticos.

El tercer grado esencial es el sentimiento de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas debidamente. Este tercer componente puede estar presente o bien encubierto por una sensación paradójica de omnipotencia. Ante la amenaza inconsciente de sentirse incompetente, el profesional redobla sus esfuerzos para afrontar las situaciones dando la impresión a los demás que le observan que su interés y dedicación son inagotables.

Tres factores que constituyen el síndrome de Burnout:

- Agotamiento emocional supone síntomas de pérdida de energía, agotamiento físico y psíquico, fatiga, desgaste y sentimientos de estar al límite.
- Despersonalización, que supone un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas, con un distanciamiento emocional, irritabilidad y rechazo de los mismos.
- La realización personal implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima, ineffectividad en el trabajo, ideas de fracaso respecto a la propia realización del mismo. En definitiva respuestas negativas hacia uno mismo y al trabajo, típicos de la depresión.

### OBJETIVO

El objetivo de este modelo de estudio es: conocer por parte de enfermería en general y en particular la enfermería uro-

lógica qué es el síndrome de Burnout (síndrome de estar quemado).

## EXPOSICIÓN

Teniendo en cuenta que poco a poco trasciende el concepto de estrés laboral y amenaza con convertirse en un problema social contemporáneo.

El problema del Burnout como modelo de estrés laboral ha sido abordado para analizar la gran cuestión: si el trabajar mal es la causa del Burnout, o si es éste el motivo de que se trabaje mal.

1º El estrés es un desafío complicado, pero no imposible de resolver.

2º El trabajo no tiene que ser necesariamente una condena.

La mejor solución para no quemarse con las ardientes llamas del trabajo es que no haya llamas.

## Delimitación conceptual del Burnout

Son frecuentes las diferenciaciones conceptuales frente a conceptos como tedio, depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, neurosis existencial o desencanto.

Uno de los conceptos que más debate ha generado en relación a su diferenciación conceptual respecto del síndrome de quemarse por el trabajo ha sido el de depresión; entre ambos conceptos existen diferencias consistentes. Leiter y Durup (1994) señalan que el síndrome de quemarse por el trabajo es fundamentalmente un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que tiene consecuencias sobre esas relaciones interpersonales.

La depresión se acompaña en mayor medida de sentimientos de culpa y el síndrome de quemarse por el trabajo se acompaña de enfado, ira y respuestas encolerizadas.

En relación a la alienación, existen varias definiciones (psiquiatras, sociólogos, filósofos, santos, teóricos etc.). nosotros nos quedamos con la definición de los psiquiatras que dicen: es un bloqueo autoinducido o una disociación de sentimientos que produce en la persona una reducción de su capacidad social y emocional con las consiguientes dificultades para ajustarse a las actividades del trabajo.

Cherniss (1993), dice que ésta ocurre cuando un sujeto tiene poca libertad para llevar a cabo una determinada tarea que es posible realizar, mientras que el síndrome de quemarse se desarrolla cuando un sujeto tiene demasiada libertad para llevar a cabo una tarea que es imposible realizar.

Al considerar la ansiedad, Cotton (1990) señala que es un síndrome de aprehensión, tensión, malestar que experimenta un sujeto al anticipar un peligro especialmente cuando el origen de éste es desconocido. El síndrome de quemarse es más amplio que el concepto de ansiedad y ésta puede formar parte de aquél, ya que la ansiedad es el resultado de que una persona no posea las habilidades que requiera la situación.

En relación a la fatiga, Pines (1993) indica que una de las principales diferencias entre quemarse por el trabajo y la fatiga física es que la persona se recupera rápidamente de la fatiga, pero no del síndrome de quemarse. Así, mientras que el esfuerzo físico causa una fatiga que se acompaña de sentimientos de realización personal y éxito, el síndrome de quemarse conlleva una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso. Además, el síndrome de quemarse por el trabajo ha sido a veces confundido con el estrés, y ello ha dado lugar a la necesidad de establecer también sus diferencias. El estrés es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el síndrome de quemarse sólo tiene efectos negativos (Farber, 1984; D'Aurora y Fimian 1988). Es necesario que el sujeto experimente ciertos niveles de estrés para que inicie una acción por otro lado, un grado limitado del mismo, manejable por parte del sujeto, da energía para vivir.

## Medida y diagnóstico del Burnout

En un primer momento el síndrome fue descrito a través de la observación clínica. Posteriormente, fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación.

En consecuencia, hay un cuestionario que es el más empleado para estimar este síndrome; por su aceptación generalizada, existen una serie de escalas, las más importantes son: «Staff Burnout Scale for Health Professionals» (SBS-HP) (Jones 1980), el «Tedium Measure» (TM) (Pines y col., 1981) o «Burnout Measure» (BM) (Pines y Aronson 1988) y el «Maslach Burnout Inventory» (MBI) (Maslach y Jackson 1981/1986), en sus diversas versiones para profesionales de la salud, educación, administración pública, etc.

### EL «MASLACH BURNOUT INVENTORY» (MBI)

El «Maslach Burnout Inventory» es el instrumento utilizado con mayor frecuencia y el que mayor volumen de investigación ha generado.

El MBI (Maslach Burnout Inventory) se conceptualiza como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Este instrumento está formado por 22 ítems divididos en tres subescalas. La subescala de agotamiento emocional está formada por 9 ítems, la subescala de despersonalización está formada por 5 ítems y la subescala de realización personal en el trabajo está formada por 8 ítems.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Finalmente, debido a que no existe unidad de criterio sobre qué es el síndrome de quemarse por el trabajo, exis-

ten una gran disparidad de instrumentos de medida. Es necesario, por tanto, unificar criterios sobre su conceptualización y medición.

## Desencadenantes y facilitadores del Burnout

### DESENCADENANTES

Por desencadenantes del síndrome Burnout entendemos aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral.

Tres categorías:

#### a) *Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto:*

El nivel del ruido, las vibraciones y las características de la iluminación, así como la temperatura y las condiciones climatológicas en las que hay que trabajar, las condiciones higiénicas del lugar de trabajo, toxicidad de elementos, etc, son factores desencadenantes del estrés laboral.

También las demandas del puesto como los turnos rotatorios de trabajo, el trabajo nocturno, estar expuestos (percepción) a riesgos y peligros, o la sobrecarga laboral influyen en el síndrome Burnout.

En profesiones como la enfermería posponer la realización de actividades y cuidados o decidir su no realización por falta de tiempo, aunque no implique riesgo para la vida de la persona a la que se atiende.

#### b) *Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.*

Los profesionales de enfermería deben procurar no asumir los problemas de los clientes, pero al mismo tiempo deben demostrar un cierto interés por esos problemas y cierta implicación emocional en ellos. Este tipo de situaciones es capaz de inducir respuestas afectivo-emocionales a través de un conflicto intra-rol.

En las relaciones interpersonales la falta de cohesión del grupo puede ser una variable añadida como desencadenante.

En muchos estudios está demostrado que cuando un profesional de enfermería da más a los pacientes de lo que recibe a cambio, experimenta menos realización personal, más agotamiento emocional y más despersonalización.

Las personas que eligen la enfermería, suelen ser más susceptibles al desgaste emocional: por tratarse de personas altruistas, empáticas, idealistas, perfeccionistas..., ya que tradicionalmente son consideradas como profesionales vocacionales.

En ocasiones nos encontramos con que la profesión ha sido elegida de modo teórico, sin conocer realmente su contenido, objetivos y posibilidades. Los profesionales de enfermería que inician su actividad laboral se encuentran con la realidad, y aparece el primer choque. Además, esto ocurre en un entorno profesional hostil para el nuevo trabajador (inestabilidad; turnicidad, nocturnidad y «doblares» que fatigan físicamente, con sobrecarga de actividades) existiendo un grado de estrés cognitivo ya que el nuevo trabajador percibe anomalías en la organización, ambigüedad

en su nuevo rol, conflicto en los mensajes y en las formas de comunicación.

#### c) *Nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales:*

La tecnificación en las relaciones interpersonales cliente-profesional favorece en gran medida actitudes de despersonalización en la atención propiciando un trato de frialdad e indiferencia hacia los usuarios de la organización. Así mismo, problemas de carácter ético asociados al uso continuado de instrumentos tecnológicos pueden afectar el sistema emocional de los profesionales aumentando sus sentimientos de agotamiento emocional.

Otro grupo de estresores que se considera como desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo está integrado por las variables de clima organizacional. Entre estas variables cabe destacar el grado de participación e implicación de enfermería en la toma de decisiones, la autonomía permitida en la realización de las actividades/cuidados sin necesidad de consultar a los superiores y el tipo de supervisión ejercida o el apoyo social recibido desde esa supervisión.

### FACILITADORES

Como facilitadores del síndrome de quemarse entendemos aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. Tres categorías:

#### a) *Variables de carácter demográfico:*

- Nuestra cultura enfatiza para el rol femenino la interdependencia y la habilidad en las relaciones interpersonales además de cuidar a otras por el contrario, el rol masculino asume que el hombre no debe expresar emociones; por tanto las mujeres son menos propensas a responder a las personas con problemas de forma encallecida, lo cual no implica que el Burnout no afecte menos a las mujeres.
- En cuanto a la edad, en general los índices de quemarse por el trabajo son bajos entre 20-25 años, altos de 25-40 años (relación con experiencia laboral) y mínimos a partir de los 40 años.
- En cuanto al estado civil, los sujetos casados experimentan estadísticamente menores índices de este síndrome que los no casados.

#### b) *Variables de personalidad:*

Los profesionales más proclives a quemarse por el trabajo son sujetos empáticos, sensibles, humanos con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás.

El patrón de personalidad tipo A experimenta con mayor frecuencia este síndrome, ya que como anteriormente hemos descrito son personas impacientes, se esfuerzan por el logro, competitivos, agresivos, con habla y gestos bruscos, van con velocidad excesiva, individualistas, poco sociables, etc.

#### c) *Estrategias de afrontamiento:*

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también han presentado efectos facilitadores del

síndrome de quemarse. Los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos sentimientos de quemarse que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centrados en la emoción.

## Consecuencias del Burnout

Los sujetos afectados se caracterizan por manifestar sensación de cansancio y fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alteraciones respiratorias, facilidad para enfadarse, se frustran con frecuencia y les cuesta reprimir sus emociones, gritan fácilmente, se vuelven suspicaces hasta el punto de rayar en la paranoia y la omnipotencia, se muestran tercos e inflexibles y se niegan a verbalizar sus problemas, incluso parece que actúan como si estuvieran deprimidos.

El síndrome de quemarse por el trabajo se caracteriza también por actitudes negativas hacia los sujetos que constituyen el objeto de su trabajo y hacia el propio trabajo, absentismo, uso de alcohol y drogas, pesimismo, apatía, motivación laboral escasa o nula, baja implicación laboral, irritabilidad hacia los colegas y hacia las personas destinatarias del trabajo, preocupación excesiva por el confort y el bienestar laboral, tendencia a racionalizar los fracasos culpando a los usuarios o al sistema, resistencia al cambio, creciente rigidez y baja creatividad.

El síndrome de Burnout en enfermería también afecta a la organización porque la satisfacción laboral disminuye, el absentismo laboral se eleva, la propensión al abandono del puesto y/o de la organización también aumenta, hay una baja implicación laboral, un bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio, de la organización, aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización y un aumento de accidentes laborales.

Sus consecuencias van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad.

## CONCLUSIÓN

Concluimos que para evitar el estar quemado en enfermería es necesario que existan unas estrategias de prevención de este síndrome o si ya se ha establecido en el individuo, que éste identifique lo antes posible el síndrome e intervenga con estrategias de afrontamiento adecuadas.

Como señala Phillips (1984), la primera medida para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es conocer sus manifestaciones.

Entendemos que las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles:

1. Considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales y el desarrollo de estrategias conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia.

2. Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos profesionales.

3. Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome.

En este apartado se van a tratar los tres aspectos citados:

## ESTRATEGIAS INDIVIDUALES

Existen estrategias que tienen como objetivo la adquisición de destrezas para la resolución de problemas, y programas dirigidos a las estrategias de carácter paliativo, cuando su objetivo es la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones. Dentro de los primeros se recogen el entrenamiento en habilidades como la resolución de problemas, la afectividad, el manejo del tiempo, la comunicación y las relaciones sociales los cambios en el estilo de vida, y otras habilidades relevantes para cambiar las demandas del entorno. Por otra parte los programas dirigidos al manejo de las emociones comprenden el entrenamiento y adquisición de habilidades para la expresión de emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.

Comentemos algunas estrategias:

### a) *Entrenamiento en solución de problemas:*

Tratar de ayudar a las personas a resolver problemas y tomar decisiones más adecuadas. La persona reconoce e identifica el problema inhibiendo la tendencia de responder impulsivamente ante él; facilita alternativas para después escoger la respuesta más adecuada al problema y verificar su adecuación.

### b) *Entrenamiento de la afectividad:*

La conducta afectiva se define con la expresión directa, honesta y apropiada de sentimientos, pensamientos, deseos y necesidades. La persona afectiva es abierta, flexible y respetuosa de los derechos de los demás, al tiempo que es capaz de reclamar adecuadamente lo suyo.

Ser afectivo implica: tener derecho a equivocarse, y a considerar las propias necesidades tan importantes como las necesidades de los demás, decir NO sin sentirse culpable, saber juzgar las conductas propias al tiempo que se asumen sus consecuencias.

Muchos problemas se asocian con la falta de habilidad para ser afectivo en relaciones con supervisores, compañeros, etc. La falta de afectividad puede dar lugar a prolongación de horario de trabajo y sobrecarga laboral, y puede generar también todo un conjunto de actividades contraproductivas para la enfermería y la organización.

### c) *Programas de entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz:*

Se dirigen a:

- Establecer prioridades para las actividades importantes que se deben realizar en horario disponible.
- Aumentar la cantidad de tiempo disponible para atender las actividades prioritarias.

### d) *Otras estrategias individuales:*

- Distanciamiento mental del trabajo fuera del horario laboral.



- Practicar algún deporte, yoga o relajación.
- Tomar momentos de descanso durante el trabajo.
- Marcarse objetivos reales y factibles y evitar la excesiva implicación.

#### ESTRATEGIAS DE CARÁCTER INTERPERSONAL Y GRUPAL (el apoyo social en el trabajo)

- Existen al menos seis formas diferentes de ofrecer apoyo social en el trabajo:
  1. Escuchar de forma activa sin dar consejos ni juzgar acciones.
  2. Dar apoyo técnico en el sentido de que un compañero experto confirma al enfermero/a que está haciendo bien las cosas.
  3. Crear en el profesional necesidades y pensamientos de reto, creatividad, etc.
  4. Apoyo emocional, entendido como apoyo incondicional.
  5. Apoyo emocional desafiante, que haga reflexionar al sujeto sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones.
  6. Participar en la realidad social del sujeto, confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo, sobre su autoconcepto y autoestima.

Para buscar ese apoyo social en el trabajo:

1. El profesional debe elegir un compañero con el que puede hablar y sincerarse.
2. El profesional debe admitir que necesita ayuda, y que el compañero elegido es la persona más adecuada para ofrecerle ayuda.
3. Se debe intentar mantener y construir una relación, incluso fuera de los momentos de crisis o al margen de los problemas.
4. Hay que revisar periódicamente la naturaleza de la relación establecida para evaluar su efectividad.

#### ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES

Desde la perspectiva organizacional, la dirección debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Como parte de estos programas son necesarios programas de socialización anticipadora, con el objetivo de acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales. También se recomiendan los procesos de retroinformación, desde la dirección de la organización y desde el propio departamento.

Otras estrategias son:

La reestructuración y rediseño del lugar de trabajo, establecer objetivos claros para los roles enfermeros, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional.

Se entiende bien que trabajar es un deber. Se entiende mal que trabajar es un placer. La primera aceptación es amenazante y agresiva, la segunda gratificante y liberadora. Conjuntar ambas acepciones no es imposible, pero tampoco es fácil, ni frecuente.

Trabajar es una necesidad, pero se comprende mal que trabajar no es obligatorio y podría no serlo si la historia se hubiese construido de otra forma.

Se debe trabajar, se puede trabajar y además se debe querer trabajar. Esas tres premisas gobiernan la relación entre las personas humanas y el trabajo. Así ordenadas, implican una acepción manifiestamente negativa. Si las páginas de la historia hubiesen sido escritas de otro modo, las premisas podrían haber sido ordenadas también de otra manera. Podría ser que una persona deseara trabajar, por lo tanto debiera hacer aquello que pudiera hacer. Esta segunda formulación es POSITIVA Y CARENTE DE AGRESIVIDAD.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Gallego E., Fernández Ríos L. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional (1). *Rev Asoc Neuropsip.* 1991; 11 (39): 257-265.
- Atance Martínez J. C., Oliver Hernández C., Redondo García D. Síndrome de Burnout en atención especializada: aspectos característicos de nuestra casuística. *Todo Hospital*, 1997; 139:49-61.
- Bennett L., Kelaher M. Longitudinal predictors of burnout in HIV/AIDS health professionals. *Aus J Public Health*, 1994; 18: 334-336.
- Freudenberg, H.J.(1974):«Staff burn-out». *Journal of Social Issues*, 30 (1),159-165.
- Leiter, M.P. y Durup, J.(1994):«The discriminant validity of burnout and depression:a confirmatory factor analytic study». *Anxiety.Stress and coping*, 7,357-373.
- Cherniss, C. (1993):«The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout». En W.B.Schaufeli,T. Moret y C. Maslach (Eds).*Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.135-149). Washintong DC: Hemisphere.
- Cotton, D.G. (1990): *Stress management: An integrated approach to therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Pines, A.M. (1993): Burnout:«An existencial perspective». En W.B. Schaufeli,C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp.33-51),Washington DC: Hemisphere.
- Farber, B.A.(1984): «Stress and burnout in Suburban teachers». *Journal of Educational Research*, 77 (6), 325-331.
- D'Aurora, D.L. y Fimian, M.J. (1988): «Dimensions of life and school stress experienced by young people». *Psychology in the Schools*, 25 (4), 44-53.
- Jones, J.W. (1980): *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Illinois: London House.
- Pines A. y Aronson, E. (1988): *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.
- Maslach,C. y Jackson, S.E. (1981): *Maslach Burnout Inventory* (1986 2ª ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986): *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Phillips, J.R. (1984): «Faculty Burnout» *American Journal Nursing*, 82(12), 1525-1526. ▼