

enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 84. Diciembre 2002



**Con el agradecimiento a Huelva, ponemos
rumbo a A Coruña**

Presentada la reforma de estatutos

**Licenciatura, carrera profesional y
especialidades**

**Educación para la salud, calidad y cuidados
enfermeros**



ENFURO

nº 84 / Octubre/Noviembre/Diciembre 2002
Segunda Etapa

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEU

Presidenta: Mercedes Martín Valenciano
Vicepresidente: Ricardo Lequerica Llopis
Vicesecretario: José M. Remírez Suberbiola
Tesorero: Vicente Carrasco Rozalén
Secretario de Actas: Gabriel Belenguer Civera
Vocal 1ª: Ascensión Crespo García
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:
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:

Milenium y Torre de Hércules.
En homenaje al pueblo gallego

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), se encuentra incluida en la base de datos bibliográfica CUIDEN, donde pueden encontrar los resúmenes de los artículos publicados (www.index-f.com)

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

SUMARIO

● Editorial	4
● Reforma de estatutos	4
● Carta de la presidenta	5
● Noticias y Comunicados de interés para los socios de la AEEU	5
● Licenciatura, carrera profesional y especialidades B. Sanchís Ramos	6
● Educación para la salud en el paciente portador de un catéter de nefrostomía percutánea M. Huerta	11
● Cauterizaciones de la uretra por sustancias químicas J. Vázquez Días	14
● Innovaciones tecnológicas en enfermería A. Garrido Mora	24
● Puesta en marcha de un programa de mejora de calidad en un servicio de Urología C. Martínez Casamayor, M. Martín Valenciano, R. Lacasa Marzo, M.ª P. García Maynar, Mª J. Peydro Rico	29
● Resección transuretral de próstata A. Bella Rando	37



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

Marea negra

Afortunadamente el título de este editorial nada tiene que ver con la andadura de nuestra Asociación. Demostrado está, seguimos existiendo para mejorar como profesionales y hacer de nuestra Asociación un referente científico.

Este editorial va dedicado a nuestras compañeras de A Coruña. Desde estas líneas queremos infundir una inyección de ánimo. Están preparando el XXV Congreso Nacional, a celebrar el próximo octubre de 2003. La catástrofe que ha asolado sus costas y su mar (también el nuestro) ha dejado a nuestras compañeras con preocupación y desánimo, por lo que al pueblo gallego les ha supuesto y por el miedo a que

las consecuencias se reflejen también en la organización del congreso.

Queremos hacerles llegar nuestro apoyo, al cual debemos demostrarles no fallando a su cita, haciéndoles ver con ello que cuentan con todos sus compañeros enfermeros, y que no hemos dejado de confiar en que están trabajando para ofrecernos un XXV Congreso magnífico.

Feliz año a todos, que seguro nos deparará grandes satisfacciones y alegrías.

Nuestro afecto a las compañeras de A Coruña y, por supuesto, al pueblo gallego. ▼

REFORMA DE ESTATUTOS

EN el transcurso de la asamblea general ordinaria celebrada en Huelva el día 19 de octubre de 2002, a las 17 h, la junta directiva de la AEEU presentó un borrador de proyecto de reforma de estatutos de la Asociación.

Los actuales estatutos se aprobaron en su día por el Ministerio del Interior, ajustándose a las normas de asociacionismo exigidas, ley que data de 1964.

Con esta reforma que se propone, nuestro objetivo es:

- Actualizar el contenido de nuestros estatutos, adaptán-

dolos a un lenguaje enfermero, más acorde a la realidad actual.

- Optimizar el número de miembros de la junta directiva.
- Adaptar el contenido a la actual Ley de Asociaciones de 26 de mayo de 2002.

Los socios han tenido puntual información en el pasado congreso y por carta en sus domicilios. No obstante incorporamos en la revista el cronograma definitivo aprobado para dar curso a la reforma:

CRONOGRAMA REFORMA ESTATUTOS

Hasta 31 de diciembre 02	Envío borrador a los asociados *
De enero 03 hasta el 30 de abril 03	Plazo de alegaciones y enmiendas **
Octubre 03 (congreso A Coruña)	Defensa enmiendas y aprobación estatutos en Asamblea Extraordinaria
Hasta 31 de diciembre 03	Presentación en Ministerio del Interior para aprobación
2004	Puesta en marcha nuevos estatutos.

* Se entregaron en el congreso y se están enviando por correo. Si no los has recibido, háznoslo saber para su envío

** Las alegaciones y/o enmiendas se harán llegar por escrito a la sede de la Asociación:

Asociación Española de Enfermería en Urología

(Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria)
Calle Francisco Silvela 54 dpdo, 2º A
28028 MADRID

Teléfono y fax: 91 356 27 95

e-mail: enfuro@terra.es

Contamos con tu participación en este proyecto de interés para todos los que formamos parte de la AEEU.

Gracias, Huelva

El pasado mes de octubre, asistimos los días 16 al 19, en la ciudad de Huelva, al XXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Urología, en el transcurso del cual celebramos el XXV aniversario de la AEEU.

No puedo dejar pasar la ocasión sin agradecer al comité organizador de dicho evento el haber hecho partícipe a todos los asistentes de esta celebración.

La AEEU estuvo presente, porque así lo quisieron los compañeros de Huelva, en todo momento; igualmente no nos dejaron olvidar a los congresistas, por la multitud de detalles que con nosotros se tuvo, que estábamos celebrando el XXV aniversario.

Por si los detalles con los que se nos agasajó fueran pocos, se nos brindó una visita a la ermita del Rocío, en la que se hizo una ofrenda de flores a la Virgen y posteriormente una espléndida cena todo ello como celebración del aniversario.

Gracias compañeros y amigos de Huelva por vuestra amabilidad y múltiples detalles y por haber hecho inolvidable el XXV aniversario de nuestra Asociación.



MERCEDES MARTÍN

LA PRESIDENTA

La presidenta y Junta Directiva de la AEEU queremos desearos toda clase de felicidades y que se cumplan vuestros mejores deseos en el 2003

NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS PARA LOS

CONCURSO DE LOGO

Reunida la junta directiva como jurado del certamen de logos y presentados igualmente las propuestas a la asamblea de socios, se acordó aplazar la decisión de elección de nuevo logo para la asamblea del 2003 en A Coruña. Por tanto os comunicamos que con las mismas bases y los mismos plazos se vuelve a abrir el certamen, dándose por aceptados los hasta ahora presentados que entrarán igualmente a concurso, respetándose su autoría y originalidad. ◆

BECA DE INVESTIGACIÓN

Igualmente se convoca para el 2003 el premio de investigación. Se admitirán trabajos hasta el 30 de septiembre de 2003. En próximos números

reproduciremos las bases de la convocatoria anterior. ◆

RENOVACIÓN DE CARGOS DE JUNTA

Al cierre del plazo establecido para ello se habían recibido las siguientes candidaturas:
D. Ricardo Lequerica Llopis para Vicepresidente,
D. Luis Alf. Aparcero Bernet para Vocal IV.
Al ser candidatura única y no habiendo más candidatos para estos puestos y restos de vacantes, la asamblea ratificó a los miembros presentados. La Junta Directiva, con la facultad que le otorga el artículo 18 de los actuales estatutos, cubrirá provisionalmente los cargos vacantes, si lo cree oportuno, hasta la entrada en vigor de los nuevos estatutos. ◆

BERTA SANCHÍS RAMOS

Jefa de Servicio de la Subdirección General de Formación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo

Licenciatura, carrera profesional y especialidades

RESUMEN

Recogemos en este artículo la ponencia de D^a Berta Sanchís en el XXIV Congreso, donde hace una revisión a tres temas de candente actualidad para nuestro colectivo. Dos de ellos con planteamiento de futuro: La Licenciatura y la Carrera Profesional y un tercero que ya es realidad, las Especialidades de Enfermería.

Palabras clave: Licenciatura en Enfermería, Carrera Profesional, Especialidades de Enfermería.

SUMMARY

We pick up in this article the report of D^a Berta Sanchís in the XXIV Congress, where she makes a revision to three topics of burning present time for our community. Two of them with future position: The Licentiate and the Professional Career and a third that it is already reality, the Specialties of Infirmiry.

LICENCIATURA

La Licenciatura no es competencia del Ministerio de Sanidad y Consumo, sino exclusivamente del Consejo de Universidades del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y de los profesionales, no obstante considero que tengo la suficiente información que ofrecer para el debate, simplemente, bajo la óptica de una enfermera interesada en este asunto.

La Licenciatura en Enfermería es una meta largamente anhelada por los enfermeros y que en los últimos años ha sido objeto de estudio por parte de distintos grupos profesionales, así como de reconsideración por las autoridades educativas. Todos sabemos que es un valioso instrumento de evolución profesional que contribuirá no sólo al crecimiento de la enfermería cómo disciplina, sino al desarrollo personal del conjunto de profesionales que la ejercen.

Hasta el momento hemos asistido al planteamiento de dos opciones, una de ellas encaminada a que la Licenciatura

se encuadre dentro de una formación de post-grado, esto es, en un segundo ciclo universitario, y otra que propugna su desarrollo en la formación de pregrado o básica. La primera propuesta ha sido defendida por la Asociación de Enfermería Docente, la Conferencia de Directores de Escuelas Estatales de Enfermería, la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería y el Sindicato de Enfermería SATSE. Mientras que la segunda propuesta ha sido presentada y defendida por el Consejo General de Enfermería, si bien, este último organismo se manifiesta dispuesto a apoyar cualquier propuesta que resulte viable.

Con respecto a la opción de la formación de post-grado, tenemos sobre la mesa tres propuestas diferentes a las que, por sus características individuales, yo he calificado de:

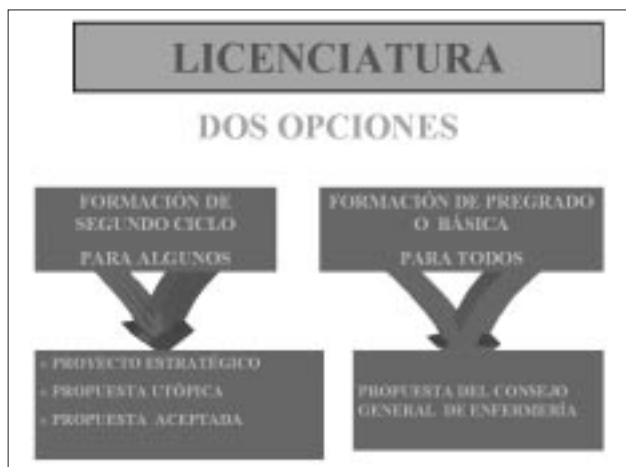
- Proyecto estratégico.
- Propuesta utópica.
- Propuesta aceptada.

Con respecto al proyecto estratégico, comentaré que está basado en desarrollar, en el mayor número posible de universidades, un título propio de enfermería avanzada o superior, con un plan de estudios pactado previamente dotado de una troncalidad idéntica y que será el que se implante en las universidades dispuestas a llevar a cabo esta titulación.

El marco de este proyecto es el siguiente; partimos de la base de que las universidades tienen el lícito derecho a establecer títulos propios (pensados fundamentalmente para la adquisición de créditos que contribuyan a la obtención del doctorado).

Pero los títulos propios, conforme se recoge en el Real Decreto 1496/86, no se consideran como títulos oficiales y por lo tanto no tienen carácter estatal, carecen de efectos académicos plenos, no habilitan para el ejercicio profesional y su denominación, texto y formato no pueden inducir a confusión con los oficiales, esto quiere decir que no pueden ser considerados una Licenciatura.

No obstante, el mismo Real Decreto antes citado en su artículo 8º. 1 prevé la posibilidad de convertir los títulos



propios en títulos oficiales, utilizando el siguiente sistema: el Consejo de Universidades, por decisión unánime de los rectores, puede proponer al Gobierno el reconocimiento de estos títulos y su conversión en oficiales, siempre que así lo aconseje el interés científico, técnico o cultural de los contenidos así como su trascendencia socio-económica.

Esta es pues la estrategia a seguir con estos títulos, repito, transformar un título propio en título oficial solicitando al Gobierno su conversión. A esta maniobra táctica se han adherido varias Universidades estatales, así como las privadas de San Antonio de Murcia, e Internacional de Barcelona, considero necesario que más Universidades estén dispuestas a introducir este título de enfermería superior o avanzada en su catálogo de títulos propios. De momento las personas que están participando en este proyecto tienen entusiasmo, energía y confianza en que su título va a ser oficializado y convertido en una Licenciatura de Enfermería, pero actualmente lo previsto en el artículo 8, antes mencionado, no se ha hecho realidad.

Vamos a hablar ahora de lo que hemos denominado «propuesta utópica», en este caso se trataría de una licenciatura exclusiva y propia de enfermería desarrollada en un segundo ciclo universitario, es decir, 2 años post-grado profundizando en la ciencia del cuidar y con todas las características de un título oficial. Esta opción ha sido descartada por el Consejo de Universidades y realmente no parece que tenga visos de ser implantada, sin embargo yo no tengo dudas sobre que este sería el proyecto seleccionado por todos los profesionales.

Pasemos ahora a hablar de última propuesta, enmarcada en el post-grado, es decir, la propuesta posibilista. Se trata de una única Licenciatura en Ciencias de la Salud u otra en Ciencias Sociosanitarias en la que quedarán englobadas todas las actuales Diplomaturas de este campo como Podología, Fisioterapia, Óptica, Terapia Ocupacional y Logopedia, y a la que también tendrán acceso las licenciaturas. Lógicamente esta opción no es la seleccionada ni por los enfermeros ni por los ópticos, fisioterapeutas, etc., cada una de estas disciplinas espera ser merecedora de su propio desarrollo curricular, pero después de grandes negociaciones lideradas por, la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Estatales de Enfermería y el Consejo de Universidades, ésta sería la opción más posibilista y que están dispuestos a homologar. Respondería al nombre de Licenciatura de las Ciencias de la Salud.

Hablemos por último de la propuesta del Consejo de Enfermería, que preconiza una opción de Licenciatura de pregrado que constaría de cuatro o quizás cinco años y que englobaría a todos los enfermeros siendo, por lo tanto, obligatoria, a diferencia de las opciones anteriormente descritas, las cuales no son obligatorias y solamente las llevarían a efecto aquellas personas que estuvieran interesadas en ampliar su estatus académico y profesional.

Finalmente es interesante aclarar, para despejar dudas, que la Unión Europea, a través de las Directivas relativas a los enfermeros de cuidados generales 77/452/CEE y 77/453/CEE, que son los únicos textos de obligado cumplimiento por parte de todos los Estados miembros y con suficiente grado de intervención en los mismos, ya que

obligatoriamente deben ser transpuestas a los respectivos ordenamientos jurídicos, en ningún caso hace obligatoria la licenciatura, ni siquiera plantean la obligatoriedad de realizar la formación en el ámbito universitario, cosa que realmente sería imposible de cumplir por algunos países en los que la formación previa de los enfermeros es sólo de diez años.

Este tema me interesa resaltarlo, debido a que, muy frecuentemente, cuando se habla de la licenciatura he oído decir que Europa nos obliga a establecer una licenciatura, nada más lejos de la realidad puesto que durante bastantes años únicamente en España se formaban todos los enfermeros en la universidad. Posteriormente, con la incorporación de Suecia, dejó España de ser el único país con esta característica y aún más posteriores han sido las iniciativas de Italia y Portugal para formar a todos los enfermeros en la universidad.

A mi modo de ver, esta es la información más relevante sobre este asunto y confío que con estas reflexiones haya puesto sobre la mesa suficiente material de debate sobre la Licenciatura en Enfermería.

CARRERA PROFESIONAL

La carrera profesional es una iniciativa que, a lo largo de los últimos años, ha estado en ebullición en muchos países e inacabada en todos, a excepción de Portugal, que la tiene establecida por decreto, pero que se limita a recoger criterios de antigüedad, titulación y continuidad en el servicio. En el caso de España fueron los años 96 y 97 los que albergaron las inquietudes de muchos colectivos por el desarrollo de la carrera profesional.

Pero es hoy cuando vemos recogido en el borrador de una ley una serie de artículos que la prevén y que marcan las líneas para su futuro desarrollo. Me estoy refiriendo al Borrador del Estatuto Marco, el cual, si nos atenemos a la secuencia de su articulado, empezará disponiendo en su artículo 33.1 que dentro de las medidas que se llevarán a efecto para el desarrollo profesional de los trabajadores sanitarios, se entiende comprendida la carrera profesional como reconocimiento al progreso en los siguientes aspectos:

- Conocimientos.
- Experiencia.
- Responsabilidad.
- Mejor adecuación de la actitud, capacidad y cualidades personales a los objetivos del Servicio de Salud al que pertenece.

Pasando en el artículo posterior, a definirla con el siguiente tenor literal: «el derecho del personal estatutario fijo a progresar, de forma individualizada, a niveles superiores previamente definidos dentro de cada grupo, clase o categoría funcional.»

Se dictan a continuación una serie de pautas sobre su implementación tales como que la progresión a un nivel superior de la carrera profesional requerirá un periodo mínimo de permanencia en el lugar de origen, que aún está sin fijar, y una evaluación favorable de los méritos que se

establezcan por los Servicios de Salud de las diferentes comunidades autónomas.

Está previsto, así mismo, en el artículo 33.4 que la progresión de niveles se articulará a través de la asignación a los profesionales de incentivos, incluidos los económicos, relacionados con las actividades asistenciales, formativas, investigadoras y docentes, teniendo en cuenta el tiempo trabajado como personal estatutario temporal o eventual.

Esto no obstante, son las grandes líneas generales, pudiéramos decir, la declaración política de intenciones como norma básica, porque será la Comisión de Gestión de Recursos Humanos dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud quien desarrollará, en última instancia, los criterios puntuales que se proyectarán, posteriormente, tanto en la normativa estatal como en la autonómica.

Hay que tener en cuenta que las comunidades autónomas tienen competencias en estas materias y que por lo tanto deben participar de forma activa en el diseño de la carrera profesional. No obstante, el Estado, a través de este Estatuto Marco, indica que hay que garantizar la movilidad del personal en el Sistema Nacional de Salud y que se establecerán los criterios comunes sobre la Carrera Profesional, que sean necesarios, para que la misma tenga una proyección hacia todos los Servicios de Salud en los que esté establecida.

A nadie se nos escapa la importancia de la carrera profesional y sus repercusiones en el ámbito asistencial, ya que propiciaría un cambio en el modelo de gestión de personal, así como en el sistema retributivo y en la participación y compromiso de los profesionales en su propia promoción e incluso en el régimen de acceso al Sistema Nacional de Salud, etc.

Me gustaría a título orientativo citar algunas de las características de los diferentes proyectos que, como anteriormente he comentado, fueron los artífices del pensamiento y la cultura de la Carrera Profesional en los años 96 y 97 y que crearon la inquietud y el poso que, seguramente, nos permitirá el futuro desarrollo. Diez fueron los proyectos que se elaboraron en esa época, y voy a resaltar algunas de sus características, lo considero de suficiente interés, ya que nada más se ha hecho desde entonces hasta la fecha, presentaron proyectos los siguientes organismos o instituciones:

- Dirección General de Ordenación Profesional (MSC).
- SATSE.
- UGT.
- Sindicato Médico de Navarra.
- Sindicato de Enfermería de Cataluña.
- Consejo General de Enfermería.
- Organización Médica Colegial.
- FADSP.
- INSALUD.
- SAS.

HASTA EL MOMENTO HEMOS ASISTIDO AL PLANTEAMIENTO DE DOS OPCIONES, UNA DE ELLAS ENCAMINADA A QUE LA LICENCIATURA SE ENCUADRE DENTRO DE UNA FORMACIÓN DE POST-GRADO, ESTO ES, EN UN SEGUNDO CICLO UNIVERSITARIO, Y OTRA QUE PROPUGNA SU DESARROLLO EN LA FORMACIÓN DE PREGRADO O BÁSICA

Vamos a dar un repaso por lo que planteaban estos proyectos con respecto a las características de la carrera profesional, considerando éstas cómo:

- Estructura.
- Niveles.
- Tipo de méritos.
- Acceso.
- Sistema de promoción o progresión.

Con respecto a la estructura se presentaban seis opciones

- Carrera única.
- Carrera única con dos vertientes.
- Carrera única con tres vertientes.
- Carrera única con cuatro vertientes.
- Dos carreras (Profesional y de Gestión).

• Tres carreras (Profesional, Técnico Administrativa y de Gestión).

Con respecto a los niveles se proponían:

- Tres niveles.
- Cuatro niveles.
- Cinco niveles.
- Seis niveles.
- Ocho niveles.

Sin embargo con respecto a los méritos todos los proyectos eran coincidentes en que debían considerarse:

- Currículum Asistencial.
- Currículum Docente.
- Currículum Investigador.

Igualmente todos los proyectos coincidían en que el acceso a la Carrera Profesional debería arbitrarse a través de un concurso de méritos, si bien algunos proyectos elevaban su nivel de exigencia a una prueba o examen.

Otros puntos, si bien no de manera uniforme, se recogían en las propuestas, voy a citarlos pues me parecen de interés:

- Otorgar un diploma.
- Establecer un registro de diplomas.
- Establecer unas normas de derecho transitorio para la primera puesta en marcha.

Entrando ya en el desarrollo operativo del sistema de acceso, los sindicatos SATSE, UGT, CCOO, CSI-CSIF, FADSP y la Organización Colegial de Enfermería mantuvieron una serie de reuniones en esas fechas en las que se llegaron a consensuar herramientas de evaluación para la progresión de niveles. Las cito, aunque sea someramente, pues si bien parecen lejanas en el tiempo, como ya decía anteriormente, no se ha vuelto a realizar este tipo de trabajo en el Ministerio de Sanidad y Consumo. Se eligió la evaluación del desempeño cómo la herramienta adecuada definiéndola como «aquél acto consistente en formular un juicio comparativo entre los estándares previamente fijados y

los resultados alcanzados», debiendo contemplarse tres protagonistas en este proceso, evaluado, evaluador y sistema sanitario, definiendo para su ejecución las necesidades y objetivos de cada uno de estos sujetos comprometidos con la evaluación.

Teniendo en cuenta que la evaluación del desempeño es un procedimiento cuali-cuantitativo cuyos factores más relevantes podrían ser:

- Madurez.
- Diligencia ante el trabajo.
- Cantidad de trabajo.
- Calidad del trabajo.
- Colaboración.
- Formación y desarrollo.

Deseo finalizar este punto de la carrera profesional comentando que, actualmente, todos los sindicatos del sector y de clase, a excepción de la CEMS, están trabajando en un documento de consenso para presentar y debatir con la Administración en el cual se recogerán, seguramente, los ítems que hemos estado comentando.

ESPECIALIDADES

Con respecto a la formación especializada de enfermería, el marco legal de la misma lo componen:

– El Real Decreto 992/1987, por el que el Gobierno reguló la obtención del título oficial de Enfermero Especialista, otorgado por el Ministerio de Educación y Cultura. Este es el exponente referencial, que permite el desarrollo, de la formación especializada de enfermería.

– La Orden Ministerial de 2 de junio de 1992, por la que se desarrolla el programa de formación de la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) y se establecen los requisitos específicos que deben reunir las Unidades Docentes de esta especialidad, nos permitió aplicar de forma empírica los contenidos del Real Decreto, y aunaba en un solo texto el modelo de formación, el programa de la misma y los requisitos de acreditación.

– Actualmente, esta Orden está parcialmente derogada, sólo persiste en vigor aquello relativo al programa de formación, y esto hasta tanto en cuanto la Comisión Nacional de matronas, proponga el nuevo. Se ha optado por otro sistema, que permite dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 3 del Real Decreto, referente a fijar las directrices generales de todas las especialidades de enfermería.

– Con este objetivo, llegamos a la publicación por último de la Orden de 24 de junio de 1998, que dispone las directrices para los programas de formación y el acceso a todas las especialidades. Es decir, se consagra de forma definitiva el modelo de formación, como el de «enfermero residente», dotando de más flexibilidad y dinamismo la futura implantación de otras especialidades.

LA CARRERA PROFESIONAL ES UNA INICIATIVA QUE HA ESTADO EN EBULLICIÓN EN MUCHOS PAÍSES E INACABADA EN TODOS, A EXCEPCIÓN DE PORTUGAL, QUE LA TIENE ESTABLECIDA POR DECRETO, PERO QUE SE LIMITA A RECOGER CRITERIOS DE ANTIGÜEDAD, TITULACIÓN Y CONTINUIDAD EN EL SERVICIO. EN EL CASO DE ESPAÑA FUERON LOS AÑOS 96 Y 97 LOS QUE ALBERGARON LAS INQUIETUDES DE MUCHOS COLECTIVOS POR EL DESARROLLO DE LA CARRERA PROFESIONAL

Las especialidades establecidas son siete:

Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

Enfermería de Salud Mental.

Enfermería Pediátrica.

Enfermería Geriátrica.

Enfermería Comunitaria.

Gestión y Administración en Enfermería.

De estas siete, solamente Matronas y Salud Mental se han desarrollado hasta el momento, encontrándose las restantes en situación de diseño, ya muy avanzado.

El nuevo sistema consiste en que los programas de formación de cada especialidad se establecen por Resolución de la Secretaría de Estado de Universidades, Investigación y Desarrollo, a propuesta del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, una vez elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad de que se trate, e informado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Vamos a comentar la normativa que antes he citado. Contiene en su articulado una serie de características, que la hacen muy innovadora en aquello que concierne al modelo de formación especializada en Enfermería, aún cuando pudiera parecer que posee una cierta dificultad de implantación, precisamente por ese carácter innovador.

Profesionalmente bajo el punto de vista conceptual, se aprecia en él una similitud, una misma línea de pensamiento que ya se había sellado en la formación básica, es decir en la Diplomatura diez años antes en 1977, y que al consolidarse, queda lógicamente transferida a la formación especializada.

Con respecto al centro docente responsable de la formación, desaparece el antiguo concepto de «Escuela», dejando paso al nuevo de «Unidad Docente», estructura que se define como órgano docente-asistencial, en el que conviven las Instituciones Sanitarias (Hospitales y Centros de Salud), y las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Es decir, todas las Unidades Docentes están formadas por:

– Una Escuela Universitaria de Enfermería, que desarrolla las funciones de supervisión y coordinación de la formación, podríamos decir que es homóloga a las Comisiones de Docencia de los hospitales para la formación MIR.

– Hospitales y centros de salud, los necesarios para llevar a cabo la formación clínica especializada.

Hay gran diferencia con el lugar donde se impartían las

especialidades de ATS, bastantes de ellas no ya en escuelas, sino en cátedras concretas de las Facultades de Medicina.

La solicitud de acreditación la realiza aquella Entidad Titular, pública o privada, que reúne los requisitos mínimos establecidos y garantiza la financiación y mantenimiento de la Unidad Docente.

La norma prevé que la Entidad Titular pueda ser mixta, formada por dos o más instituciones, si bien en ese caso deberán firmar un convenio de colaboración que recoja claramente cuál es la participación concreta de cada institución en la formación de los enfermeros residentes.

Esta solicitud debe remitirla la Entidad Titular a la Subdirección General de Formación Sanitaria, acompañada del informe del organismo competente de las comunidades autónomas en el que garanticen que reúne los requisitos docentes asistenciales requeridos, y por supuesto de la memoria consiguiente en donde queden reflejados los mismos.

Existen una serie de requisitos que son comunes a todas las Unidades Docentes de todas las especialidades, y otros específicos de cada especialidad.

La acreditación tiene validez para cuatro años, al cabo de los cuales se llevará a cabo el proceso de auditorías.

Existe una Comisión por cada especialidad, formada por siete miembros, dos representantes designados por el Ministerio de Educación y Cultura, dos por el Ministerio de Sanidad y Consumo, dos por el Consejo General de Colegios de Enfermería, y uno por la Asociación Nacional de la especialidad de que se trate. Por supuesto todos ellos especialistas.

La Administración, a través de lo recogido en el Real Decreto les ha encomendado una serie de funciones, tanto en calidad de proponentes en aspectos como los programas de formación, las peculiaridades y duración de la misma, la solicitud de auditorías de las diferentes Unidades Docentes acreditadas, como en calidad de asesoramiento a la Administración en cuanto a la ubicación y número de las Unidades Docentes, así como de órgano autónomo con capacidad de solicitar y analizar datos, etc.

Como supracomisión que aglutina a todas las especialidades y máximo órgano de autogobierno el Real Decreto establece el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, que está formado por todos los presidentes de las Comisiones Nacionales, además de representantes de los dos Ministerios implicados y del Consejo General de Enfermería.

Sus funciones similares a las de las Comisiones Nacionales, fundamentalmente son el nexo de coordinación entre las Comisiones entre sí y entre las Comisiones y la Administración, a la que en última instancia proponen los programas de formación de cada especialidad y los requisitos que deben reunir los servicios y centros para su acreditación.

EL NUEVO SISTEMA CONSISTE EN QUE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE CADA ESPECIALIDAD SE ESTABLECEN POR RESOLUCIÓN DE LA SECRETARÍA DE ESTADO DE UNIVERSIDADES, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO, A PROPUESTA DEL CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA, UNA VEZ ELABORADO POR LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE QUE SE TRATE, E INFORMADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

También estudia y estima las necesidades de especialistas a nivel nacional, autonómico y regional, e informa la oferta de plazas anual de formación especializada.

Vemos, pues, que los enfermeros tienen una parte muy activa en su formación a nivel oficial, a través de estos órganos colegiados, vemos que también la conservan en el nivel más unido a la formación, donde tienen un papel autónomo muy importante, ya que cuando hablamos del profesorado de las especialidades, merece mencionarse el hecho de que sin olvidar la obligada multidisciplinaridad que requiere cualquier formación universitaria, el Decreto señala que deben especificarse cuáles son las materias que únicamente pueden ser impartidas y en exclusiva por enfermeros especialistas.

La oferta de las plazas es anual y se cubrirá siguiendo el orden decreciente de mayor a menor puntuación total individual, reconocida a cada aspirante, conforme a la solicitud presentada con carácter prioritario por los interesados, especificando por separado las que son del sector público y las que son del sector privado, adjudicándose todas ellas por igual sistema.

Los adjudicatarios de plaza en una Unidad Docente formalizarán un contrato de trabajo de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 24/1982, de 16 de junio, sobre prácticas y enseñanzas sanitarias especializadas.

Para la formación de matronas ya plenamente consolidada, contamos con 13 Unidades Docentes acreditadas, repartidas por todo el territorio nacional.

En cuanto a la de Salud Mental, de más reciente implantación, contamos en la actualidad con 21 Unidades Docentes acreditadas, repartidas en todo el Estado.

La duración de los programas formativos varía, siendo de dos años el de Matronas, con 3.600 horas lectivas a tiempo completo, y de un año y 1.645 horas también a tiempo completo el de Salud Mental.

Considero que se ha realizado en estas líneas un recorrido por la formación especializada de enfermería que puede ayudarnos a entender el nuevo modelo, en este momento nos encontramos a la espera de dar cumplimiento a la Proposición No de Ley, presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso y aprobada en la Comisión de Educación Cultura y Deporte, en la que insta al Gobierno a desarrollar el Real Decreto 992/1987 en su totalidad, a modificar el catálogo de especialidades para introducir la de Salud Laboral y a una nueva redacción de las Disposiciones Transitorias. ▼

MANUEL HUERTA

Supervisor de Urología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Educación para la salud en el paciente portador de un catéter de nefrostomía percutánea

RESUMEN

Presentamos una fase de un proyecto de investigación que pretende validar un procedimiento de cuidados para pacientes portadores de catéter de nefrostomía en régimen ambulatorio. La enfermería, tiene como pilar fundamental la potenciación de la educación para la salud y de esta manera conseguir la solvencia del paciente en sus autocuidados. Es necesario el aprendizaje de ciertas técnicas por parte de la familia y del propio paciente, para garantizar la viabilidad de instrumentos y dispositivos como el caso que nos ocupa. **Palabras clave:** Nefrostomía percutánea, pacientes portadores de catéteres, educación sanitaria, autocuidados urología.

SUMMARY

We present a phase of an investigation project that seeks to validate a procedure of cares for patient payees of nefrostomy catheter in ambulatory régime. The infirmary, has as fundamental paper in the education for the health and this way to get the patient's solvency in its autocares. It is necessary the learning of certain techniques on the part of the family and of the own patient, to guarantee the viability of instruments and devices like the case that it occupies us.

INTRODUCCIÓN

En la sanidad actual vivimos un momento en el que existe una clara tendencia a la minimización de las repercusiones sociales y económicas que producen las estancias hospitalarias. La potenciación de la cirugía mayor ambulatoria, el incremento de uso de los hospitales de día, las unidades de corta estancia, entre otros, son claros ejemplos de ello. Como consecuencia es frecuente encontrar objetivos asistenciales hospitalarios en los que se prima el alta precoz y el tratamiento en régimen ambulatorio en detrimento de tratamientos exclusivamente hospitalarios.

Por otro lado, desde la enfermería, entendemos como uno de nuestros pilares fundamentales en la práctica enfermera la potenciación de la solvencia del paciente en sus autocuidados. Para ello debemos procurar el adiestramiento necesario hasta la adquisición del paciente/familia de esos conocimientos que garanticen la viabilidad de un tratamiento ambulatorio al tiempo que facilitan un desarrollo cómodo y seguro de su vida una vez roto el cordón umbilical hospitalario.

La disciplina enfermera cuenta para ello con una de las armas más poderosas; la educación para la salud. Con el uso de esta herramienta proponemos una guía de educación para portadores de catéteres de nefrostomías que posibilite el alta precoz de estos pacientes.

DESDE LA ENFERMERÍA ENTENDEMOS COMO UNO DE NUESTROS PILARES FUNDAMENTALES LA POTENCIACIÓN DE LA SOLVENCIA DEL PACIENTE EN SUS AUTOCUIDADOS. PARA ELLO DEBEMOS PROCURAR EL ADIESTRAMIENTO NECESARIO HASTA LA ADQUISICIÓN DEL PACIENTE/FAMILIA DE ESOS CONOCIMIENTOS QUE GARANTICEN LA VIABILIDAD DE UN TRATAMIENTO AMBULATORIO

DESARROLLO

El drenaje del riñón a través de la cate-terización mediante una punción percutánea es una técnica que, por su versatilidad, está en perfecta y demostrable vigencia. La práctica de esta técnica, incluso en régimen ambulatorio, ha posibilitado un aumento considerable de pacientes portadores de catéteres de nefrostomía sin la obligada necesidad de la hospitalización.

La primera intervención de este tipo fue descrita por Rupel y Brown en 1941, quienes a través de una nefrostomía quirúrgica extrajeron un cálculo de la pelvis renal.

El concepto de abordar percutáneamente con una aguja un conducto e introducir una guía para dirigirla mediante una manipulación externa fue introducido por Seldinger en 1952. A partir de aquí, el abordaje percutáneo en general y el renal en particular se ha incrementado gracias al desarrollo progresivo de variantes técnicas e instrumental.

Entre las indicaciones más frecuentes de la nefrostomía percutánea encontramos:

- Recogida de muestras (biopsias, citologías, cultivos, etc.).

- Descompresión de colecciones renales o perirrenales.

- Como soporte a procedimientos urológicos ulteriores.

- Inserción instrumental (colocación de prótesis, biopsia, extracción de cálculos, nefroscopia).

- Drenaje por obstrucción piélica o ureteral.

- Secado de la vía por fístula urinaria.

- Infusión de fármacos.

En función de la causa que ha generado esta necesidad de derivación, la nefrostomía percutánea puede ser temporal o permanente,

En el hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva se realizan en torno a las 60 nefrostomías anuales. Dependiendo del fin a conseguir la permanencia del catéter es variable. En la actualidad, tenemos una población permanente entre 10 y 15 pacientes con tratamiento ambulatorio y portadores de catéteres de nefrostomía.

Como inconveniente a resaltar, la inexistencia de un solo procedimiento de cuidados unificado y sistematizado para toda la comunidad profesional, existiendo diversidad de criterios en sus cuidados extrahospitalarios. Igualmente no existen estudios previos que validen un procedimiento concreto.

Por un lado, entendemos que un deficiente cuidado del catéter en el ámbito extrahospitalario puede acarrear serias consecuencias, al tiempo que le crea al portador del mismo unos irrompibles lazos con el sistema sanitario. Todo ello sin desdeñar la importante repercusión económica y social que esto comporta.

La experiencia nos demuestra que la inexistencia de un procedimiento normalizado y sistematizado para sus cuidados genera un importante número de consultas por complicaciones. También sabemos, aunque sin constatación empírica, que dicho número ha disminuido desde que utilizamos el procedimiento propuesto.

Por otro lado, pensamos que con nuestro anterior procedimiento de cuidado basado en conexión a bolsa de orina (a través de conexiones o alargaderas), además de someter al paciente a riesgos evitables, ha supuesto un mayor grado de dependencia del mismo del personal sanitario, disminuyendo su nivel de autocuidados e independencia.

Dada la trascendencia y relevancia del problema, entendemos como suficientemente justificada la necesidad de normalizar el procedimiento de cuidados de estos pacientes.

Nuestra propuesta está basada en el uso de dispositivos de dos piezas para urostomías en el cuidado de los catéteres de nefrostomías. Comienza con una fase previa de adiestramiento al paciente y familia en la unidad de hospitalización y una fase posterior que incluye un control periódico por una enfermera/o suficientemente adiestrado en el cuidado de estos pacientes y la ulterior evaluación. Esta última fase no la tenemos suficientemente desarrollada y sus datos serán presentados en una posterior comuni-

EL CONCEPTO DE ABORDAR PERCUTÁNEAMENTE CON UNA AGUJA UN CONDUCTO E INTRODUCIR UNA GUÍA PARA DIRIGIRLA MEDIANTE UNA MANIPULACIÓN EXTERNA FUE INTRODUCIDO POR SELDINGER EN 1952

cación. Lo que ahora presentamos es una guía de educación al paciente/familia durante su ingreso.

Por la complejidad que pueda conllevar el procedimiento, previamente se hace necesario confeccionar el perfil del paciente susceptible de incluirse en el protocolo. Éste ha de tener ciertas habilidades manuales al tiempo que demostrar una capacidad intelectual que le haga ser capaz de comprender el procedimiento.

PRIMERA FASE

Fase de adiestramiento en el hospital

Objetivo

Dotar al paciente/familiar de los conocimientos necesarios para el cuidado de su catéter de nefrostomía, adiestrándolo en el manejo del dispositivo y la detección precoz de problemas.

Temporalidad y desarrollo del plan

Esta fase tiene una duración de tres días, contando el día del alta. Por tanto es necesario conocer esta fecha con la antelación suficiente. Estimamos una duración mínima de 5-6 horas de adiestramiento repartidas entre los tres días.

Recursos

Será necesaria la participación de, al menos, una enfermera de la unidad y de un familiar que demuestre cierta capacidad manual y de comprensión. Los medios materiales serán: pizarra, soporte mecánico para discos, kits de pacientes, folleto de instrucciones.

Desarrollo

2º DÍA ANTES DEL ALTA

- Es necesaria la presencia del familiar que ayudará al paciente en su domicilio.

- A través de las explicaciones de la enfermera/o y con la ayuda de material didáctico (pizarra, manual de instrucciones de los dispositivos, etc.), el paciente conocerá lo concerniente al catéter y su cuidado.

- Tomará un primer contacto con el dispositivo. Se le facilitará un kit para pacientes y el material necesario para el cambio de bolsa.

- Se le facilitará un folleto explicativo del proceso y los pasos de la técnica.

- El familiar presenciará la cura ese día, donde se hará un especial hincapié en:

- Lavado de manos del manipulador.

- Posición correcta del paciente.
- Materiales necesarios y técnica para el cambio de bolsa y disco y su preparación.
- Lavado, desinfección y secado de la zona de punción.
- Alojamiento del catéter en la bolsa.
- Aseguramiento de la fijación mediante seda (si fuera preciso).
- Cierre del sistema y las distintas posibilidades del mismo (posición, acoples de otros dispositivos, etc.).
- Recordatorio final de cada uno de los pasos.
- Respuestas a las dudas surgidas.

1^{er} DÍA ANTES DEL ALTA

- Evaluación de toda la información en cuanto a preparación, técnica y problemas.
- Evaluación de la técnica: en nuestra presencia realizará un primer recorrido por todos los pasos de forma verbal y posteriormente realizará la técnica de manera satisfactoria, demostrando conocimientos y habilidades necesarios.
- Se dará toda la información necesaria para detectar:
 - Problemas en la piel: irritaciones, infección local.
 - Problemas relacionados con el catéter: salida accidental, obstrucción.
 - Variaciones patológicas de la orina.

EL DÍA DEL ALTA

- Evaluaremos toda la información en cuanto a preparación, técnica y posibles problemas.
- En nuestra presencia realizará correctamente la técnica, demostrando conocimientos sobre el manejo adecuado del dispositivo.
- El paciente saldrá de la Unidad con los materiales necesarios para su cuidado en cantidad suficiente hasta su adquisición.
- Asimismo se le dará un informe para su enfermera de A.P. y una hoja/folleto informativo sobre los cuidados que ha de tener en su casa.

CONCLUSIONES

Lo que ahora presentamos, es una fase de un proyecto de investigación más amplio que pretende validar un procedimiento de cuidados para pacientes portadores de catéter de nefrostomía en régimen ambulatorio. La siguiente fase consistiría en el seguimiento de estos pacientes en sus domicilios valorando indicadores sobre aspectos de seguridad, comodidad e independencia del sistema sanitario.

Esta segunda fase, con los resultados de la investigación, será objeto de una posterior comunicación. ▼

NUESTRA PROPUESTA SE BASA EN EL USO DE DISPOSITIVOS DE DOS PIEZAS PARA UROSTOMÍAS EN EL CUIDADO DE LOS CATÉTERES DE NEFROSTOMÍAS. COMIENZA CON UNA FASE PREVIA DE ADIESTRAMIENTO AL PACIENTE Y FAMILIA Y UNA QUE INCLUYE UN CONTROL PERIÓDICO POR UNA ENFERMERA/O ADIESTRADO EN EL CUIDADO DE ESTOS PACIENTES Y LA ULTERIOR EVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA

- Ferrer M.D, Palmero J, Martínez Rodrigo J, Casillas C, Jordan Y, Galant J. Nefrostomías Percutáneas, revisión de 92 casos. *J. Actas Urológicas Españolas*. 1995; 19 (7): 555-560.
- Belenguer J, Ricarte A. Protocolización sobre la educación pre y post-intervención a pacientes urostomizados. *Rev. Asociación Española en Enfermería Urológica*. 1994; (52): 59-64.
- Crespo A, Navaro D, Martín M, Lacasa RA. Informe de alta en Enfermería; valoración de su utilidad en el enfermo ostomizado. *Rev. Asociación Española en Enfermería Urológica*. 1994; (53): 20-27.
- Cerezo M, Real H, Ferrero R, Carrillo J, Rodríguez M. Sistemas de autocuidados en urostomizados y seguimiento en A. Primaria. *Rev. Asociación Española en Enfermería Urológica*. 1996; (60): 48- 51.
- Bajo I. Seguimiento de las recomendaciones dadas al alta hospitalaria en pacientes ostomizados. 1998; (66): 57-63.
- Izquierdo F, Martí J, de la Torre P, Alberola J, Bonín I, Ochoteco J.I. Nefrostomía Percutánea. *Actas de la Fundación Puigvert*. 1992; 11 (4): 337-346.
- De la Torre P. Punción Renal Percutánea. *Actas de la Fundación Puigvert*. 1992; 11 (4) 1992.
- Navarro A, Carreras C, Navarro E, Llado R. Atención integral (intra y extrahospitalaria) al paciente portador de Nefrostomía Percutánea. *Rev. de la Asociación Española de Enfermería en Urología*. 1994; (50):73-76.
- López R, Pérez E, Morano M. Experiencia en Enfermería en Nefrostomías Percutáneas 1992-1995. *Rev. Sesiones para la Salud*.1997; (17): 23-27.
- Marco A, Jiménez L. Proyecto de interrelación: Cuidados al paciente nefrostomizado. *Rev. Metas de Enfermería*. 1999; (16): 16-20.
- Bauluz M, Arias S, López de Alda A. Cuidados de Enfermería en el manejo de la Nefrostomía Percutánea. *Rev. de la Asociación Española de Enfermería en Urología*. 2000; (75): 69-73.
- Huerta M. Propuesta de cuidados al alta para el catéter de Nefrostomía Percutánea. *Rev. de la Asociación Española de Enfermería en Urología*. 2000; (75): 81.
- Walsh P, Retik A, Staney T, Darracott V. *Cambell Urología*. Sexta edición. 1994; (3): 2210-2220.
- Grose K, Brooman P, O'Reilly P. Urologican community nursing: a new concept in the delivery of urological care. *British Journal of Urology*. 1995; (76): 440-442.

JUAN VÁZQUEZ DÍAZ
Málaga

Cauterizaciones de la uretra por sustancias químicas

En mi último trabajo, publicado en esta revista, «Apuntes históricos sobre enfermedades de la uretra, CARNOSIDADES Y CARÚNCULAS», al final del mismo decía, que los próximos trabajos los dedicaríamos a hablar de las CAUTERIZACIONES, DILATACIONES, URETROTOMÍA INTERNA Y EXTERNA. Por ello, el tema escogido para este trabajo, será la «CAUTERIZACIÓN DE LA URETRA POR SUSTANCIAS QUÍMICAS».

Empezaré por hacer un pequeño recorrido a través de la Historia de la Medicina, para saber en parte cuáles fueron algunos de los médicos que la pusieron en práctica, a partir del período del Renacimiento hasta finales del siglo XIX.

A mediados del siglo XVII, las cauterizaciones de las estrecheces de la uretra estuvieron en boga bajo la influencia de las escuelas inglesas, patrocinadas por figuras tan prestigiosas como los Dres. Johan Hunter y Everard Home, y en contraposición las escuelas francesas, bajo la tutela de cirujanos de la talla de Joseph Desault y Boyer y algunos otros antiguos, los cuales ya mencionaban los procedimientos puestos en uso, cuando las bujías de cera o plomo eran insuficientes para franquear los obstáculos que creían tener en presencia de estrecheces producidas por las carnosidades o carúnculas en el tracto uretral. Para ello, practicaban bien escarificaciones o incisiones en la zona del estrechamiento, por medio de instrumentos pasados a través de una cánula metálica.

Estos poderosos y potentes instrumentos, estaban normalmente numerados y su modo de empleo están descritos con todo detalle por varios cirujanos del siglo XVII, entre los que hay que destacar a Amatus de Lusitanus, Andrés Laguna, Francisco Díaz, Alfonso Ferri, Cristóbal de la Vega y otros.

Los tres primeros nombrados, todos ellos españoles, parece ser, fueron los primeros que dieron a conocer, por medio de escritos, el tratamiento de estas enfermedades. Según se desprende de estas monografías, todos ellos usaron bujías, bien de cera o plomo, las cuales eran recubiertas por un baño de una sustancia compuesta por manteca de antimonio, verde de gris, cal viva, arsénico, alumbre y vitriolo.

Amatus de Lusitanus (1511-1568), que se distinguió en su época por su talento verdaderamente genial y por su notable erudición, decía que él había aprendido el método de cauterización por sustancias químicas de su maestro Alderete de Salamanca, para ello empleaba una colección de unas 20 candelillas o sondas hechas de cera blanca, las cuales impregnaba de una pasta compuesta de resina de trementina, con el fin de obtener alguna resistencia, y otras 4 hechas de plomo, para los casos en que la primera fuera poco resistente a su paso por la uretra.

A una distancia aproximadamente de unos 2 centímetros

de su extremidad, le practicaba una muesca circular en la que hacía introducir la pasta cáustica, a continuación introducía la candelilla a través de la uretra hasta lograr ponerla en contacto con la lesión, sólo la retiraba cuando el enfermo tenía necesidad de orinar, volviéndola a pasar nuevamente y manteniéndola en esta posición durante unos siete u ocho días hasta comprobar que la carnosidad estaba destruida, lo que confirmaba por la salida al exterior de pequeñas masas cauterizadas.

Una vez retirada la candelilla porta cáustico, procedía durante otros siete días a dilatar la uretra con candelillas algo más gruesas que las empleadas al principio.

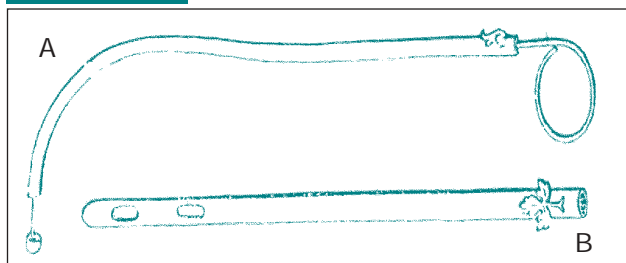
Andrés Laguna (1494-1560), ilustre segoviano, llegó a ser médico personal del emperador Carlos V. Usaba el mismo tipo de candelillas que Amatus de Lusitanus, si bien el unguento cáustico que empleaba difería mucho del usado por Amatus. La fórmula de este unguento era la siguiente: Tomaba oripimente (sulfuro natural de arsénico), vitriolo de cobre y alumbre de roca, de cada uno de ellos tomaba dos onzas, los hacía mezclar convenientemente y a continuación los hacía rociar con un vinagre muy fuerte y lo dejaba secar hasta convertirlos en polvo muy fino. A continuación exponía un día al sol y a continuación nuevamente lo rociaba con vinagre y lo volvía a exponer al sol durante ocho o nueve días, hasta reducirlo de nuevo a un polvo muy fino que había perdido su acrimonia y su morbidez.

De este preparado, tomaba dos onzas y las mezclaba con aceite rosado, a continuación lo hacía cocer hasta que esta mezcla tomase consistencia en forma de unguento y a continuación lo hacía pasar a la «candelilla» empleando el mismo procedimiento de Amatus.

Francisco Díaz fue contrario a la opinión de Amatus Lusitanus, y aseguraba que el unguento que éste dice haber empleado por primera vez fue inventado por un empírico alemán llamado Maese Felipe para curar una estrechez acompañada de disuria que padeció Carlos V hallándose en Alemania; dice así: «Es cierto que auténticos testigos que el gran cirujano llamado Maese Felipe, del magnífico Rey de España y Emperador Carlos V de buena memoria, estando en Alemania sirviendo a S.M. en el dicho oficio de cirujano. Éste, pues, padecía una enfermedad, y era tan maltratado de ella, que cada día le traía al punto de la muerte.... Al fin como inventor y primer descubridor de esta cura, el buen Felipe». (Francisco Díaz, «De las carnosidades de la verga» libro III, pág. 150).

También Ambrosio Paré (1510-1590), uno de los cirujanos franceses más grande de la época renacentista, practicó la cauterización por medios químicos. Para ello se valió de un instrumento diseñado por él (Fig. 1), el cual estaba formado por una sonda (A) propia para tal efecto, a la que

FIGURA 1



hacía pasar por su interior un hilo de plata cuyo extremo terminaba en forma redondeada, que al mismo tiempo era cortante y servía para adaptarse al terminal de la sonda.

Esta sonda la introducía en la verga y una vez traspasada la estrechez o carnosidad, la empujaba hacia abajo y hacia arriba tantas veces como fuera necesario. Una vez destruida la carnosidad y el paso franqueado, la extraía y a continuación pasaba la cánula (B), la cual tenía en su extremidad dos pequeñas ventanas, que al mismo tiempo eran cortantes. Una vez introducida en la verga y al comprobar que está sobre las carnosidades o estrechez, pellizcaba con los dedos la verga manteniéndola en esta posición hasta la llegada del cáustico en forma de polvo, el cual lo hacía llegar a través de una varilla de plata (cuyos espesor era igual al diámetro interior), al final de esta varilla le liaba un trocito de tela muy fina, que sería colocada en la parte posterior de la ventanilla, con el fin de que el polvo no cayera en el conducto de la orina, a continuación la hacía girar de forma que el polvo se pusiera en contacto con la zona afectada, manteniéndola en esta posición el máximo tiempo posible. Sin embargo, se ayudó siempre con la dilatación posterior para asegurar su curación.

Al poco tiempo del fallecimiento de Ambrosio Paré, le sustituiría un alumno suyo llamado Jean Baptista Loyseau, de Burdeos, el cual fue llamado a curar al rey de Francia Enrique IV, que padecía desde mucho tiempo una disuria, enfermedad que la trató por el procedimiento de la cauterización, destruyendo la carnosidad y la estrechez. Para ello, usó una pomada compuesta por manteca fresca y hojas de sabrina disecadas a la sombra.

Como el rey curara de su enfermedad, la fama de la cauterización se extendió muchísimo, viniendo desde entonces a hacer un método general para destruir las estrecheces y carnosidades, a pesar del anatema lanzado contra Loyseau por la Academia de Medicina de París.

A principio del siglo XVIII, el cirujano francés Pier Dionis publicó su famoso «Tratado de anatomía operatoria en cadáveres», el cual se mantuvo casi medio siglo en primera fila. En uno de estos libros de texto, Dionis daba una serie de instrucciones sobre la aplicación de los cáusticos en las estrecheces uretrales, que no podían ser franqueados con bujías normales. Para la cauterización, usaba una bujía hecha de cera virgen, a la cual aplicaba en su extremidad el cáustico y a continuación la hacía introducir en el canal uretral hasta el estrechamiento, dejándola en este punto durante dos minutos, a continuación decía que por ese medio, una pequeña parte de la estrechez quedaba destruida y repelida hacia fuera. Esta operación se debía repetir cada día y así

continuar hasta dejar el canal libre. Advertía el consejo de apresurarse, y de no usar cáusticos demasiado enérgicos, que determinarían la inflamación y retardaría su curación. Después de esto, empleó durante algún tiempo la dilatación y la aplicación de líquidos desecantes por medio de bujías de plomo recubiertas de mercurio, con el fin de mantener el paso abierto hasta que estuviese completamente cicatrizado.

No obstante, estos métodos sufrieron muchísimas modificaciones hasta llegar a final del siglo XVIII, donde los cirujanos ingleses pondrían de moda la cauterización por medios químicos, entre ellos citaremos en primer lugar a John Hunter (1728-1793), una de las figuras más prestigiosas de la cirugía inglesa, pues con el advenimiento de este prestigioso médico la cirugía, que estaba por completo en manos de los cirujanos franceses, pasó al dominio de los ingleses y cesó de ser considerada simplemente como un modo puramente técnico para comenzar a tomar su puesto como una rama de la medicina científica, firmemente apoyada por la Fisiología y Patología.

En el año 1752, Hunter llamó la atención sobre el uso de los cáusticos mediante sus «Escritos y Prácticas», publicados en París en 1843; en uno de sus capítulos, mantenía la idea de que cauterizar las estrecheces parece haber sido, según él, una idea original. Después de haber ensayado los efectos del precipitado rojo, en algunos casos sin éxito, se decidió por emplear el nitrato de plata y exponiendo sus puntos de vista de la acción de este medicamento, comenzó por poner este axioma que «en caso de que una bujía pueda fácilmente pasar no es de ninguna utilidad usar otro método; pero que en caso de que la estrechez esté demasiado cerrada para dejar pasar una, se presenta raramente, o no está en el eje del canal o en el caso que el canal esté enteramente obliterado, el cáustico es de una eficacia indiscutible».

Su método de aplicación, que él lo definía como CAUTERIZACIÓN DE DELANTE A ATRÁS, era el siguiente:

«Pasaba primeramente una cánula hasta el nivel de la estrechez e introducía en su interior una especie de lapicero conteniendo en su extremo un pedazo de cáustico, que dejaba en contacto con la estrechez durante un minuto, y repitiendo el mismo procedimiento cada dos días, si no sobrevenía algún incidente. Tan pronto como la estrechez dejaba pasar una bujía, el tratamiento a seguir sería la dilatación».

Decía que cuando la estrechez era larga e irregular dudaba continuar con el uso del cáustico demasiado tiempo, para llegar al final. Después de una larga experiencia, convencido de la dificultad de aplicar convenientemente los cáusticos en las estrecheces situadas al nivel de la curvatura sub-pubiana, Hunter abandonó la cánula y utilizó lo que más tarde se conocería como «bujías armadas», que consistía en un bujía de cera ordinaria, en el extremo de la cual fijaba un poco de nitrato de plata, se pasaba la bujía rápidamente hasta el estrechamiento con una ligera presión, después procedía a retirarla. Este método de aplicación era muy parecido al usado por Dionis.

Más tarde Sir Everad Home (1793-1832), que fue alumno de Hunter, no solamente continuó empleando este agen-

te siguiendo las instrucciones de su maestro, sino que extendió su aplicación a las estrecheces franqueables utilizando habitualmente los cáusticos y no sirviéndose de la dilatación simple en casos excepcionales ligeros y recientes, el método que usaba era el siguiente:

«Para conocer el punto en que estaba la estrechez, comenzaba por introducir en la uretra una bujía emplástica del mismo volumen que la bujía de que se iba a servir, y después de haberla llevado lo más profundamente posible hacía en el punto que correspondía al meato, una señal; la extraía y medía sobre la bujía armada con el nitrato de plata una distancia igual a la de aquélla, después la introducía nuevamente hasta el punto en que estaba la estrechez, teniéndola aplicada uno o dos minutos. Esta maniobra se repetía cada dos días, tanto tiempo cuanto era el que tardaba en destruirse la estrechez».

A comienzo del siglo publicó una obra pequeña para dar a conocer la superioridad de la potasa cáustica sobre el nitrato de plata en su uso en las estrecheces uretrales. Él declara que no se debe usar ninguna especie de cáustico hasta no haber comprobado los estrechamientos hasta la vejiga por miedo a causar una retención, condición indispensable para el éxito de la operación y añade que en los casos más graves y en las estrecheces más estrechas que jamás haya encontrado, casi siempre ha acertado, más tarde o más temprano, para penetrar con una bujía fina hasta la vejiga.

Su método era el siguiente: Tomaba una bujía emplástica, en cuya extremidad practicaba una apertura de unos 3 mm con un alfiler grueso y en ellas colocaba un trocito de potasa cáustica que la sujetaba con la misma cera de la bujía. El resto de ésta la hacía recubrir completamente con grasa de gallina para proteger las paredes de la uretra. Hacía introducir el instrumento hasta hacerla llegar a la estrechez y entonces la hacía detener con objeto de que la potasa se reblandezca y empiece a disolverse, y después la hace avanzar algunos milímetros hasta que encaje en la estrechez. Cuando la ha sobrepasado, la vuelve a atrás y la hace avanzar de nuevo, repitiendo esta maniobra varias veces, la operación debe durar unos cuantos minutos. Este procedimiento debe repetirse a intervalos de una semana, aumentando el volumen de la bujía siguiendo la dirección de la estrechez, pero teniendo buen cuidado de pasar la bujía a través de la estrechez antes de armarla con el fin de asegurarse que pasa bien. Nunca el pedacito de potasa cáustica debe sobrepasar el peso de la doceava parte de un gramo (0,005 g).

A pesar de los progresos llevados a cabo por cirujanos de las distintas escuelas inglesas, la Historia de la Medicina confirma que el máximo progreso de este tipo de cauterizaciones por sustancias químicas correspondió a las escuelas francesas. Entre los cirujanos que la practicaron con más éxito, citaremos en primer lugar a Juan Zulema Amussat, célebre cirujano francés que se dedicó con gran pasión a la anatomía de la uretra. Sus estudios sobre este órgano dieron lugar al nacimiento del cateterismo uretral y corresponde a

A MEDIADOS DEL SIGLO XVII, LAS CAUTERIZACIONES DE LAS ESTRECHECES DE LA URETRA ESTUVIERON EN BOGA BAJO LA INFLUENCIA DE LAS ESCUELAS INGLESAS, Y EN CONTRAPOSICIÓN LAS ESCUELAS FRANCESAS

él el mérito de haber creado el cateterismo recto (1823), el cual permitiría años más tarde hacer uso de instrumentos adecuados para la exploración de la uretra. Fue precisamente el primero en construir un porta-cáustico en forma de copa o carro porta-cáustico.

Pero el más conocido sería el nombre de Teodoro Ducamp (1793-1830), que nació en Burdeos y se hizo cirujano en 1811. Desde su juventud gozó de un espíritu inventivo e ingenioso. Escribió en su corta vida varios libros, de los cuales sólo uno le sobrevivió, «El tratamiento de las estrecheces uretrales por cauterización por sustancias químicas». Murió a la temprana edad de 30 años.

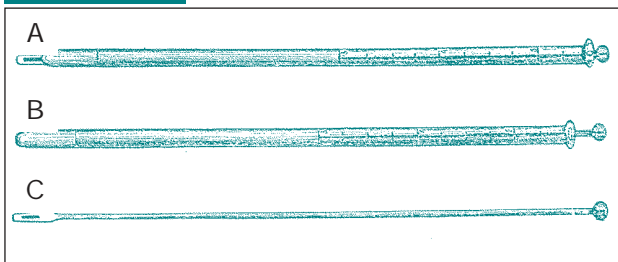
A él se le reconoce el procedimiento de la cauterización lateral, por ello merece la pena transcribir aquí los métodos de este ingenioso cirujano, así como los

instrumentos por él inventados antes de iniciar una cauterización en una estrechez uretral:

«Lo primero que se planteaba antes de efectuar una cauterización, era hacer un estudio de la uretra del enfermo, con el fin de localizar la zona de la estrechez; para ello hacía introducir a través de la uretra una sonda de goma elástica cilíndrica de unos 6 mm de diámetro, que la hacía llegar a lo más profundo posible para ver el punto en que se halla la estrechez; después de hecho esto, procuraba averiguar la situación de su apertura y la dirección de su eje para lo cual empleaba una sonda exploradora del mismo autor, que llevaba en su extremidad una especie de pincel de seda fina, la cual era recubierta por una mezcla, a partes iguales, de cera virgen, daquilon (jugo de linaza) y resina, formando una masa compacta y blanda a la que da con los dedos una forma redondeada del calibre de la sonda. A continuación, la introducía en la uretra hasta ponerla en contacto con la estrechez, después de tenerla en aquel punto durante algún tiempo, conseguía que la masa se reblandeciera e impregnara la estrechez dándole su forma.»

El instrumento de que se valía Ducamp para efectuar una cauterización, se componía de dos partes (Fig. 2). La primera de una sonda de goma elástica (A) de 6 a 8 mm con un agujero proporcional al calibre del porta cáustico que debe atravesarlo (B). La segunda consistía en un mandril compuesto de un vástago de plata terminado por un cilin-

FIGURA 2



dro de platino, que lleva una ranura en toda su longitud (C), que sirve para recoger el nitrato de plata que se irá fundiendo con la temperatura normal. Su pico, en forma redondeada, le servía de obturador.

Francois Lallemand (1790-1856), cirujano francés, que ejerció la mayor parte de su vida en Montpellier, donde llevó a cabo una fecunda labor quirúrgica, fue el autor de una importante obra sobre Urología, y fue uno de los primeros en practicar la autoplastia. Se distinguió también por el uso de los cáusticos en las estrecheces uretrales.

Modificó el porta-cáustico de Ducamp, su modificación consistió en hacer un tubo hueco de platino por cuyo interior hacía pasar un estilete, también de platino, algo más estrecho que el tubo, cuyo extremo terminaba en forma de oliva que le servía para obstruir su abertura y por encima de ella una pequeña cápsula que aloja el nitrato de plata. Introducía la cánula hasta hacerla llegar a la estrechez y entonces hacía avanzar la oliva, de manera que el cáustico quede en contacto con la zona que deseaba destruir.

Lallemand construyó dos modelos más, uno recto para la cauterización circular, lo que obtenía dando al estilete un movimiento de rotación muy suave, y otro curvo para la cauterización lateral. Estos instrumentos estuvieron en boga durante largo tiempo.

Otro prestigioso cirujano de esta época, que defendió la cauterización por medios químicos, fue J. Whately. El instrumento que este cirujano empleó era de las mismas características del usado por Amatus Lusitanus siglos antes.

Para ello, hacía introducir en la uretra una sonda o bujía emplástica, la cual terminaba en forma de oliva, a la cual le practicaba una apertura de 6 mm aproximadamente en la cual colocaba un trocito de potasa cáustica, que la hacía cubrir completamente con grasa de gallina con el fin de proteger las paredes de la uretra. Hacía introducir la bujía hasta llegar a la estrechez, dejándola algún tiempo hasta que la potasa se ablandase y empezase a disolverse, a continuación la hacía avanzar algunos milímetros hasta lograr encajarla en la estrechez.

Años más tarde, otros muchos cirujanos franceses introdujeron grandes reformas en este tipo de instrumentos. Pedro Ségala (1802-1875) fue uno de los que modificó el método Ducamp, y para ello inventó un porta-cáustico.

Para usar este porta-cáustico, Ségala hacía lo siguiente: «Introducía este instrumento cerrado por la uretra hasta que su gruesa extremidad sea pasada; entonces, manteniendo la primera cánula inmóvil contra la estrechez, el cirujano hace avanzar la segunda con el mandril incorporado hasta que la sonda esté en el estrechamiento; una vez realizado, desenmascara la sonda haciendo recular la segunda cánula con el porta-cáustico, decía, no es posible equivocarse sobre el sitio de la estrechez y, por consiguiente la cauterización no puede alcanzar las partes sanas».

También citaremos a uno de los más ilustres prácticos

LAS PRIMERAS TENTATIVAS PARA APLICAR LA ELECTRICIDAD COMO CAUTERIO QUIRÚRGICO SE LLEVARON A CABO POR EL DR. GUSTAVO CRUSELL, QUIEN PRESENTÓ A LAS ACADEMIAS DE CIENCIA DE PARÍS Y SAN PETERSBURGO VARIAS COMUNICACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO ELECTRO-LÍSICO DE CIERTOS TUMORES

franceses, James Leroy de Etiollez (1798-1860). A este cirujano se le debe la cauterización de las estrecheces uretrales DE ATRÁS HACIA DELANTE.

Este cirujano ha descrito con detalle el uso del instrumento por él inventado. Describe, así mismo, los métodos particulares para su empleo. Exige también para usarlo que la estrechez pueda admitir un instrumento; puesto que busca evitar con cuidado todo contacto entre los tejidos sanos y, dice, que este cáustico al contacto pueda inflamar la zona y podría convertir una estrechez corta y simple en otro más larga.

Desaprueba el instrumento de Lallemand, porque la cubeta puede quedar retenida en la estrechez por la acción espasmódica que se produce en su alrededor, como consecuencia de la irritación causada por el cáustico y porque es difícil retirarla antes de que el cáustico esté disuelto.

Para efectuar una cauterización, Leroy de Etiolles se servía de una cánula fenestrada, fenestrada cerca de su extremidad, y terminada en este punto en forma de oliva o semiesfera. Después de haberla llevado más allá del obstáculo, la atraía nuevamente hasta que notaba que la

oliva estaba encajada detrás de la estrechez, y entonces hacía introducir un porta-cáustico en forma de estilete flexible a través de esta ventana, poner en contacto el nitrato de plata en la estrechez por su parte lateral.

Recomendaba tener preparados dos o tres estiletes más para pasarlos sucesivamente. Su método también lo definía como «cauterización lateral retrógrada».

Y para no hacernos muy reiterativo en este trabajo, debido al gran número de cirujanos modernos franceses que han seguido estos métodos, terminaremos exponiendo las importantes consideraciones llevadas a cabo por el prestigioso cirujano francés M.B. Phillips, de finales del siglo XVIII, el cual aseguraba que el uso de los cáusticos en las estenosis uretrales ha sido muy importante; sin embargo, después de una gran experiencia, llega a la conclusión de que su aplicación aún debe madurar algo más, haciendo las siguientes consideraciones:

«Había un tiempo en que yo tenía la convicción íntima de que el uso de los cáusticos eran los agentes curativos más seguros en el tratamiento de las estrecheces, una más amplia experiencia me ha probado que esta convicción no estaba bien fundada. Creo no conocemos ningún medio para curar de forma permanente las estrecheces; pero pienso que el mejor medio que poseemos es el empleo de la dilatación practicada prudentemente.

Por este medio, se puede muy bien liberar el canal, aunque tenga una tendencia a cerrarse nuevamente, la introducción de una bujía de vez en cuando puede impedir esta disposición de cerrarse hasta el punto de reproducirse nue-

vamente, y crear graves inconvenientes. Estoy persuadido, decía, de que las curaciones que se han atribuido a los cáusticos provienen, en una mayor parte, al uso de las dilataciones ejercidas por la bujías y los porta-cáusticos empleados en el tratamiento. Creía también que el resultante del uso de los cáusticos no es debido sino a la sensibilidad del canal uretral, que ha permitido el uso de instrumentos de dilatación más frecuente que en otros tiempos».

Actualmente es difícil comprender que las aplicaciones con nitrato de plata superficiales parecían producir algunas mejorías, no fue así, el uso de la potasa cáustica usada por Whateley, cuya aplicación causaba profunda destrucción de los tejidos y sobre todos las hemorragias, las retenciones agudas de orina, las uretritis y sobre todos la pronta recidiva. Todo esto, obligó a los cirujanos a excluir de la cirugía estos procedimientos y se vieron obligados a buscar otros medios para combatir esta enfermedad.

Tuvieron que transcurrir casi 50 años para que el progreso de la electricidad condujera a los médicos a buscar la aplicación de este medio como cauterios quirúrgicos.

Las primeras tentativas que se hicieron para aplicar la electricidad como cauterio quirúrgico se llevaron a cabo por el Dr. Gustavo Crusell (1810-1854), de San Petersburgo, quien por los años 1841-1848 presentó a las Academias de Ciencia de París y San Petersburgo varias comunicaciones sobre el tratamiento electro-lísico de ciertos tumores. Crusell procuraba utilizar la acción disolvente del polo negativo sin producción de escaras, lo que era fácilmente ejecutable en la uretra. Pero en 1848, en otro nuevo informe remitido a la Academia de Ciencias de París, que pasó a el informe a Lallemand, se indicaba ya muchas aplicaciones que Crusell había hecho en caso de cáncer, úlceras de varios tipos y extirpación de tumores. Poco tiempo después, este cirujano abandonó el método de tratamiento electro-lísico utilizando en su lugar la galvano-cáustica-térmica, con la que tampoco obtuvo los resultados apetecidos.

Sin embargo, la gloria de haber hecho de la galvano-cáustica-química un método bien definido, y de haber determinado de un modo preciso el fundamento científico que tiene, correspondió al italiano Luis Ciniselli, nacido en Pavia, el cual se distinguió en el cultivo de la electroterapia, fue el primero que aplicó la electricidad en medicina y demostró científicamente que cuando un cuerpo mal conductor, colocado en el circuito de una pila con tensión suficiente, se descompone, pasando el ácido al extremo libre del electrodo positivo y la base al del negativo cuando no pueden atacar los electrodos y el cuerpo interpuesto entre ambos está formado por materia orgánica, los ácidos y las bases obran sobre los tejidos a modo de cáusticos potenciales, determinando la formación de una escara exactamente limitada a nivel de los puntos de contacto de los electrodos, fenómeno físico de descomposición que se produce igualmente en los cuerpos vivos que en los muertos.

Ciniselli introdujo grandes reformas en la cirugía, usando un aparato que en algunas de sus consideraciones lo definía así: «Aparato electro-motor que da una corriente de gran tensión y una intensidad tan débil como es posible, es decir, pila formada de un número de elementos de pequeña

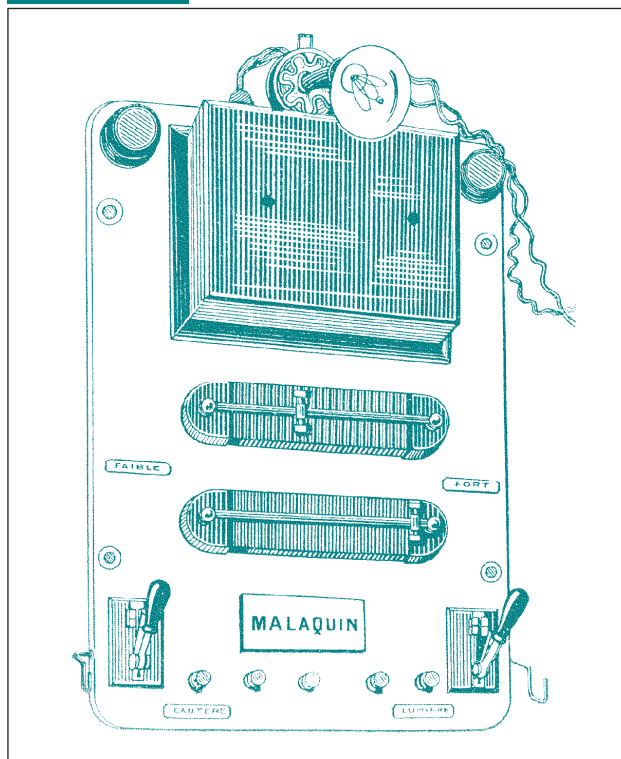
superficie. Electrodo compuesto de uno o dos metales no atacables por los productos de la electrólisis. Los electrodos con superficie lisa y pulida, puesto en inmediato con los tejidos a la acción de la corriente, deben estar humedecidos suficientemente para estar en condiciones favorables a la producción de los químicos» (Fig. 3).

En el año 1866, el cirujano francés Dr. A. Tripier publicó un trabajo titulado «La galvano-caustique chimique», en él describía los resultados que había observado estudiando las cicatrices que procedían de la cauterizaciones hechas en conejos, bien con potasa cáustica o con la galvano-cáustica-química, y en vista de los buenos resultados que dio la última, se decidió este cirujano con otro colega de su misma época, el Dr. F. Mallez, a emplearla en el tratamiento de las estrecheces de la uretra.

Las pilas de que se sirvieron los Dres. Tripier y Mallez estaban compuestas de 12 pequeños pares de bisulfato de mercurio asociados. En otras ocasiones emplearon un electro-motor de 18 elementos de mediana dimensión de pro-sulfato de mercurio o bien una pila de Daniell (John Daniell, célebre físico y químico inglés) de 15 a 18 pares. Los electrodos uretrales consistían en un mandril macizo recubierto de goma en toda su longitud, excepto en su extremidad. En los primeros tiempos, Mallez y Tripier se sirvieron de un catéter delgado terminándose en forma olivar y que más tarde fue reemplazada por una terminación cilíndrica de dos a tres centímetros de longitud, con objeto de poder obrar lateralmente en una mayor extensión que con la terminación olivar.

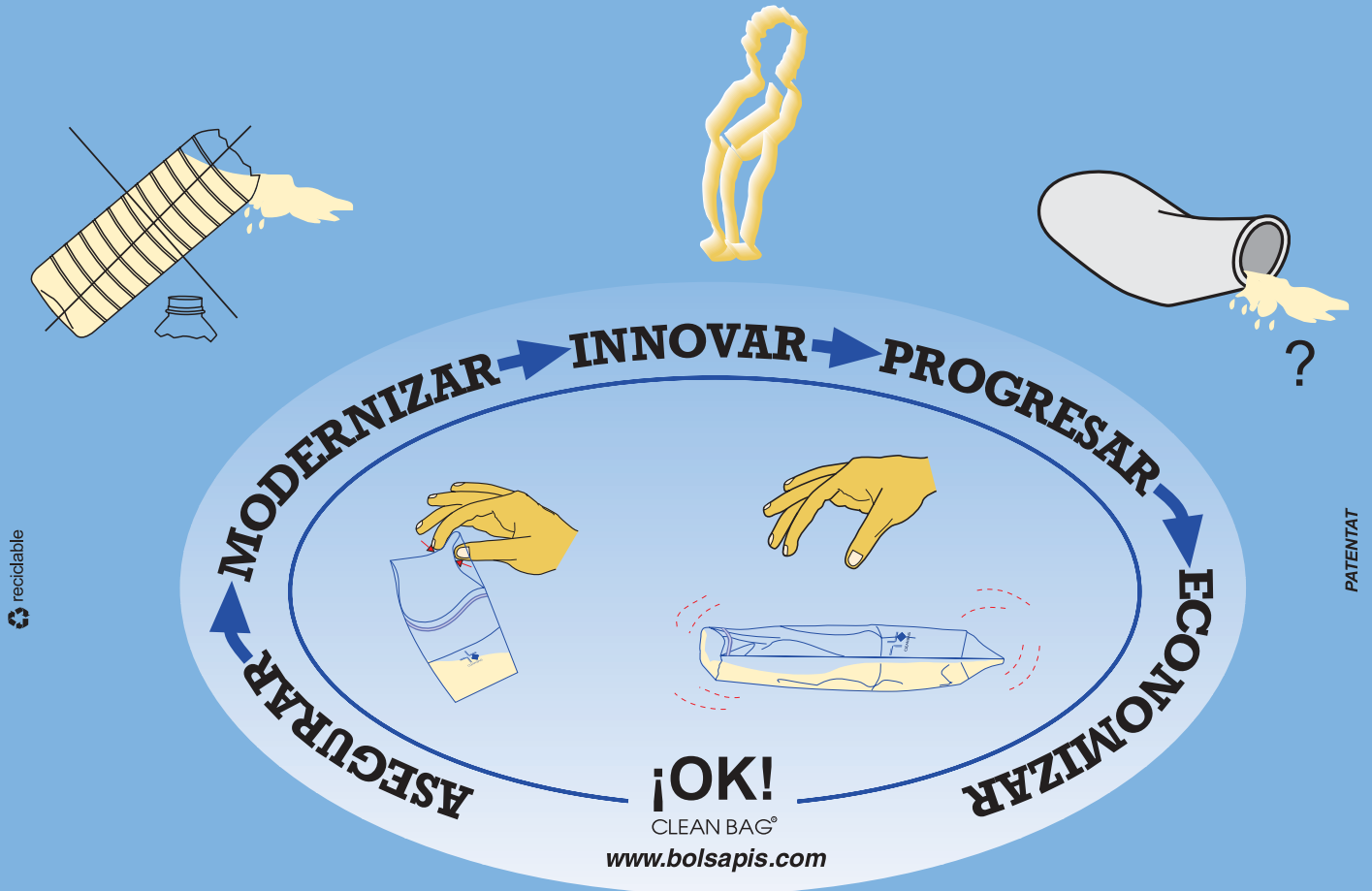
En los últimos tiempos, Mallez reemplazó las pilas de

FIGURA 3

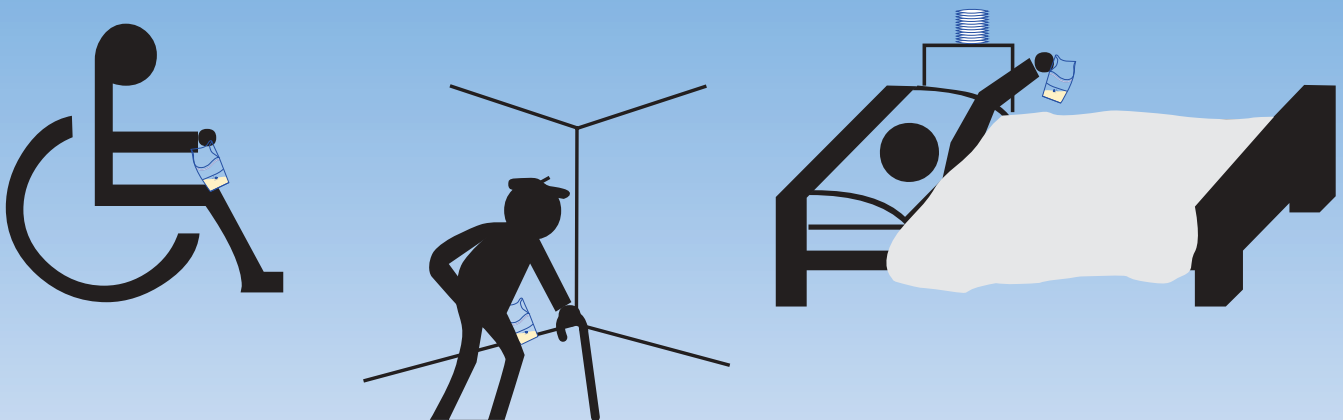




BOLSA DE UN SOLO USO PARA CONTENCIÓN DE ORINA CON SISTEMA ANTIDERRAME (SIN NECESIDAD DE CERRARLA)



BOLSA PARA RECOGIDA DE ORINA, DESECHABLE, DE UN SOLO USO (PARA SUSTITUIR LOS RECIPIENTES REUTILIZABLES)



Fabricado por: **RIGAPLAST**[®]
industrial s.a.



bisulfato y protosulfato de mercurio por otro modelo del fabricante Gaiff, cuyas pilas están compuestas de una lámina de cloruro de plata fundido y otra de cinc amalgamadas, separadas una y otra sumergidas en una solución de cloruro de cinc. El aparato lleva en su parte superior dos manubrios que combinando sus movimientos sirve para precisar el número de pares que se desea emplear, con objeto de determinar la intensidad de la corriente.

Para realizar una cauterización uretral, el cirujano se coloca a la derecha del enfermo y se aplica en la parte interna del muslo izquierdo el excitador positivo, el cual consiste en un ancho botón de carbón que se aplica sobre una sustancia humedecida. Se toma con la mano derecha el portamandrill y se le introduce en la uretra hasta que su pico venga a colocarse en la misma estrechez, entonces se cierra el circuito del excitador. Al poco tiempo el enfermo empieza a sentir una sensación de escozor muy débil, que va disminuyendo a medida que se va formando la escara, de vez en cuando se procura comprimir ligeramente el conducto uretral para que vaya avanzando hacia la superficie posterior de la estrechez.

Los Dres. F. Mallez y A. Tripier, en 1867, publicaron en París sus experiencias. Publicando un trabajo bajo el título «De la quérismo durable des rétrécissement de la uréthre par la galvano-caustique chimique», así como una estadística de 32 casos de estrecheces uretrales, todas ellas tratadas con éxito con el galvano-cáustico. Así mismo, afirmaban que lo más notable que observaron era el largo tiempo que se mantenía el calibre uretral.

El profesor Leon Le Fort (1829-1893), célebre por sus trabajos sobre la cirugía operatoria y miembro de la Academia de Medicina de París, también se inclinó por el uso de la galvano-cáustica en las estrecheces uretrales, si bien creía que el mandril usado por los Dres. Mallez y Tripier producía algunos trastornos en el canal uretral, por ello construyó un nuevo modelo que sólo actuaba sobre la parte posterior de la uretra.

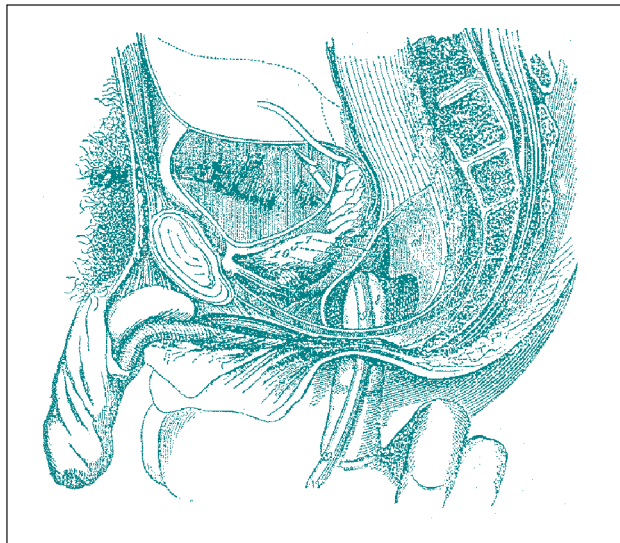
Con el empleo de este mandril, obtuvo buenos resultados, aun cuando se vio obligado a emplear la presión de una bujía de los nº 12 o 14 durante cinco o seis días.

La inmensa ventaja del uso de la galvano-cáustica química, es el no tener necesidad de tomar ningún cuidado consecutivo, ni aplicar sonda permanente; si días después se introduce una bujía, se observa que el conducto de la uretra tiene un calibre algo superior que el obtenido inmediatamente después de la intervención.

También afirmaba que la primera micción la efectuaba sin dolor pero al día siguiente se hacía algo más dolorosa, debido a la eliminación de las escaras.

Y por último citaremos a Leopoldo Dittel (1815-1898), fue uno de los más eminentes cirujanos en la rama de la urología, fue considerado como el padre de la Urología vienesa. A él se le deben trabajos de su especialidad sobre las enfermedades de la próstata, vejiga, uretra y riñones. Aportó también a la práctica operatoria varias modificaciones instrumentales, ideó un excipiente para el tratamiento local del canal uretral. Desarrolló el diagnóstico endoscópico, especialmente en lo concerniente a la inflamación de la vejiga, introdujo la lámpara incandescente en el citoscopio y

FIGURA 4



practicó por primera vez la punción rectal en las retenciones de orina en los prostáticos (Fig. 4). En otras ramas de la cirugía alcanzó grandes triunfos y fue también un gran defensor de la reforma de la asepsia promulgada por Lister.

La simple lectura de los diferentes métodos que se han empleado para combatir las estrecheces uretrales desde el siglo XVI hasta principio del XX, expuestos en este trabajo, se puede llegar a la conclusión de que su futuro tratamiento sería la dilatación, bien por medios mecánicos instrumentales o por medios de bujías dilatadoras.

Por ello, creo que será interesante volver a exponer, en otro trabajo, los progresos aportados para llevar a cabo estas maniobras, así como de los instrumentos de que se valieron sus inventores. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Encyclopédie Francaise. Tomo primero. París 1914.
- The history of Urology. The Nineteenth Century English
- Historia de la Medicina de F.H. Garrison. Tomos I y II.
- P. Dionis. Cours d'opérations de chirurgie. París 1708.
- A. Settier. Enfermedades de la uretra. París 1884.
- J. Whatejeys. Improved Method of treating Stvictres en the Urethras. Londres 1804.
- L. Ciniselli. Dell azione dellelectrico sopra itessuti organicie viventi dele sue aplicacione á la terapeutica. Cremonal 1852.
- F. Mallez y A. Tripier. De laguérison durable des rétrécissements des l'uréthre par la galvano-caustique chimique. París 1867.

PRÓXIMO TRABAJO

**DILATACIÓN URETRAL
URETROTOMÍA INTERNA Y EXTERNA
«APUNTES HISTÓRICOS»**

PUBLICIDAD

IV Reunión 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 Stenzelius RN (agreed) (S)
- 13.30-15.00** Curso idioma (Sala 1).
13.30-15.00 Navegando por Internet (Sala 2).
Karin Stenzelius 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

- 09.00-12.00** 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)*

PREMIOS ENFURO EDICIÓN 2002

La Asociación en colaboración con la FUDEN, Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, ha otorgado en el congreso del 2002 y coincidiendo con el 25 aniversario fundacional de la AEEU, el premio ENFURO para reconocer el mejor trabajo publicado en la revista del mismo nombre, en los dos últimos años. En la edición del 2002 se ha visto incrementada la dotación económica con respecto a ediciones anteriores habiendo estado financiada por FUDEN, SATSE Andalucía y la propia Asociación a partes iguales con un montante económico total de 1800 €.

En fecha y forma y a tenor de las bases propuestas, se constituyó un jurado y revisadas las opiniones aportadas por cada uno de los miembros, se arrojaron los siguientes resultados:

- PRIMER PREMIO ENFURO AÑO 2002 DOTADO CON 1200 euros para el trabajo publicado en la revista 80, titulado: "PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN QUIRÓFANO DE UROLOGÍA" del que son autores: M^a Teresa Pérez Palomares, Pilar Pacheco Calonge, Florencia Vicedo Dominguez y

Consuelo Bruxiola Cebollada, del Quirófano de Urología del Hospital Doctor Peset de Valencia.

Este premio van dotados con la asignación económica de 1200 €, diploma acreditativo de la concesión del premio y el reconocimiento expreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología y de la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.

- SEGUNDO PREMIO ENFURO AÑO 2002 dotado con 600 euros a repartir entre dos trabajos merecedores del mismo por quedar empatados en las evaluaciones realizadas, titulados: "POR DONDE COMENZAR PARA PUBLICAR UN ARTICULO EN UNA REVISTA CIENTÍFICA", revista nº 78, D^a Pilar García Maynar, de Zaragoza; y SERIE DE TRES ARTICULOS SOBRE CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE ARTICULOS, ESTRUCTURA Y COMPONENTES DE LOS ARTICULOS Y LECTURA Y ESCRITURA CIENTÍFICA, de Luis López Rodríguez de Sevilla y cols, de los números 79 y 80.

Nuestra enhorabuena a los premiados y nuestro aliento para seguir adelante.

A Coruña, sede del XXV Congreso de la Asociación

En octubre de 2003, la enfermería urológica española tiene una importante cita en A Coruña, en donde se celebrará el XXV Congreso.

Tenemos, todavía, muy presente el congreso celebrado en Huelva, los temas tratados en él, la calidad de las comunicaciones, la excelente organización, los días pasados en la ciudad y la cordialidad de su gente, por lo que es difícil mirar hacia delante para comenzar a hablar de nuestro próximo encuentro. Pero es preciso avanzar y guardamos la nostalgia para que nos haga compañía en las tardes de invierno, y aquí estamos dispuestos a trabajar para que el próximo Congreso, tenga la categoría científica que la enfermería urológica española se merece.

Como os hemos adelantado en Huelva, el lema será: Enfermería Urológica: Pasado, Presente, Futuro.

El porqué de este tema es fácil de explicar. Si ayer fue la AEEU, la que cumplió veinticinco años de vida, en el 2003 se celebrará el XXV Congreso, y nos ha parecido una buena ocasión para hacer un balance de lo que fuimos y sentar las bases de lo que queremos hacer con nuestro futuro.

Nuestra incorporación a la Urología es relativamente reciente, por lo que no hemos vivido el Pasado, pero nos resulta fácil imaginar la escasez de medios, humanos y materiales, con los que se contaba. Escasez que nuestros compañeros suplieron con grandes dosis de entusiasmo e ilusión para forjar el nacimiento de una Asociación de Enfermería, que supo mantenerse durante veinticinco años y propiciar una reunión anual, para intercambiar conocimientos y experiencias profesionales, con el único fin de mejorar la calidad de los cuidados que requiere el paciente urológico.

De aquellos tiempos envidiamos la imaginación con que contaban los profesionales de enfermería para realizar su trabajo, en una Urología que avanzaba y en la que ellos nunca se quedaron atrás.

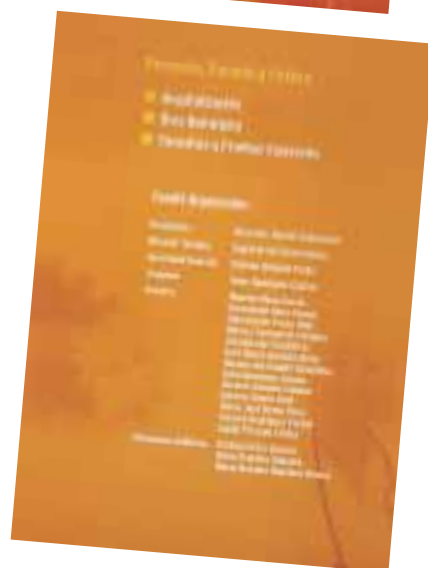
Ellos nos han traído hasta aquí. Forman parte del Pasado y están con nosotros en el Presente para recordarnos que las dificultades de hoy eran ayer obstáculos insalvables para algunos, menos para la enfermería de urología.

Por eso, cuando el desánimo nos invada, es conveniente volver la vista atrás y conocer cómo se las ingenieron un grupo de profesionales, para situarnos en el momento en que nos encontramos, y que a nosotros nos toca mantener para continuar su labor.

El Futuro lo forjaremos entre todos. Los que estuvisteis ayer y nos habéis enseñado. Los que estamos hoy y que seremos pasado para los que vendrán mañana, y con los que tenemos el compromiso de continuar trabajando para que no disminuya el legado que nos habéis entregado.

Lo que queramos ser dependerá exclusivamente de nosotros. Por eso os animo a participar en el próximo congreso con vuestras vivencias, ideas o sueños, que, como podemos comprobar en este XXV Congreso, alguna vez se cumplen.

Sagrario del Corral
Comité Organizador del Congreso 2003



ASUNCIÓN GARRIDO MORA
Enfermera Urología. Hospital de Elche-Alicante

Innovaciones tecnológicas en enfermería

Ponencia a Mesa Redonda en el XXIII Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología

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, uorrresonancia, 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 infirmary 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 (URORRESONANCIAS 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 deseáramos.

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 uridinámicos, 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 uretral. 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 cómo 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 como 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 VÍAS 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 extracorporea. Revista de AEEU nº 61.
- Ruiz Marcellán e Ibarz Servio. Litotricia extracorporea 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 48,08 euros mediante pago en cuenta corriente.

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

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

Fecha:

Firma



Asociación Española de Enfermería en Urología.
 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

C. MARTÍNEZ CASAMAYOR *, M. MARTÍN VALENCIANO**, R. LACASA MARZO, M^a P. GARCÍA MAYNAR, * M^a J. PEYDRO RICO*

* Enfermeras, ** Supervisora

Servicio de Urología, Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza

Puesta en marcha de un programa de mejora de calidad en un servicio de urología

RESUMEN

La Subcomisión de Calidad del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud, reunida en enero del 2002, define calidad como el «compromiso de todas las personas de una organización, que quieren hacer las cosas mejor, aplicando el conocimiento disponible y aprovechando cualquier oportunidad de mejora, para satisfacer las expectativas de los usuarios, cuidando de su seguridad y haciendo uso eficiente de los recursos disponibles».

Enlazando con el eslogan de este XXIV Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología (AEEU), «La Enfermería hacia la Excelencia de los Cuidados», se podría decir que el gran reto de la actuación de los profesionales de la Salud en la actualidad lo constituyen: la mejora de la calidad de los cuidados y la satisfacción de los pacientes, junto a la disminución del gasto sanitario.

Todo esto lleva a la necesidad de elaborar un Plan de Gestión de Calidad en cada Servicio que implica que todos los miembros del equipo multidisciplinar se auto responsabilicen en prestar una asistencia de calidad, diseñando un Programa de Mejora de Calidad y desarrollando procedimientos para alcanzarlo.

En nuestro servicio nos planteamos como objetivo impulsar un Programa de Mejora de Calidad mediante la identificación de oportunidades de mejora.

Palabras clave: Plan de Calidad, Gestión de Calidad, Programas Mejora de Calidad, Calidad en Urología.

SUMMARY

The Subcommittee of Quality of the National System of the Health gathered in January of the 2002 defines Quality like the Commitment of all the people of an organization that want to make the things better, applying the available knowledge and taking advantage of any opportunity of improvement, to satisfy the expectations of the users, taking care of its security and making efficient use of the available resources.» Connecting with the slogan of this XXIV Congress of the Spanish Association of Infirmery in Urology (AEEU), «The Infirmery toward the Excellency of the Cares», one could say that the great challenge of the performance of the professionals of the Health at the present time constitutes it: the improvement of the quality of the cares and the satisfaction of the patients, next to the decrease of the sanitary expense.

All this takes to the necessity of elaborating a Plan of Administration of Quality in each Service that implies that all the members of the team know car they make responsible in lending an attendance of Quality, designing a Program of Improvement of Quality and developing procedures to reach it. In our service we think about as objective to impel a Program of Improvement of Quality, by means of the identification of opportunities of improvement.

MATERIAL Y MÉTODO

En el contexto del plan de gestión de calidad del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, al cual pertenece nuestro servicio, y con el objeto de impulsar un programa de mejora de calidad, se crearon grupos de mejora. Realizamos un proceso formativo como paso previo e indispensable para adquirir conocimientos y metodología aplicables al trabajo en mejora de calidad, instruyéndonos sobre técnicas para el trabajo en equipo.

Tras el periodo formativo se constituyó el grupo de mejora de calidad del Servicio de Urología, con la participación de dos médicos, dos enfermeras, un auxiliar de enfermería, un MIR y un administrativo. Se comenzó a trabajar analizando la cartera de servicios que oferta nuestra unidad en el ámbito asistencial, docente e investigador y haciendo un análisis del campo de fuerza (gráfico DAFO), en el que se reflejan las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del servicio (ANEXOS I y II).

Valorado el alcance de actuación del Servicio de Urología, pasamos a identificar los problemas de calidad o situaciones mejorables, consensuando la opinión tanto de los pacientes como de los profesionales.

Para ello pensamos en utilizar encuestas, como método cualitativo, que midiesen el grado de satisfacción de los usuarios.

Primero elaboramos una encuesta abierta que trataba de recoger los aspectos negativos y positivos que detectaba el usuario. Se pasó a la totalidad de pacientes ingresados en el servicio, un día al azar; pero la encuesta no resultó válida ya que no aportaba situaciones concretas de mejora y sí aspectos que valoraban como positivos.

Decidimos confeccionar una nueva encuesta dirigida, que preguntaba sobre aspectos concretos de la estancia de los pacientes en nuestra unidad; información facilitada; interés, disposición, seguridad y amabilidad del personal; tecnología y preparación sanitaria; limpieza y estado de las instalaciones, etc.:

ENCUESTA

Estimado paciente: nos gustaría que dedicara unos minutos en rellenar este cuestionario. Muchas gracias por su atención. Durante su contacto con el Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet:

- La calidad de la asistencia sanitaria ha sido (marque con una cruz):

	Mucho peor que lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido					
La apariencia (limpieza y uniformidad) del personal ha sido					
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital han sido					
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido					
El estado en que están las habitaciones del hospital (apariencia, comodidad) ha sido					
La información que los médicos proporcionan ha sido					
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido					
La facilidad para llegar al hospital ha sido					
El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes ha sido					
La puntualidad de las consultas médicas ha sido					
La rapidez con que se consigue lo que se necesita o pide ha sido					
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido					
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido					
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido					
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo					
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido					
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido					
La información que los médicos dan a los familiares ha sido					
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido					

- Marque con una cruz:

	Programado	Por vía de urgencia
El ingreso se produjo		

	Ninguna	Una	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
Número de veces que ha estado ingresado en el hospital en el último año						

	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Mucho mejor de lo que esperaba
El nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido ha sido (marque con una cruz):					

	Nunca	Tengo dudas	Sin dudarlo
¿Recomendaría este hospital a otras personas?			

	Más de lo necesario	El tiempo necesario	Menos de lo necesario
A su juicio ha estado ingresado en el hospital			

	No	Sí
¿Conoce el nombre del (los) médico(s) que le atendían habitualmente?		
¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?		
¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que pasaba?		
¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?		

c: <input type="text"/> años.	Varón	Mujer	Casado(a)	Soltero(a)	Viudo(a)	Separado(a)
Sexo			Estado civil			

	Sin estudios	Primarios	Bachiller	Universitarios
Estudios concluidos				

Rellene este espacio si quiere hacernos llegar alguna sugerencia o queja respecto a cualquier situación:

Muchas gracias

En cuanto a los profesionales, el método utilizado para la identificación de problemas fue de tipo grupal mediante «grupo nominal». En este método, un número variable de personas del equipo multidisciplinar redactan durante unos minutos un listado de problemas. En nuestro caso, el grupo se formó con siete profesionales de los distintos estamentos del servicio: 2 médicos, 2 enfermeras, 1 auxiliar, 1 MIR y 1 administrativo. El listado resultante del trabajo de este «grupo nominal» identificaba 72 situaciones de mejora en nuestro servicio, dentro de las cuales se pudo comprobar, se recogían los problemas reflejados por los pacientes.

De estas 72 situaciones se seleccionaron, mediante votación del grupo de calidad, 17 problemas. En esta votación se tuvo en cuenta que debían desecharse aquellos problemas cuya solución era totalmente ajena a nuestra actuación.

A los 17 problemas se aplicó el método de priorización según criterios explícitos. Este método de priorización valo-

ra sucesivamente cada criterio para todos los problemas detectados, debiendo ser ágil. Cuando algún problema no se puede valorar, por falta de criterio u otro factor, se puntuaba como «5» con el fin de no favorecer ni perjudicar su valoración final.

Los criterios que se trabajan son:

- Número de pacientes: 10 Muchos pacientes afectados; 0 Pocos pacientes afectados.
- Riesgo para los pacientes: 10 Muy alto riesgo; 0 Muy bajo riesgo.
- Independencia externa de la solución: 10 Completamente independiente; 0 Depende del exterior.
- Coste económico de las medidas correctoras: 10 Coste muy bajo; 0 Muy costoso.
- Facilidad de medición: 10 Muy fácil de medir; 0 Muy difícil de medir.

PARRILLA DE PRIORIZACIÓN SEGÚN CRITERIOS EXPLÍCITOS

CLAVE	PROBLEMA DE CALIDAD	NÚMERO DE PACIENTES	RIESGO PARA PACIENTES	INDEPENDENCIA EXTERNA	BAJO COSTE MEDIDAS CORRECTORAS	FACILIDAD DE MEDICIÓN	TOTAL	PRIORIDAD

Mediante la valoración de estos criterios de priorización seleccionamos 6 problemas de calidad:

1. Registro de enfermería.
2. Registros del tratamiento domiciliario al ingreso.
3. Ausencia de horario fijo de pase de visita.
4. Ausencia de hora reglada de información a los familiares.

5. Interrupciones en consultas o pase de visita en hospitalización.

6. Variabilidad en técnicas y cuidados de enfermería.

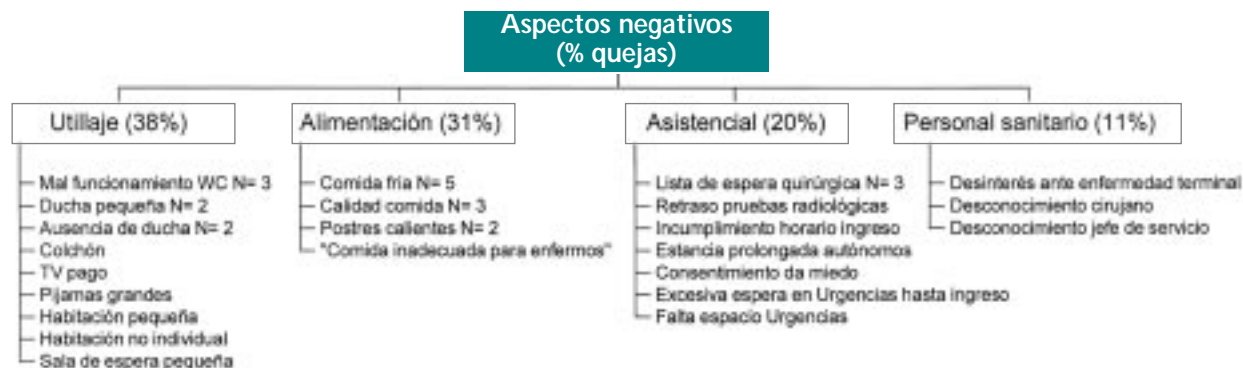
Realizamos un análisis causa-efecto con cada uno de los problemas detectados para conocer los factores que influían, sus causas y a qué grupo podrían atribuirse.

RESULTADOS

La encuesta que trataba de medir el grado de satisfacción de los usuarios, se facilitó a los 50 pacientes que permanecían ingresados en la unidad, eligiéndose un día al azar. Fue cum-

plimentada y entregada por 31 pacientes, con una edad media de 61 años, 84% varones y 16% mujeres. De ellos, un 52% eran pacientes programados y un 48% habían accedido al servicio a través de urgencias.

LISTADO DE PROBLEMAS DETECTADOS POR LOS PACIENTES



LISTADO DE PROBLEMAS DETECTADOS POR EL GRUPO NOMINAL

1. Atención más personalizada del médico.
2. Ajustar la hora del pase de visita.
3. Hora reglada para información a los familiares.
4. Mejorar la escucha al paciente.
5. Mejorar el registro de Enfermería.
6. Demora en pruebas complementarias.
7. Falta de formación en Enfermería.
8. Falta de tiempo para formación.
9. Ausencia de planes de cuidados en Enfermería.
10. Ausencia de vías clínicas para cada patología.
11. Falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales.
12. Rigidez de estructuras que dificulta la buena marcha de los procesos.
13. Mal registro del tratamiento domiciliario en las órdenes de tratamiento al ingreso.
14. Variabilidad en técnicas y cuidados de Enfermería.
15. Alta presión asistencial.
16. Desmotivación.
17. Escasez de medios en servicios centrales.
18. Escasez de personal y medios en consultas externas.
19. Falta de coordinación entre la hora de citación de los pacientes y la hora real de visita.
20. Pocas peonadas para staff y residentes para reducir lista de espera.
21. Falta de aplicación del cuestionario IPSS.
22. Tardanza en bajar los enfermos a quirófano.
23. Falta de atención a los pacientes en el prequirófano.
24. Ausencia de control de radiación en el personal sanitario, en quirófanos.
25. Ausencia de jeraquización y coordinación en los distintos estamentos del personal sanitario.
26. Falta de sesiones médicas interdisciplinarias.
27. Baja retribución económica en todos los estamentos del hospital.
28. Infraestructura hospitalaria globalmente anticuada.
29. Falta de espacio físico para informar a los pacientes.
30. Ausencia de WC para staff.
31. Falta de estabilidad laboral en todos los estamentos.
32. Situación de médicos interinos pendiente de consolidación.
33. Lista de espera prolongada.
34. Masificación de consultas externas.
35. Deficiente información, al paciente, del proceso quirúrgico que se le va a realizar.
36. Vestuario de médicos pequeño y poco higiénico.
37. Interrupciones continuas de la consulta médica tanto en hospitalización como en consultas externas.
38. Falta de autoidentificación ante el paciente.
39. Retardo en el traslado de pacientes en ambulancia.
40. Falta de infraestructura en la habitación del médico residente de guardia.
41. Falta de infraestructura en la sala de comedor de médicos de guardia (aspecto, higiene, calidad y conservación de los alimentos).
42. Escasez de servicios informáticos (hardware).
43. Ausencia de pase de visita médica a primera hora de la mañana.
44. Falta de dotación de instrumental en urgencias.
45. Falta de coordinación en la asistencia en quirófanos en los cambios de turno.
46. Ausencia de libranza de guardia para residentes, tras guardia dura, después del pase de visita.
47. Escasez de confidencialidad e intimidad en el trato con el paciente, debido a la ausencia de infraestructura en el hospital.

LISTADO DE PROBLEMAS DETECTADOS POR EL GRUPO NOMINAL (continuación)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 48. Ausencia de estadístico en el hospital. 49. Ausencia de servicio de reprografía en el hospital. 50. Mala ubicación de la secretaria. 51. Falta de mobiliario administrativo. 52. Exceso de ruido ambiental. 53. Estrés que dificulta el grado de concentración. 54. Sobrecarga de trabajo. 55. Falta de ayuda por parte de los celadores hacia secretaria. 56. Insuficiente preparación del personal eventual administrativo. 57. Falta de coordinación entre archivos y lista de espera. 58. Falta de tiempo para disfrutar la media hora del desayuno. 59. Ausencia de apoyo al personal administrativo por parte de su jefatura. 60. Falta de información y apoyo por parte del servicio de informática. | <ul style="list-style-type: none"> 61. Mala calidad del servicio de comidas. 62. Falta de ropa de cama para pacientes. 63. Carros de comidas muy pesados. 64. Falta de saco para ropa sucia. 65. Sistema de vaciado de bolsas de orina desagradable. 66. Falta de ducha en las habitaciones. 67. Falta de responsabilidad por parte de ciertos compañeros. 68. Discriminación por parte de los pacientes al personal sanitario según el estamento. 69. Déficit en la dotación de uniformes para el personal sanitario. 70. Ausencia de uniformidad en el vestuario del personal sanitario. 71. Demasiadas visitas a los pacientes. 72. No respeto a la normativa sobre el tabaco en el hospital. |
|---|--|

Si recordamos la secuencia utilizada en el apartado de «material y método»:

1º Se realizó el consenso entre los resultados de la encuesta a pacientes y los problemas detectados por el grupo nominal, dando como resultado 72 situaciones de mejora.

2º Mediante votación del grupo nominal se seleccionaron los siguientes 17 problemas:

1. Ajustar el pase de visitas a primera hora de la mañana;
2. Deficiente información del proceso quirúrgico por masificación;
3. Demasiadas visitas de los familiares;
4. Demora en pruebas complementarias;
5. Exceso de ruido ambiental y estrés laboral asociado;
6. Falta de atención a los pacientes en el prequirófano;
7. Falta de coordinación entre la hora de citación y hora real de visita médica;
8. Falta de dotación de instrumental quirúrgico en urgencias;

9. Falta de duchas en las habitaciones;
10. Falta de espacio físico para informar a los pacientes;
11. Hora reglada de información a los familiares;
12. Interrupciones continuas en el pase de visita médico;
13. Mal registro del tratamiento domiciliario en las órdenes de tratamiento;
14. Mala calidad del servicio de comidas;
15. Mejorar el registro de enfermería;
16. No respeto a la normativa sobre tabaco en el hospital;
17. Variabilidad en técnicas y cuidados de enfermería.

3º Aplicando la parrilla de criterios explícitos, se priorizaron y seleccionaron seis problemas de calidad.

4º Se efectuó el análisis causa-efecto con cada uno de los seis problemas.

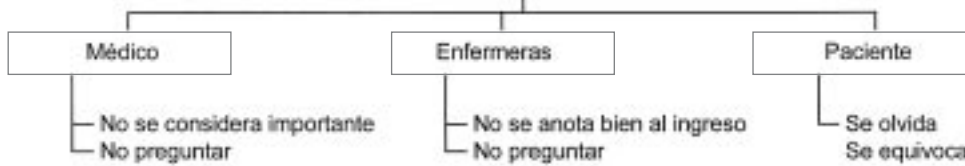
Tras el proceso descrito, los resultados sobre las causas y a qué grupos podían atribuirse fueron:

Problema 1



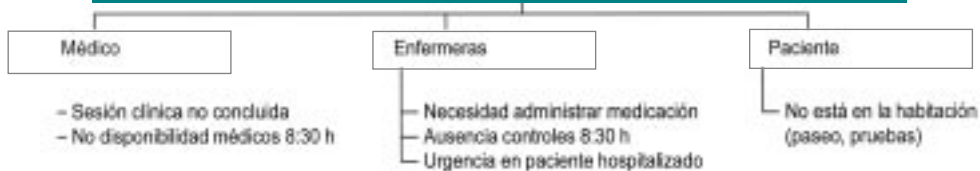
Problema 2

Mal registro tratamiento domiciliario al ingreso en órdenes de tratamiento



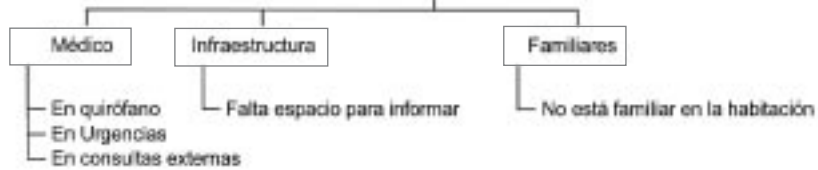
Problema 3

Ausencia de horario fijo de pase de visita hospitalización (8,30 h)



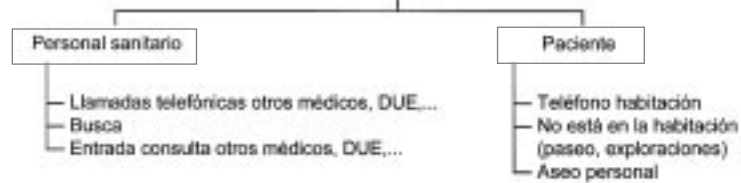
Problema 4

Ausencia de hora reglada de información familiares



Problema 5

Interrupciones al médico en consulta externa o pase de visita hospitalización



Problema 6

Ausencia de horario fijo de pase de visita hospitalización (8,30 h)



DISCUSIÓN

Como líneas principales de actuación para neutralizar estas situaciones e impulsar la mejora de calidad del servicio de Urología, hemos planificado un calendario de actuaciones que desarrollaremos a partir del mes de octubre, tras el periodo vacacional.

1. Reunión informativa para dar a conocer a todo el equipo las actuaciones del grupo de mejora de calidad desde su formación.

2. Implicar al resto del equipo en la formación de grupos de trabajo.

3. Conseguir que cada grupo se implique en la elaboración de actuaciones concretas.

4. Planificar una evaluación que, mediante la determinación de unos indicadores, nos permita valorar los resultados obtenidos tras un periodo de actividades.

CONCLUSIONES

1. Es necesario un programa formativo previo para sensibilizar y adquirir conocimientos en el área de calidad.

2. El grupo de mejora, que debe ser multidisciplinar, con la participación de todos los estamentos, resulta básico para impulsar un Plan de Calidad del Servicio.

3. Para la detección de problemas es necesario escuchar a pacientes y profesionales.

4. Esperamos que el método utilizado resulte eficaz para impulsar la mejora de calidad del Servicio de Urología.

ANEXO I

Fortalezas:

- Cartera de servicios que incluyen la totalidad de desarrollos actuales de la especialidad: trasplante renal, urología pediátrica, neurología, onco-urología, andrología, endourología en todos sus desarrollos, cirugía radical oncológica, cirugía reconstructiva, incontinencia urinaria, etc.;
- Estructura del servicio por unidades;
- Servicio de referencia y pionero en nuestro país de técnicas y patologías que gozan del reconocimiento global de la comunidad urológica nacional y europea;
- Protocolización procesos clínicos. Guías clínicas. Vías clínicas. Sesión clínica diaria;
- Gran actividad asistencial;
- Constante crecimiento de la demanda por el envejecimiento de la población y desarrollo de la especialidad;
- Indicadores de actividad y eficacia (calidad) altos;
- Líneas investigación cáncer de próstata (FISS, FIU, Universidad, Fundación Miguel Servet);
- Líneas investigación disfunción eréctil;
- Alto nivel publicaciones, tesis doctorales, participación en congresos;
- Pertenencia a Asociaciones Nacionales y Europeas por parte de Enfermería;

- Reflexión interna permanente sobre resultados, técnicas y protocolos para su mantenimiento o modificación;
- Gran actividad docente pregrado (1 catedrático, 6 profesores asociados médicos, 1 profesora asociada de Enfermería) y postgrado (curso doctorado y programa MIR con 2 residentes por convocatoria);
- Programas formación continuada;
- Participación órganos gestión centro;
- Participación estructuras e instituciones de la especialidad alta;
- Sentido fuerte de grupo;
- Excelente integración equipo médico-enfermería;
- Reconocimiento social y de la comunidad urológica.

ANEXO II

Debilidades:

- Carencia despachos trabajo médico;
- Carencia espacios docentes sesiones servicio-alumnos y sesiones interservicios;
- Sobrecarga secretaría a pesar excelente trabajo y actitud de las profesionales;
- Consultas del centro saturadas y sobrecargadas;
- Desigualdad retributiva entre facultativos;
- Ausencia modelo carrera profesional y de incentiación por objetivos;
- Obsolescencia dotación tecnológica del servicio en determinados campos;
- Grave obsolescencia dotación material endoscópico;
- Gran demanda asistencia y en aumento;
- Limitada actividad otros grupos urológicos provincia y comunidad autónoma;
- Falta sesiones interservicios;
- Alta presión urgencias solapando actividad programada;
- Falta unidades interdisciplinares;
- Falta sistemas comunicaciones informáticas de los resultados de laboratorio, radiología, etc. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- SERVQHOS: Encuesta de opinión sobre la Calidad de la Atención Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante. José J. Mira Solves, Jesús M^a Aranaz Andrés, José A. Buil Aina, Julián Vitaller Burillo y Jesús Rodríguez Marín.
- Artículo «Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia». Salvador Peiró Moreno, Eduard Portella. Medicina Clínica (BARC) 1994; 103:65-71.
- «Manual para equipos de mejora de Calidad». Barcelona, Fundación Avedis Donabedian, 1996.
- Monográfico «Gestión por procesos». Revista de Calidad asistencial 1999; 14(4): 243-326.

AMELIA BELLA RANDO
Enfermera. Unidad Quirúrgica. Hospital Royo Villanova de Zaragoza

Resección transuretral de próstata

RESUMEN

La hiperplasia benigna de próstata es una patología que afecta al 50% de los varones en edad superior a los 50 años y al 70% a los 60 años; representa el 50% de las consultas urológicas y el 35% de la cirugía de dicha especialidad. La cirugía endoscópica ha supuesto un gran avance en el tratamiento de la hiperplasia prostática al permitir la resección de la misma a través del conducto urinario con visión directa de la uretra, próstata y vejiga. Para ello, se dispone de instrumental endoscópico especializado, diseñado con gran precisión para cada una de sus aplicaciones, y que requiere una correcta utilización y cuidado. El trabajo de enfermería es fundamental en la preparación del quirófano y de los materiales quirúrgicos, en la acogida del enfermo y en el desarrollo de todo el acto quirúrgico. En tal sentido, resultan de gran utilidad los protocolos de enfermería para cada intervención quirúrgica y su aplicación correcta influirá decisivamente en la adecuada resolución de la intervención.

Palabras clave: Hiperplasia benigna de próstata, cirugía endoscópica, resección transuretral, actividades y cuidados de enfermería

SUMMARY

The benign hyperplasia of prostate is a pathology that affects to 50% of the males in superior age to the 50 years and 70% to the 60 years; it represents 50% of the urologics consultations and 35% of the surgery of this specialty.

The endoscopy surgery has supposed a great advance in the treatment from the prostatic hyperplasia when allowing the resection of the same one through the conduit urinal with direct vision of the uretra, prostate and bladder. For it, we have instrumental endoscopy specialized, designed with great precision for each one of their applications, and that it requires a correct use and care.

The infirmery work is fundamental in the preparation of the operating theatre and of the surgical materials, in the sick person welcome and in the development of the whole surgical act. In such a sense, they are of great utility the infirmery protocols for each surgical intervention and their correct application will influence decisively in the appropriate resolution of the intervention.

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2000, organizadas por la comisión de docencia del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, hemos mantenido unas sesiones clínicas de enfermería quirúrgica con carácter semanal en las cuales hemos tratado diversos temas profesionales relacionados con el trabajo en la unidad quirúrgica; la presente comunicación corresponde al tema de una de dichas sesiones, celebrada durante el año 2002.

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una patología que, sin ser potencialmente agresiva, tiene una relación directa con la edad, desarrollándose en la mitad de la población masculina mayor de 50 años en un periodo de declinación de la secreción androgénica. Al aumentar a partir de dicha edad la secreción de estradiol, aumenta la concentración intracelular de deshidrotestosterona (DHT), la cual está en relación con el desarrollo de la hiperplasia.

La cirugía endoscópica es la técnica más utilizada desde los años 80 para la resolución de la HBP. La resección transuretral constituye un riesgo quirúrgico considerablemente menor que el de la cirugía abierta y es aplicable en hiperplasias leves, hasta un tamaño de grado II con próstatas de hasta unos 40 gramos de peso.

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

La HBP es un agrandamiento adematoso de la glándula prostática que afecta al 50% de los varones mayores de 50 años

y al 70% de los mayores de 60 años, de forma que origina el 50% de las consultas urológicas y el 35% de la cirugía de esta especialidad.

Las causas de su patología no están muy claras, pero parece estar relacionada con el cambio de los niveles hormonales que se experimentan en edad avanzada. Se da el hecho de que en varones castrados en la pubertad no existe HBP, porque no se sintetiza la hormona sexual masculina dehidrotestosterona.

La dehidrotestosterona es el andrógeno intracelular protáctico más importante, la tasa de DHT u hormona sexual masculina aumenta con respecto a la del tejido protáctico normal al avanzar la edad. La acumulación de DHT en la glándula protáctica es una medida hormonal de adenoma.

Sólo existe HBP en el hombre y en el perro; esta afección no se produce en el resto de las especies animales.

DESARROLLO DE LA CIRUGÍA UROLÓGICA

Nos han llegado descripciones de la HBP desde tiempos muy remotos, como lo prueban algunos documentos recogidos de la antigüedad. En Mesopotamia, en el código de Hamurabi (1.750 años antes de nuestra era) se describen inyecciones en la uretra con un tubo de bronce en cuya boca soplaban fuertemente. En Egipto, en los papiros Edwin-Smith y Ebers (1550 a.C.), se describen remedios para la enfermedad de acumulación de orina y en el papiro Berlin

(1300 a.C.) aparecen soluciones para la uretritis aguda. En China, en los textos de Susruta (siglo V a.C.) hay descripciones que permiten pensar que conocían la hipertrofia prostática; con dicha obra se inaugura el campo de la cirugía urológica.

En Grecia, Hipócrates (460-337 a.C.) describe la supresión de la orina con pesadez en hipogastrio; afirma que la glándula seminal aumenta de volumen y se endurece, siendo entonces irreversible la muerte y comenta, asimismo, la dificultad para orinar en hombres de avanzada edad. En el juramento hipocrático se describe la talla vesical.

En el apogeo del imperio romano (siglo I a.C.), Celso describe tratamientos para la obstrucción urinaria y Galeno hace una descripción de las obstrucciones uretrales.

En el esplendor árabe de la edad media, la enciclopedia urológica de Abulcais (cirujano hispanoárabe del siglo X) reglamenta el uso de las intervenciones de vejiga, testículo y pene y se sabe que su contemporáneo Aviceno (Ibn-Sina) trataba las obstrucciones con sonda vesical.

Y ya en el renacimiento, Francisco Díaz (1510-1515) cita la uretrotomía en su tratado de todas las enfermedades urológicas, se le recuerda como el mejor urólogo del siglo XVI.

DESARROLLO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

El desarrollo de la cirugía endoscópica se debe a la labor de muchas personas esforzadas e ingeniosas cuya suma de esfuerzos permite dar pasos eficaces hacia delante; como en su día dijera Newton: «si he podido llegar tan lejos es por los grandes gigantes que me precedieron».

Es en la edad moderna, en la época del romanticismo, cuando aparece la cistoscopia gracias a los trabajos de Nitze y se comienza a aplicar la cirugía endoscópica transuretral, cuyo desarrollo ha sido en todo momento paralelo al tratamiento de la hiperplasia de próstata.

Desde los primeros tratamientos realizados a ciegas para curar las llamadas carnosidades de la uretra y cuello vesical hasta las más sofisticadas técnicas de la actualidad, los objetivos han sido siempre dos: obtener una visión directa de la uretra y la vejiga y desarrollar las técnicas e instrumentos que permitieran la resección de tejidos.

a) Visión directa

Nitze en 1876 construye el primer cistoscopio con óptica, al que en 1879 añade la lámpara incandescente de Edison, lo cual permitió una visión clara de la uretra, próstata y vejiga.

La aplicación de fibra óptica en 1970 mejora en gran medida la visión: los sistemas fibroscopios están compuestos por un núcleo de vidrio rodeado de un material de baja refracción; la luz se transmite a través de fibras ópticas y, después de reflejarse en la superficie interna, es conducida a través de un cordón flexible hasta el cistoscopio y de allí al campo operatorio.

b) Desarrollo instrumental

Desde los tiempos de Hipócrates y Aviceno se conocen téc-

LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA ES UNA PATOLOGÍA QUE TIENE UNA RELACIÓN DIRECTA CON LA EDAD, DESARROLLÁNDOSE EN LA MITAD DE LA POBLACIÓN MASCULINA MAYOR DE 50 AÑOS EN UN PERIODO DE DECLINACIÓN DE LA SECRECIÓN ANDROGÉNICA

nicas de cirugía urológica, atribuyéndose a Ambrosio Paré (siglo XVI) la primera cirugía transuretral para aliviar la obstrucción intravesical ocasionada por carnosidades; al parecer, utilizó una cureta y una sonda afilada hueca para afeitar las carnosidades.

En 1830, los franceses Mercier, Civiali y D'Ethoiles introducen a través de una sonda hueca una hoja estrecha y cortante con la que seccionaban a ciegas el cuello vesical y, en 1888 Hertz emplea la corriente de alta frecuencia para seccionar tejidos; una mejora importante se produce con la utilización en 1860 de la uña diseñada por Joaquín Albarrán, médico cubano afincado en Barcelona y que sirve para introducir catéteres.

El desarrollo tecnológico del siglo XX permitió sucesivas mejoras en los materiales e instrumentos: en 1926 Ster diseña un asa de alambre de tungsteno que podía ser utilizada con corriente de alta frecuencia para reseca tejidos, conocida con el nombre de cistoscopia sacabocados; McCarthi agrupa en 1932 muchos de

los avances anteriores, al introducir el resectoscopio provisto de un sistema óptico de visión oblicua, asa de resección y electrocauterio.

En un principio se utilizó como líquido de irrigación el agua destilada, con el consiguiente riesgo de hemólisis, posteriormente se introdujo la glicina que es un preparado isotónico no hemolítico; en 1970, Iglesias introduce el resectoscopio de flujo continuo (irrigación-aspiración), el más utilizado en la actualidad, y Reuter diseña el trocar suprapúbico de drenaje para mantener una presión constante con distensión vesical y salida continua de líquido, para las resecciones transuretrales de próstata. Aunque se trabaje con reactor de flujo continuo es necesario aspirar con regularidad los fragmentos resecaados, lo cual se realiza con evacuador de kellit o jeringa de Toomey.

En los años 80 se aplicaron video-cámaras que mejoran la calidad de imágenes y la comodidad del cirujano y permiten que todo el equipo quirúrgico tenga una la visión directa; en 1985, el 95% de las prostatectomías se realizaban en Estados Unidos por resección transuretral, la cual ha facilitado considerablemente la detección del cáncer de próstata.

En los años 90, el Dr. Valdivia introdujo el trocar suprapúbico de Amplatz (30 ch) con salida de fragmentos resecaados a través del mismo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La próstata es una glándula con dos lóbulos laterales y un istmo o lóbulo medio, rodeada por una cápsula muy vascularizada; el 30% de la glándula es una masa muscular con vasos sanguíneos, linfáticos y nervios, mientras que el resto es glandular compuesto por conductos y acinos. La próstata

está situada extraperitonealmente en el espacio pélvico por debajo del cuello vesical rodeando la uretra.

La próstata está constituida por:

- la uretra que la atraviesa;
- el veru-montanum, estructura residual revestida de un epitelio que recuerda al endometrio;
- los conductos eyaculadores que, tras atravesarla, desembocan en el suelo de la uretra, a ambos lados del veru-montanum;
- y las vesículas seminales y la ampolla de los conductos deferentes, que salen por la parte posterior.

La próstata se desarrolla con la edad alcanzando su maduración en la pubertad. Su función es esencialmente sexual: interviene en la secreción del líquido seminal que acompaña al semen durante la eyaculación; tal secreción está formada por fosfatasa alcalina, ácido cítrico y varias encimas proteolíticas.

FISIOLOGÍA

Al localizarse la próstata rodeando la uretra y bajo el cuello vesical, su patología dificulta o impide el libre flujo de la orina al exterior. La micción normal se efectúa por una contracción del músculo detrusor (pared de la vejiga) para aumentar la presión intravesical; la anatomía de la base vesical se modifica produciendo una embulización que permite la expulsión de la orina a baja presión y causa a la vez una relajación del esfínter interno.

La HBP altera la fisiología de la micción dando lugar a disfunciones progresivas:

- una primera fase de prostatismo congestivo (disminución del calibre del chorro);
- a la que sigue una fase de retención crónica incompleta
- pudiendo llegar a una fase de distensión vesical crónica con incontinencia (D.V.C.I.).

En la primera fase el detrusor aumenta su tono muscular para compensar la obstrucción; posteriormente el aumento del tono muscular es insuficiente y aparece la hipertrofia del músculo vesical, aumentando el espesor de la pared vesical, originando las llamadas «celdas» y «columnas» (salientes o relieves producidas por las haces musculares hipertróficas).

La vejiga se dilata por fracaso del detrusor en su función evacuadora al persistir la resistencia uretral en el flujo urinario y aparece la retención crónica incompleta, por la imposibilidad de expulsar todo el contenido vesical durante la micción (orinando muchas veces poca cantidad). Si esta situación es continuada puede implicar al aparato urinario superior, debido a que la orina residual favorece las infecciones.

En la tercera fase de distensión vesical crónica con incontinencia por rebosamiento la obstrucción supera la capacidad expulsiva del detrusor y hace distender la vejiga con pérdida pasiva constante; en el rebosamiento no sólo participa la vejiga, sino todo el aparato urinario, produciendo incluso insuficiencia renal.

DESDE NITZE, LA ESTRUCTURA BÁSICA DE LA ENDOSCOPIA NO HA VARIADO, AUNQUE SE HAYAN INCORPORADO SIGNIFICATIVAS MEJORAS; EL RESECTOSCOPIO INTRODUCIDO POR IGLESIAS EN 1970 ES UNA PIEZA FUNDAMENTAL EN LA UROLOGÍA ENDOSCÓPICA POR SU SISTEMA DE FLUJO CONTINUO

Asimismo pueden presentarse otros síntomas complementarios:

- Hematuria por rotura de venas congestivas de la submucosa o cuello vesical.
- Infección por retención crónica.
- Cistitis, adenomitis u orquiepididimitis.
- Litiasis vesical con dolor.

DIAGNÓSTICO

- Exploración física, palpación y percusión abdominal.
- Tacto rectal, que resulta ser el diagnóstico más rápido e inocuo.
- Analíticas completas.
- Determinación del antígeno prostático específico (PSA).
- Ecografías transrectales.
- Uretrocistoscopias con visión directa.
- Estudios dinámicos.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL NECESARIO

Desde Nitze (1879), la estructura básica de la endoscopia no ha variado, aunque se hayan incorporado significativas mejoras; el resectoscopio introducido por Iglesias en 1970 es una pieza fundamental en la urología endoscópica por su sistema de flujo continuo, que permite mantener un volumen de líquido intravesical constante, evitando la hiperpresión. En tal sentido es importante recordar que nunca debe haber una presión superior a la venosa y, por ello, se debe trabajar con irrigación a baja presión.

SINTOMATOLOGÍA

– Disuria inicial, retraso o dificultad al inicio de la micción junto a una disminución de la fuerza del calibre del chorro miccional, estableciéndose una dificultad miccional paulatina, sin producción de dolor.

– Polaquiuria fundamentalmente nocturna relacionada con el de decúbito prolongado.

– Congestión de los plexos venosos intrapélvicos.

– Polaquiuria diurna a veces con micción imperiosa.

– Disuria posteriormente en todo el acto miccional con chorro fino entrecortado y goteo terminal prolongado.

– Retención incompleta.

– Micción por rebosamiento o falsa incontinencia, acompañada en muchos casos de anorexia, vómitos, adelgazamiento e hipertensión.

La evolución de la sintomatología puede ser muy lenta aunque, en ocasiones, se desarrolla muy rápidamente; depende de enfermos y no siempre sigue un orden cronológico.



El resector como tal consta de cuatro elementos fundamentales: vaina simple o doble (Iglesias) con su obturador; óptica 30° (visión frontal o panorámica); elemento de trabajo, y asa de tungsteno para resecar.

La vaina doble (propia del resector Iglesias) permite adaptar un sistema de irrigación aspiración constante: a la vaina interna de menor calibre se conecta, mediante un grifo, la entrada de líquido de irrigación mientras que la vaina externa de mayor calibre tiene el extremo distal multiperforado para la aspiración a través de un grifo; de esta forma el líquido fluye a la vejiga a través de la vaina interna y aspira a través del espacio entre ambos. El extremo distal de la vaina interna está aislado eléctricamente para evitar quemaduras en la superficie uretral. El obturador se utiliza para introducir la vaina en la cavidad vesical sin dañar los tejidos al tener el extremo distal cilíndrico.

Se utiliza óptica de 30° porque da una visión panorámica para poder ver cualquier plano vesical.

El elemento de trabajo sirve para fijar la óptica y el asa de resección (tungsteno) que queda anclada, dándole movimiento longitudinal al eje, para poder cortar; también se acoplan a él asas de Colling para capsulotomía, de bola para hemostasia, de banda o rodete (resección) o bien cuchilletas en caso de estenosis acoplado al uretrótomo-sasche para ampliación de uretra.

El cable de luz fría se acopla a la óptica y el cable de electro bisturí se conecta al elemento de trabajo.

Junto con el resector se utilizan también:

- Meatótomo para dilatación uretral.
- Jeringa de Toomey para evacuación de fragmentos.
- Evacuador de Ellik para evacuar fragmentos resecados.

Accesorios para la endoscopia:

- Torre de endoscopia:
 - Fuente de luz fría.



- Cámara de video.
- Monitor de televisión.
- Electro bisturí con pedal.

Otros materiales complementarios:

- Equipo textil RTU (resección transuretral) en una sola pieza que cubre al paciente, con perneras, bolsa de desagüe con malla colador para recoger los fragmentos resecados, dedal de goma para tacto rectal y posibilidad de apertura para talla vesical suprapúbica.

- Bata urológica con protección de líquidos y espalda abierta.

- Equipo instrumental de RTU:

- Tijera.
- 2 Pean.
- 1 Mosquito.

- 1 Batea con suero para globo de sonda y lavados vesicales.

- Equipo de irrigación de doble vía Uroline.

- Goma de desagüe.

- Funda estéril para cámara de video.

- Sonda vesical de tres vías.

- Glicina y suero fisiológico bolsas de 3 litros para irrigación.

- Lubricante xilocaina.

- Frasco con formol para recoger los fragmentos resecados.

TAREAS RELATIVAS A LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Recibir y acoger al enfermo a su llegada al quirófano, realizando las presentaciones de quirófano y personal que le vaya a atender en todo el proceso.

- Comprobar que se ha realizado correctamente todo el preoperatorio pautado.

- Revisar el rasurado, profilaxis antibiótica y alergias así como la historia clínica completa, comprobando su veracidad en comunicación verbal con el enfermo.

- Anestesia generalmente raquídea, en ocasiones general según patología y condiciones del enfermo.

- Colocación en posición ginecológica con los glúteos ligeramente fuera de la mesa para facilitar el tacto rectal si



fuera necesario y el mejor manejo de los instrumentos endoscópicos.

– Altura de la mesa quirúrgica que deberá colocarse de tal forma que, con el cirujano sentado, el resector se encuentre horizontal en relación con el eje del cuerpo del enfermo.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Se coloca el campo estéril acomodando y conectando todos los cables, gomas de irrigación-aspiración y cámara de video a sus aparatos correspondientes y al instrumental endoscópico.

Se inicia la intervención calibrando el meato uretral con el meatometro y abundante lubricante y seguidamente se introduce el resector con su obturador y las gomas de irrigación-aspiración conectadas; una vez introducido éste en uretra, se retira el obturador y, a través de la vaina del relector, se introduce el elemento de trabajo con la óptica, el asa de resección y los cables de luz fría y bisturí eléctrico conectados.

A la vez que se va introduciendo el relector, siempre con líquido de irrigación (glicina), se realiza una exploración de la uretra, esfínter, próstata, cuello vesical y vejiga. Una vez completada la inspección de uretra, esfínter veru-montanum,

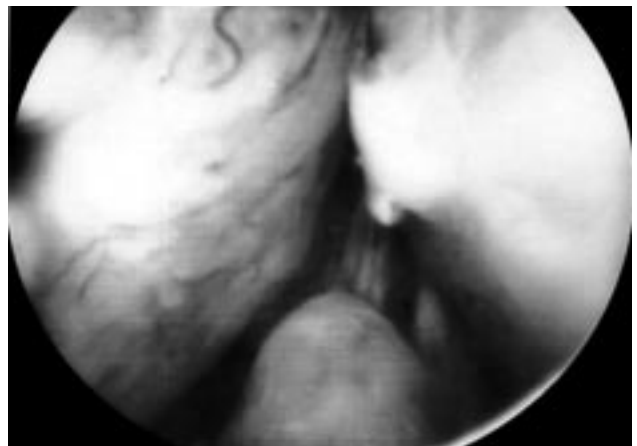
próstata, su tamaño y morfología, localización de los uréteres, vejiga forma, tamaño y estructura de su pared, se comienza la resección.

Es muy importante mantener una presión constante del líquido intravesical durante todo el acto quirúrgico porque, al ser la vejiga un órgano capaz de distenderse, la próstata se aleja del campo óptico a medida que la vejiga se llena de líquido. Durante la resección se va haciendo hemostasia para evitar el sangrado que también dificultaría el campo visual.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Durante el acto quirúrgico, además del apoyo en la anestesia, vigilancia del estado general del paciente y campo estéril, la enfermera debe ocuparse de que el flujo de líquidos sea constante tanto de entrada como de salida hasta finalizar el acto quirúrgico.

Durante la resección se utiliza como líquido de irrigación glicina por ser un buen conductor de la electricidad y ser isotónico, no hemolítico. La glicina es un ácido aminoacético que contiene simultáneamente funciones ácida y amina con una reacción neutra; se introducirá caliente para evitar hipotermias del enfermo y deberá de estar situada a una altura de 30 a 50 cm como mínimo de la sínfisis púbica del enfermo;



se debe evitar en todo momento la entrada de burbujas, ya que dificultan la visión en el campo quirúrgico.

La aspiración de líquido debe ser constante en salida a través del resector y cuando sea necesario a través de la bolsa de desagüe del equipo; ambas salidas de líquido conectadas a un aspirador simultáneamente. A lo largo de la resección los fragmentos resecaados se aspiran con los evacuadores de jeringa de Toomey o Ellik según gustos del cirujano; cualquiera de los sistemas evacuadores se acoplan directamente al resector retirando el elemento de trabajo y el líquido evacuado, junto con los fragmentos, caen a la bolsa del equipo, éstos quedan en la malla de la bolsa y el líquido es aspirado.

Se debe de hacer balance continuo de la entrada y salida de líquidos: la salida debe de ser igual o superior a la entrada; el balance positivo es debido a sangrado o diuresis, mientras que un balance negativo indica salida al exterior del líquido de irrigación o aspiración (desconexiones), reabsorción de líquido, perforación o alguna otra patología que pudiera tener el enfermo. Siempre se debe de notificar al cirujano y anestesista los balances, sobre todo si son negativos.

Los cambios de las bolsas receptales de aspiración deben ser rápidos para favorecer la aspiración continua; es importante contabilizar el tiempo de resección.

Una vez acabada la resección se hace una revisión de hemostasia de todo el lecho prostático, finalizada la cual se cambia la glicina por suero fisiológico, líquido lavador que el enfermo mantendrá hasta la retirada del lavador y o sonda. Y por último se coloca una sonda vesical de tres vías para lavar y evacuar residuos que pudieran quedar y evitar la formación de coágulos por el sangrado que quede. Debe mantenerse el flujo constante y continuo de líquido de entrada y salida, así como la contabilización del balance; se recogerán los fragmentos de la resección para su envío a anatomía patológica; asimismo, durante el traslado del enfermo debe prestarse especial atención al flujo de líquidos para que éste permanezca continuo.

COMPLICACIONES

a) Complicaciones intraoperatorias:

- Hemorragia: es la complicación más frecuente sobre todo al profundizar la resección, habida cuenta de que el lecho prostático está muy vascularizado.
- Perforación de la vejiga por resección muy profunda.
- Lesión uretra–glándula por la fricción uretral de los instrumentos, que puede producir una estenosis, sobretodo cuando hay resecciones repetidas.

Es importante, para evitar estas complicaciones, una maniobra muy cuidadosa y tener en cuenta el calibre de los instrumentos.

b) Complicaciones postoperatorias:

- Hemorragia o retención de coágulos.
- Si la hemorragia persiste en el postoperatorio inmediato se debe hacer un lavado vesical y tracción sobre la sonda, apoyando el globo de la misma sobre el cuello vesical para favorecer la hemostasia, o aumentar el globo de la sonda; tales maniobras deberán tener autorización médica.

- Intoxicación hídrica por reabsorción del líquido de irrigación, glicina, que puede llegar a producir edema generalizado o incluso ceguera temporal.
- Infección urinaria, cuya incidencia suele ser del 15%.
- Estenosis uretral producida por fricción de los instrumentos.
- Dolor relacionado con el espasmo vesical posterior a la resección.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

- Vigilancia continua del estado general del enfermo.
 - Posición de Fowler si es anestesia raquídea.
 - Vigilancia continua del lavado vesical y contaje del balance.
 - Mantenimiento de la permeabilidad de la sonda vesical, evitando su obstrucción por coágulos o restos de fragmentos.
 - Vigilancia del dolor y espasmos.
- La extirpación de la glándula prostática no produce impotencia ni pérdida de los caracteres sexuales masculinos pero si puede originar una eyaculación retrógrada al seccionar los conductos eyaculadores en su desembocadura en la uretra. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Datos proporcionados por el Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología Carlos III. 2002.
- WALSHI, RETIK, SAMEY, VOUCHAN. Cambell Urología. Sexta edición. Volumen 3. Editorial Panamericana. 1994.
- NYHUS, BAKER, FISHCHER. El dominio de la cirugía Mastery of Surgery. Tercera edición. Editorial Panamericana. 1999.
- WOLF HEIDEGGER. Atlas de anatomía humana. Editorial Salvat.
- LEYVA GALVIS O. y RESEL ESLEVEZ L. Urología Vesalio. Universitat. Edición 1992.
- GIMENEZ CRUZ J.F. y RIOJA SANZ L.A. Tratado de urología. JR Pons Editores. Tomo II. Edición 1993.
- FULLER J.R. Instrumentación quirúrgica, principios y práctica. Editorial Panamericana. 3ª edición. Buenos Aires. 1995.
- Fotografías de intervenciones quirúrgicas. Quirófano 1. Área quirúrgica del Hospital Royo Villanova de Zaragoza. 2002.
- Enfermería quirúrgica en urología y laparoscopia. Curso teórico práctico. Unidad Mixta de Investigación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza. 2001.
- EQUIPO DE ENFERMERÍA. Plan de acogida al bloque quirúrgico, protocolos de enfermería. Hospital Royo Villanova de Zaragoza. Actualizado en el año 2000.
- Revista de la Asociación Española de Enfermería Urológica. nº 78. Mayo 1999.
- THIBODEAU GAY, A. PPTON, KEVIN T. Enfermería Mosby 2000. Cuarta edición, versión española. Volumen I: anatomía y fisiología. Volumen VIII: médico-quirúrgica. Ediciones Harcourt S.A. Madrid 2000.