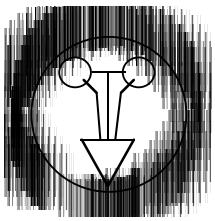
enfuro
Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 86. Junio 2003

Convocado el 7º Premio Jenaro Vázquez

Registro de Enfermería para Cirugía Urológica Endoscópica

Nuestra próxima cita: A Coruña, y ya son XXV Congresos. Toda la información en páginas centrales

Análisis de las necesidades de los pacientes intervenidos de RTU



ENFURO
nº 86 / Abril/Mayo/Junio 2003
Segunda Etapa

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEU
Presidenta: Mercedes Martín Valenciano
Vicepresidente: Ricardo Lequerica Llopis
Secretario: José M. Remírez Suberbiola
Tesorero: Vicente Carrasco Rozalén
Secretario de Actas: Gabriel Belenguer Civera
Vocal 1ª: Ascensión Crespo García
Vocal 2º: Helena Guerra Peñagaricano
Vocal 3º: Francisco Estudillo González
Vocal 4º: Luis Alfonso Aparcero Bernet

REDACCIÓN
Directora: Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)
Jefe de Redacción: Francisco Estudillo González (Puerto Real-Cádiz)
Consejo de Redacción:
Luis Alfonso Aparcero Bernet (Sevilla)
Vicente Carrasco Rozalén (Madrid)
Gabriel Belenguer Civera (Xátiva-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:
Paseo marítimo. Zona del puerto. A Coruña.

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

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

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

SUMARIO

- Editorial 4
- Reforma de estatutos 4
- 7º Premio Jenaro Vázquez 4
- Noticias y comunicados de interés para los socios de la AEEU 5
- ¿Somos Capaces de ayudar a nuestros pacientes? Reflexión de un caso clínico
  J. Guijarro Sánchez, M.T. Rueda Casero 7
- Dolor en el paciente postquirúrgico
  A. Aboy García, C. Delgado Porto, I. Presedo Fariña, I. Rodríguez Castelo, S. del Corral Gómez 11
- Alergia al látex en urología
  A. Márquez Guillén, M.T. Rueda Casero, J. Guijarro Sánchez, M.J. Castellano Valverde 15
- XXV Congreso Nacional de Enfermería Urológica 22
- Análisis de las necesidades de los pacientes intervenidos de RTU
  M.L. Armendáriz Olalla, D.N. Luque Guerrero, ... 26
- Registro de Enfermería para Cirugía Urológica Endoscópica: RTUp, RTUv, TCP
  A.M. Gamayo Serna, M.R. Ruiz Marcos, F. Gil Alvanedo, C. Gadea Cruzado 31
- Análisis de las encuestas realizadas a los usuarios y al personal sanitario sobre una nueva bolsa para la recogida de orina en la micción para los hombres con dificultad de deambulación
  A. Real Romaguera, J. Buforn Valero, C. Piquer Bosca, A. Rubia Fernández, E. Ferrer Casares, A. Muñoz Izquierdo 39
- Experiencia de una consulta de Enfermería en una unidad de litotricia 41

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

Por fin llega el verano

POR fin se acerca el verano. Atrás queda un invierno plagado de malos momentos y desesperación, de catástrofes y de guerras. Afortunadamente, parece que las aguas vuelven a su cauce, recuperan su color habitual y la sinrazón parece quedar en un segundo plano. Pese a todo debemos mirar hacia delante con entusiasmo y olvidar cuanto antes el pasado cercano, poniendo ya en el punto de mira nuestro próximo encuentro que para la gran familia de la Enfermería Urológica no será otro que el Congreso de A Coruña. En él, como todos sabéis, celebramos el XXV Aniversario de los mismos y por ello todos debemos contribuir a engrandecerlo y hacerlo inolvidable, tanto con nuestra presencia como con nuestros trabajos. Por ello, desde estas líneas os animo a participar activamente en el mismo y así entre todos conseguiremos que sea una cita inolvidable, mientras tanto os deseo a todos un feliz y sosegado verano. ▼

REFORMA DE ESTATUTOS

CONTINUANDO con el tema de la reforma de estatutos, os recordamos que seguimos cumpliendo el cronograma fijado para dar curso a la reforma de los mismos; una vez enviado el borrador a los socios, tanto por correo como por entrega personal durante el Congreso de Huelva, hemos concluido el plazo para recibir alegaciones y enmiendas a los mismos. Tan sólo queda la defensa de las alegaciones en la asamblea extraordinaria de A Coruña y la aprobación de los mismos.

CRONOGRAMA REFORMA ESTATUTOS

Hasta 31 de diciembre 02	Envío borrador a los asociados (cumplido)
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.

7º Premio Jenaro Vázquez

EN el próximo Congreso de nuestra Asociación a celebrar en A Coruña se fallará el premio Jenaro Vázquez a la mejor comunicación oral y póster allí expuestos, con una dotación económica de 400 euros y 200 euros, respectivamente.

El jurado estará compuesto por el titular de dicho premio o persona en quien delegue, el director técnico del Congreso y 2 miembros del comité científico del mismo.

NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS PARA LOS *Socios de la AEEU*

CONCURSO DE LOGO

Os volvemos a recordar que se amplió el plazo para la presentación de ideas al nuevo logo de la Asociación y que con las mismas bases y plazos está abierto el certamen, dándose por aceptados los presentados hasta ahora, por lo que os animamos a que aportéis nuevas ideas. El fallo definitivo tendrá lugar en la asamblea de socios a celebrar en A Coruña 2003.

BECA DE INVESTIGACIÓN

Como os comentábamos en el número anterior, al quedar desierto el Premio de Investigación se convoca nuevamente para 2003, admitiéndose trabajos hasta 30 de septiembre. En este número volvemos a publicar las bases por las que se rige dicho certamen, (pág.28) recordando también que debéis enviar los trabajos a :

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME
Unidad de Formación Continuada.
A/a Luis Aparcero:
Beca Investigación ENFURO.
Ctra. de Cádiz, s/n. 41014 Sevilla.

ALTAS Y BAJAS DE SOCIOS EN EL PRESENTE AÑO

ALTAS

594: Juan Antonio Suárez Ortiz. 595: Mario Pierre-Louis Lanture. 596: Mercedes Gallego Ramos. 597: María José Poza Vecelay

BAJAS

437: Manuela Barrero Fernández (por jubilación). 181: Gloria Roggen Ruiz (por jubilación).19: José Ángel Camacho Sánchez Mingallón (petición propia). 377: Karmele Suárez Zárate

SECRETARÍA:

Os recordamos que para cualquier tema relacionado con Secretaría de la Asociación tenemos a vuestra disposición a nuestra secretaria Dª Isabel Gutiérrez, que os atenderá los martes y jueves de 17 a 19.30 horas en la sede de nuestra Asociación: C/ Francisco Silvela, 54 dpdo. 2º A, o bien al teléfono 91 356 27 95

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..... TELÉFONO.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

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

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Próximos a comenzar a recibir una nueva remesa de trabajos para publicar, coincidiendo con nuestro próximo Congreso, presentamos las normas de publicación por las que se rige ENFURO, y a las que nos debemos atener para darle rigor y prestigio a la misma, basadas en las normas internacionales de Vancouver. Se presenta un extracto, recomendamos la lectura de su totalidad en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm
Así mismo, hemos cambiado la dirección donde se deben enviar los originales.

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

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

3. **Artículos en disquete o e-mail.** Los artículos y trabajos se enviarán en soporte electrónico (en disquete o CD) o por e-mail, en procesador de texto Word versiones 97 - 2000. Al presentar los disquetes, los autores deben:
   - Cerciorarse de que se ha incluido una sola versión del artículo en el disquete.
   - Incluir en el disquete solamente la versión última del artículo.
   - Especificar claramente el nombre del archivo.
   - Etiquetar el disquete con el formato y nombre del fichero.
   - Enviar para revisión y cotejo una copia impresa en papel.

   El material se enviará por correo postal (preferentemente certificado) a:
   Francisco Estudillo González. C/ Profesor Antonio Ramos, 4-6º. San Fernando (Cádiz). Correo electrónico: pacoestudillo@ono.com

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

   Cada autor deberá haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo.
   El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores deben citarse en la sección de agradecimientos.

5. **Resumen y palabras clave.** Se incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Haciendo hincapié en lo más novedoso o de mayor importancia.
   Se identificarán de tres a cinco palabras clave que faciliten a los documentalistas el análisis documental del artículo y que se publicarán junto con el resumen.

6. **Método IMRYD y extensión:**
   - Introducción.
   - Métodos.
   - Resultados.
   - Discusión.

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

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

8. **Ilustraciones (figuras).** Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se deberán enviar preferentemente en disquetes o CD o por e-mail, escaneadas a alta resolución.
   En caso de ser imposible el escaneado, se enviarán junto con el disquete del texto por vía postal.
   Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para la ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto.

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

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

GUIJARRO SÁNCHEZ, JOSEFA; RUEDA CASERO, M.T.
Unidad de Urología Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

¿Somos capaces de ayudar a nuestros pacientes? Reflexión de un caso clínico

RESUMEN

Este trabajo pretende ser una reflexión sobre la relación que mantenemos con los pacientes, y si ésta es de verdadera ayuda o, por el contrario, nuestras conductas se convierten, en ocasiones, en estereotipos que nos defienden de nuestros propios sentimientos en situaciones difíciles.
Sea cual sea el área de trabajo, los enfermeros hemos constatado que los pacientes piden fundamentalmente ser acogidos, escuchados y comprendidos. De lo que se deduce que ofrecer unos cuidados efectivos desde el punto de vista técnico no es suficiente para prestar unos cuidados de calidad.
Palabras clave: Relación de ayuda. empatía, comunicación, escucha activa.

1. CASO PARA LA REFLEXIÓN

Nuestro punto de partida es una experiencia personal con una paciente que permaneció ingresada en nuestra unidad durante largo tiempo en el último año.

Esta persona, a la que llamaremos «María», padecía a su llegada a la planta una fístula vesico-cutánea, secundaria a Ca. de cervix tratado con QT + RT + Histerectomía con anexectomía doble. La resolución de este problema, tras diversas complicaciones, llevó a María a sufrir una uretero - ileostomía cutánea (Bricker), y una colectomía con colostomía (tipo Hartman). Este ingreso duró 60 días.

Reingresó a los dos meses, con importante dolor lumbar y fiebre, confirmándose una recidiva pélvica del tumor, pasando a Oncología, tras 30 días en la planta. La juventud de María y su penosa historia nos impactaron.

Desde el primer momento, objetivamos que sufría un fuerte deterioro de su propia imagen y autoestima, provocado por la pérdida de orina, lo cual le había llevado a no salir de casa en 6 meses. La relación con su familia se había deteriorado debido a su negación al diálogo, a pedir y a recibir ayuda, y su actitud era de rabia, expresada con agresividad, hacia las personas más cercanas.

Con el personal de Enfermería mostraba un comportamiento similar al expuesto anteriormente, con falta de colaboración, desinterés, desconfianza e irritación. Gran resentimiento hacia algunos médicos, a quienes consideraba culpables de su situación. Desesperación e intentos autolíticos que requirieron tratamiento psiquiátrico durante todo el proceso.

Los sentimientos y conductas del personal de Enfermería con respecto a María fueron muy diversos, y dependían del grado de relación directa que mantuviéramos con ella. En general, eran sentimientos de miedo, ya que nos enfrentábamos frecuentemente a situaciones difíciles en las que no sabíamos qué hacer o decir. Nuestra actitud muchas veces era de defensa, y nos centrábamos en la atención meramente técnica, eludiendo situaciones o diálogos conflictivos.

Algunas comprendíamos su comportamiento justificándolo por su estado físico y anímico. Manteníamos una actitud sobreprotectora, y nos resultaba difícil negarnos a sus demandas de sobreatención, sintiéndonos atrapadas entre sentimientos contradictorios. Teníamos que responder, era nuestro «deber», pero en algunas ocasiones nos hubiera gustado «que nos tragara la tierra». Nos resultaba difícil prestar una ayuda eficaz con la menor implicación personal y emocional.

Otras compañeras, con una responsabilidad más esporádica sobre la atención de María, se sentían ofendidas ante su comportamiento de rechazo y desconfianza, mostrándose irritadas y poco colaboradoras cuando de ella se trataba.

Esta experiencia me ha llevado a plantearme algunas preguntas…

2. PREGUNTAS

- ¿Qué sentimientos experimenta una persona cuando pasa por un proceso de enfermedad? ¿Qué necesidades tiene?
- ¿Con qué actitudes y recursos responde a esta situación?
- ¿Sabemos los enfermeros comunicarnos de forma eficaz con el paciente, detectando necesidades y problemas, y ayudando a resolverlos?
- ¿Cómo es nuestra respuesta ante una demanda de ayuda?
- ¿Qué cualidades deberíamos desarrollar para mejorar nuestra relación interpersonal, en especial la relación con los pacientes?
- ¿Qué miedos tenemos los enfermeros y cómo nos enfrentamos a ellos?
- ¿Cómo protegernos para evitar quemarnos en el ejercicio de nuestra profesión?

Para ayudarnos a encontrar respuestas he consultado documentación basada en la Relación de Ayuda en Enfermería, tema amplísimo y denso, pero muy útil en el ejercicio de nuestro trabajo, y a nivel personal, sobre el que os invito y animo a profundizar, pasando a mostrar sólo pequeñas pinceladas en este trabajo.

3. LOS MIEDOS DE LA ENFERMERÍA

3.1. Miedo a la muerte, ya sea real o esperada. Es para nosotros un reto mantenernos ante alguien que sabe que va a morir. Nos enfrenta al miedo a nuestra propia muerte. La ansiedad que nos provoca estas situaciones hace que nos defendamos, atendiendo exageradamente las necesidades físicas del moribundo, y nos olvidemos de él como ser humano. Nuestro comportamiento se vuelve frío, impersonal y mecánico.

3.2. Miedo al fracaso. Muchas veces nuestro trabajo es frustrante. Tratamos a enfermos incurables, hacemos esfuerzos inútiles, sufrimos críticas y falta de reconocimiento por parte de pacientes, familiares y superiores... Este sentimiento de fracaso hace que nos vayamos desgastando en el ejercicio de nuestra profesión.

3.3. Miedo a mostrarnos como somos, a mostrar nuestros sentimientos. Recibir de los compañeros o pacientes indiferencia, incomprensión, enfado, etc., nos da miedo y nos impide cambiar y arriesgar.

3.4. Miedo a la verdad del enfermo, a dialogar en la verdad y sobre la verdad de nosotros mismos. La mentira nos evita la responsabilidad de acoger la angustia del otro y ayudar a manejarla.

Decir la verdad al paciente aumenta su confianza en nosotros. La verdad es antídoto del miedo. Lo terrible y conocido es mejor que lo terrible y desconocido.

3.5. Miedo al enfermo, a algunos enfermos (contagiosos, drogadictos, alcohólicos, de otra raza o religión...) porque nos revelan nuestras propias incoherencias y diferencias.

En cualquier caso, es bueno reconocer nuestros miedos e inseguridades, sin avergonzarnos de ellos.

4. RELACIÓN DE AYUDA

Consiste en utilizar recursos relacionales con el fin de ayudar a otra persona a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente si no tiene solución, o a recorrer un camino de crecimiento. En Enfermería, mientras prestamos cuidados, interrelacionamos continuamente con el paciente, de lo que se deduce que la relación de ayuda (R.D.A.) es intrínseca a los cuidados.

Para establecer una verdadera R.D.A. es preciso luchar contra las dificultades de comunicación a nivel psicológico. Esto supone un verdadero reto para la Enfermería.

La R.D.A. debe tener en cuenta las diferentes dimensiones de la persona:

a) Corporal, tomando al cuerpo como elemento esencial de la persona.
b) Intelectual, o referente a la comprensión de uno mismo y del mundo.
c) Emotiva, o de los sentimientos y cómo los vivimos.
d) Social o relacional.
e) Espiritual o referente al mundo de los valores personales y la trascendencia.

Los recursos relacionales necesarios para una buena relación de ayuda se adquieren desarrollando una serie de actitudes, que son entre otras:

- Empatía.
- Escucha activa.
- Respuesta empática.
- Aceptación incondicional.
- Autenticidad.

5. EMPATÍA O ACTITUD EMPÁTICA

5.1. Definición

Es la disposición interior a ponerse en la situación existencial del otro, con el fin de comprender sus sentimientos y actitudes en una determinada situación. No se trata de identificarse con la otra persona para sentir lo mismo, sino de entrar imaginariamente en el mundo del otro para ver las cosas desde su punto de vista, sabiendo mantener las distancias emotiva y afectiva.

5.2. Objetivo

- Transmitir comprensión. Cuando una persona se siente comprendida, desarrolla actitudes de crecimiento y terapéuticas en relación a sí mismo.

5.3. Dificultades

- Actitud de defensa ante el miedo a una implicación emotiva, tendiendo a tranquilizar, aconsejar, juzgar..., y respondiendo con frases hechas, desdramatizando, etc.
- Vulnerabilidad del ayudante. Descubrimos nuestra propia necesidad de ayuda al entrar en contacto con el sufrimiento del otro, lo que nos empuja a protegernos en la relación, poniéndonos máscaras.
- Identificación emocional que, si es vivida intensamente, nos lleva a caer en el síndrome de «Burn-out».

6. ESCUCHA ACTIVA O APRENDER A ESCUCHAR

6.1. Definición

Es la habilidad de comunicación que nos permite entender el mensaje completo, tanto verbal como no verbal. Actitud de la Enfermería mediante la cual el paciente valora su disponibilidad para escuchar, permitiéndole expresar emociones, ideas y sentimientos sin miedo a ser rechazado.

6.2. Objetivos

- Oír, eliminando ruidos externos.
- Atender, o prestar atención.
- Voluntad de querer comprender (empatía).
- Ver, observar, prestando atención al lenguaje no verbal.
- Callar, haciendo silencio interno.

- Centrarse en las necesidades del otro.
- Acoger al otro.

6.3. Preparación para la escucha activa

- Es fundamental la postura física para transmitir interés a nuestro interlocutor. La inclinación del cuerpo será ligeramente hacia delante, de frente, con los brazos y manos sueltas, y con un contacto visual, según el grado de confianza y la tolerancia del otro.
- Mediante la observación, captaremos la disposición y el estado anímico de nuestro interlocutor. Prestaremos atención a la postura, el autocuidado, la expresión del rostro, los movimientos del cuerpo, etc.

6.4. La escucha activa propiamente dicha, o captar el mensaje

El objetivo es comprender la experiencia del ayudado, cómo se percibe a sí mismo y a los demás, su escala de valores, etc. Para llevarla a cabo es preciso:

- Suspender el juicio moral.
- Hacer silencio interior.
- Concentrarse en el otro y en los contenidos del mensaje.
- Captar el tono de voz.
- Poner atención a los temas repetitivos.

6.5. Dificultades para la escucha activa

- Tendencia a juzgar e imponer las propias ideas.
- Impaciencia, no permitiendo al otro que se exprese, cortando el mensaje.
- Ansiedad del ayudante, preocupado por sí mismo.
- Tendencia a huir de temas comprometidos emocionalmente.
- Pasividad, o tendencia a dar la razón.
- Tendencia a dar consuelo mediante «sermones».
- Escasez de tiempo, tema recurrente en nuestro trabajo, y sobre el que daremos algunas ideas sobre su manejo.

6.6. Manejo de la escasez de tiempo

- Informar de que contamos con poco tiempo, pero que hemos captado una necesidad de comunicación que se puede retrasar. Si es posible, concretar el momento.
- Establecer de antemano el tiempo disponible, y evitar sobrepasarlo, ya que nuestra atención se centraría en otras tareas a realizar.
- Respetar el ritmo que establezca nuestro interlocutor.
- Trabajo en equipo. Ver si es posible que otros compañeros atiendan la necesidad de comunicación detectada.
- Aprovechar cualquier momento de presencia, aunque sea breve, mientras proporcionamos cuidados terapéuticos, para comprender y escuchar.
- Utilizar la comunicación no verbal cuando el tiempo es escaso. Una mirada, una sonrisa, un abrazo..., pueden comunicar al otro nuestro apoyo.
- En poco tiempo puede hacerse mucho, al igual que en mucho tiempo puede no decirse nada.

7. RESPUESTAS

7.1. Tendencias más frecuentes en la respuesta enfermera

- Respuesta de juicio moral: Expresa la propia opinión sobre lo que el otro nos comunica. Le indica cómo debe comportarse, provocando sentimientos de inhibición, culpa, disimulo, etc.
- Respuesta interpretativa: Se centra en uno de los mensajes recibidos y los interpreta a su manera, produciendo irritación o resistencia.
- Respuesta de apoyo-consuelo: Minimiza la importancia o desdramatiza. Se intenta animar con actitud paternalista («no te preocupes», «no pienses en eso»...).
- Respuesta de investigación: Se realizan preguntas para obtener más datos. Esta respuesta es necesaria siempre que el diálogo sea abierto y no se convierta en un interrogatorio.
- Respuesta tipo «solución del problema»: Se indica cuál es la solución del problema sin tener en cuenta si ésta satisface o no al ayudado.

7.2. Respuesta empática, que se concreta con el ejercicio de la escucha activa

Consiste en la reformulación de cuanto se ha comprendido que el otro está viviendo, y lo comunica para verificar que se ha entendido bien. A veces, puede parecer inadecuada para continuar el diálogo, pero es el resultado de un proceso que requiere gran atención para concentrarnos en el ayudado y ver las cosas desde su punto de vista. Precisa de un entrenamiento, cuyo objetivo no supone dejar de utilizar correctamente el resto de las respuestas, sino aumentar las empáticas para transmitir una comprensión más eficaz.

La respuesta empática supone la aceptación de la comunicación del otro sin juzgar, sin desdramatizar y sin comparar con otras situaciones.

8. ACEPTACIÓN INCONDICIONAL

8.1. Significado

La aceptación incondicional no significa, como puede parecer, la aprobación de todas las conductas del ayudado. Para llegar a ella es preciso:

- Consideración y confianza en los recursos del ayudado, reconociendo su protagonismo.
- Ausencia de juicio moralizante, que no supone la falta de criterio propio, sino el hecho de no utilizarlo para condenar y criticar al ayudado.
- Cordialidad y afabilidad en el trato.
- Acogida de los sentimientos y acompañamiento en su integración y encauzamiento, teniendo en cuenta que para ello es fundamental que el ayudante sea capaz de integrar su propio mundo emotivo. La principal causa de dificultad en las relaciones interpersonales viene dada por el mundo de los sentimientos y emociones, por lo que es fundamental ahondar algo más en el tema.

8.2. Sentimientos

- En nuestra cultura se nos enseña a ignorar o negar los sentimientos y emociones, ya que pueden ser comprendidos como signo de debilidad pero, a pesar de esforzarnos en no prestarles atención, lo cierto es que seguimos experimentándolos.
- Manifestarlos depende del sentimiento en sí, de cuándo han sido provocados (presente o pasado), y de si hablamos de ellos o no con la persona que los ha provocado.
- Ignorar los sentimientos, reprimirlos, no nos lleva al control emocional, más bien provoca todo lo contrario. Encauzar los sentimientos no es reprimirlos, ellos nos informan sobre nuestra relación con el mundo que nos rodea.
- Los sentimientos pueden manifestarse directamente, mediante cambios fisiológicos (rubor, temblor...), mediante palabras y gestos, o indirectamente, mediante un juicio de valor. Lo ideal es expresarlos directamente, pero esto no es fácil, ya que los sentimientos suelen venir encadenados, pueden ser contradictorios, se pueden reprimir por alguna connotación pecaminosa, etc.
- Tener sentimientos es natural y, como tales, hay que aceptarlos teniendo en cuenta que, moralmente, no son ni buenos ni malos.
- Los sentimientos positivos hacia una persona son signos de confianza en ella. Los negativos nos indican que algo no va bien en nuestra relación.
- En las relaciones interpersonales es importante atender a los sentimientos de los otros; sobre todo, cuando se expresan indirectamente y, en caso de conflicto, hay que expresarlos en el momento oportuno, para evitar resentimientos.
- La destreza que regula el manejo y la comunicación de los sentimientos es la asertividad.

8.3. Asertividad

Es la habilidad social de comunicación que nos permite expresar de manera abierta y honesta nuestros puntos de vista, manifestando al mismo tiempo que entendemos la posición del otro.

La asertividad genera: afirmación propia y del otro, aumenta la confianza en uno mismo y en los demás, reduce la agresividad y la sumisión.

La asertividad depende directamente del nivel de autoestima.

9. AUTENTICIDAD. COMUNICACIÓN AUTÉNTICA

9.1. Concepto

La autenticidad es la coherencia personal entre lo que se piensa, se vive, se es, se siente y lo que se expresa. Es la capacidad de ser uno mismo en la relación, sin máscara. Implica un buen conocimiento de uno mismo.

9.2. Niveles de comunicación

- Comunicación tópica o superficial. Hablamos con frases vacías de contenido.
- Hablar de otros. No hacemos ningún comentario personal. Damos datos de las personas del entorno.
- Comunicamos algo de nosotros mismos, expresando opiniones y decisiones, pero censurando el mundo de los sentimientos.
- Comunicación auténtica.

9.3. Comunicación auténtica

Las reglas para que ésta sea posible son:

- Creer en la comunicación.
- Autenticidad y sinceridad.
- Confianza.
- Ausencia de juicio moralizante.
- Claridad.
- Liberar e integrar sentimientos personales, y que éstos respondan a valores personales.
- Acogida de los sentimientos del otro, sin huir.

10. IDEAS PARA PROTEGERNOS Y EVITAR EL DESGASTE

- Conocer nuestras propias reacciones.
- Capacidad para identificar y resolver problemas emocionales, reconociendo nuestros recursos y nuestros límites.
- Cuanta mayor sea la aceptación de nosotros mismos, mejor actitud de escucha adoptaremos, y más seguridad percibiremos.
- Evitar la identificación con los problemas o situación del paciente, para poder actuar de forma objetiva.
- Enseñar al paciente a manifestar sus necesidades y animarles a defender sus derechos. No hacerlo comportaría aumento del estrés y un sentimiento de frustración inútil.
- Establecer una distancia emotivo-afectiva en la actitud empática. El equilibrio en la actitud empática consiste en aprender a captar realmente el mensaje del otro, estableciendo la distancia necesaria para poder seguir viviendo y ayudando a otros.
- Cuidarnos a nosotros mismos, estableciendo cambios en nuestro entorno familiar y de trabajo, de forma que nos sintamos mejor y aumentemos nuestra autoestima.
- Aprender a ser lo más asertivo posible.

11. QUÉ NECESITAN Y PIDEN LOS PACIENTES DE LOS ENFERMEROS

- Un trato humano y respetuoso, permitiendo la autonomía.
- Información sin sobreprotección ni desvalorización.
- Presencia y acompañamiento en momentos difíciles.
- Que reconozcamos los esfuerzos y los logros conseguidos en la lucha por su curación.
- Que no despreciemos las consultas sobre su situación, y compartamos todo lo que pueda ayudarles.
- Más sensibilidad en el contacto personal y más escucha.
- Que compartamos sus dificultades y angustias.
- Que no huyamos ante palabras como «cáncer» o «muerte». ¡Nos necesitan! ▼

A. ABOY GARCÍA, C. DELGADO PORTO, I. PRESEDO FARIÑA, I. RODRÍGUEZ CASTELO, S. DEL CORRAL GÓMEZ
Servicio de Urología Hospital Juan Canalejo. A Coruña

Dolor en el paciente postquirúrgico

RESUMEN

Para determinar si la analgesia administrada a los pacientes urológicos en el postoperatorio es adecuada para mitigar el dolor, los autores realizan un estudio observacional y de prevalencia durante un período concreto con unos criterios de inclusión y exclusión y midiendo en cada paciente una serie de parámetros, realizándose un analisis estadístico de las variables incluidas en el estudio. Así mismo se realiza una revisión exhaustiva de la bibliografía existente.
Palabras clave: Dolor, postoperatorio, analgesia.

OBJETIVO

Determinar si la pauta habitual de analgesia en el paciente postquirúrgico urológico es suficiente para el control del dolor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito: Pacientes postquirúrgicos del servicio de Urología del Complexo Hospitalario Juan Canalejo.

Período: Abril-julio 2002.

Tipo de estudio: Observacional de prevalencia.

Criterios de inclusión y exclusión: Se han incluido pacientes ingresados en el servicio de Urología en el período de estudio que requerían intervención quirúrgica. Han sido excluidos los pacientes parapléjicos y los procedimientos quirúrgicos que no requerían anestesia general o epidural.

Mediciones/intervenciones: En cada paciente incluido en el estudio se determinarán las siguientes variables: Edad, sexo, motivo de ingreso, patología asociada, tipo de intervención pauta inicial de analgesia, necesidad de analgesia a demanda y modificación de la pauta inicial.

La valoración de la cuantificación del dolor se hizo por medio de una escala visual validada. Las mediciones se realizaron a su llegada a la planta y los dos días posteriores.

Justificación del tamaño muestral

SEGURIDAD	PRECISIÓN	Nº
95%	5%	385
95%	6%	267
95%	7%	196
95%	8%	151
95%	9%	119
95%	10%	97
95%	11%	80
95%	12%	67
95%	13%	57
95%	14%	49

LA VALORACIÓN DE LA CUANTIFICACIÓN DEL DOLOR SE HIZO POR MEDIO DE UNA ESCALA VISUAL VALIDADA. LAS MEDICIONES SE REALIZARON A SU LLEGADA A LA PLANTA Y LOS DOS DÍAS POSTERIORES

Análisis estadístico: Se realizará un estudio descriptivo de las variables incluidas en el estudio con la estimación de su 95% intervalo de confianza. La comparación de médicas se realizará con los test de Student o test de Mann Whitney, según proceda tras la comprobación de normalidad con el test de Kolgomorov-Smirnov. Para determinar las variables asociadas a la presencia de dolor, se realizará un análisis de regresión logística

Plan de trabajo

a) Valora la viabilidad y colaboración del estudio con el personal que desee participar.
b) Concretar las mediciones a realizar en cada paciente.
c) Valorar la cuantificación del dolor.
d) Revisar bibliografía.

HOJA DE REGISTRO/ETIQUETA

Fecha de ingreso:

Motivo de ingreso:

Patología asociada:

H. T. A ☐ **Neoplasia** ☐
Diabetes ☐ **Cardiopatía isquémica** ☐
EPOC ☐

Tipo de intervención:

Endoscópica ☐ **Abierta** ☐

Especificar tipo de intervención:

☐ **R.T.U. Próstata**
☐ **R.T.U. Vejiga**
☐ **Aenomectomía**
☐ **Nefrectomía**
☐ **Prostatectomía radical**
☐ **Cistectomía**
☐ **Suspensión vesical**
☐ **……..**

Pauta inicial de analgesia:

FÁRMACO	DOSIS	CAMBIOS
Adolonta		
Buscapina Compositum		
Nolotil		
Cloruro mórfico		
Proefferalgan		

¿Se ha pautado analgesia a demanda? **Sí** ☐ **No** ☐ **¿La precisó?** **Sí** ☐ **No** ☐

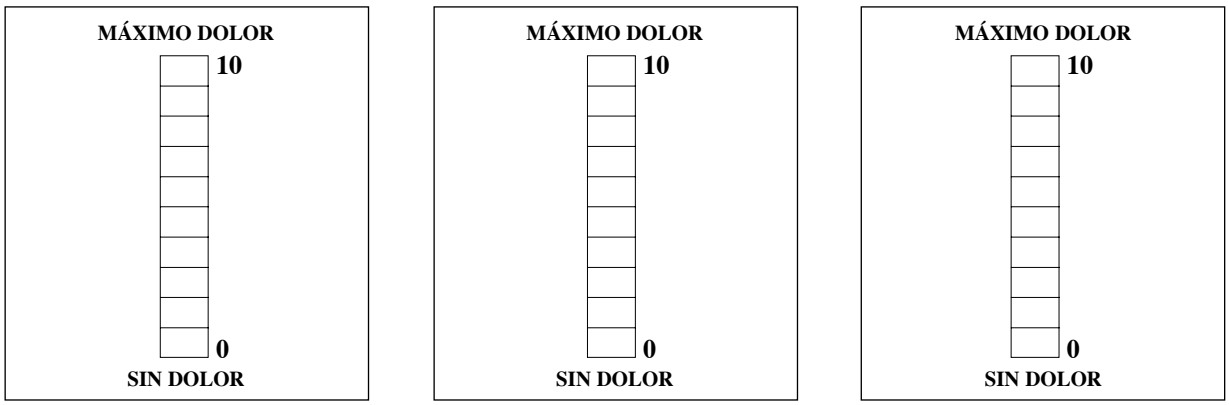
¿Se precisó modificar la pauta inicial? **Sí** ☐ **No** ☐

Causa de la modificación: Persistencia del dolor ☐

Disminución del dolor ☐

Cuantificación del dolor:

Al llegar a planta	Un día	Dos días
Día:	**Día:**	**Día:**
Hora:	**Hora:**	**Hora:**



Equipo: Rojo

Azul

RESULTADOS

La media de edad es de 67,8 ± 11,4 con una mediana de 70,4 y un rango que oscila entre 35 y 85 años. El 86,2% son hombres. La patología asociada más frecuente es la hipertensión arterial (34,5%), seguida del EPOC (17,2%) y la cardiopatía isquémica (13,8%). El 69,0% se realizó cirugía abierta y en el 31,0% cirugía endoscópica. El tipo de intervención más frecuente ha sido la Adenomectomía (30,2%) seguida de Prostatectomía radical (20,9%) y R.T.U. próstata (16,3%) y R.T.U. vejiga (14,0%). El fármaco analgésico más frecuentemente utilizado ha sido el Nolotil (50%), seguido de Adolonta y Buscapina Compositum con 17,2% cada uno de ellos y del Cloruro Mórfico (12,1%). Se ha pautado analgesia a demanda en el 20,7% de los casos, precisándose en el 12,1%. Se modificó la pauta en el 8,6%.

Al llegar a planta, el 53,4% de los pacientes no tiene dolor, este porcentaje asciende al 58,6% al segundo día y a un 69% al tercer día. El 1,7% presentan el máximo dolor de la escala al llegar a la planta. Los hombres presentan una puntuación de dolor discretamente más elevada que las mujeres a llegar a planta (1,9 vs 0,7) no siendo la diferencia significativa (p=0,29). Dicho hallazgo es consistente el segundo y tercer día. Existe una correlación negativa, no significativa, entre la edad y la escala de dolor (Rho de Spearman= -0,14; p=0,28). Los pacientes con cirugía abierta refieren más dolor que los de cirugía endoscópica al llegar a planta (2,3vs 0,7) (p=0,024). Esta diferencia no es significativa al tercer día, estando en el límite de la significancia estadística al segundo día (1,8 vs 0,7; p=0,061). Existen diferencias estadísticamente significativas al llegar a planta entre la escala de dolor y el tipo de intervención, experimentando los valores más elevados de escala de dolor la cistectomía (4,0) y adenomectomía (3,8), y los más reducidos la R.T.U. de próstata y vejiga. No existen diferencias significativas entre la escala del dolor y los diferentes equipos quirúrgicos.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes presentan un control adecuado del dolor, siendo el tipo de intervención el que determina la intensidad del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- J Adv Nurs 2002 Mar; 37 (6): 532-540. Development of an instrument to measure strategic and clinical quality indicators in postoperative pain management. Idvall E, Hamrin E, Unosson M.
- Int J Nurs Pract 1999 Dec; 5 (4): 216-26.
- Can J Anaesth 1996 Feb; 43 (2): 193-4. Postoperative pain management-beyond basics. Ready LB.
- Pain 1999 Mar; 80 (1-2): 23-9. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B.
- Eur J Pain 2001; 5 (2): 125-33. Influence of expecta-

tions and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. Svensson I, Sjostrom B, Haljamae H.
– Qual Manag Health Care 1999 Winter; 7 (2): 20-7. Evaluation of a local cooperative project to improve postoperative pain management in Wisconsin hospitals. Tavris DR, Dahl J, Gordon D, Kloepfel E, Williams N, Martin P, Gold J. MetaStar, Inc., Madision, WI, USA.
– Ann Fr Anesth Reanim 1998; 17 (6): 494-501.
– Arch Surg 1998 Feb; 133 (2): 226.
– J Miss State Med Assoc 2002 Feb; 43 (2): 58-9. Progress seen in quality indicators. McIlwain JS.
– Acta Anaesthesiol Scand 1996 Aug; 40 (7): 852-7. Management of postoperative pain. An intervention study. Juhl IU, Bulow HH, Nielsen PR, Videbaek B, Sonnenschein C.
– Mt Sinai J Med 1991 May; 58 (3): 240-6. Update on postoperative pain management. Kreitzer JM, Reuben SS, Reed AP.
– Clin Nurse Spec 2002 Jan; 16 (1): 35-7. Considerations for postoperative pain management in older adults. Moddeman G.
– Harefuah 1984 Jan 1; 106 (1): 25-7. Zilber N, Rosenberg C, Birkhan J.
– Pain Manag Nurs 2001 Jun; 2 (2): 65-72. Contemporary staffing-mix changes: the impact on postoperative pain management. Huston CJ.
– J Pain Symptom Manage 1999 Jul; 18 (1): 17-2. Measuring patient opinion of pain management. Calvin A, Becker H, Biering P, Grobe S.
– Am J Nurs 2002 Jan; 102 (1): 13-4. Lack of pain management. Bell G.
– Anaesthesist 1997 Sep; 46 Suppl 3: S143-6. «The quality of postoperative pain therapy». Malteser Krankenhaus Bonn.
– Clin Podiatr Med Surg 1994 Jan; 11 (1): 55-64. Postoperative pain management. Woodburn SE.
– Orthop Nurs 1997 Nov-Dec; 16 (6): 55-60; quiz 61-2. Epidural pain management for the pediatric spinal fusion patient. Kester K.
– Nursing 1980 Mar; 10 (3): 76-8. Test your knowledge of postoperative pain management. Steele BG.
– S Afr J Surg 1992 Mar; 30 (1): 2-5. Postoperative pain-an update. Shipton EA.
– Ann Fr Anesth Reanim 2001 Mar; 20 (3): 246-54. «Quality assurance program for postoperative pain management: impact of the Consensus Conference of the French Society of Anesthesiology and Intensive Care». Mann C, Beziat C, Pouzeratte Y, Boccara G, Brunat G, Millat B, Colson P.
– Medsurg Nurs 1993 Jun; 2 (3): 191-6. Nursing care of the postoperative patient receiving epidural analgesia. Keeney SA.
– J Nurs Manag 1997 Nov; 5 (6): 341-9. Survey of postoperative patients' pain management. Bostrom BM, Ramberg T, Davis BD, Fridlund B. Department of Health Sciences, Halmstad University, Varberg, Sweden.
– Anaesthesist 1997 Feb; 46 (2): 161-73. «Postoperative pain therapy. II.». Jage J, Hartje H. Klinik fur Anaesthesiologie, Johannes Gutenberg-Universitat Mainz.
– J. Vasc Nurs 1993 Dec; 11 (4): 104-7. Management of patients undergoing vascular surgery who are receiving epidura analgesia. Matula PA.
– Ned Tijdschr Geneeskd 1994 Apr 30; 138 (18): 902. Ned Tijdschr Geneeskd. 1994 Aug 13; 138 (33): 1688. «Postoperative pain control in The Netherlands».
– Ann Fr Anesth Reanim 1998; 17 (6): 445-61. «Management of postoperative pain in adults and children»
– Masui 1995; 44 Suppl: S78-82. «Epidural analgesia for surgery and postoperative pain». Kosaka Y.
– Anesthesiology 1989 Apr; 70 (4): 719-20. A postoperative pain management service. Brodsky JB, Brose WG, Vivenzo K.
– Cah Anesthesiol 1991; 39 (2): 105-10. Spinal opioids in the management of postoperative pain. Rubin AP.
– Clin J Pain 1997 Sep; 13 (3): 229-36. Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness. Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, Griffin F, Levy J, Daly M, Schaffer JL.
– Acta Anaesthesiol Scand 2001 Apr; 45 (4): 465-70. Management of postoperative pain in Spain. Puig MM, Montes A, Marrugat J.
– J Perianesth Nurs 2001 Dec; 16 (6): 388-98. Pain management in the ambulatory surgical population. Moline BM.
– Int Anesthesiol Clin 1983 Winter; 21 (4): 1-208. Pain management.
– Eur J Anaesthesiol 1998 Nov; 15 (6): 748-51. Postoperative pain management: why is it difficult to show that itimproves outcome? Breivik H.
– Zhonghua Hu Li Za Zhi 1989 Dec; 24 (12): 713-5. «Nursing care of postoperative pain». Yang CL.
– Crit Care Nurs Clin North Am 2001 Jun; 13 (2): 311-7. Monitoring and improving pain management practices. A quality improvement approach. Miaskowski
– J Perianesth Nurs 2002 Feb; 17 (1): 30-42. Postoperative pain management: Morphine versus ketorolac. Anthony D, Jasinski DM.
– Semin Urol 1985 Aug; 3 (3): 204-15. Management of postoperative pain. Malhotra V, Artusio JF Jr.
– Top Clin Nurs 1980 Apr; 2 (1): ix. Pain management. Sutterley DC, Donnelly GF.
– Pain 1984 Feb; 18 (2): 205-8. Preoperative predictors of postoperative pain. Keeri-Szanto M.
– Soins Chir 1995 Feb; (168): 28-31. «Postoperative pain». Fagnoni C, Vanetti S, Oberlin P.
– Mt Sinai J Med 1991 May; 58 (3): 247-56. Postoperative pain management in children. Haberkern CM, Tyler DC, Krane EJ.
– Surg Clin North Am 1999 Apr; 79 (2): 431-43. Acute pain control and accelerated postoperative surgical recovery. Kehlet H.
– Crit Care Nurs Clin North Am 1990 Dec; 2 (4): 537-47. Pain management. Wild L.
– J Perianesth Nurs 2002 Feb; 17 (1): 9-10. A position statement on pain management.
– Crit Care Nurs Q 1993 May; 16 (1): 8-25. Acute postoperative pain management: a comprehensive review and update. Jurf JB, Nirschl AL.

MÁRQUEZ GUILLÉN, ANA; RUEDA CASERO, MARÍA TERESA; GUIJARRO SÁNCHEZ, JOSEFA; CASTELLANO VALVERDE, MARÍA JOSÉ
Unidad de Neurofisiología Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Alergia al látex en urología

RESUMEN

El uso extendido del látex como material de fabricación de multitud de productos hospitalarios, amén de toda clase de productos presentes en nuestra vida cotidiana, ha dado lugar a la aparición cada vez más frecuente de fenómenos alérgicos asociados a su uso. En este trabajo se nos orienta sobre diversos aspectos como: vías de exposición, manifestaciones clínicas, grupos de riesgo, criterios de actuación, concienciación, educación al respecto de los profesionales, etc. Todo ello encaminado a evitar riesgos innecesarios tanto a los pacientes como a los profesionales de la salud.
Palabras clave: Alergia, látex, grupos riesgo, vías exposición.

SUMMARY

The use extended of látex like material of manufacture of hospitable product multitude, and of all present product class in our daily life, has given rise to the appearance every time but it frequents, of allergic phenomena associate to his use. In this work it is oriented to us on diverse aspects like: vias of exhibition, clinical manifestations, groups of risk, criteria of performance, awareness, education on the matter of the professionals, etc. All it directed to as much avoid unnecessary risks to the patients as to the professionals of the Health.
Key Words: Allergy, látex, groups risk, routes exhibition.

INTRODUCCIÓN

Durante el ingreso hospitalario, los pacientes están expuestos al contacto, por vía inhalatoria, atópicas y a través de las mucosas, con diferentes materiales que en su composición contienen látex; pudiendo provocar éste reacciones de hipersensibilidad potencialmente letales.

La gravedad de estas reacciones y el que cada vez sea más frecuente encontrar pacientes alérgicos al látex o personas consideradas grupos de riesgo que en cualquier momento se pueden sensibilizar ante dicho material, hacen necesario su conocimiento por parte de todos los profesionales de la salud para poder tomar, desde un primer momento, todas las medidas necesarias intentándose conseguir un entorno libre de látex, tanto de materiales como de ambiente, para evitar reacciones alérgicas, tanto leves como severas (anafilaxia), ya que es el único medio de poder garantizar una seguridad en el cuidado de estos pacientes.

La prevalencia de la enfermedad es bastante alta y la incidencia sigue aumentando. Se estima que entre un 1 y un 6 por ciento de la población general la padece; cifrándose en los profesionales sanitarios entre un 12 y un 17 por ciento. Esta cifra aumenta, y cada vez más, en niños que padecen espina bífida; pues el último sondeo era de un 60 por ciento. Según algunos doctores, entre ellos el doctor Moneo del Instituto de Salud Carlos III, ya se puede hablar de pandemia de alergia al látex.

OBJETIVOS

El hecho de que una de las autoras padezca una importante alergia al látex nos ha sensibilizado sobre el tema; comprobando que existe una gran desinformación, especialmente grave entre todos los profesionales sanitarios.

Los principales objetivos de este trabajo son:

- Recopilar material informativo y exponerlo con el fin de mejorar la calidad asistencial.
- Resaltar la importancia de evitar riesgos innecesarios en la atención al paciente diagnosticado de alergia al látex.
- Identificar a los pacientes que consideramos grupos de riesgo.
- Insistir en la necesidad de unificar criterios de actuación.
- Concienciar a toda la enfermería y a los profesionales

sanitarios sobre los riesgos de esta alergia e indicar la necesidad de la educación del paciente alérgico.

1. Material y métodos

1.1. El látex

El látex es la savia de algunas familias de vegetales (plantas, herbáceas, arbustos y árboles) tratada bajo diversos procesos. El látex más conocido y utilizado es el de las plantas productoras de caucho, del género Hevea Brasiliensis, llegando a significar el 45 por ciento de la composición del látex. De dicho árbol se recoge la savia en recipientes con amoniaco para prevenir su coagulación; y posteriormente se somete a una serie de procesos que la convierten en un material muy versátil por sus características de elasticidad, dureza y fuerza.

El producto final que se obtiene está formado por un 95 por ciento de poliisopreno, un 3 por ciento de proteínas y un 2 por ciento de otros productos. Se considera que esas proteínas son las principales desencadenantes de la alergia asociada al látex.

Desde el primer momento estamos en contacto con este material: desde el nacimiento y a lo largo de toda nuestra vida. Se da la paradoja de que el medio hospitalario, hoy en día, es el lugar más peligroso para el paciente diagnosticado de alergia al látex, y trabajar en el medio sanitario es uno de los factores de riesgo más importante para la sensibilización al látex.

A nivel hospitalario tenemos que saber que ya hay materiales alternativos para todos los productos que utilizamos, como son el vinilo, el nitrilo, el neopreno, etc.

1.2. Vías de exposición

La alergia al látex o hipersensibilidad ocurre cuando el sistema inmunológico del cuerpo reacciona a las proteínas que se encuentran en el látex de caucho natural.

La vía de exposición al antígeno determinará el tipo de reacción que se desencadena. Esta alergia la hace diferente a otras porque se puede adquirir por diferentes vías, como son:

- De contacto: por contacto directo de productos de látex con la piel, con las mucosas o con tejidos internos; por ejemplo al tocar al paciente con guantes de látex, sondajes o vendajes; durante las intervenciones quirúrgicas; etc.

LA GRAVEDAD DE ESTAS REACCIONES Y EL QUE CADA VEZ SEA MÁS FRECUENTE ENCONTRAR PACIENTES ALÉRGICOS AL LÁTEX O PERSONAS CONSIDERADAS GRUPOS DE RIESGO QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDEN SENSIBILIZAR ANTE DICHO MATERIAL, HACEN NECESARIO SU CONOCIMIENTO POR PARTE DE TODOS LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

- Por inhalación: Debido a la existencia de partículas de látex en el ambiente. En el medio sanitario se produce fundamentalmente porque los alérgenos del látex son absorbidos por el polvo que recubre el interior de los guantes, facilitando su vehiculización, permitiendo así su dispersión e inhalación, causando reacciones alérgicas respiratorias.
- Vía digestiva: Al ingerir un alimento que previamente ha sido manipulado con guantes de látex.
- Vía parenteral: Al introducir partículas de látex directamente en el torrente sanguíneo; por ejemplo cuando inyectamos al paciente una medicación en la que su envase tenía tapón de caucho, o usando jeringas cuyo capuchón es de dicho material.

1.3. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas relacionadas con la utilización de productos de látex va a depender de:

- La vía de exposición.
- La cantidad de alérgeno contactado.
- La variabilidad individual.

Hay que recalcar que no es necesario el contacto físico con productos que contienen látex para que se produzca una reacción alérgica; pues como hemos enunciado anteriormente se puede adquirir al inhalar partículas de látex.

La alergia al látex puede cursar como:

- Dermatitis de contacto irritativo.
- Dermatitis alérgica de contacto.
- Urticaria de contacto inmunológica.
- Urticaria generalizada con o sin angioedema.
- Rinitis.
- Conjuntivitis.
- Picor y tos seca.
- Asma.
- Clínica gastrointestinal.
- Anafilaxia / shock anafiláctico.

Esta alergia suele comenzar, en una primera fase, con síntomas leves. Si no se evita el contacto, aparecerán los síntomas más graves ya que una vez que una persona ha desarrollado anticuerpos IgE frente al látex, la exposición por vía cutánea, mucosa o visceral frente a los alérgenos de látex pueden causar reacciones que pueden variar desde una urticaria leve a la anafilaxia e incluso la muerte.

Las personas alérgicas al látex pueden manifestar síntomas alérgicos a comer ciertos alimentos vegetales, como son el plátano, el aguacate, el kiwi, la castaña, el tomate, etc. Debido a la reactividad cruzada entre diferentes proteínas expresadas en el látex y en estos alimentos. Con frecuencia la primera manifestación clínica ocurre al comer alguno de estos alimentos.

1.4. Grupos de riesgo

Cualquier persona puede padecer esta alergia, pero las posibilidades aumentan cuando hay una exposición prolongada a productos de látex por motivos laborales, atopías o por intervenciones médicas o quirúrgicas múltiples.

Existen unas explicaciones para comprender el aumento de la sensibilización al látex, como es la utilización masiva de guantes de látex, a nivel sanitario, a partir de la década de los ochenta, como medida de precaución frente a la transmisión de enfermedades infectocontagiosas produciéndose por consecuencia un descenso en la calidad de los guantes de látex para reducir su precio y aumentar la rapidez de su producción; y a un mejor conocimiento y diagnóstico de esta enfermedad.

Se están identificando ciertos grupos de población como de alto riesgo para este tipo de reacciones al látex. Estos son:

- Personas con una exposición ocupacional al látex como: profesionales sanitarios, trabajadores del caucho, peluqueras, amas de casa y sigue aumentando en muchas profesiones debido al uso continuo del guante durante su jornada laboral como son: agrícolas, trabajadores de la pizarra, manipuladores de alimentos.
- Pacientes con intervenciones quirúrgicas o médicas repetidas; como por ejemplo niños con malformaciones genito-urinarias o niños con espina bífida.
- Pacientes con historia de atopía que hayan presentado dermatitis, eczemas flexural, rinitis, asma o síntomas alérgicos ante determinados alimentos.
- Pacientes que han presentado algún episodio de urticaria o anafilaxia de causa indeterminada.

1.5. Diagnóstico precoz

Como en todas la enfermedades, lo principal es la prevención realizando un diagnóstico precoz:

- Haciendo una buena anamnesis del paciente ante cualquier síntoma alérgico como antecedentes familiares, profesión, el momento en que aparece la alergia, si ha tenido operaciones o ingresos hospitalarios múltiples, si presenta alergia a ciertos alimentos vegetales, etc. De forma que podemos intuir que una persona sea un posible alérgico al látex antes de que aparezcan los síntomas más graves, remitiéndole a un servicio de alergia para que le realicen las pruebas pertinentes para su diagnóstico.
- Evitar el alérgeno en todas las personas diagnosticadas y para aquellas personas que clasificamos de grupos de riesgo, aunque no presenten síntomas, para evitar el desarrollo de la sensibilización a esta alergia.

CUALQUIER PERSONA PUEDE PADECER ESTA ALERGIA, PERO LAS POSIBILIDADES AUMENTAN CUANDO HAY UNA EXPOSICIÓN PROLONGADA A PRODUCTOS DE LÁTEX POR MOTIVOS LABORALES, ATOPÍAS O POR INTERVENCIONES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS MÚLTIPLES

PARA CONSEGUIR UN AMBIENTE LIBRE DE LÁTEX EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO, DEBERÍA EXISTIR UN PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE MANEJO DEL PACIENTE ALÉRGICO AL LÁTEX EN TODAS LAS UNIDADES

1.6. Tratamiento

Actualmente sólo existe tratamiento sintomático para paliar las manifestaciones clínicas (colirios, inhaladores, corticoides, antihistamínicos, adrenalina, etc.) que el paciente debe saber manejar una vez que haya sido pautado por su alergólogo.

Se están haciendo investigaciones, entre otras en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, para encontrar un posible tratamiento inmunológico (vacunas).

Por ahora no existe ningún tratamiento para curar definitivamente la enfermedad, por ello el mejor tratamiento es la prevención y evitar el alérgeno en todas sus presentaciones, adoptando los cambios que fueran necesarios en el hogar, en el trabajo, en el colegio, durante el ocio, etc.

1.7. Medidas preventivas

Para conseguir un ambiente libre de látex en el ámbito quirúrgico, debería existir un protocolo estandarizado de manejo del paciente alérgico al látex en todas las unidades.

Al ingresar el paciente y realizar la historia de enfermería se hará especial hincapié en las manifestaciones alérgicas y antecedentes personales del paciente, indicándole si ha sido diagnosticado por el servicio de alergia o si se trata de una sospecha (grupos de riesgo).

Además, se deberán mantener las siguientes precauciones:

- La alergia se reseñará de forma clara y bien visible en todos los registros.
- Se habilitarán habitaciones libres de látex, si es posible habitaciones individuales y si esto no fuera posible tratar al resto de los pacientes de la habitación como si también fueran alérgicos.
- Comunicar a todo el personal (equipo de enfermería, médicos, limpiadoras, dietistas, etc.) que hay un paciente alérgico al látex e informar de las medidas a seguir, haciendo hincapié en que las vías de exposición son de contacto e inhalatorias; supervisando que se llevan a cabo todas las medidas necesarias.
- Comprobar la existencia en el servicio de antihistamínicos, corticoides, adrenalina, etc.
- Antes de trasladar al paciente a realizar cualquier exploración fuera de la unidad se avisará con antelación para que en ella se tomen las medidas preventivas oportunas.

- Todo el material que se utilice con el paciente estará libre de látex y si no fuera posible, se aislará adecuadamente.
- El cirujano avisará a los servicios de anestesia, de alergia y al personal de quirófano.

En los quirófanos se deberán tomar las siguientes medidas encaminadas a conseguir un quirófano libre de látex:

- Tener preparado el protocolo de actuación.
- Limpiar el quirófano doce horas antes; usando guantes libres de látex, así como todo el material de limpieza. Se deberá ventilar abriendo puertas.
- Se programará la cirugía a primera hora de la mañana. Las intervenciones urgentes se realizarán en los quirófanos que lleven más horas sin utilizar.
- El material libre de látex estará fácilmente identificado en su almacenamiento.
- El número de personas en el quirófano será el indispensable, evitando entradas y salidas innecesarias.
- Las casas comerciales deberían aportar una certificación de todo el material y aparataje en el que figure si en su composición hay látex o no.
- Antes de finalizar el acto quirúrgico, se informará a la enfermera del despertar o reanimación de que van a recibir un paciente alérgico al látex.

1.8. Material de uso frecuente conteniendo látex

Algunos de los materiales utilizados en el medio hospitalario que contienen látex son:

- Sistema de ventilación manual (mascarilla, ambú y alargaderas negras).
- Compresores de goma.
- Sondas urológicas, catéteres y conexiones.
- Vendas de crepé.
- Drenaje de Penrose.
- Tubuladura elástica.
- Esparadrapo de tela y seda.
- Aparatos de tensión manuales y fonendoscopio.
- Sueros y medicación con tapones de látex.
- Respirador con látex.
- Guantes de látex e hipoalergénicos.

CONCLUSIONES

Creemos que es muy difícil actualmente procurar un ambiente sanitario libre de látex, pero sería imprescindible su creación en todos los servicios de urgencias (ambulancias, quirófanos, salas de exploración y hospitalización de urgencias, UVIs móviles, etc.).

Debería existir un protocolo estandarizado del cuidado del paciente alérgico al látex en todo el sistema nacional de salud, tanto público como privado (hospitales, centros de salud, consultas de podólogos, odontólogos, fisioterapeutas, etc.).

EL PERSONAL SANITARIO, AL SER UNO DE LOS GRUPOS DE RIESGO, DEBERÁ TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS ANTE LA MENOR SINTOMATOLOGÍA QUE PUEDA HACER SOSPECHAR QUE SE PUEDE SER ALÉRGICO AL LÁTEX ACUDIENDO AL SERVICIO DE ALERGIA PARA UN PRECOZ DIAGNÓSTICO

Una buena formación del personal sanitario mejoraría la calidad de los cuidados de estos pacientes evitando complicaciones innecesarias.

Además de una reducción de los riesgos, una inversión en material libre de látex supone también una reducción del gasto sanitario a largo plazo (bajas laborales, incapacidades, gastos en fármacos, etc.).

El personal sanitario, al ser uno de los grupos de riesgo, deberá tomar las medidas necesarias ante la menor sintomatología que pueda hacer sospechar que se puede ser alérgico al látex acudiendo al servicio de alergia para un precoz diagnóstico.

Recordemos que el único tratamiento que existe en la actualidad es evitar la exposición al látex. ▼

BIBLIOGRAFÍA

– «Allergens in latex surgical gloves and glove pouder». Turjanma K. Reunala. Lancet, 1990.
– «Alergia al látex en anestesiología». Ortiz y colaboradores. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* número 42, 1995.
– «Clinical management of latex-allergic children». Hozman R.S. Revista *Anesth Analg* número 85, 1999.
– «Preoperative screeming for general anesthesia». Quirce S., Sánchez Fernández C., Sandra Cano M. Revista *Allergy* número 5, 1998.
– «Látex, un alérgeno peligrosamente desconocido». Pilar Vicente García. Revista *Tribuna Sanitaria* número 112, 1999.
– «Guía de alergia para residentes y atención primaria». Roberto Pelta, Mar Gandolfo. 2001.

Quisiéramos expresar nuestra gratitud a la Asociación Española de Alérgicos al Látex, en especial a su presidenta Pilar Vicente García, por aportarnos información y en la parte informática a Diego Briones Canosa, por la gran paciencia que ha tenido con nosotras en este trabajo.

La vida es un largo camino

LoFric®: La sonda de baja fricción

La sonda LoFric® tiene un recubrimiento superficial único con una capacidad insuperable para absorber y retener agua durante todo el proceso de sondaje, minimizando el riesgo de dolor, trauma y otras complicaciones uretrales.

Actualmente, el sondaje intermitente utilizando LoFric es una terapia ampliamente establecida. Durante los 16 años de su existencia, se han publicado más estudios objetivos y artículos sobre uso clínico de LoFric® que de cualquier otra sonda. Todos estos estudios muestran excelentes resultados, especialmente a largo plazo.

Esto significa para el paciente menos molestias, más confianza y mayor libertad para tener una mejor calidad de vida

Día a día, año tras año.

PARA UN SONDAJE INTERMITENTE SEGURO A LARGO PLAZO

Teléfono de información: 900 21 11 00

ASTRA
ASTRA TECH

A company in the AstraZeneca Group

Astra Tech. S.A., C/. Ciencias, 73. Derecha. Nave 9. Pol. Ind. Pedrosa. 08908 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona
Tel. 932.643.560. Fax 933.363.231. Servicio al cliente 902.101.558. www.astratech.com

XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Pasado, Presente y Futuro

A Coruña, 14 al 17 de Octubre • 2003

❑ Comunicación a la ponencia

❑ Comunicación Libre

Primer Comunicante

Centro de Trabajo Teléfono Fax

Dirección del Centro E-mail

Dirección Personal

Teléfono Fax E mail

Título

Autor(es)

RESUMEN

Tipo de Comunicación: ❑ Oral ❑ Póster ❑ Video

Soporte visual: ❑ LCD ❑ Diapositivas, simple o doble ❑ Transparencia

NORMAS PARA PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES

- La fecha límite para la presentación de resúmenes será el día **15 de Julio de 2003**.
- Los resúmenes deberán ser transcritos con el procesador de textos Microsoft Word, en cualquier versión. Utilizando letra Times New Roman de 12 pasos de tamaño, y debe limitarse a los márgenes del encuadro del modelo oficial.

  Serán resúmenes de trabajos originales, no habiendo sido publicados ni presentados a Congresos o Jornadas. No incluirán abreviaturas ni referencias bibliográficas.

  Los autores constarán con la inicial del nombre y apellidos completos hasta un máximo de cinco. Se rellenarán los datos del autor que presentará la comunicación.
- El cuerpo del resumen constará de: Título en mayúsculas y negrita; Palabras clave; Introducción con tema y propósito y objetivos; Material y Métodos utilizados; Resultados; Conclusiones y/o Discusión.
- Deberán enviarse original y cinco copias a la Secretaría Científica. En las copias no figurarán nombres de autores, dirección ni centro de trabajo.

PRESENTACIÓN DE POSTERS

- Tendrán un tamaño máximo de 80 cm. de ancho y 120 cm. de alto.
- El título será legible a 1,5 metros de distancia. Los caracteres serán gruesos y negros. Seguirán la siguiente distribución: Introducción y Objetivos; Material y Método; Resultados; Conclusiones y Objetivos. En las horas de discusión de pósters se facilitará a los asistentes cualquier aclaración o documentación acerca de los mismos.

REVISIÓN DE LOS TRABAJOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

Todos los resúmenes enviados en fecha serán entregados al Comité Científico, quien los revisará desconociendo la identidad de los autores y su procedencia. Las comunicaciones que se ajustan a las normas de presentación serán calificadas según su calidad científica, siendo admitidas para presentación oral, póster, o no admitidas. Si el resumen es aceptado deberá formalizarse la inscripción, al menos, de uno de los firmantes. El Comité comunicará por correo o e-mail la fecha y hora de exposición a cada uno de los comunicantes admitidos.

NORMAS GENERALES PARA TODOS LOS COMUNCIANES

El tiempo de exposición para las comunicaciones orales y videos será de 10 minutos.
El autor que presente la comunicación representará al resto de autores en la mesa redonda. Es requisito indispensable la entrega en papel del original completo del trabajo al retirar la documentación salvo que se haya enviado con carácter previo.
Se elaborará un libro de ponencias y comunicaciones en formato papel. Los autores podrán enviar el texto completo de su comunicación, incluyendo bibliografía a la Secretaría Científica.
De los trabajos seleccionados, el comité científico enviará una copia a la Secretaria de la Asociación Española de Enfermería de Urología para su posible publiciación en la revista de la Asociación ENFURO.

ENVIAR A:
Secretaría Técnica y Científica: **ORZÁN CONGRÉS, S.L.**
Avda. Primo de Rivera, 11 2º Izda. • 15006 A Coruña (España) • Telf. 981 23 37 37 Fax. 981 15 27 47
e mail. orzancongres@orzancongres.com • www.orzancongres.com

RESERVADO PARA USO DE LA SECRETARÍA CIENTÍFICA

Abstract N.º Observaciones

Fecha de Recepción ❑ Oral ❑ Póster ❑ Vídeo

Presentación Día Hora Sala

XXV CONGRESO NACIONAL DE E

A Coruña, 14 a 17 de octubre de 2003.

PROGRAMA PRELIMINAR

❖ MARTES, 14 DE OCTUBRE

17.00-19.00: Entrega de documentación
19.00: Inauguración oficial
19.30: Conferencia Inaugural
Los cambios en Urología
Dr. Marcelino González Martín
Jefe del Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo
20.30: Coctail de bienvenida

❖ MIÉRCOLES, 15 DE OCTUBRE

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

09.00: Primera Ponencia
Evolución de la Enfermería a través de los tiempos
Dña. Rita García Fernández
Directora de Enfermería. Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo
09.45: Comunicaciones a la ponencia
10.45: Mesa Redonda
12.15: Pausa-Café
12.45: Comunicaciones libres
13.45: Defensa de Pósters
14.30: Almuerzo de trabajo

❖ JUEVES, 16 DE OCTUBRE

ÁREA QUIRÚRGICA

09.00: Segunda Ponencia
Avances Perioperatorios ante las nuevas técnicas quirúrgicas
Dña. Pilar Gómez Escrig
Dña. Pilar Sánchez Ortiz
Enfermeras de Quirófano. Complexo Hospitalario Universitario Juan Canalejo
09.45: Comunicaciones a la ponencia
10.45: Mesa Redonda
12.15: Pausa-Café
12.45: Comunicaciones libres
13.45: Defensa Pósters
14.30: Almuerzo de trabajo

❖ VIERNES, 17 DE OCTUBRE

CONSULTAS Y PRUEBAS ESPECIALES

09.00: Tercera Ponencia
Urología, Docencia y Formación en los estudios de Pregrado
Dña. Inés Fernández Fraga
Profesora titular de Enfermería Médico-Quirúrgica.
Escuela de Enfermería de A Coruña
09.45: Comunicaciones a la ponencia
10.45: Mesa Redonda
12.15: Pausa-Café
12.45: Cuarta Ponencia
Reorientación en la Gestión de los cuidados de enfermería
Dña. Elvira Touriño Míguez
Jefa de Servicio de Enfermería Atención Especializada y Primaria del Sergas
13.30: Entrega premio «Jenaro Vázquez»
14.00: Clausura
14.30: Almuerzo de trabajo
17.00: Asamblea de la Asociación
21.00: Cena de clausura

COMUNICACION

La fecha límite de recepción de comunicaciones es el 15 de julio de 2003
Congrés, bien por correo postal o por correo e
No se admitirán

ENFERMERÍA UROLÓGICA

Pasado, Presente y Futuro

PROGRAMA SOCIAL

❖ MARTES, 14 DE OCTUBRE

Congresistas y acompañantes:

20.30: Coctail de bienvenida
Recepción ofrecida por el Exc. Ayuntamiento de A Coruña.

❖ MIÉRCOLES, 15 DE OCTUBRE

Acompañantes:

09.30: Excursión día completo con almuerzo «Finisterre-Costa da Morte»
Excursión día completo en el que recorreremos la famosa «costa da Morte», visitando pueblos muy conocidos como Malpica, Laxe, Camariñas famosa por sus encajes, Muxía con el célebre Santuario de Nosa Señora da Barca. Almuerzo en Finisterre, considerado el punto más occidental de Europa y en algún tiempo el fin del mundo.

❖ JUEVES, 16 DE OCTUBRE

Acompañantes:

09.30: Visita de la ciudad de A Coruña. Medio día.
Comenzaremos la visita haciendo un recorrido por las zonas más emblemáticas de la ciudad: La Av. de la Marina con sus famosas vidrieras, el Paseo Marítimo, el Castillo de San Antón y Torre de Hércules. Finalizaremos la visita con un recorrido por la ciudad vieja. Almuerzo en el Palacio de Congresos.

IES CIENTÍFICAS

3. Dichos trabajos deben remitirse a la Secretaría Científica, Orzán
lectrónico a: orzancongres@orzancongres.com
n envíos por fax.

Acompañantes y congresistas:

16.00: Excursión a Santiago de Compostela.
La catedral es la semilla de Santiago, el punto de referencia para empezar la visita. Una vez dentro de la catedral, después de una visita minuciosa del edificio, los excursionistas tendrán ocasión de admirar el funcionamiento del Botafumeiro.
Tras la visita a la catedral, los excursionistas serán guiados para callejear por la ciudad vieja.
Después de la visita y antes de su regreso a A Coruña, los congresistas y acompañantes disfrutarán un coctail para deleitarnos con platos típicos de la región.

❖ VIERNES, 17 DE OCTUBRE

Acompañantes:

09.30: Excursión a Mariñas con visita de la fábrica de Sargadelos. Almuerzo incluido.
Recorrido por las villas marineras y de veraneo cercanas a A Coruña pasando por delante del Pazo de Meirás llegando al Castro, industria de cerámica donde podremos adquirir las típicas piezas de Sargadelos. Una vez terminada la visita continuaremos por la carretera nacional hasta Betanzos. Antes del almuerzo visitaremos el Pazo de Mariñán.

Acompañantes y congresistas:

21.30: Cena de clausura

XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Pasado, Presente y Futuro

A Coruña, 14 al 17 de Octubre • 2003

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Nombre

Apellidos

N.I.F. Código Postal

Dirección Localidad

País Teléfono Fax

E-mail Centro de trabajo

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

CUOTAS	antes del 14/7/2003	después del 14/7/2003
❑ MIEMBROS DE LA SOCIEDAD	300 Euros	330 Euros
❑ NO MIEMBROS DE LA SOCIEDAD	330 Euros	360 Euros
❑ ESTUDIANTES	150 Euros	180 Euros
❑ ACOMPAÑANTES	210 Euros	240 Euros

GASTOS DE CANCELACIÓN: Entre el 15 y el 30 de septiembre de 2003: 50% de gastos.
A partir del 1 de octubre de 2003: 100% de gastos.

FORMA DE PAGO

1.- Talón nominativo a favor de **ORZÁN CONGRÉS, S.L.**
Enviar a: **ORZÁN CONGRÉS, S.L.** Avda. Primo de Rivera, 11. 2º Izda. - 15006 La Coruña

2.- Transferencia bancaria (envíe copia al fax 981 15 27 47) a la siguiente cuenta:
CAIXANOVA: Sucursal Avda. Monelos. A Coruña. CC.: 2080-0182-87-0040004533

Sólo serán aceptadas las inscripciones acompañadas del pago correspondiente.
Los reembolsos se realizarán una vez finalizado el congreso.

FACTURAR A

A efectos de realizar las facturas correspondientes a los servicios solicitados, rogamos que nos especifiquen:

❑ Factura a mi nombre ❑ Factura a nombre de:

Empresa C.I.F.

Persona y teléfono de contacto

Dirección Localidad C.P.

Cumplimentar debidamente y enviar a: ORZÁN CONGRÉS, S.L. (Avda. Primo de Rivera, 11 - 2º Izda. - 15006 A Coruña)

XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Pasado, Presente y Futuro

A Coruña, 14 al 17 de Octubre • 2003

BOLETÍN DE ALOJAMIENTO

Nombre N.I.F.

Apellidos Código Postal

Dirección Localidad

País Teléfono Fax

E-mail Centro de trabajo

HOTELES

HOTEL	Hab. Doble	Hab. Doble - Uso Indiv.	Desayuno (x persona)
❑ HESPERIA****	93,60 Euros	93,60 Euros	+10,50 Euros
❑ NH ATLANTICO****	91,40 Euros	91,40 Euros	+12,90 Euros
❑ PLAZA***	91,50 Euros	69,00 Euros	+09,10 Euros
❑ ESPAÑA**	46,80 Euros	35,40 Euros	+03,75 Euros
❑ MAYCAR**	41,50 Euros	30,50 Euros	+03,75 Euros

Los precios arriba indicados incluyen el IVA (7%) y son por habitación y noche. **Las reservas están sujetas a disponibilidad.**

Hotel ❑ Doble ❑ Individual Llegada: Salida:

Precio x Habitaciones x Noches =

Observaciones

GASTOS DE CANCELACIÓN: Entre el 15 y el 30 de septiembre de 2003: 50% de gastos. A partir del 1 de octubre de 2003: 100% de gastos.

FORMA DE PAGO

1.- Talón nominativo a favor de **ORZÁN CONGRÉS, S.L.**
Enviar a: **ORZÁN CONGRÉS, S.L.** Avda. Primo de Rivera, 11. 2 Izda. - 15006 La Coruña

2.- Transferencia bancaria (envíe copia al fax 981 15 27 47) a la siguiente cuenta:
CAIXANOVA: Sucursal Avda. Monelos. A Coruña. CC.: 2080-0182-87-0040004533

Sólo serán aceptadas las inscripciones acompañadas del pago correspondiente. Los reembolsos se realizarán una vez finalizado el congreso.

FACTURAR A

A efectos de realizar las facturas correspondientes a los servicios solicitados, rogamos que nos especifiquen:

❑ Factura a mi nombre ❑ Factura a nombre de:

Empresa C.I.F.

Persona y teléfono de contacto

Dirección Localidad C.P.

Cumplimentar debidamente y enviar a: ORZÁN CONGRÉS, S.L. (Avda. Primo de Rivera, 11 - 2º Izda. - 15006 A Coruña)

ARMENDÁRIZ OLALLA, MªLUISA; LUQUE GUERRERO, DOLORES N.
Hospital Verge del Toro. Mahón. Menorca

Análisis de las necesidades de los pacientes intervenidos de RTU

RESUMEN

En el presente trabajo los autores realizan un estudio de las necesidades de aquellos pacientes sometidos a RTU, para ello se sientan las bases de sus indicaciones y las complicaciones que pueden surgir. Posteriormente se valoran qué necesidades básicas se ven alteradas en este tipo de intervenciones según el modelo de Virginia Henderson, concluyéndose que la enfermería es la base de los cuidados y de este modo podemos paliar o minimizar las alteraciones que existen en los pacientes ingresados por esta patología, valorándolos, identificando los problemas, formulando los diagnósticos, realizando planes de cuidados y evaluando el nivel de los cuidados prestados.

Palabras clave: Resección transuretral, plan de cuidados, necesidades básicas.

INTRODUCCIÓN

La RTU es un procedimiento terapéutico para solucionar la obstrucción al flujo urinario producida por la oclusión de la luz uretral, debido al aumento de tamaño de la glándula prostática.

Circunstancias que implicarían una cirugía endoscópica

- Adenomas de pequeño tamaño (más o menos de 50 a 60 gr); cuando es mayor, la cirugía es abierta.
- Cuando el crecimiento prostático se produce a expensas del lóbulo medio.
- Cuando la obstrucción prostática está producida por un cuello vesical rígido o escleroso.

Indicaciones

Hay indicaciones absolutas y relativas; en las relativas entraría el disconfort del paciente, siendo las más habituales las absolutas. Dentro de las absolutas:

- Infecciones de orina de repetición producida por la obstrucción.
- Existencia hematúrica importante y recidivante.
- Litiasis vesical.
- Cuando existe retención de orina y no se puede sondar debido a un crecimiento prostático condicionando una uropatía obstructiva, existiendo riesgo de deterioro renal.

Complicaciones

Se dividen en Inmediatas y Tardías:
Inmediatas:
- Sangrado.
- Síndrome de reabsorción. El paciente reabsorbe el líquido que se usa para irrigar en la intervención quirúrgica, puede producir: hiponatremía, trastornos vasculares y neurológicos.
- Infección urinaria.

Tardías:
- Estrechez de uretra.
- Esclerosis de celda.
- Incontinencia, rara vez se produce.

Nunca se produce impotencia fisiológica.

NECESIDADES BÁSICAS, SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolla un modelo de enfermería basado en la teoría de Maslow, pero desglosa las necesidades de éste en catorce necesidades básicas.

En un paciente intervenido de RTU las necesidades básicas alteradas serían:

1. Respiración

Patrón respiratorio ineficaz: Estado en que el patrón de inhalación y/o exhalación de una persona no permite la insuflación o vaciado pulmonar adecuado.

- Relacionado con (R/c):
  - Ansiedad.
  - Deterioro perceptivo-cognitivo (en el postoperatorio inmediato).
- Manifestado por (M/p):
  - Disnea.
  - Falta de aliento.
  - Taquipnea.
  - Coloración de piel y mucosas.

■ Plan de cuidados:
- Ayudar a adoptar una posición de Fowler o semi-Fowler.
- Eliminar cualquier causa adicional que pudiera aumentar o provocar el malestar (arrugas de la cama, ropa seca, ropa no tirante) logrando un entorno adecuado.
- Observar y determinar el nivel de analgesia en caso y alteración del patrón respiratorio.
- Ayudar a realizar ejercicios respiratorios, hiperinsuflar las bases pulmonares y realizar movimientos del diafragma.

2. Alimentarse e hidratarse

Riesgo de déficit de volumen de líquidos: Estado en que la persona está en riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular.

■ R/c:
- Pérdida excesiva a través de vías anormales (catéter o sonda vesical).
- Medicamentos que afectan al sistema geniturinario.
- Cambio en la diuresis debido a su hemoconcentración.

■ M/p:

No hay manifestaciones porque es un riesgo y debemos evitarlo para que no llegue a ser «Déficit de volumen de líquidos».

■ Plan de cuidados:
- Administrar líquidos frecuentes y en pequeñas cantidades.
- Asegurar el seguimiento normosódico y normoproteico.
- Control diario de aportes y pérdidas.
- Establecer conjuntamente un programa para aumentar la ingesta de líquidos hasta un mínimo de dos mil mililitros al día si no hay contraindicaciones.
- Tener especial atención en caso de sudoración o temperatura superior a treinta y ocho y medio (38,5º) axilar para reposición de líquidos.

Alteración de la nutrición por defecto. Estado en que una persona experimenta un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas.

■ R/c:
- Incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos y psicológicos.

■ M/p:
- Dolor abdominal.
- Falta de interés hacia los alimentos (comida del hospital).
- Pérdida de peso.

■ Plan de cuidados:
- Identificar conjuntamente los factores que impiden o dificultan el aporte de nutrientes en cantidad o calidad suficiente para cubrir las necesidades corporales.
- Establecer una dieta que cubra las necesidades calóricas y nutritivas así como sus preferencias alimentarias.
- Si hay déficit de salivación, estimularla chupando un trocito de limón antes de las comidas.
- En caso de tener mal sabor de boca, realizar la higiene oral antes y después de las comidas.

3. Eliminación

Estreñimiento: Estado en que la persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por una disminución en la frecuencia y/o por la eliminación de heces duras y secas.

- R/c:
  - Cambios en el estilo de vida (hospitalización, cambio de horarios, estrés, estancia en cama prolongada).
- M/p:
  - Sensación de presión en el recto.
  - Esfuerzo excesivo para defecar.
  - Frecuencia inferior al patrón habitual.
  - Dolor.
- Plan de cuidados:
  - Revisar dieta y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra.
  - Establecer un plan de ejercicio diario.

Beca de investigación

Como os comentábamos en el número anterior, al quedar desierto el Premio de Investigación se convoca nuevamente para 2003, admitiéndose trabajos hasta el 30 de septiembre. A continuación volvemos a publicar las bases por las que se rige dicho certamen:

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

BASES

- Podrán optar a la beca los proyectos de investigación que estén relacionados con la asistencia y los cuidados del paciente urológico, andrológico e incontinente urinario. Asimismo, podrán presentarse trabajos relacionados con la gestión de unidades de Urología, la docencia y la formación.
- No se excluyen aquellos que hayan optado o hayan recibido beca por organismos financiadores, FIS, CC.AA., etc., estando excluidos aquellos que hayan obtenido premio en certámenes de iguales características.
- Pueden optar a esta beca todos los socios de la AEEU que estén al corriente de sus obligaciones con la asociación, de forma individual o en equipo (en este caso, el primer autor debe ser socio).
- El jurado, que se constituirá al efecto, valorará:
  – Adecuación a la especialidad: Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria.
  – Metodología y diseño.
  – Rigor, interés científico del contenido.
  – Originalidad.
  – Objetivos y aplicabilidad.
- Los trabajos se enviarán en la extensión que se considere necesaria en formato DIN A/4 junto con un soporte informático en programas del paquete de Microsoft Office. No pueden aparecer los nombres de los autores en esta presentación. Es imprescindible facilitar un correo electrónico o postal, no relacionado con los autores, para mandar acuse de recibo del trabajo. Si a los 20 días de enviado el trabajo no se ha recibido acuse de recibo, recomendamos hacer las gestiones oportunas.
- Se adjuntará un sobre precintado con el nombre de cada trabajo, que contendrá los datos del/los autor/es: nombre, lugar de trabajo, domicilio y teléfono de contacto.
- Lugar de envío:
  HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME.
  Unidad de Formación Continuada
  (a/a Luis Aparcero: Beca Investigación Enfuro). Ctra. de Cádiz, s/n. 41014 Sevilla.
- PLAZO: Se aceptarán los trabajos enviados hasta el 30 de septiembre de 2003. El fallo del jurado se conocerá durante la celebración del XXV Congreso.
- La decisión del jurado y su composición serán inapelables, siendo necesaria la aceptación de estas bases al participar en la beca. El jurado podrá declarar desierta la beca si el nivel de los trabajos presentados no es el adecuado.
- La AEEU se reserva el derecho de publicar en ENFURO el trabajo premiado y ofrece la posibilidad de publicar aquellos que han optado a la beca.

- Evitar uso de laxantes y aconsejar el uso de ablandadores de heces.

Alteración de la eliminación urinaria: Estado en que la persona experimenta un trastorno en la eliminación urinaria.

- R/c:
  - Sondaje vesical.
  - Retirada del sondaje vesical.
- M/p:
  - Dolor.
  - Hematuria.
  - Obstrucción de la sonda vesical por coágulos y restos de la intervención.
  - Espasmos.
  - Sensación de globo vesical y palpación.
- Plan de cuidados:
  - Valorar cantidad, calidad y frecuencia de la diuresis.
  - Recogida y contabilización de la diuresis.
  - Ingesta diaria de líquidos y valorar estado de hidratación.
  - Mantener la permeabilidad de la sonda vesical (lavados vesicales).
  - Higiene minuciosa de la zona para asegurar la integridad de la piel y los malos olores, así como de la sonda vesical.
  - Educar al paciente al manejo y cuidado de la sonda vesical y a detectar cualquier anomalía.

4. Movilización

Deterioro de la movilidad física (en el post-operatorio inmediato). Estado en que la persona experimenta una limitación de la habilidad para el movimiento físico independiente.

- R/c:
  - Dolor.
  - Malestar.
  - Inserción del sondaje vesical.
- M/p:
  - Limitación de la amplitud de movimientos.
- Plan de cuidados:
  - Si lleva sonda vesical, fijarla de modo que no interfiera en los movimientos y cerciorarse de que no se enredará con las extremidades.
  - Movilización precoz, ayudándole a levantarse, a deambular y/o permanecer sentado el tiempo que tolere.
  - Informar que al deambular ha de mantener la bolsa de diuresis por debajo del nivel vesical (para evitar reflujo).

5. Sueño

Alteración del patrón de sueño: Alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado.

- R/c:
  - Alteraciones sensoriales externas (cambios ambientales).
  - Alteraciones sensoriales internas (enfermedad, estrés psicológico, intervención quirúrgica).
- M/p:
  - Manifestaciones verbales (expresiones «no he descansado bien»).
  - Signos físicos (bostezos, ojeras...).
- Plan de cuidados:
  - Establecer y respetar un horario para dormir y evitar permanecer mucho tiempo en cama.
  - Tener en cuenta que las necesidades cambian con la edad.
  - Desaconsejar el uso de cafeína o estimulantes cuatro (4) horas antes de acostarse.
  - Si se despierta por la noche, aconsejar que se levante y realice una actividad ligera (pasear, hasta que vuelva a tener sueño).
  - Si hay problemas para conciliar el sueño, aconsejar (técnicas de relajación, cambio de ropa, masaje y toma de una bebida caliente).

6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse/desvestirse

Alteración en el uso de la ropa. Estado en que la persona experimenta un cambio en su imagen.

- R/c:
  - Ser portador de sonda vesical.
  - Accesibilidad para realizar técnicas de enfermería.
- M/p:
  - Manifestaciones verbales.
  - Limitación del movimiento.
- Plan de cuidados:
  - Informar del porqué y causas de ofrecerles un camisón y no un pijama.
  - Enseñarle cómo ha de ponérselo y cómo ha de deambular.

7. Temperatura corporal

Riesgo de alteración de la temperatura corporal: Estado en que la persona está en riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

- R/c:
  - Inserción del catéter vesical.
  - Intervención quirúrgica.
- M/p: No hay manifestaciones porque es un riesgo.
- Plan de cuidados:
  - Control y registro periódico de la temperatura corporal.
  - Llevar un registro de aportes y pérdidas asegurando una hidratación adecuada.
  - Adaptar la ropa de vestir y de cama a la temperatura ambiente, la edad y la sensibilidad individual.

8. Higiene corporal e integridad de la piel

Deterioro de la integridad tisular: Estado en que la piel de la persona está adversamente afectada.

- R/c:
  - Presencia de cuerpos extraños (sonda vesical).
- M/p:

- Dolor y escozor.
- Espasmos.
- Lesión de la mucosa.
- Parafimosis.

■ Plan de cuidados:
- Realizar una correcta higiene en informarle de los beneficios de ésta.
- Educarle para que sea autónomo en su higiene.

9. Evitar peligros ambientales

Déficit de conocimiento: Ausencia o deficiencia de información cognitiva relacionado con el catéter vesical.

■ R/c:
- Catéter vesical.
- Deterioro de la movilidad.

■ M/p:
- Limitación de la amplitud del movimiento.
- Manifestaciones de dolor por el descuido del sondaje.

■ Plan de cuidados. Enseñar a moverse con la bolsa de diuresis.

10. Comunicación

Esta necesidad no presenta alteración, a no ser que el paciente tenga un deterioro cognitivo o físico.

Por lo que nuestra labor fundamental sería:
- Estimular al paciente a que formule preguntas acerca de su estado y cómo cubrir sus necesidades básicas.
- Mantener un vínculo enfermero-paciente estable.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

Esta necesidad no presenta alteración, porque tanto las creencias como los valores son un estilo de vida propio de la persona.

Nuestra labor principal es:
- El respeto en la medida de lo posible a sus creencias y valores.
- Ofrecer los medios de los que se dispone en el hospital.

12. Realización personal

En este diagnóstico dependen muchos factores y, la actitud que demuestra el paciente respecto a su patología; enfermería debe tener una estrecha colaboración con el paciente para que aprenda a cubrir sus necesidades básicas él solo hasta conseguir ser independiente.

13. Participar en actividades recreativas

ENFERMERÍA ES LA BASE DE LOS CUIDADOS, YA QUE POR NUESTRA LABOR PROFESIONAL ESTAMOS EN CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE, VALORANDO CUALQUIER MANIFESTACIÓN, ALTERACIÓN O RIESGO, TANTO FÍSICO COMO PSÍQUICO

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad

El papel de enfermería en relación a estos puntos:
- Ofrecer los medios de distracciones que hay en el centro: biblioteca, cartas, juegos de mesa y tele.
- Cubrir las demandas de información del paciente.

CONCLUSIÓN

Enfermería es la base de los cuidados, ya que por nuestra labor profesional estamos en contacto directo con el paciente, valorando cualquier manifestación, alteración o riesgo tanto físico como psíquico.

Esta es la razón por la que nos parece importante hacer la exposición de las diferentes necesidades que incluye una visión de la persona de forma holística, y así paliar o minimizar las alteraciones que siempre existen en los pacientes ingresados, en este caso por intervención quirúrgica de RTU

Todo ello según el modelo teórico de la enfermera Virginia Henderson, siendo cada diagnóstico un instrumento para la práctica asistencial, basada en un modelo científico.

Enfermería ya tiene cuerpo científico, por lo que ahora cuando realizamos nuestro trabajo de forma subconsciente:
- Hacemos una valoración tanto inicial como a lo largo de toda la estancia en el hospital.
- Identificamos los problemas y las posibles complicaciones.
- La mayoría de las veces, aunque no le pongamos nombre, formulamos los diagnósticos.
- Realizamos un plan de cuidados de forma personalizada.
- Ejecutamos las actividades para minimizar complicaciones poniendo en marcha el plan de cuidados.
- Por último, realizamos una evaluación para determinar el nivel de los cuidados prestados viendo así si se han cumplido nuestros objetivos iniciales. ▼

BIBLIOGRAFÍA

– Barrachina Bellés, L. «Enfermería medicoquirúrgica». Ed Masson, S.A. 1995.
– Luis Rodrigo, M.T. «Diagnósticos enfermeros». Ed. Mosby/Doyma, 1996.
– Fuden. «Fundamentos básicos en la práctica enfermera». Ed. Fuden, 2001.

GAMAYO SERNA, A.M.; RUIZ MARCOS, M.R.; GIL ALVADALEJO, F.; GADEA CRUZADO, C.
Hospital Vega Baja de Orihuela. Alicante

Registro de Enfermería para Cirugía Urológica Endoscópica: RTUp, RTUv, TCP

RESUMEN

Durante años, en la Unidad de Urología del Hospital Vega Baja, la evolución del paciente sometido a Cirugía Urológica Endoscópica se ha venido realizando con un registro con formato abierto, que se prestaba a la voluntariedad del profesional de Enfermería que lo cumplimentaba, y, por ello, podía adolecer de ciertas deficiencias. Por lo que, con el fin de paliar estas posibles carencias y que no se obvien aspectos relevantes en la evolución de dichos pacientes, se crea una nueva forma de registro con un formato que contiene una sección cerrada y otra abierta para posibles incidencias.

Se escogieron dos muestras: los 50 primeros pacientes del año 2001, en los que se utilizó un registro con formato abierto, y los 50 primeros pacientes del año 2002, a los que se les aplicó el nuevo formato con sección cerrada.

Ambas muestras se compararon con un estándar de cuidados para pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica que contenía variables de proceso, y se vio con cuál de los 2 tipos de formato se registraban más variables de este estándar (las variables se agruparon por días de estancia hospitalaria: preoperatorio, día de la intervención, primer día tras intervención, segundo día tras intervención, resto de días).

Palabras clave: Registro de Enfermería, RTU, endoscopia, gestión de cuidados.

PREFACIO

La Enfermería debe abordar nuevos planteamientos de cara al futuro, el desarrollo profesional y la autonomía a través de la Gestión de Cuidados.

Se augura un futuro que tiende a gestionar por procesos y ha de ir por el camino de la realización de vías clínicas por casos. En este camino, un primer paso sería la recopilación en cada unidad de las tareas a realizar a cada paciente según el proceso, para luego realizar una puesta en común de las distintas unidades por las que pasa un paciente, y crear una vía clínica.

Las vías clínicas son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. Definen la secuencia, duración y responsabilidad óptima de las actividades de enfermeras, médicos y otros profesionales para un diagnóstico o procedimiento particular, minimizando retrasos, mejorando el uso de recursos y maximizando la calidad de la asistencia.

Se comenzaron a implantar a mediados de 1980 por Zander en el New England Medical Center de Boston, anteriormente se habían aplicado en la industria de la construcción, de los ordenadores y petroquímica. Suelen desarrollarse para procedimientos médicos de gran volumen, alto riesgo o alto coste. Algunos ejemplos clásicos son el bypass aorto-coronario o la prótesis de cadera, de rodilla... Hoy existen en funcionamiento más de 1.500 vías clínicas establecidas, especialmente en los países anglosajones.

LAS VÍAS CLÍNICAS SON PLANES ASISTENCIALES QUE SE APLICAN A ENFERMOS CON UNA DETERMINADA PATOLOGÍA, Y QUE PRESENTAN UN CURSO CLÍNICO PREDECIBLE. DEFINEN LA SECUENCIA, DURACIÓN Y RESPONSABILIDAD ÓPTIMA DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERAS, MÉDICOS Y OTROS PROFESIONALES

Por otra parte, la práctica de enfermería, cada vez más, va encaminada hacia la búsqueda de nuevos sistemas de gestión, hacia la calidad asistencial. Es por ello que, a lo largo de los últimos años, asistimos a un proceso de adaptación de la gestión de los Servicios de Enfermería, a la demanda asistencial del usuario en base a criterios de eficacia, eficiencia y, por tanto, de calidad.

Bajo el lema «si hay una forma mejor de hacerlo, encuéntrala», se inicia cualquier pensamiento dirigido a establecer un programa de Control, Garantía y Mejora de Calidad en Enfermería, que resume todas las pretensiones de cualquier profesional, ya sea en el ámbito asistencial como en la gestión de la prestación de cuidados.

Por todo esto, el lema calidad no sólo debe de importar al gestor hospitalario, sino que debe de ser un tema a tratar por todos los que participan en actividades de salud, sean

profesionales, administración, asociaciones, usuarios, beneficiarios o clientes.

Como decía Donabedian, «para lograr la participación de los trabajadores de una forma efectiva, es importante no sólo crear oportunidades y ampliar sus perspectivas, sino también realizar esfuerzos sostenidos de educación para crear la sensibilidad necesaria hacia los aspectos de la calidad y adquirir la competencia necesaria para manejarla».

Los profesionales de enfermería tienen que ayudarse de medidas para conseguir unos niveles de calidad lo más óptimos posibles que no tienen otro fin que el de satisfacer las crecientes demandas de salud de los usuarios.

Si la sociedad recibe lo que desea, y además con calidad, sabrá premiar nuestra actitud profesional y contribuirá a otorgarnos ese apartado propio en el mundo sanitario que tanto deseamos.

Deseo con este trabajo mostrar una experiencia concreta susceptible de mejora, pues su aplicación práctica nos enseña cada día nuevos aspectos a mejorar. Este trabajo ha merecido la pena, aunque sólo sea porque llevó a plantearse aplicar criterios de medición de calidad al trabajo de cada día, y que podrá ser útil al lector, en la medida en que sus aspiraciones y su realidad profesional se parezcan a la nuestra.

INTRODUCCIÓN

Trabajo en la Unidad de Urología del Hospital Vega Baja. Cuando tuve que plantearme cuál podría ser el trabajo de investigación que podía realizar, pensé en que debía cumplir dos requisitos fundamentales:

- Que fuera riguroso.
- Que tuviera una utilidad clara para la práctica cotidiana del servicio.

Durante once años (desde la apertura del hospital), en la Unidad de Urología del Hospital Vega Baja, el registro de la evolución de los pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica se ha venido realizando con un formato abierto, que se prestaba a la voluntariedad del profesional de Enfermería que lo cumplimentaba y, por ello, podía adolecer de ciertas deficiencias. Con la realización de este estudio, se pretende crear y probar un nuevo formato (con una sección cerrada y otra abierta, para incidencias) que por sus características intente subsanar las posibles carencias del formato anterior. El nuevo registro, al presentar una sección cerrada, constituirá un documento ágil, paliará el olvido de cualquier aspecto relevante y facilitará su cumplimentación y lectura, ya que se realiza por medio de cruces.

Por tanto, la realización del registro para Cirugía Urológica Endoscópica con formato cerrado constituirá un instrumento útil porque:

- Permitirá la agilización del trabajo.
- Minimizará que se obvien aspectos relevantes sobre la evolución del paciente.
- Constituirá un primer paso para la realización de una vía clínica, con las ventajas que trae consigo.
- La Enfermería deberá registrar para, entre otras cosas, disponer de información para futuras investigaciones y contar con una base legal.

ESTE ESTUDIO CONSTITUYE UN PASO PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE UNA VÍA CLÍNICA PARA PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA UROLÓGICA ENDOSCÓPICA, IMPLICA LA GESTIÓN POR PROCESOS Y QUEDA ABIERTO PARA FUTUROS ESTUDIOS

El registro que se ha creado no pretende ser solamente un plan de cuidados, sino que además constituye el registro de enfermería sobre ese paciente, por lo que aumentará la calidad asistencial y pretende agilizar la tarea diaria de los profesionales de Enfermería.

Este estudio constituye un paso previo a la implantación de una vía clínica para pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica, implica la gestión por procesos y queda abierto para futuros estudios.

Se ha elegido la Cirugía Urológica Endoscópica con tres tipos de intervenciones: Resección Transuretral de Vejiga (RTUv), Resección Transuretral de Próstata (RTUp) y Trigonocervicoprostatotomía (TCP), por la similitud en la evolución de los pacientes sometidos a estas intervenciones y porque constituye un 51,12% de las intervenciones que se realizan en la unidad (23,08% para RTUp, 26,05% para RTUv y 1,99% para TCP), siendo el proceso más frecuente. Me realicé la siguiente pregunta, escogiendo una de las intervenciones que con más frecuencia se tratan en la Unidad de Urología:

¿Interesa conocer si el personal de Enfermería está registrando adecuadamente la evolución del paciente sometido a Cirugía Urológica Endoscópica, es decir, si está registrando todos los aspectos relevantes de la evolución de dichos pacientes?

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Se ha realizado una intensa búsqueda sobre registros de enfermería, planes de cuidados, vías clínicas, estándares de cuidados sobre Cirugía Urológica Endoscópica, con el objeto de disponer de información con la que se pudiera elaborar un registro que recogiese todos los aspectos que no se pueden obviar en la evolución de un paciente sometido a dicha intervención, y se han obtenido escasos resultados.

En el campo de la Cirugía Urológica Endoscópica se han encontrado vías clínicas para la Resección Transuretral en las que sí se especifican los aspectos a recoger sobre la evolución del paciente, y es lo que más se asemeja al contenido del registro de enfermería para Cirugía Urológica Endoscópica con formato cerrado; aunque estas vías clínicas no constituyen un registro (del plan de cuidados).

No se han encontrado registros con formato cerrado para Cirugía Urológica Endoscópica.

De la bibliografía consultada, de lo que más me he servido para la realización del trabajo ha sido:

- *Estandarización de procedimientos de Enfermería en RTU de vejiga y de próstata en una Unidad de Especialidades Quirúrgicas (Urología)*. Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. 1999.

Este plan de cuidados estandarizado para la RTU se ha llevado a cabo durante años de forma experimental y no se había realizado ningún registro de datos. Más tarde, han llevado a cabo un trabajo sobre evaluación de resultados (Estandarización de procesos en un servicio de Urología: evaluación de resultados) donde han podido comprobar, considerando como indicadores, la estancia media por procedimiento y el índice de infecciones hospitalarias, cómo estos dos han caído espectacularmente, la estancia en el hospital le es más grata al paciente y los profesionales trabajan con una unificación de criterios que hace la tarea diaria más fácil. Concluyen en que han de desarrollar, implementar y evaluar vías clínicas en su servicio.

- *Vía clínica para la Resección Endoscópica (RTUv, RTUp, TCP)*. Servicio de Urología. Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Esta vía clínica se presentó a congreso, pero se encuentra en trámites de validación.

- *Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Guía práctica para evaluación de la calidad en la atención enfermera*. Ed. DOYMA.

Esta guía contiene un estándar de cuidados al paciente sometido a RTU de próstata.

En esta bibliografía me he apoyado, junto con la experiencia y conocimientos de los enfermeros y urólogos de la Unidad de Urología del Hospital Vega Baja, para la elaboración de la planilla de comparación (que contiene las variables de proceso / actividades de enfermería), con las que comparar los dos tipos de registro existentes (abierto y cerrado). La planilla de comparación (estándar de cuidados) creada guarda una estrecha similitud con esta bibliografía encontrada.

También he consultado otras vías clínicas sobre RTU como la del St Vincent's Hospital Sydney Limited de Australia (Clinical Pathway for Transurethral Resection of Prostate), pero que se centra, únicamente, en el aspecto psicológico del paciente y, por tanto, no era del interés del estudio.

A pesar de todo esto, existen escasos trabajos sobre cuidados de enfermería al paciente sometido a Cirugía Urológica Endoscópica.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- *Conocer* si el personal de Enfermería está registrando adecuadamente la evolución del paciente sometido a Cirugía Urológica Endoscópica (con un sistema de registro con formato abierto que se ha estado utilizando hasta diciembre de 2001).
- *Implantar* una nueva forma de registro con un formato que presentará una sección cerrada y otra abierta para posibles incidencias (se implanta en enero de 2002).
- *Comparar* ambos tipos de registro con un estándar de cuidados, y así conocer con cuál de éstos se está registrando mejor (se está registrando más información y ésta es más fiel al estándar) la evolución del paciente sometido a Cirugía Urológica Endoscópica.
- *Crear* un grupo de discusión con el que conocer lo que los enfermeros de la Unidad de Urología del Hospital Vega Baja piensan acerca de los registros existentes para la evolución de este tipo de pacientes.
- *Elegir,* en base a los resultados, con qué tipo de registro se va a trabajar a partir de la finalización del estudio.

LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL LE ES MÁS GRATA AL PACIENTE Y LOS PROFESIONALES TRABAJAN CON UNA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS QUE HACE LA TAREA DIARIA MÁS FÁCIL. CONCLUYEN EN QUE HAN DE DESARROLLAR, IMPLEMENTAR Y EVALUAR VÍAS CLÍNICAS EN SU SERVICIO

MATERIAL Y MÉTODO

Con el objeto de dar respuesta a la pregunta que nos formulamos, se seguirá el siguiente proceso:

- Se crea una planilla que contiene todos los aspectos que no se pueden obviar en los registros de Enfermería para pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica. Esta planilla constituye un estándar de cuidados que contiene una serie de variables de proceso, actividades de enfermería. Existen dos tipos de variables: variables de proceso independientes agrupadas por días de estancia hospitalaria (a saber: preoperatorio, día de la intervención, primer día postoperarorio, segundo día postoperatorio, resto de días). A su vez, también contiene una serie de variables dependientes unas de otras, es decir, una variable sucederá sólo si ha sucedido otra anteriormente y no ocurrirá en la totalidad de los casos.
- Se selecciona una muestra entre pacientes sometidos a esta intervención, para los que se utilizaba una forma de registro abierta. Se estudia si se ha registrado adecuadamente, comparándola (*) con la planilla que hemos creado y que contiene todos los aspectos relevantes.
- Se crea una nueva forma de registro de Enfermería para la evolución de los pacientes sometidos a Cirugía Uro-

lógica Endoscópica, que presenta una sección con formato cerrado y otra con formato abierto para posibles incidencias.
- Se instruye al personal de Enfermería para la cumplimentación del nuevo formato de registro.
- Se selecciona una muestra entre pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica en los que se ha utilizado para su registro el nuevo formato (que presenta una sección con formato cerrado y otra con formato abierto para posibles incidencias). Se estudia si se ha registrado adecuadamente comparándola (*) con la planilla que hemos creado y que contiene todos los aspectos relevantes.
- En base a los resultados, se podrá conocer con qué tipo de formato de registro interesa trabajar.

Como aportación al estudio, se realizará un grupo de discusión con las enfermeras que trabajan a diario en la Unidad de Urología, para conocer lo que piensan acerca de los registros sobre la evolución del paciente sometido a Cirugía Urológica Endoscópica. Las muestras elegidas son:

– 50 primeros pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica en el año 2001 (Unidad de Urología, H.Vega Baja), para los que se utilizó el Registro de Enfermería con formato abierto.
– 50 primeros pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica en el año 2002 (Unidad de Urología, H.Vega Baja), para los que se utilizó el Registro de Enfermería que presenta una sección con formato cerrado y otra, abierto.

(*) PROCESO DE COMPARACIÓN

– La comparación de los dos tipos de registro con el estándar de cuidados se realiza anotando si cada una de las variables de proceso que contiene la planilla ha sido registrada o no, en el formato que estemos estudiando, para cada paciente.
– Por ejemplo, si lo que queremos saber es si se ha registrado adecuadamente la variable alergias, en un registro de enfermería tanto abierto como cerrado, comprobaremos si se ha escrito sobre esa variable en la evolución del paciente (no alergias o alergia a..., lo consideraremos como sí registrado, y si no se menciona, será considerado como no registrado).

El estándar de cuidados (planilla de comparación) contiene las variables de proceso (actividades de enfermería) agrupadas por días de estancia hospitalaria:

– Preoperatorio: contiene 20 variables.
– Día de la intervención: contiene 20 variables.
– Primer día tras intervención: contiene 12 variables.
– Segundo día tras intervención: contiene 11 variables.

(Las cuatro variables anteriores se dan para la totalidad de los casos.)

COMO APORTACIÓN AL ESTUDIO, SE REALIZARÁ UN GRUPO DE DISCUSIÓN CON LAS ENFERMERAS QUE TRABAJAN A DIARIO EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA PARA CONOCER LO QUE PIENSAN ACERCA DE LOS REGISTROS SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGÍA UROLÓGICA ENDOSCÓPICA

– Resto de días tras intervención: contiene 10 variables por día. No todos los pacientes llegarán a permanecer los mismos días hospitalizados, por lo que, se ha considerado un máximo de 9 días porque en los dos tipos de registro existen pacientes con esa estancia hospitalaria y nos permite compararlos (en el registro con formato abierto aparece un caso que llega al día 17).
- Dentro de las variables contenidas en el estándar de cuidados para estos pacientes, existen unas dependientes de otras y que se pueden dar en días distintos para cada caso, por lo que se representarán sin considerarlas dentro de un día concreto de la estancia hospitalaria.

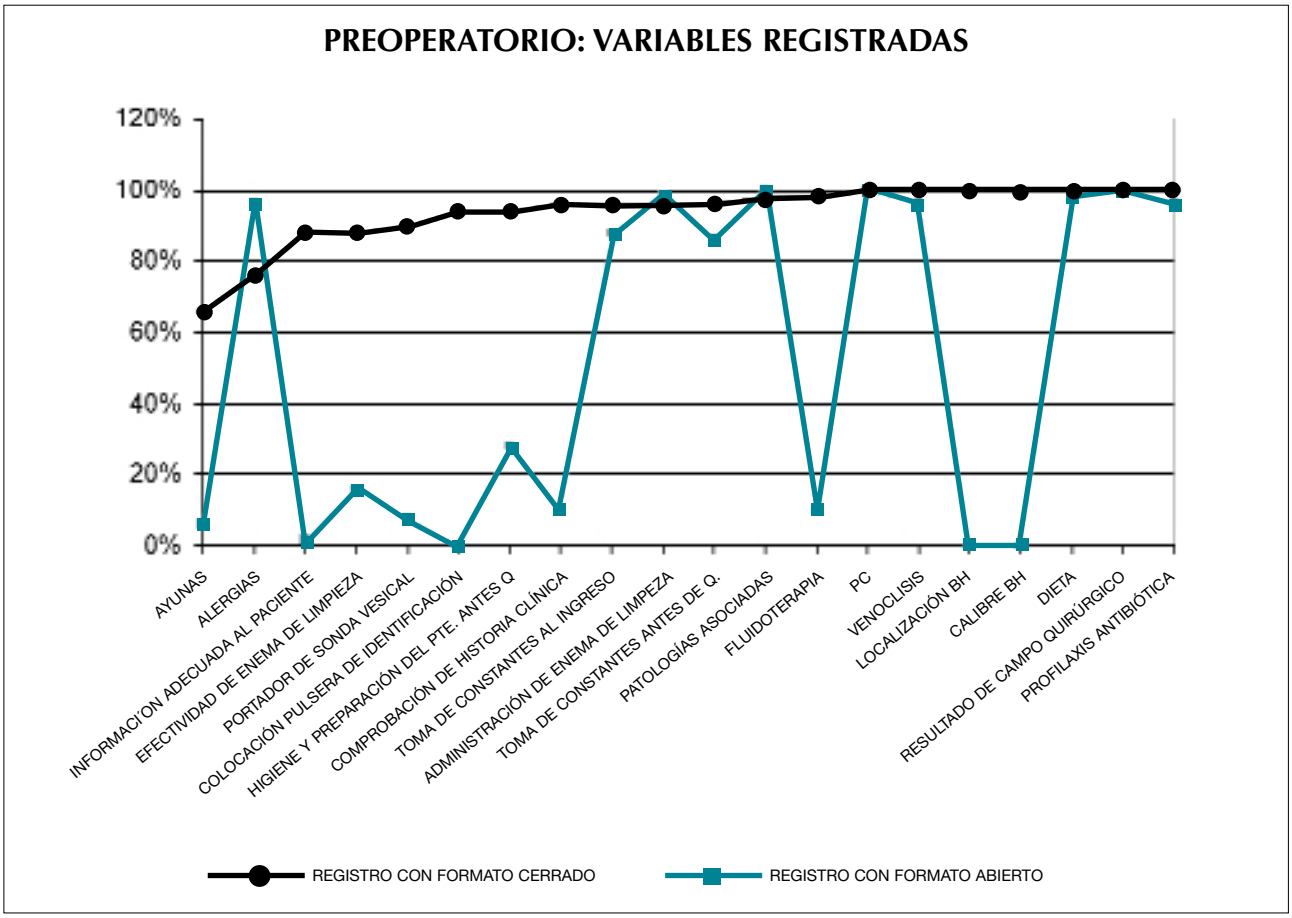
RESULTADOS

Al comparar los dos tipos de registro con el estándar de cuidados para la evolución de pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica, se muestra una clara mayoría de variables registradas a favor del registro con formato cerrado, en todos los días de estancia hospitalaria.

Si lo analizamos por días, obtenemos los resultados que se muestran en el gráfico de la página siguiente.

- PREOPERATORIO: De las 20 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado, excepto:
  – Alergias, 96% registradas en formato abierto; 76% registradas en formato cerrado.
  – Administración de enema de limpieza, 98% registradas en formato abierto; 96% registradas en formato cerrado.
  – Pruebas cruzadas y rasurado de campo quirúrgico: para estas dos variables, coincide en su registro tanto el formato abierto como el cerrado en un 100%.
- DÍA DE LA INTERVENCIÓN: De las 20 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado, excepto:
  – Aspecto de orina, 94% registradas en formato abierto; 86% registradas en formato cerrado.
  – Balance de entradas y salidas, para esta variable, coinciden en su registro tanto el formato abierto como el cerrado en un 90%.

1er DÍA TRAS INTERVENCIÓN: De las 12 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado, excepto:



– Cese de fluidoterapia y BH, 92% registradas en formato abierto; 88% registradas en formato cerrado.

2º DÍA TRAS INTERVENCIÓN: De las 11 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado.

3er DÍA TRAS INTERVENCIÓN: De las 10 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado, excepto:

– Control de Diuresis, 100% registradas en formato abierto; 96% registradas en formato cerrado.
– Toma de constantes, 98% registradas en formato abierto; 96% registradas en formato cerrado.

4º y 5º DÍA TRAS INTERVENCIÓN: De las 10 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado.

6º DÍA TRAS INTERVENCIÓN: De las 10 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado, excepto:

– Control de Diuresis, 90% registradas en formato abierto; 84% registradas en formato cerrado.
– Toma de constantes, 81% registradas en formato abierto; 80% registradas en formato cerrado.

7º DÍA TRAS INTERVENCIÓN: De las 10 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado.

8º DÍA TRAS INTERVENCIÓN: De las 10 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado, excepto:

– Control de Diuresis, 100% registradas en formato abierto; 33% registradas en formato cerrado.
– Toma de constantes, 100% registradas en formato abierto; 33% registradas en formato cerrado.
– Actividad habitual, 50% registradas en formato abierto; 33% registradas en formato cerrado.
– Dolor, 50% registradas en formato abierto; 33% registradas en formato cerrado.
– Dieta, para esta variable coincide en su registro tanto el formato abierto como el cerrado en un 100%.

9º DÍA TRAS INTERVENCIÓN: De las 10 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado, excepto:

– Control de Diuresis, toma de constantes y dieta, para estas 3 variables, coincide en su registro tanto el formato abierto como el cerrado en un 100%.

VARIABLES CONDICIONADAS: De los pacientes con patologías asociadas se registró si tomaban o no tratamiento domiciliario: 97% para el registro abierto y el 95% para el cerrado.

De los pacientes que tomaban tratamiento domiciliario se

registró si debían o no tomar la premedicación domiciliaria antes de la intervención, 29% para el registro abierto y el 75% para el cerrado.

De los pacientes a quienes se retiró la sonda vesical antes del alta, se registró la retirada de sonda vesical 80% para el registro abierto y el 100% para el cerrado. Y la micción espontánea, 57% en el registro abierto y el 87% en el cerrado.

De los pacientes diabéticos: de las 10 variables que comparamos, todas aparecen más registradas en el formato cerrado, excepto:

- Glucemia día de la intervención, 100% registradas en formato abierto; 71% registradas en formato cerrado.
- Glucemia 4º día tras intervención, 100% registradas en formato abierto; 83% registradas en formato cerrado.
- Glucemia 5º día tras intervención, 86 %registradas en formato abierto; 80% registradas en formato cerrado.
- Glucemia 1er, 2º y 3er día tras intervención, para estas 3 variables, coincide en su registro tanto el formato abierto como el cerrado en un 100%.

CONCLUSIONES

En base a los resultados se puede concluir que con el registro con formato cerrado y abierto en parte se recoge mucha más información que con el registro abierto. De esto, se puede entresacar que si el primero contiene muchas más variables que se asemejan al estándar de cuidados que hemos creado, se está aumentando la calidad asistencial.

Con la realización de este estudio, hemos podido conocer que los enfermeros, con el registro abierto anterior, no registraban la cantidad de variables que ahora se registran (ya sea por olvido o por que supone más tiempo). Luego, el registro con formato cerrado y sección abierta impide que se obvien aspectos relevantes sobre la evolución del paciente y supone menos tiempo al cumplimentarlo, recogiendo mucha más información.

Este nuevo registro constituye un primer paso para la realización de una vía clínica, ya que recopila las tareas a realizar en este tipo de paciente cuando está ingresado en planta. Cabría realizar una puesta en común con las demás unidades por las que pasa el paciente y crear así una nueva clínica que fuera encaminada hacia la gestión por procesos.

También se ha producido una unificación de criterios, todo el personal registra los mismos aspectos sobre el paciente. Otra ventaja es que, cuando se producen cambios de personal o éste es substituido por vacaciones, incapacidad laboral transitoria, etc., el enfermero que viene a trabajar a la Unidad de Urología, y que es «ajeno» a esta materia, sabrá perfectamente qué ha de vigilar y registrar sobre los pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica.

A la hora de optar con qué tipo de registro trabajamos a partir de la finalización del estudio, sin duda lo vamos a seguir realizando con el nuevo formato, aunque ahora lo hacemos con el formato cerrado modificado, ya que ocupa menos espacio en hojas y permite visualizar mejor a golpe de vista la evolución del paciente. Lo vamos a hacer así porque los resultados del estudio son favorables y porque la opinión de los profesionales que trabajan a diario con ellos se muestran a favor de que esto sea así, y manifiestan su opinión de que no volverían al formato abierto anterior; y, lo que es más, están dispuestos a colaborar para la realización de este mismo formato para otro tipo de procesos urológicos.

AHORA DISPONEMOS DE GRAN CANTIDAD DE INFORMACIÓN PARA CONTINUAR INVESTIGANDO, NO SÓLO MEJORAR EL ACTUAL FORMATO SINO QUE, COMO ÉSTE RECOGE MAYOR INFORMACIÓN, PODEMOS ESTUDIAR OTRO TIPO DE ASPECTOS

Ahora disponemos de gran cantidad de información para continuar investigando, no sólo mejorar el actual formato sino que, como éste recoge mayor información, podemos estudiar otro tipo de aspectos.

En cuanto al grupo de discusión, de la conversación que mantuvieron se pueden entresacar las siguientes conclusiones generales:

- Los enfermeros de la unidad de urología consideran como positivo que se implanten nuevas formas de trabajo que puedan mejorar la práctica diaria.
- Prefieren trabajar con el nuevo formato de registro para la evolución de pacientes sometidos a Cirugía Urológica Endoscópica, con una sección cerrada y otra abieta para posibles incidencias.
- Si tuvieran que optar por un tipo de formato de registro, lo harían por el formato cerrado con posibles modificaciones en cuanto a su forma (disposición de los ítems que éste contiene), pero no en cuanto a su contenido, además no volverían a utilizar el registro con el formato anterior, abierto.
- Manifiestan que el contenido del formato cerrado está muy completo, en cuanto a las variables que ha de contener.
- En numerosas ocasiones, comentan que la realización de nuevas formas de trabajo propugna la discusión y conduce hacia la mejora de la calidad asistencial y que con este registro se muestran, verdaderamente, las cargas de trabajo.
- Otro aspecto que enfatiza el uso de este registro es que se podría elaborar para otros procesos que se tratan en

la unidad (hidrocelectomía, biopsia de próstata, adenomectomía, cistectomía tipo bricker...).

El registro con sección cerrada y otra abierta se comenzó a utilizar en enero de 2002 y ha sido el único existente hasta marzo. A partir de entonces, está funcionando el mismo pero modificado (el contenido es el mismo, pero cambia en cuanto a forma, ocupa menos espacio, en hojas, lo que lo hace más cómodo). Aunque lleva escaso tiempo funcionando, las enfermeras lo consideran mejor que el anterior. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Ellis BW, Johnson S. The care pathway: a tool to enhance clinical governance. Clin Perform Qual Health Care. 1999 Jul-Sep; 7 (3): 134-44. PMID: 10848387 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Chang PL, Huang ST, Hsieh ML, Wang TM, Tsui KH, Lai RH. Does the use of clinical paths improve the efficiency and quality of care under the case payment system for inguinal herniorrhaphy or transurethral prostatectomy? Changgeng Yi Xue Za Zhi. 1999 Sep; 22 (3): 400-8. PMID: 10584411 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Wareing M, Candler S. Piloting day-case surgery for prostate resection. Prof Nurse. 1999 Aug; 14 (11): 754-8. PMID: 10481704 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Liao SL, Chu SH, Chen YT, Chung KP, Lai MK. The impact of a clinical pathway for transurethral resection of the prostate on costs and clinical outcomes. J Formos Med Assoc. 1998 May; 97 (5): 345-50. PMID: 9610059 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Brinkman MJ, Duffin J, Wilson SK, Delk JR 2nd. Fast track transurethral resection of the prostate: application of case map improves length of stay without compromising patient outcome. Nurs Case Manag. 1997 May-Jun; 2 (3): 115-21. No abstract available. PMID: 9197666 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Churchill JA. Transurethral prostatectomy-new trends. Geriatr Nurs. 1997 Mar-Apr; 18 (2): 78-80. Review. PMID: 9119278 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Chang PL, Huang ST, Hsieh ML, Wang TM, Chen JI, Kuo HH, Chuang YC, Chang CH. Use of the transurethral prostatectomy clinical path to monitor health outcomes. J Urol. 1997 Jan; 157 (1): 177-83. PMID: 8976245 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Pommier P, Villers A, Bataillard A, Brune D, Fervers B, Bachaud JM, Berger N, Bertrand AF, Bouvier R, Daver A, Fontaine E, Guilloneau B, Haillot O, Lagrange JL, Molinie V, Muratet JP, Pabot du Chatelard P, Peneau M, Prapotnitch D, Ravery V, Richaud P, Rossi D, Soret JY. Cancer Radiother. 2001 Dec; 5 (6): 770-86. French. PMID: 11797299 [PubMed - in process].
- Pangkahila WI. Evaluation of transurethral application of alprostadil for erectile dysfunction in Indonesians. Asian J Androl. 2000 Sep; 2 (3): 233-6. PMID: 11225984 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Ravery V, Fontaine E, Villers A. Prostatic biopsies: technical modalities and conditions of the test. Prog Urol. 2000 Dec; 10 (6): 1271-6. Review. French. PMID: 11217574 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Lin DW, Kuhr CS, Marsh CL. Endoscopic treatment of bladder outlet obstruction in men after pancreas transplantation. J Urol. 1999 Aug; 162 (2): 335-8. PMID: 10411033 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Bailey J, Roland M, Roberts C. Is follow up by specialists routinely needed after elective surgery? A controlled trial. J Epidemiol Community Health. 1999 Feb; 53 (2): 118-24. PMID: 10396473 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Cooper KL, McKiernan JM, Kaplan SA. Alpha-adrenoceptor antagonists in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Drugs. 1999 Jan; 57 (1): 9-17. Review. PMID: 9951948 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Callaghan P, Cheung YL, Yao KY, Chan SL. Evidence-based care of Chinese men having transurethral resection of the prostate (TURP). J Adv Nurs. 1998 Sep; 28 (3): 576-83. PMID: 9756226 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Tumbass VE, Schmitt Y, Schoter G, Henn-Beilharz A, Krier C. Mechanical autotransfusion also in transurethral resection of prostatic adenoma? Studies of preserved washed erythrocyte concentrates before possible retransfusion. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 1996 Mar; 31 (2): 77-84. German. PMID: 8652768 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Coppinger SW, Lewis CA, Milroy EJ. A method of measuring fluid balance during transurethral resection of the prostate. Br J Urol. 1995 Jul; 76 (1): 66-72. PMID: 7648065 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Lynch MJ. Written consent about sexual function in men undergoing transurethral prostatectomy. Br J Urol. 1995 Feb; 75 (2): 259. No abstract available. PMID: 7850347 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Montgomery BS, Venn SN, Beard RC. Written information for transurethral resection of the prostate-a national audit. Br J Urol. 1995 Jan; 75 (1): 9-11. PMID: 7850307 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Thorpe AC, Cleary R, Coles J, Reynolds J, Vernon S, Neal DE. Written consent about sexual function in men undergoing transurethral prostatectomy. Br J Urol. 1994 Oct; 74 (4): 479-84. PMID: 7820427 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Saw KC, Wood AM, Murphy K, Parry JR, Hartfall WG. Informed consent: an evaluation of patients' understanding and opinion (with respect to the operation of transurethral resection of prostate). J R Soc Med. 1994 Mar; 87 (3): 143-4. PMID: 8158591 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Tsyb AF, Slesarev VI, Komarevtsev VN. Transvaginal longitudinal ultrasonography in diagnosis of carcinoma of the urinary bladder. J Ultrasound Med. 1988 Apr; 7 (4): 179-82. PMID: 3285020 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Libman E, Creti L, Fichten CS. Determining what patients should know about transurethral prostatectomy. Patient Educ Couns. 1987 Apr; 9 (2): 145-53. PMID: 10282836 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Ravery V, Fontaine E, Villers A. Prostatic biopsies: technical modalities and conditions of the test. Prog Urol.

2000 Dec; 10 (6): 1271-6. Review. French. PMID: 11217574 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Chaussy C, Thuroff S. Results and side effects of high-intensity focused ultrasound in localized prostate cancer. J Endourol. 2001 May; 15 (4): 437-40; discussion 447-8. PMID: 11394458 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Sandblom G, Dufmats M, Nordenskjold K, Varenhorst E. Prostate carcinoma trends in three counties in Sweden 1987-1996: results from a population-based national cancer register. South-East Region Prostate Cancer Group. Cancer. 2000 Mar 15; 88 (6): 1445-53. PMID: 10717629 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Sohn MH, Vogt C, Heinen G, Erkens M, Nordmeyer N, Jakse G. Fluid absorption and circulating endotoxins during transurethral resection of the prostate. Br J Urol. 1993 Nov; 72 (5 Pt 1): 605-10. PMID: 10071546 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Sandblom G, Dufmats M, Astrand M, Nordenskjold K, Varenhorst E. Decreasing number of orchiectomies in prostatic cancer. Results of 9-year registration of the disease are reviewed. Lakartidningen. 1997 Oct 29; 94 (44): 3966-8, 3971-2, 3975-6. Review. Swedish. PMID: 9411165 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Holmstrom B, Rawal N, Arner S. The use of central regional anesthesia techniques in Sweden: results of a nation-wide survey. Swedish Association of Anesthesia and Intensive care. Acta Anaesthesiol Scand. 1997 May; 41 (5): 565-72. PMID: 9181156 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Scherhag A, Elich D, Heinrichs W. Continuous breath alcohol analysis. Monitoring of irrigation absorption syndrome in transurethral prostate resection. Anaesthesist. 1995 Jun; 44 (6): 436-41. German. PMID: 7653796 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Kirno K, Lundin S, Elam M. Effects of intrathecal morphine and spinal anaesthesia on sympathetic nerve activity in humans. Acta Anaesthesiol Scand. 1993 Jan; 37 (1): 54-9. PMID: 8424295 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Harzmann R, van Deyk K, Fluchter SH, Bichler KH. Perioperative noninvasive recognition of the TUR-syndrome in transurethral resections. Eur Urol. 1982; 8 (4):216-21. PMID: 7094963 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Ellis BW, Johnson S. The care pathway: a tool to enhance clinical governance. Clin Perform Qual Health Care. 1999 Jul-Sep; 7 (3): 134-44. PMID: 10848387 [PubMed - indexed for MEDLINE].
– Choong PF, Langford AK, Dowsey MM, Santamaria NM. Clinical Pathway for fractured neck of femur: a prospective, controlled study. Med J Aust 2000; 172: 423-426.
– Bickell N,Chassin M. Determining the quality of breast cancer care: Do tumor registries measure up? Ann Intern Med 2000; 132: 705-710.
– Simmonds M, Petterson J. Anaesthetists' records of preoperative assessment. B J Clin Govern. 2000; 1 (5): 22-27. Estandarización de procedimientos de enfermería en RTU de vejiga y de próstata en una unidad de especialidades quirúrgicas (rtu). Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). Vía Clínica para la Resección Endoscópica (RTUp, TCP, RTUv). Servicio de Urología. Hospital Universitario J.Mª. Morales Meseguer. Clinical Pathway for Transurethral Resection of Prostate (TURP). St Vincent's Hospital Sydney Limited.
– Solé Ripoll P, Olivares Obis M, Tegido Valentí M. Gestión de casos. Paciente con neoplasia de recto candidato a amputación abdominoperineal. Enfermería Clínica; vol. 8, núm. 5: 35-43.
– Koch MO, Seckin B, Smith JR JA. Impact of a collaborative care approach to radical cystectomy and urinary reconstruction. The Journal of Urology. American Urological Association. 1995 Sep; Vol. 154: 996-1001. Koch MO, Smith JR JA. Clinical outcomes associated with the implementation of a cost-efficient programme for radical retropubic prostatectomy. BritishJournal of Urology. 1995; 76: 28-33.
– Lang Chang P, Tsung Huang S, Li Hsieh M, Min Wang T, I Chen J, Huang Kuo H, et al. Use of the transurethral prostatectomy clinical path to monitor health outcomes. The Journal of Urology. American Urological Association. 1997 Jan; Vol.157: 177-183. Clinical Pathways Manual. Department of Veterans' Affairs. 2000 Jul. Hospital Universitario Reina Sofía. http://www.hrs.sas.juntaandalucia.es/enfermeria/quienes_somos.htm
– García Caballero J. Calidad asistencial. Vías Clínicas. UGA La Paz. 1998.
– Alfonso Maestre JA. Gestionando cuidados. ¡Un reto para enfermería! ENFURO. 2001 Mar; núm.77: 29-31.
– Pereda E, Ramírez J, Juárez N, Blaya E. Mejora de la calidad asistencial al paciente uro-oncológico terminal. ENFURO. 2001 Jun; núm.78: 28-31.
– Ramírez J, Pereda E, Delgado H, Blaya E. Mapas de cuidados, procedimientos de enfermería. ENFURO. 2002 Mar; núm.81: 26-28.
– Donabedian D. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana.1984 (versión original 1980).
– Wesorick B. Estándares de Calidad de Cuidados de Enfermería. Ediciones DOYMA.
– Pallares Neila L, García Junquera MJ. Guía práctica para la evaluación de la calidad en la atención enfermera. Ediciones Olalla. 1996.
– Khan J. Gestión de calidad en los centros sanitarios. SG Editores.1990 (versión original 1979).
– Calero García MJ, Fernández Roa MJ. Calidad asistencial en enfermería hospitalaria. Index Cuadernos Técnicos. 1995.

ARCADIO REAL ROMAGUERA**, JOSÉ BUFORN VALERO.*, CECILIA PIQUER BOSCA*, AMALIA RUBIA FERNÁNDEZ*, ELENA FERRER CASARES*, AMPAROMUÑOZ IZQUIERDO
* D.U.E. DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA
** D.U.E. SUPERVISOR DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Análisis de las encuestas realizadas a los usuarios y al personal sanitario sobre una nueva bolsa para la recogida de orina en la micción para los hombres con dificultad de deambulación

RESUMEN

Ante la necesidad de utilizar distintos tipos de colectores para recogida de orina en pacientes con dificultad para desplazarse y ser hasta ahora éstos reutilizables, los autores proponen el uso de un nuevo tipo de colector desechable y reciclable. Para ello realizan un estudio comparativo entre ambos productos, realizando para ello un estudio descriptivo analítico de corte analizando la opinión tanto de profesionales sanitarios como de pacientes, concluyéndose que el nuevo colector propuesto proporciona mayor confort a pacientes con dificultad a la deambulación.

Palabras clave: Bolsa, bolsa de diuresis, bolsa excreta, diuresis, bolsa para la orina

INTRODUCCIÓN CON TEMA PROPÓSITO U OBJETIVO

La problemática que supone la recogida de la orina de forma controlada, en personas con limitación de su autonomía, ha dado lugar a la aparición de multitud de dispositivos dedicados a esta finalidad. Estos dispositivos han evolucionado desde el colector de Ambrosio Paré hasta los usados actualmente.

En la actualidad, los dispositivos más usados son recipientes rígidos, que necesitan limpieza después de su uso.

Nuestra propuesta es utilizar una bolsa de material plástico, de un solo uso, desechable y reciclable para recoger la orina en los varones.

El objetivo de este trabajo es comparar el análisis de las preferencias y opiniones de los profesionales sanitarios asistenciales (enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares sanitarios), entre las botellas o calabaza y la nueva bolsa, al realizado a los pacientes y/o usuarios.

De este trabajo obtendremos información que nos permitirá medir:

- Las distintas visiones ante un mismo producto.
- La bondad del producto, con una revisión muy completa.
- Otras aplicaciones.
- Posibles mejoras.

Se constata la no existencia de antecedentes bibliográficos.

EL OBJETIVO DE ESTE TRABAJO ES COMPARAR EL ANÁLISIS DE LAS PREFERENCIAS Y OPINIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ASISTENCIALES (ENFERMERAS, AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y AUXILIARES SANITARIOS), ENTRE LAS BOTELLAS O CALABAZA Y LA NUEVA BOLSA, CON EL REALIZADO A LOS PACIENTES Y/O USUARIOS

MATERIAL Y MÉTODOS

Estúdio descriptivo analítico de corte

Población de estudio: paciente hombre ingresado en el Hospital General Universitario de Valencia con limitaciones de autonomía y tratamientos oncológicos intra y extra hospitalarios. Profesionales sanitarios asistenciales.

Período de estudio: desde el día 1 de junio hasta el 31 de julio del año 2002 para usuarios y de 15 al 31 de julio para los profesionales sanitarios asistenciales.

Muestra: no probabilidades de criterio, 150 profesionales sanitarios asistenciales (enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares sanitarios) de un total de 600, lo que nos da 25% y 120 de un total de 570, los que nos da 21,05% para los profesionales sanitarios asistenciales.

Fuente de información: cuestionario de elaboración propia que consta de 8 preguntas, 6 dicotómicas y 2 abiertas.

Forma de cumplimentación: autocumplimentación, se entregan a los pacientes y al personal sanitario tres bolsas para que las usen y después rellenen la encuesta. Dado que la encuesta era la misma nos permite comparar la encuesta y realizar el análisis.

Forma de recogida: se pasa por las unidades para recogerlas personalmente, el objetivo es no tener pérdidas.

Análisis: para el estudio de las diferencias ha sido necesario agrupar a los enfermeros/as, auxiliares de enfermería y sanitarios en una misma categoría «profesionales», y a los pacientes ingresados y pacientes de la policlínica (oncológicos) en un solo grupo «pacientes», aplicando en el contraste de hipótesis bilateral el estadístico exacto de Fisher.

RESULTADOS

Se han realizado 325 cuestionarios. Algunas de las preguntas no han sido contestadas por todos los encuestados, por lo que el valor total no oscila entre 325 y 307.

Se han estudiado 124 profesionales (38,2%) y 201 pacientes (61,8%), estos últimos son todos hombres ya que el estudio no incluyó a los familiares.

Todos los encuestados dicen que la nueva bolsa es más cómoda, siendo la diferencia estadísticamente significativa, el porcentaje más alto (98,4%) corresponde a los pacientes de policlínica (oncológicos) y el más bajo a los enfermeros/as (75%). También se considera que es más higiénica no siendo significativa la diferencia. Así mismo, se considera más cómoda, y en este caso los pacientes presentan porcentaje superior a los profesionales, la diferencia es significativa. Tanto pacientes como profesionales consideran que es más fácil de desechar y más discreta la bolsa que la calabaza, no siendo significativa la diferencia. Aunque la mayoría de los encuestados dicen que prefieren usar la nueva bolsa, los pacientes presentan un porcentaje de 91,4 frente al 79,6 de los profesionales, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Se han propuesto siete usos más, siendo el más destacable «recogida de vómitos en los viajes». Las sugerencias se han agrupado en trece categorías, la más frecuente «que tenga mayor capacidad».

CONCLUSIÓN Y/O DISCUSIÓN

En nuestros hospitales la estancia de hombres con limitaciones en la deambulación es cada vez más importante, esto les obliga a utilizar recipientes para recoger la orina.

Los resultados que hemos obtenido en la población estudiada apuestan por la introducción de este nuevo sistema, siendo la comodidad y la higiene los elementos mejor valorados.

También es interesante destacar que los pacientes son más favorables que los profesionales.

El sistema sanitario está siempre en movimiento, cada nuevo sistema mejora al anterior; si tenemos en cuenta nuestros resultados, la nueva bolsa puede proporcionar mayor confort a los hombres con dificultad de deambulación. ▼

Libro recomendado del trimestre

Manual de CIRUGÍA MENOR

Manuel Domínguez Romero
José Antonio Galiana Martínez
Francisco Javier Pérez Vega

ISBN: 84-95913-16-X

ARÁN Ediciones S.L. C/ Castelló 128, 1º. 28006 Madrid

Escrito por tres enfermeros, manual de más de 500 páginas, correctamente estructurado, donde se recoge de una manera clara y con gran poder docente todo lo necesario para el desarrollo de un programa de Cirugía Menor.

Incluye numerosas ilustraciones y fotografías a todo color, que aumentan el valor pedagógico de la obra, haciendo más sencillo el aprendizaje de los procedimientos y técnicas que se proponen en los distintos capítulos.

C. MUÑOZ BALAGUER, V. MARTÍ PEIRÓ, C. MORILLO SERRANO, J.M. DEVIS ÁLVAREZ, E. CALATAYUD SUÑER

Experiencia de una consulta de Enfermería en una unidad de litotricia

RESUMEN

La consulta de Enfermería en una unidad de litotricia parece un instrumento eficaz en la prevencion de la aparicion de nuevos procesos litiásicos. En este artículo se nos sientan las bases del funcionamiento de una consulta de este tipo, la cual puede hacerse extensiva a otros procesos.

Palabras clave: Consulta de Enfermería, litotricia, bacteriuria.

INTRODUCCIÓN

La evolución del paciente con litiasis infectiva está claramente relacionada con la existencia o no de bacteriurias. Por ello, para prevenir la recidiva litiásica hay que controlar estrictamente la situación microbiológica.

Cuando la litiasis infectiva está resuelta (riñón exento de litiasis) o presenta una litiasis mínima expulsiva, el médico programa las revisiones ulteriores, al menos durante un año en los pacientes sin litiasis y en los demás mientras presente y no expulse la residual.

Los controles médicos serán, usualmente, trimestrales y si no hay incidencias, se podrán pasar a semestrales.

Los controles de esterilidad de la orina se harán normalmente; para lo cual, los pacientes serán derivados a control de la consulta de enfermería urológica.

OBJETIVO

Controlar que el paciente mantenga orinas estériles para evitarle la formación de litiasis infectivas e instruirlo sobre el método de obtención de la orina y las medidas higiénico-sanitarias para evitar la infección.

PERSONAL AL QUE AFECTA EL PROCEDIMIENTO

Enfermeras y auxiliares de enfermería.

MATERIAL NECESARIO

- Historia clínica.
- Hoja de cuidados de enfermería.
- Volantes de petición de cultivo de orina y de sedimento.
- Tarros de recogida de urocultivo y sedimento.
- Hoja de consejos higiénicos en las infecciones urinarias de repetición.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Aportará los resultados de cultivos anteriores.
- Vendrá remitido por su urólogo.
- Tendrá la fecha y hora de citación en su tarjeta de visita.

PREPARACIÓN DEL PERSONAL

- Actuará conjuntamente con el urólogo responsable del paciente.
- Conocerá el procedimiento a realizar.
- Conocerá los procedimientos del hospital referentes a la recogida de muestras y sondaje vesical nº 18 y nº 96 (del manual de procedimientos).
- Conocerá la patología del paciente.
- Sabrá instruir al paciente sobre las medidas higiénico-sanitarias para evitar la infección urinaria.

PROCEDIMIENTO

1. Petición de la historia clínica a archivos.
2. Recepción del paciente por la enfermera en la consulta.
3. Entrevista:
   a) Se preguntará al paciente si tiene algunos de estos síntomas: mal olor, escozor, polaquiuria u orina turbia o que precipita rápidamente.
   b) Se revisará el cultivo de orina que aporta:
      - cultivo negativo + sintomatología ∅ ⇒ pedir cultivo según pauta médica.
      - cultivo negativo + sintomatología + ⇒ pedir nuevo cultivo de orina.
      - cultivo positivo ⇒ pasar al urólogo para instaurar tratamiento.
      - cultivo contaminado + sintomatología positiva o negativa ⇒ repetir cultivo.
      - dos cultivos contaminados ⇒ se obtendrá una

muestra mediante sondaje vesical según el procedimiento nº 18.
- dos cultivos negativos + sintomatología + ⇒ se solicitará sedimento más cultivo con recuento manual

c) Se interrogará al paciente en todos los casos sobre el método de obtención de la orina.
d) Se instruirá al paciente de las medidas profilácticas a seguir para evitar las infecciones de orina, entregándole una hoja de recomendaciones.
e) La pauta de citación en los pacientes con cultivos negativos y sintomatología negativa será de un cultivo mensual.

PUESTA EN ORDEN

- Adjuntará los cultivos que aporta a la historia clínica.
- Entregará al paciente el volante de petición del nuevo cultivo.
- Entregará la historia clínica a la auxiliar de enfermería para su archivo.

ANOTACIONES

- Registrará en la hoja de valoración de enfermería todos los datos sobre los controles del paciente, incidencias y pautas a seguir.
- Anotará en la tarjeta de visita la fecha y hora para el nuevo control.

CONCLUSIONES

Creemos que la consulta de Enfermería en una unidad de litotrícia es un paso más en la excelencia de los cuidados de Enfermería a pacientes urológicos. Pensamos que esta consulta puede ser extensible a otras patologías urológicas (anomalías congénitas, derivaciones, estenosis uretrales, etc.).

Algunas direcciones de ***internet*** *para* ***nuestra profesión***

➤ **REVISTAS ELECTRÓNICAS DE ENFERMERÍA:**
www.readysoft.es/joanenric/revistes.htm

➤ **REVISTAS EN ENFERMERÍA:**
Nueva dirección de esta interesante revista de Enfermería y Humanidades.
biblio.ucaldas.edu.co/docs/GutEnfermeria.htm

➤ **ENFERMERÍA: OTROS: REVISTAS Y E-ZINES**
Enfermería: Revistas Cubanas de Sanidad: Dentro del grupo hay una dedicada específicamente a la Enfermería.
www.guiadeenfermeria.com/otros/revistas/

➤ **REVISTAS SANITARIAS EN ESPAÑOL: ATENCIÓN PRIMARIA**
Revistas Sanitarias en Español - Atención Primaria. Atención Primaria, Especialidades, Atención Primaria. Atención Primaria, Revistas Internacionales.
www.fisterra.com/recursos_web/ castellano/c_revistas.htm

➤ **ACTIVIDADES**
Destacamos las revistas Enfermería Intensiva, Gerokomos, Revista de la Asociación de Enfermería en Urología, BISEDEN (Enfermería Nefrológica) e Híades.
www.index-f.com/6_informes.htm

➤ **BIBLIOTECA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA**
En el área de Ciencias de la Salud, principalmente aquellas que abarcan los campos de la Enfermería, Fisioterapia y Podología. Revistas en castellano.
www.ucm.es/BUCM/enf/05001.htm

➤ **ENLACES DE ENFERMERÍA**
Revistas e Investigación Enfermería: ÍNDICE DE REVISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD (en inglés).
www.aibarra.org/enlaces.htm

➤ **BIBLIOGRAFÍA BÁSICA: TIC EN ENFERMERÍA**
Científica, de asociaciones profesionales, asimismo incorpora con carácter selectivo artículos de algunas otras revistas de enfermería y boletines.
enfe.ua.es/profesores/ferri/tice4.htm

➤ **ENLACES EN ENFERMERÍA 21**
Esta página da acceso a 12 revistas de enfermería en inglés. Nurse-Beat: Periódico electrónico de enfermería cardiológica.
www.enfermeria21.com/directorio/publicaciones.htm

➤ **INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA**
Medline Muy conocida en el campo de la medicina. Incluye revistas de Enfermería. Medline Plus de la National Library of Medicine. Inglés.
www.enferpro.com/investigacion.htm