

# enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 87. Septiembre 2003



Concurso de Logos. Se fallara en el Congreso de A Coruña

Congreso Europeo Enfermeria Urologica. Estambul 04

Nueva pagina web de nuestra Asociacion.

El impacto de Enfuro sube notablemente



## ENFURO

nº 87 / Julio/Agosto/Septiembre 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 1º:** 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 (Xàtiva-Valencia)  
Ricardo Lequerica Llopis (Valencia)

#### Consejo Asesor:

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

#### Nuestra portada:

Playa del Orzán. 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@enfuro.net](mailto:enfuro@enfuro.net)  
28028 Madrid

## SUMARIO

● Reforma de estatutos .....	4
● 7º Premio Jenaro Vázquez .....	4
● Concurso de logos .....	5
● Noticias y comunicados de interés para los socios de la AEEU .....	6
● Cinta vaginal sin tensión. Cuidados de enfermería P. del Olmo Cañas, C. González Lluvas, Mª M. Aller Zamanillo, E. Freire García y P. Morales de los Ríos Luna .....	7
● Introducción de sistemas informatizados hospitalarios y su repercusión en el trabajo de enfermería M.ª Teresa Pérez Palomares y F. Vicedo Domínguez .....	10
● ¿Coordinación de altas hospitalarias? E. Pereda Aguirre, E. Blaya López, H. Delgado Aguilar y J. M. Remírez Suberbiola .....	12
● Análisis de los diagnósticos de enfermería N. Gómez Mazo y M. Sanguillo Antolín .....	14
● Análisis crítico de los cuidados de enfermería a través de la gestión y la satisfacción de los usuarios en el servicio de urología del hospital Virgen del Rocío de Sevilla S. Sena Orta, A. Barrio Delgado, F. Conejero Caballero, E. Alonso Moreno, J. Rivas Calderón y J. M. Ramos Suárez .....	16
● Congreso Europeo de Estambul .....	22
● XXV Congreso Nacional de Enfermería Urológica .....	23
● ¿Fumas? Parajodas sanitarias M. A. Campos Gómez y R. Gutiérrez Rivero .....	24
● Herramientas metodológicas en el avance de los cuidados M. J. Poza Urcelay, L. Martínez Feria y M. J. González Moreno .....	26
● Litotricia extracorpórea y dolor L. A. Ramírez Rodríguez, J. A. González Borguillos y P. Morcillo Navarro-Casas .....	28

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.

## REFORMA DE ESTATUTOS

UNA vez cumplidos todos los plazos para la reforma de nuestros estatutos, sólo nos queda convocaros para la Asamblea Extraordinaria a celebrar en A Coruña el próximo día 15 de octubre, donde se defenderán las alegaciones a los mismos y

serán sometidos a la aprobación de éstos por parte de la asamblea.

Una vez éstos estén aprobados, sólo nos restará presentarlos en el Ministerio del Interior para su tramitación y puesta en marcha.

### 7º Premio Jenaro Vázquez

OS recordamos que en el transcurso de nuestro próximo Congreso se otorgará el Premio Jenaro Vázquez a la mejor comunicación y póster presentados durante el mismo, con una cuantía económica de 400 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 dos miembros del Comité Científico del mismo.

### FE DE ERRATAS

En el número anterior, por error de transcripción, fue omitido el nombre de Carmen Rodríguez Fachal, una de las autoras del trabajo «Dolor en el paciente postquirúrgico», publicado en las páginas 11 a la 14 de dicho número.



#### 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 periodo de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La cuota de socio anual es por un importe de 48,08 euros mediante pago en cuenta corriente.

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

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

Fecha:

Firma



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

# Concurso de logos

COMO recordaréis, durante todo este año hemos mantenido abierto este concurso de ideas para elegir el que será el nuevo logo de nuestra asociación. El plazo de presentación ha terminado el día 30 de septiembre, habiéndose recibido un total de 20 trabajos. Se realizó una preselección por parte de nuestra directiva y a continuación os mostramos los seis

trabajos finalistas, de los cuales, mediante votación por parte de todos los asociados presentes en A Coruña, saldrá el vencedor que pasará a ser el anagrama oficial de nuestra Asociación sustituyendo al anterior.

Desde estas líneas expresar nuestro reconocimiento y agradecimiento a todos los autores por su colaboración.



## NOTICIAS Y COMUNICADOS DE INTERÉS PARA LOS

### SECRETARÍA

Os recordamos que para cualquier tema relacionado con Secretaría de la Asociación tenemos a vuestra disposición a nuestra secretaria D<sup>a</sup> 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.

### BECA DE INVESTIGACIÓN

Terminado el plazo para la presentación de proyectos de investigación y no habiéndose recibido ninguno para optar a la citada beca, se declara desierto este premio para el año 2003. En los próximos números os informaremos de próximas convocatorias.

## Página web

**D**ESDE mediados del mes de septiembre ha entrado en funcionamiento en fase de pruebas nuestra nueva página web. La nueva dirección es [www.enfuro.net](http://www.enfuro.net) (sólo cambia con respecto a la anterior el .com que ahora pasa a ser .net).

Con una interface mucho más fácil de manejar, en ella encontraréis todo lo relacionado con nuestra Asociación, así como enlaces, manuales a texto completo, etc., que iremos colgando de manera paulatina y con el compromiso por parte de esta Junta Directiva de su actualización de forma periódica.

Como novedad principal encontraréis un apartado que nos parece muy interesante. Una zona restringida para socios donde encontraréis los últimos números de nuestra revista en formato pdf, donde podréis descargar e imprimir lo que os interese, así como otros apartados de interés para socios como estatutos, etc. Para poder acceder a esta zona se os facilitará una clave y número de contraseña por correo o en nuestro stand en A Coruña.



P. DEL OLMO CAÑAS, C. GONZÁLEZ LLUVAS, M<sup>a</sup>. M. ALLER ZAMANILLO, E. FREIRE GARCÍA, P. MORALES DE LOS RÍOS LUNA  
Hospital Gregorio Marañón. Madrid

# Cinta vaginal sin tensión. Cuidados de Enfermería

## RESUMEN

Ante la aparición de nuevas técnicas mínimamente invasivas (TVT) para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo, se plantea la necesidad de conseguir el bienestar del paciente, mediante la realización y puesta en práctica del Plan de Cuidados Estandarizado específico para este tipo de intervenciones. Para ello se hará una esmerada educación al paciente tanto preoperatoria como postoperatoria.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria, cinta vaginal sin tensión (TVT), plan de cuidados.

**Summary:** With the appearance of new technologies minimally invasive (TVT) for the alteration of the urinary incontinence of effort there appears the need to obtain the well-being of the patient, by means of the accomplishment and putting in practice of the plan of cares standardized specifics for this type of interventions. For it a careful education will do so many preoperatoria to the patient like postoperatoria.

**Key Words:** Urinary Incontinence, Vaginal tape without tension (TVT), Plan of cares.

## INTRODUCCIÓN

### Anatomofisiología del aparato urinario

La vejiga es un órgano muscular hueco cuya misión es almacenar la orina, que posteriormente será eliminada al exterior a través de la uretra. La vejiga junto con la uretra son los órganos responsables de la micción, acto por el cual la persona es capaz de evacuar voluntariamente la orina al exterior. La vejiga normal tiene una capacidad aproximada de 300 a 500 cc.

La micción se realiza gracias al músculo detrusor, que es el responsable tanto de la replección vesical o almacenaje como de la contracción necesaria para el vaciado vesical.

La incontinencia es la pérdida involuntaria de orina producida en un momento y lugar no adecuados. Este hecho supone para la persona que lo sufre un problema higiénico, social, psíquico y una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar e individual.

Este problema, presente en todas las edades y en ambos sexos, tiene una incidencia similar entre niños y niñas, pasando en la madurez a ser mucho más frecuente en mujeres que en hombres.

A partir de los sesenta y cinco años la incidencia y prevalencia de la I.U. en la población se incrementa de forma paralela y acelerada con los años, tendiendo a igualarse las diferencias existentes entre ambos sexos.

La incontinencia en sí no es una enfermedad, si no una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical,

que se presenta en diversas enfermedades.

**La TVT es un proceso quirúrgico relativamente nuevo, introducido en la práctica clínica y descrito por primera vez a mediados de los 90.**

### ¿Qué es la TVT (cinta vaginal sin tensión)?

La TVT (cinta vaginal sin tensión) es un procedimiento quirúrgico relativamente nuevo, introducido en la práctica clínica y descrita por primera vez entre 1994-1996.

Las investigaciones experimentales y clínicas iniciales se realizaron en Escandinavia.

El objetivo era lograr un procedimiento simple, mínimamente invasivo y ambulatorio, realizado con anestesia local o regional, para corregir la incontinencia de esfuerzo por incompetencia del esfínter uretral, combinado con la posibilidad de ajustar con precisión la tensión de la cinta durante la intervención de cada paciente (para asegurar la continencia sin provocar dificultad miccional) sin necesidad de sondaje, con una recuperación rápida y relativamente indolora que permitiese reanudar las actividades diarias y laborales con prontitud.

La innovación especial fue el concepto del soporte sin tensión de la uretra media, teoría según la cual la uretra femenina se cierra en su porción media y no en el cuello de la vejiga. La falta de soporte de la uretra media por los ligamentos púbico-uretrales, de la pared vaginal anterior suburetral y el deterioro de la función y de la inserción de los músculos pubococcígeos predisponen a que las pacientes padezcan incontinencia de esfuerzo.

El dispositivo TVT consta de una malla estéril, sin teñir, de polipropileno no absorbible, que mide aproximadamente 1,1x45 cm, siendo su espesor de 0,7 mm, cubier-

ta con una vaina de plástico cortada y superpuesta en el medio y sujeta entre dos agujas de acero inoxidable unidas a la malla y a la vaina con collarines de plástico. La inserción es por vía vaginal mediante un introductor cuyo fin es facilitar el paso del dispositivo TVT desde la vagina a la piel del abdomen, rodeando a la uretra media con un instrumento especial con forma de aguja.

En el H.G.U. Gregorio Marañón, el procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia raquídea o espinal. La extensión de la disección es mínima, es decir, una entrada en la línea media vaginal con una pequeña disección parauretral para colocar la aguja inicialmente y dos incisiones de la piel suprapúbica.

Cuando la punta de la aguja alcanza la incisión abdominal, se efectúa una cistoscopia para confirmar la integridad de la vejiga.

Los criterios de inclusión son:

- Incontinencia urinaria por estrés.
- Incontinencia causada por la hipermovilidad uretral.
- Y/o deficiencias intrínsecas del esfínter.

Los criterios de exclusión serán:

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con planes futuros de embarazo.
- Pacientes con terapia anticoagulación.
- Pacientes con infección del tracto urinario.

**OBJETIVOS**

**Objetivo principal**

Conseguir el bienestar del paciente, mediante realización y puesta en práctica del Plan de Cuidados Estandarizado.

Para ello se hará una esmerada educación al paciente, tanto preoperatoria como postoperatoria.

**Objetivos secundarios**

- Evitar complicaciones postoperatorias.
- Conocer la técnica quirúrgica.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se elabora como método de trabajo, Plan de Cuidados Estandarizado en el preoperatorio y postoperatorio, ante la incidencia cada vez más numerosa de pacientes sometidos a esta intervención quirúrgica que necesitan cuidados específicos de enfermería.

**RESULTADOS/CONCLUSIONES**

Las técnicas de cabestrillo uretral sin tensión han demostrado su eficacia y ser técnicas mínimamente invasivas, con bajo índice de complicaciones, fácilmente reproducibles y con buen resultado antiincontinencia a medio plazo. La aportación más importante ha sido el concepto del soporte sin tensión de la uretra media.

Un buen Plan de Cuidados Estandarizado:

- Disminuye las complicaciones postoperatorias.
- Proporciona una mejor calidad y unos cuidados individualizados.
- Reduce la estancia hospitalaria y por tanto el gasto sanitario. ▼

<b>CINTA VAGINAL SIN TENSIÓN TVT</b>		
<b>Población Diana: Pacientes que van a ser sometidos a cirugía según técnica quirúrgica TVT</b>		
<b>PROBLEMAS PREQUIRÚRGICOS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
1. Temor RC ingreso, intervención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresará sus dudas respecto al proceso quirúrgico el día previo a la intervención.</li> <li>• Identificará todas las pruebas que se le van a realizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibir al enfermo en la Unidad según procedimiento.</li> <li>• Informar siempre sobre:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pruebas a realizar.</li> <li>– Educación de hábitos vesicales.</li> </ul> </li> </ul>
2. Riesgo de infección RC intervención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estará preparada adecuadamente para la intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar protocolo de intervención quirúrgica.</li> </ul>
3. Riesgo de patrón respiratorio ineficaz RC anestesia e inmovilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enumerará los pasos a seguir para toser correctamente antes de la intervención.</li> <li>• Utilizará el inspirómetro 24 horas antes de la intervención.</li> <li>• Solicitará nuestra presencia cuando realice ejercicio con el inspirómetro la primera vez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a toser y respirar adecuadamente.</li> <li>• Enseñar a utilizar el inspirómetro.</li> </ul>

**CINTA VAGINAL SIN TENSION TVT**

**Población Diana: Pacientes que van a ser sometidos a cirugía según técnica quirúrgica TVT  
Con anestesia regional o general**

<b>PROBLEMAS POSTQUIRÚRGICOS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
1. Complicación de hemorragia vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar signos y síntomas de hemorragia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar cada dos horas en las primeras seis:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Constantes vitales.</li> <li>– Taponamiento vaginal.</li> <li>– Coloración de piel y mucosas.</li> </ul> </li> </ul>
2. Riesgo de retención urinaria RC anestesia, inmovilidad y proceso quirúrgico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orinará espontáneamente a las 6 horas tras la retirada de sonda vesical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar sonda vesical en el postoperatorio inmediato.</li> <li>Controlar la micción espontánea al retirar la sonda vesical.</li> <li>Observar posible globo vesical.</li> <li>Proporcionar postura cómoda para orinar.</li> <li>Medir residuos postmiccionales anotando cantidad.</li> </ul>
3. Riesgo de déficit de volumen de líquidos RC cirugía y anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No presentará signos y síntomas de deshidratación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar correcto balance hídrico en cada turno.</li> <li>Administrar como mínimo 2.000 cc. De líquidos orales en 24 h.</li> </ul>
4. Temor RC dolor, éxito quirúrgico y procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verbalizará si tiene dolor.</li> <li>Manifiestará sus dudas respecto al resultado quirúrgico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preguntar si tiene dolor en cada turno.</li> <li>Informar de todos los cuidados que se le realicen siempre.</li> </ul>
5. Riesgo de termorregulación ineficaz RC, intervención quirúrgica o anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicará si tiene frío en 24 horas.</li> <li>No tendrá 38ª más de 2 horas seguidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abrigar si frío.</li> <li>Aplicar medios físicos si temperatura mayor de 38°C.</li> <li>Administrar antitérmicos según prescripción médica.</li> </ul>
6. Riesgo de infección RC herida, venoclisis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No presentará signos y síntomas de infección.</li> <li>Mantendrá limpios los apósitos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Curar siempre que se precise y cada 24 horas.</li> <li>Aplicar protocolo de venoclisis.</li> </ul>
7. Riesgo de infección urinaria RC son vesical y taponamiento vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>No presentará signos y síntomas de infección.</li> <li>Mantendrá permeable sonda vesical.</li> <li>Permanecerá seco el taponamiento vaginal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar y registrar en cada turno:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Color, olor, aspecto y cantidad de diuresis.</li> </ul> </li> <li>Retirar a las 24 h. taponamiento vaginal, haciendo lavados vaginales con s. fisiológico.</li> <li>Retirar s.vesical a las 24 horas.</li> <li>Vigilar micción espontánea.</li> <li>Medir residuo miccional de manera aséptica.</li> </ul>
8. Deterioro de la inmovilidad RC dolor, herida, aparataje.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moverá frecuentemente MMII. En la cama.</li> <li>Se levantará a las 24 horas de la intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicar cuando esté encamado la movilización MMII.</li> <li>Levantar al paciente a las 24 horas.</li> </ul>
9. Alteración del patrón del sueño RC dolor, temor, aparataje.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dormirá 4 horas seguidas en las 24 horas de la intervención.</li> <li>Mantendrá una postura cómoda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No interrumpir sueño si no es preciso.</li> <li>Preguntar al enfermo una vez por turno si tiene dolor.</li> </ul>
10. Déficit de autocuidados, higiene, vestido, WC, inmovilidad, dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participará en su autocuidado en las 24 horas postquirúrgicas.</li> <li>Usará el WC en las 24 horas tras la intervención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar higiene personal diaria, insistiendo en zona genital externa en las primeras 24 horas.</li> <li>Ayudar en su autocuidado enseñándole a realizarlo correctamente.</li> </ul>
11. Complicación: hematoma púbico y/o vaginal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar signos y síntomas de hematoma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar y anotar en cada turno:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Herida.</li> <li>– Tamaño del hematoma.</li> </ul> </li> </ul>
12. Ansiedad RC resultado de la cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocerá los signos externos derivados de la intervención hasta el alta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener la intimidad de la paciente.</li> <li>Aclarar las dudas derivadas de su intervención.</li> </ul>
13. Déficit de conocimientos: autocuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Describirá el cuidado de la herida al aire.</li> <li>Sabrá detectar cualquier anomalía o complicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseñar cuidados de la herida.</li> </ul>



M<sup>º</sup> TERESA PÉREZ PALOMARES, FLORENCIA VICEDO DOMINGUEZ  
Hospital Dr. Peset. Valencia

# Introducción de sistemas informatizados hospitalarios y su repercusión en el trabajo de enfermería



## PERFIL DEL HOSPITAL DR. PESET

- Primer hospital de la Seguridad Social (1951).
- 536 camas; 2.000 empleados; atiende una población de 356.000 habitantes.
- Especialidades médico-quirúrgicas.
- Recientemente galardonado con el Premio TOP 20 (año 2001).

## INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente un año y medio, la informática entró en el quirófano, siendo instalado un ordenador en cada uno de ellos; sustituyendo y eliminando el libro de registro de quirófano.

Esto nos obligó al personal de enfermería a prepararnos para manejar dicho ordenador.

A través del programa instalado, los datos de los pacientes recibidos e introducidos en el ordenador de admisión se procesan los expedientes por especialidades según patología y desde el ordenador de cada quirófano se accede a dichos expedientes de cada especialidad.

En dicho programa van incluidos tanto los datos personales de cada paciente como el diagnóstico, intervención realizada, la hora de comienzo y final de la intervención, los cirujanos, el anestesista y personal de enfermería que han asistido dicha intervención; así como datos de tipo de anestesia, A. patológica, etc. También es registrado el lugar a donde se dirige el paciente inmediatamente después de la intervención.

Anteriormente (hace ya más de dos años), se había instalado un armario de dispensación automática exclusivamente para medicación, el cual también tuvimos que aprender a manejar.

## OBJETIVOS

El objetivo de nuestro trabajo es dar a conocer un sistema nuevo de dispensación automática, utilizado mayoritariamente por la enfermería, con beneficios claros para la gestión hospitalaria, aunque con una ligera sobrecarga para la enfermería.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Forma de funcionamiento de la red de dispensación de material automatizada

A través de la red informática del hospital y por medio de tres interfaces se gestiona dicha dispensación automatizada:

El ordenador central del hospital está interconectado al ordenador de gestión de los armarios de dispensación, que a su vez puede estar conectado al propio proveedor.

1. CONEXIÓN CON ADMISIÓN, que transfiere información de los pacientes.
2. CONEXIÓN CON COMPRAS, que transfiere información del inventario (armarios de dispensación).
3. CONEXIÓN CON FACTURACIÓN (en el caso de que hubiese privados).

## DISPENSACIÓN AUTOMATIZADA

### Historia de la implantación en el hospital Dr. Peset

1995-1999: Se instalan 6 unidades Sure-Med (sólo para medicación) en: UCI, URGENCIAS, QUIRÓFANO y REANIMACIÓN.

2001: 1ª Instalación del Sistema Omnicell para productos sanitarios en España. Departamento de quirófano para las especialidades de: Urología, Oftalmología, Cirugía General, C. Vasculat, ORL, Anestesia y Traumatología.

2002: Ampliación del sistema para productos sanitarios: Quirófanos y laboratorios.

FUTURO: Actualización o conversión de las unidades Sure-Med en armarios Omnicell para medicación.

Extensión a otras áreas del hospital, como UCI y HEMODINÁMICA.



- Control de costes: proceso-paciente.
- Control de acceso al material.

## REPERCUSIONES PARA LA ENFERMERÍA

1. Incremento de trabajo con el mismo personal (debido a la reducción de almacenaje fuera del armario).

2. Nos obliga a abandonar con más frecuencia el quirófano.

3. En caso de necesitar algo urgente (sutura, prótesis, etc.) no se puede evitar cierta demora, por el tiempo que necesitamos para acceder al armario.

4. Al finalizar la jornada nos obliga a devolver el material no utilizado otra vez al Omnicell.

## CONCLUSIONES

1. El cambio de la forma de trabajar en el quirófano es ya irreversible.

2. Este sistema ha implicado directamente

al personal de enfermería en la gestión de material fungible.

Aunque estamos convencidas de que el avance que representa esta nueva forma de dispensación es un paso adelante, nos hubiese gustado habernos sentido implicadas en la decisión e implantación de este nuevo sistema de dispensación, ya que somos el personal implicado más directamente en él; puesto que los códigos de acceso a los armarios Omnicell han sido adjudicados únicamente al personal de enfermería.

No queremos decir que si nos hubiesen pedido opinión, nos habríamos negado, pero nos habría gustado que por una vez hubiesen contado con nosotros para imponer un sistema nuevo en el trabajo que repercute tan directamente en enfermería, y mucho más nos habría gustado que nos hubiesen intentado convencer, ya que esto habría sido una muestra de que somos un pilar importante tanto en nuestro puesto de trabajo como en la sanidad.

A pesar de los inconvenientes que hayamos podido encontrar, pensamos que este sistema de dispensación será implantado para todos porque es el futuro. ▼

## BENEFICIOS PARA LA GESTIÓN

### 1. FACILITA LA LABOR ASISTENCIAL

- Dispensación y reposición guiada – Mayor rapidez y disminución de errores.
- Gestión automatizada de inventario (sin papeles).
- Gestión de stock más rápida y eficaz.
- Control y reducción de caducidades.

### 2. OPTIMIZA EL COSTE

- Control y gestión preventiva de caducidades.
- Disminución de sobre-stock en planta y almacén central.
- Aprovechamiento y disminución de espacios ocupados (eliminación de almacenes).
- Reducción de consumo extraoficial.
- Disminución de puestos de trabajo con tareas administrativas.

### 3. FACILITA LA GESTIÓN

- Control y visión global de stock en todo el hospital.
- Disponibilidad de información real en tiempo real.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer un sistema nuevo de dispensación automática, utilizado mayormente por enfermería, con beneficios claros para la gestión hospitalaria

PEREDA ARREGUI, ENRIQUE. BLAYA LÓPEZ, ENRIQUE. DELGADO AGUILAR, HERMINIA. REMÍREZ SUBERBIOLA, JOSÉ MANUEL  
Servicio de Urología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

# ¿Coordinación de altas hospitalarias?

## RESUMEN

Desde hace tres años se lleva a cabo en nuestra Área Sanitaria (XI de Madrid), la coordinación a través de los «Informes de Enfermería al Alta Hospitalaria» de la comunicación entre nuestro hospital y los centros de Atención Primaria que corresponden a nuestros pacientes. A su vez es un objetivo específico de los Planes de Calidad Integral de los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid y como tal creemos imprescindible articularlo dentro del Modelo de Excelencia.

Es prioritario que la coordinación e integración de los niveles asistenciales, Atención Especializada (AE) y Atención Primaria (AP), se lleven a cabo para no producir una alteración en la continuidad de la atención a los pacientes. De esta continuidad depende la calidad de los cuidados que reciben al alta hospitalaria y que no debe ser solamente percibida por nosotros como profesionales, sino también por los usuarios, lo que debe ser fundamental en los objetivos y actuaciones de los sistemas sanitarios.

**Palabras clave:** Informe enfermería, alta hospitalaria, diagnósticos y métodos de enfermería

## OBJETIVOS

Valoración y análisis de la comunicación entre enfermería de Atención Especializada y Atención Primaria en cuanto a su idoneidad para alcanzar la excelencia en los cuidados a través del Informe de Enfermería al alta hospitalaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

De la Unidad de Calidad del hospital 12 de Octubre de Madrid hemos obtenido el registro de Informes de Enfermería al Alta emitidos por el Servicio de Urología, en el periodo comprendido entre junio del año 2000 y diciembre del año 2001. Del registro de Informes de Enfermería al Alta del centro de salud «Almendrales» del Área XI de Madrid los recibidos en ese mismo periodo (15 informes evaluados).

Llevamos a cabo un estudio descriptivo retrospectivo para la valoración de los registros contenidos en los Informes de Enfermería al Alta referentes a los Diagnósticos de Enfermería y las Indicaciones para los Cuidados al Alta en el domicilio.

## RESULTADOS

Según los datos de evaluación cuantitativa de la Unidad de Calidad del hospital 12 de Octubre, el índice de cumplimentación es del 92,5% para las altas emitidas desde el servicio de Urología.

De los Informes de Enfermería al Alta revisados analizamos:

Llevamos a cabo un estudio descriptivo retrospectivo para la valoración de los registros contenidos en los Informes de Enfermería al Alta referentes a los Diagnósticos de Enfermería y las Indicaciones para los Cuidados al Alta en el domicilio.

- **VALORACIÓN DE NECESIDADES:** Existe un 37,8 % en el que no se contesta a todos los ítems.
- **TIPO DE LESIÓN:** Hay informes que siguen un diagnóstico médico (25%) y en un 12,8% no se define el tipo de lesión sino la causa.
- **TIPO DE SONDA:** Existe un 12,5% donde no figura la sonda sino el proceso que se está tratando (diagnóstico médico).
- **DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** Existen escasos diagnósticos de enfermería (DE) encaminados a la salud integral del paciente con relación a su estancia hospitalaria. No se realizan todos los DE que se corresponderían con la valoración de necesidades en el 87,5% de los casos.

Los DE están enfocados principalmente al diagnóstico de ingreso. Un número importante es el resultado de transformar un diagnóstico médico en un DE, no como consecuencia de un razonamiento diagnóstico.

Prácticamente, la totalidad de los problemas registrados por los/as enfermeros/as son de tipo biomédico. No existen enunciados del área psicosocial. Ej. ansiedad, trastorno de la autoestima.

Un 62,5% presenta etiqueta diagnóstica NANDA utilizando en el factor relacionado la fórmula de «relacionado con», siendo la causa:

- Un problema sobre el que el profe-

sional puede actuar de forma independiente.

- Un diagnóstico o problema médico.
- Etiologías muy generales, incorrectas.

Es de resaltar la dificultad encontrada en el registro de la etiología.

Existe un 22,3% con enunciados no idénticos a la taxonomía NANDA, pero de muy parecida significación. Y en un 15,2% son inventados e inexistentes.

No aparece la tercera parte del formato PES correspondiente a las características definitorias del problema (signos y síntomas).

Un 37,5% de los informes analizados utilizan diagnósticos médicos para describir los problemas.

Aparece información referente al plan de cuidados en un 37,5% de los casos.

Aparecen problemas interdependientes no correctamente formulados.

- **PLAN DE CUIDADOS:** No se realiza la formulación de objetivos en el 100% de los casos. No hay información específica sobre los cuidados a realizar de las tareas no propias en AP. Ej. nefrostomía en raqueta.

Valoración de necesidades:	62,5%
Tipo de lesión:	62,5%
Tipo de sonda:	87,5%
Diagnósticos de enfermería:	62,5%
Plan de cuidados-objetivos:	0%
Plan de cuidados-tareas:	12,5%

## CONCLUSIONES

Queremos dejar constancia con esta revisión de la importancia del Informe de Enfermería al Alta hospitalaria, ya que hasta ahora es la herramienta de comunicación sobre el seguimiento de los cuidados de los pacientes una vez dados de alta.

La incorrecta cumplimentación es consecuencia de la mezcla diagnósticos médicos, la no-relación de los DDEE con la valoración de necesidades, la nula formulación de objetivos y la escasa descripción de cuidados específicos desde AE.

Muchos de los problemas hallados estarían en relación con la dificultad que entra-



**Que la gran mayoría de enunciados tenga estructura DE, pone de manifiesto que, aunque con dificultades de diversa naturaleza, algunos aspectos del lenguaje enfermero y de su metodología se van incorporando a la práctica cotidiana.**

ña el razonamiento DE y la escasa aplicación del método.

Que la gran mayoría de enunciados tenga estructura DE, pone de manifiesto que, aunque con dificultades de diversa naturaleza, algunos aspectos del lenguaje enfermero y de su metodología se van incorporando a la práctica cotidiana.

Es de resaltar la dificultad encontrada en el registro de la etiología, ya que ésta determina las actividades dirigidas a la desaparición,

reducción o control del problema y además individualiza el DE junto con los signos y síntomas.

La falta de transmisión de información puede deberse a que se dan diagnósticos por conocidos y los cuidados dependen de la información de la que disponga el profesional que recibe al paciente y el grado de vinculación de ésta con los cuidados a impartir tras el alta hospitalaria, ya que a mayor calidad en la información más se puede acercar el profesional hacia la excelencia en los cuidados. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Campbell, C. «Tratado de Enfermería, Diagnósticos y métodos». Doyma Ed. Barcelona, 1987.
- Carpenito, LS. «Diagnóstico de Enfermería. Aplicación en la práctica clínica». Interamericana, Mc Graw-Hill, Ed. Madrid, 1990.
- Martin Tucker, S. et al. «Normas para el cuidado de pacientes». Doyma Ed. 1991.
- Cabello Sediles, Ana; et al. «Atención domiciliaria. PAE y diagnósticos de Enfermería». Rev. Rol Enferm. 1992 Ene; XV (161): 19-23.
- Nieto Blanco, E. et al. «Evolución del lenguaje enfermero: Evaluación de los Diagnósticos en un Informe de Enfermería al Alta». Rev. Metas Enferm. 2000 Feb; III (22); 45-52.
- «NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación». 2001-2002. Harcourt Ed. SA. 2001.
- Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid, 2001.
- Unidad de Calidad. Hospital 12 de Octubre. Madrid. «Evaluación cualitativa de los Informes de Enfermería al Alta». Enero 2002.

GÓMEZ MAZO, NATIVIDAD; SANGUILLO ANTOLÍN, M.  
Enfermera Servicio de Urología Hospital Gregorio Marañón. Madrid

# Análisis de los Diagnósticos de Enfermería

## RESUMEN

En el presente trabajo, los autores tratan de mostrarnos la importancia de los Diagnósticos de Enfermería, su utilidad y la dificultad que entraña la incorporación de los diagnósticos a la práctica cotidiana. Para ello analizan si los DE son fundamentales e imprescindibles para aplicar unos cuidados de calidad y para comprobarlo utilizan dos técnicas de investigación: Observación Documental y Observación Experimental o Simple.

**Palabras clave:** Investigación, Diagnósticos de Enfermería, calidad asistencial.

## SUMMARY

In the present work, the authors try to show us the importance of the Diagnoses of Infirmity, its utility and the difficulty that the incorporation of the Diagnoses to the daily practice involves. For it they analyze if those of are fundamental and essential to apply cares of quality and to verify they use it two techniques of investigation: Documentary observation and Experimental or Simple Observation.

**Key Words:** Investigation, Diagnoses of Infirmity, Welfare Quality.

## INTRODUCCIÓN

Haciendo un poco de historia, los Diagnósticos de Enfermería vieron la luz en el mundo anglosajón (EE.UU., Inglaterra y Canadá) allá por los años 50, por la necesidad de dejar constancia del trabajo autónomo de la Enfermería.

El Diagnóstico de Enfermería aparece en España en los años 80, siendo las Escuelas de Enfermería sus principales promotores.

El término Diagnóstico de Enfermería surge en el PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como resultado de la síntesis de los datos recogidos por la enfermera para concretar qué tipo de cuidados debe de dar a un individuo para que recobre su independencia o para que la mantenga.

En nuestro país existen tres líneas de opinión con respecto a los diagnósticos:

- Los que creen en ellos y los defienden con entusiasmo y pasión.
- Los que los rechazan y no ven ninguna aplicación.
- Y los que tienen una actitud intermedia, que piensan que antes o después los Diagnósticos de Enfermería se acabarán imponiendo.

Nos hacemos una pregunta:

¿Existe relación entre el uso de los diagnósticos y la autonomía de la Enfermería dentro del equipo de salud?

Dos puntos de vista:

1. Desde el ámbito teórico, los diagnósticos tienen muchos y distintos aspectos positivos:
  - a) Defienden una situación concreta.
  - b) Guían las actuaciones de enfermería.
  - c) Clasifican las competencias de las enfermeras frente a otros profesionales del equipo de salud.
  - d) Sirven para investigar y ampliar el conocimiento de la Enfermería.

2. El Diagnóstico de Enfermería como herramienta científica no ha conseguido extenderse, ni hacerse necesario para la mayoría de los profesionales de la salud.

## OBJETIVO

Analizamos si los Diagnósticos de Enfermería son fundamentales e imprescindibles para administrar unos buenos cuidados.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este estudio hemos utilizado dos técnicas de investigación:

1. Observación Documental.
2. Observación Experimental o Simple.

## 1. OBSERVACIÓN DOCUMENTAL

Se seleccionaron 60 publicaciones al azar de las 380 que aparecen en el Index de Enfermería, relacionados con los Diagnósticos de Enfermería.

Nos encontramos:

30 artículos están publicados por personas relacionadas con la docencia (51%).

16 artículos pertenecen a Atención Primaria (28%).

11 artículos pertenecen a Enfermería Asistencial (16%).

3 artículos de equipo directivo. (5%).

Los temas tratados:

El 80 % apoyan la aplicación de los diagnósticos y se reafirman en un gran contenido teórico como:

- Cómo se deben aplicar y formular los diagnósticos.
- Desconocimiento y formación de los mismos.
- La importancia de su utilización para mayor reconocimiento profesional.
- Utilización del método científico.
- Fijar remuneraciones (producto enfermero).
- La utilización de un lenguaje común.

18 % son artículos sobre planes de cuidados de distintas patologías.

2 % hacen un análisis negativo de los Diagnósticos de Enfermería, cuestionando que se apoyen en el método científico.

## 2. OBSERVACIÓN EXPERIMENTAL O SIMPLE

Durante casi tres años hemos trabajado y continuamos trabajando con el programa de gestión de cuidados de enfermería (GACELA).

Este programa informático está basado en las 14 necesidades del modelo de Virginia Henderson y a su vez están incorporados los Diagnósticos de Enfermería de la NANDA.

Cada enfermera tiene asignados 3 pacientes para realizar los planes de cuidados, puede ser que esta enfermera sea responsable de estos pacientes o no.

Se puede realizar el plan de cuidados el 1<sup>er</sup> día, el 2<sup>o</sup> o el último día cuando se vaya a ir de alta, pero lo importante es que se haga.

Otras dificultades más es la interpretación de las etiquetas diagnósticas, que presentan aspectos confusos que impiden su utilización.

Pocas veces se actualizan los planes de cuidados, el motivo es la falta de tiempo.

En el mapa de camas aparece una pantalla donde queda reflejado si el paciente tiene hecho o no el plan de cuidados, cuantos más cuadraditos rojos tiene más cuidados requiere el paciente.

## RESULTADOS

En el caso de las publicaciones tenemos que decir:

1°. La mayoría de las publicaciones provienen de enfermeras/os relacionadas con la docencia y pocas pertenecen al campo asistencial.

2°. Los temas tienen gran contenido teórico.

3°. No hemos encontrado ningún trabajo donde se investigue la implantación de los Diagnósticos de Enfermería en una unidad de hospitalización o en primaria y posteriormente se haya hecho una evaluación para valorar si este método de trabajo da mayor calidad asistencial y unos excelentes cuidados.

Los resultados que tenemos con el aplicativo GACELA son los siguientes:

1°. Se realizan los planes de cuidados, y hemos de decir que es más fácil hacerlos en el ordenador que en papel.

2°. No hay criterios unificados y puede ser que haya

planes de cuidados con innumerables diagnósticos, eso supone un plan de cuidados muy extenso y más tiempo para su actualización.

3°. La mayoría de las veces no se actualizan, esto nos lleva a que se actualicen el día del alta o no, ¿qué sucede? Puede ser que el paciente se vaya de alta con SNG, Vía Central o que continúe encamado (por supuesto esto no tiene nada que ver con la realidad).

4°. Y para finalizar, ninguna enfermera de nuestra unidad trabaja con la agenda de cuidados de dicho programa; ¿qué queremos decir?, que no se utilizan los planes de cuidados como herramienta de trabajo para dar una mejor calidad de los cuidados y mantener un seguimiento de los mismos.

## ANÉCDOTA

Una enfermera de Atención Primaria ingresó en nuestra unidad para la realización de RTU vesical.

A los 6 meses reingresa y nos comenta que, por favor, no le pongamos en los planes de cuidados que tiene alteración del sueño, porque cuando fue a su médico le preguntó si seguía con insomnio, sorprendida le contestó, ¿quién dice que yo tengo insomnio?, en el informe de alta de enfermería que fue enviado al centro de salud.

## CONCLUSIONES

1. Tras veinte años intentando utilizar los Diagnósticos de Enfermería aún no se han alcanzado los objetivos previstos.

2. La aplicación de los diagnósticos no es sencilla, están cargados de una gran complejidad e incluso a veces llegan a ser contradictorios.

3. Como enfermeras asistenciales, los Diagnósticos de Enfermería no nos aportan nada, ni como profesionales, ni tampoco revierte positivamente en el paciente.

4. Nuestro objetivo como profesionales es dar la mejor atención y calidad asistencial y los diagnósticos no nos ayudan a conseguirlo.

5. Creemos que los diagnósticos sí son útiles para la gestión porque tienen en cuenta la clasificación de las categorías de enfermos y permiten una evaluación más precisa del coste del proceso asistencial.

6. No hagamos de los Diagnósticos de Enfermería un DOGMA. Estamos cayendo en un pseudo-cientificismo y en unas reivindicaciones profesionales mal entendidas.

7. Si queremos seguir el método científico debemos de ser abiertos (no dogmáticos), analíticos, objetivos, racionales, empíricos...

8. Debemos de estar abiertos a otras corrientes u otros enfoques.

9. La realidad de la enfermería española no tiene nada que ver con la de otros países que, según esta metodología y por lo tanto los resultados, no son comparables. ▼

SENA ORTA, SACRAMENTO \*; BARRIO DELGADO, ANA \*\*; CONEJERO CABALLERO, F. \*\*; ALONSO MORENO, EVA \*\*; RIVAS CALDERÓN, J. \*\*; RAMOS SUÁREZ, J.M. \*\*

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla

\* Enfermera supervisora. \*\* Enfermera/o de planta

# Análisis crítico de los cuidados de enfermería a través de la gestión y la satisfacción de los usuarios en el Servicio de Urología del hospital Virgen del Rocío de Sevilla

## PROPÓSITO Y OBJETIVOS

Analizar la relación entre los cuidados de enfermería como aportación cotidiana de los profesionales, los instrumentos de gestión propuestos por la dirección en términos de planteamiento de objetivos y la opinión de los usuarios a través de encuestas de satisfacción para obtener elementos para la discusión y finalmente criterios para la mejora.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de establecer una relación cualitativa en base al análisis de tres variables:

1. Contexto y planteamiento de objetivos por parte de los estamentos de gestión y dirección.
2. Evaluación de objetivos alcanzados por los profesionales de la enfermería de la planta de urología.
3. Registro de lo que opinan los usuarios a través de una encuesta específica de satisfacción para los pacientes de urología.

A lo largo del trabajo de enfermería en los últimos cinco años: en el periodo comprendido entre 1997 y 2002, divi-

dido en etapas bianuales para las dos primeras premisas: 97/98, 99/00 y 01/02. Lo que opinan los usuarios se obtiene en el año 99 a través de una encuesta específica elaborada por el personal de enfermería de la planta de urología, y se complementa en el año 2001 con la encuesta de satisfacción hospitalaria.

La comunicación aporta la experiencia del trabajo de enfermería en el último lustro midiendo, por un lado, la influencia de los instrumentos de gestión en cada etapa y su impacto real en el producto de cuidados de enfermería de la planta de urología; dicho de otra forma, ¿en qué medida influyen los cambios propuestos desde la gestión en la calidad del producto final elaborado por los profesionales? Y por otro lado la percepción de los usuarios, que son a fin de cuentas los que reciben los cuidados.

Para establecer la relación entre las dos primeras premisas aportamos el cuadro 1 explicativo.

• En la primera etapa, correspondiente al periodo 97/98, se insistía desde la dirección en la incorporación de los cuidados de enfermería como instrumento de gestión, que tuvieron su expresión en la formulación de los siguientes objetivos: inicialmente en la implantación y mejora de los registros de enfermería y posteriormente en la elaboración del plan de cuidados. Para ello se rea-

CUADRO 1

ETAPA	INSTRUMENTOS DE GESTIÓN Y DIRECCIÓN	EVALUACIÓN OBJETIVOS PROFESIONALES	OPINIÓN DE LOS USUARIOS
97/98	Cuidados de enfermería como instrumento de gestión	Registros de enfermería, plan de cuidados y calidad asistencial	
99/00	Unidades de gestión clínicas Cartera de servicios	Protocolos de enfermería en GDR prevalentes	Encuesta específica Recabada 1999 360 pacientes
01/02	Procesos integrales de atención prioritaria	Implantación de los procesos seleccionados	Encuesta satisfacción hospitalaria 2001

lizaron talleres de formación, cursos específicos y sesiones de enfermería.

Los resultados alcanzados, a través de la evaluación de los objetivos, han venido reflejando un incremento progresivo y últimamente cercano a lo óptimo en cuanto a registros, con puntuaciones superiores a otras unidades de hospitalización (plantas). Respecto al plan de cuidados, podemos matizar que aún se puede mejorar su adecuación a la patología más prevalente.

En cualquier caso, los cuidados planteados como gestión no captan la dimensión de los cuidados globales y reales que se prestan a nivel sanitario y social, y que, como veremos posteriormente, estos últimos tienen una especial valoración motivadora por parte del paciente que los recibe y sus familiares.

Especial mención merece a este respecto las altas de enfermería, que prestan una atención preferente a la continuidad de la atención, a pacientes con procesos que exigen un seguimiento por parte de los servicios de atención primaria o atención domiciliaria, aunque también en este tema la situación actual es mejorable, a pesar de que el avance puede calificarse de muy bueno. Podemos decir que los profesionales se encuentran implicados en la cuestión de continuidad: «se lo creen».

• En la siguiente etapa, 98/99, se cristalizan los avances de la anterior, sobre todo a nivel de los profesionales. La dirección centra su propuesta entonces en la participación de la enfermería en las unidades de gestión, siempre de forma difusa (ver cuadro 2).

Los avances se producen en la cumplimentación, cada vez más amplia, de los protocolos de las GDR más prevalentes en urología. De forma que al final de este bienio se

obtienen puntuaciones óptimas en la cumplimentación de protocolos de retirada de sondas y RTU, de curas de heridas y de altas de enfermería. Si bien puede hablarse de alta cumplimentación en infecciones nosocomiales, se plantea como mejorables los protocolos de observación y valoración inicial de enfermería.

Se puede seguir constatando la falta de convergencia entre el discurso de gestión y el avance profesional, aunque existe, como vemos en la evaluación, unos signos de cierta influencia e interacción entre ambos, siempre en el sentido de la dirección a los profesionales. Aún están pendientes en el plan de cuidados aspectos tan importantes para la percepción del usuario como los cuidados en el pre y postoperatorio y en los cuidados de atención preferente al dolor que se plantea desarrollar en los objetivos de 1999 por parte de la enfermería del servicio. Del mismo modo se propone el conocimiento de la opinión de los usuarios sobre el trabajo desarrollado a partir del diseño de una encuesta de satisfacción específica, y cuyos resultados veremos más adelante.

• La tercera etapa, en la que aún estamos inmersos, presenta una evaluación, referida a 2001, en la que se recuperan notablemente las acciones cuidadoras que tenían en anteriores evaluaciones puntuaciones medias como la valoración inicial y la observación de enfermería. Podemos afirmar que se consolidan los registros de enfermería; aunque permanecen pendientes de mejora algunos aspectos significativos, como es la referencia y presentación al paciente, cuestión que merecería una reflexión aparte.

Los instrumentos de gestión incorporan novedades importantes a partir de 2002, que introducen el Plan Marco de Calidad, y la implantación de los procesos

**CUADRO 2**

<b>EVALUACIÓN 1998 ASPECTOS RELEVANTES</b>	<b>FORMULACIÓN OBJETIVOS 1999</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Cumplimentación óptima:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• retirada de sonda y RTU</li> <li>• curas de heridas</li> <li>• altas de enfermería</li> <li>• conocimiento opinión del usuario</li> </ul> </li> <li>* Cumplimentación en alto grado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• infecciones nosocomiales</li> <li>• registro de enfermería y auxiliares</li> </ul> </li> <li>* Son objeto de mejora:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• observación de enfermería</li> <li>• valoración inicial de enfermería</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Acogida al ingreso:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• identificación y presentación</li> <li>• valoración inicial de enfermería</li> </ul> </li> <li>* Continuidad de cuidados en planta:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• observaciones en enfermería</li> <li>• cuidados pre/postoperatorios</li> <li>• cuidados atención al dolor</li> </ul> </li> <li>* Continuidad al alta:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• puntos mejora satisfacción usuario</li> <li>• Cumplimentación fichas altas 99</li> </ul> </li> <li>* Planes de formación comunicación</li> </ul>

Aportamos la experiencia del trabajo de enfermería en el último lustro midiendo, por un lado, la influencia de los instrumentos de gestión en cada etapa y su impacto real en el producto de cuidados de enfermería de la planta de urología.



prioritarios; en nuestro caso, la hiperplasia benigna de próstata y el cáncer de próstata. Han comenzado los cursos respectivos, que en enfermería aún se encuentran a nivel de supervisión y continuidad de la atención.

Aunque las expectativas profesionales puedan rebasar el ámbito de la curiosidad, de nuevo se hace presente la divergencia, que venimos comentando en todas las etapas, entre las directrices de gestión y la labor profesional. Aunque esta connotación suponga también un elemento auto-crítico para las tareas de supervisión; pero es como si, una vez más, no se pusiera en juego todas las técnicas de escucha y motivación, y se pudiera perder una nueva oportunidad para hacer converger estos intereses.

Una vez valorada la relación «gestión y producto profesional» en las distintas etapas, pasamos a contrastar los cuidados con la valoración que de ellos hacen los usuarios a través de las dos encuestas comentadas.

- La opinión del usuario obtenida mediante encuesta de satisfacción al alta en el mismo servicio, en el periodo 1999, incluye una valoración de la atención por estamentos, disponibilidad de materiales, aporte de cuidados, atención al dolor, evaluación de hostelería, de la intimidad..., «lo mejor y lo peor».

Aunque detalladamente se expone la encuesta y los datos en el correspondiente anexo, diremos que destaca en sentido positivo la impresión general del trato recibido, así como las actitudes óptimas respecto a los prestadores de servicios. Señalar que 44 pacientes (12,7%) referían la actitud distante de los facultativos, en contraste con la proximidad de otros prestadores. Son reseñables como aspectos susceptibles de mejora: la intimidad y la comida, puntuados por el 12% y 25% respectivamente, así como otras cuestiones menores fácilmente mejorables: sillón para acompañantes, megafonía y el descenso de la atención en los fines de semana.

- La encuesta universal de satisfacción hospitalaria puso de manifiesto el trabajo previo desarrollado de forma que se obtuvieron siempre resultados superiores a la media del hospital, incluida la presentación, información de normas, información de cuidados y confidencialidad. Mención especial adquieren las puntuaciones cercanas al 100% obtenidas precisamente en intimidad, satisfacción y recomendación de la unidad.

## RESULTADOS

Se aportan una serie de elementos para la discusión:

- Evidente mejora progresiva en la gestión de cuidados, en términos de consecución de objetivos del servicio.
- Esfuerzo de los profesionales de enfermería para adaptar los cuidados que se prestan a las directrices marcadas por la gerencia.
  - A los usuarios les interesa sobre todo el trato humano recibido y los servicios aportados en el cuidado.
  - Se constata importante desconexión entre los intereses de los usuarios, los de los profesionales y las directrices marcadas por la dirección.
  - Independientemente de la gestión organizativa, lo que prevalece y se visualiza son los cuidados en sí, y la mejora de los servicios.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se aportan como criterios para la mejora:

Es necesario centrar el trabajo en los cuidados, consensuando los intereses de los profesionales y los instrumentos de gestión, todo ello a favor del interés superior del paciente. La situación actual es muy mejorable. Tan importante es el trato y el apoyo a la situación de salud (cuidados) como el tratamiento. ▼

### Noticia de ultima hora sobre el impacto de Enfuro

Según un artículo publicado este mes en la revista Index de enfermería (Index nº42, Oct 2003, pgs 73 y ss) y tras un estudio bibliométrico de 20 revistas de enfermería, ha subido notablemente el factor de impacto de Enfuro comparativamente a años anteriores.

De tal manera que el índice de frecuencia de citación de autores en sus bibliografías en el año 2002 es de 23 cuando lo normal era de 5-6 citas desde el año 93. Metas tiene una frecuencia de citación de 33 y BISEDEN (Rev. Nefrología) 10.

El factor de impacto inmediato en 2002 es de 0.21 cuando lo usual era 0.03 a 0.05 (años 95 a 2000). Para que os hagáis una idea, Metas de enfermería tiene un factor de impacto de 0.19, la revista de la SEDEN (nefrología) de 0.10. Rol, en cambio, por encima de nosotros está en el 0.28.

Podemos congratularnos de tener ya una herramienta bibliográfica con una buena recurrencia bibliográfica, y desde aquí, agradecer a todos aquellos que con su esfuerzo han hecho posible este ascenso, tanto a todos los Compañeros que publican asiduamente en nuestra revista, como a los Consejos de Redaccion que han pasado por esta en los últimos años y especialmente a nuestros Editores de QAR por su dedicación y empeño para que el resultado final del trabajo de todos, tenga una presentación digna.

Gracias a todos.



## Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Próximamente 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](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. Éstos 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](mailto: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.



# Congreso Europeo

# Estambul



Nos informa nuestra delegada en la EAUN, Ascensión Crespo, que la fecha tope para la presentación de trabajos al próximo congreso de esta asociación, a celebrar en Estambul del 18 al 20 de marzo de 2004, será la del 1 de diciembre de 2003, pudiéndose hacer el envío a través de internet a la dirección [www.uroweb.org](http://www.uroweb.org). Así mismo os adjuntamos el programa del Congreso por si pudiera ser de vuestro interés. En la dirección arriba indicada podréis encontrar mayor información sobre este evento.

También podéis contactar con nosotros en el stand de la Asociación durante el transcurso del XXV Congreso de A Coruña, donde tendremos a vuestra disposición boletines de inscripción y programas.

## PROGRAMA

5th International Meeting of the European Association of Urology Nurses (EAUN)												
<b>WEDNESDAY, MARCH 17, 2004</b>												
15.00 - 17.00	Special meetings for specialists only How to improve your presentation skills											
18.00 - 21.00	Opening Ceremony and Welcome Reception											
<b>THURSDAY, MARCH 18, 2004</b>												
07.45 - 08.00	Join EAUN primary sessions											
09.00 - 10.30	Coffee break											
10.30 - 10.45	Welcome											
10.45 - 11.00	Non-invasive urology overview											
11.00 - 11.25	Nurse practitioner role in bladder management in special surgical patients											
11.25 - 11.55	Food and refreshments											
11.55 - 13.00	Lunch break											
13.00 - 17.00	Abstract sessions											
22.00	Dinner Evening											
<b>FRIDAY, MARCH 19, 2004</b>												
07.45 - 09.30	Join EAUN primary sessions											
10.30 - 11.00	Coffee break											
11.00 - 11.45	Teachment updates for bladder cancer											
11.45 - 12.15	How we do it Intravenous treatment for urothelial cancer											
12.15 - 13.00	Debate Who should follow-up patients after bladder cancer?											
13.00 - 13.30	Lunch break											
13.30 - 14.30	EAUN General Assembly											
14.30 - 17.00	Abstract sessions											
17.00 - 18.00	Workshop Collaboration and leadership											
<b>SATURDAY, MARCH 20, 2004</b>												
07.45 - 10.30	Join EAUN primary sessions											
10.30 - 11.00	Join EAUN members											
11.00 - 11.45	Refined surgery - Dr. Vivas											
11.45 - 12.15	Self-managing strategy											
12.15 - 13.00	Dinner and refreshments											
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>NURSES DANCE EVENING</b></td> </tr> <tr> <td>Date:</td> <td>Friday, March 18 2004</td> </tr> <tr> <td>Time:</td> <td>20.00h</td> </tr> <tr> <td>Location:</td> <td>Hotel Sofitel</td> </tr> <tr> <td>Date:</td> <td>Wednesday 19 March 2004</td> </tr> </table>			<b>NURSES DANCE EVENING</b>		Date:	Friday, March 18 2004	Time:	20.00h	Location:	Hotel Sofitel	Date:	Wednesday 19 March 2004
<b>NURSES DANCE EVENING</b>												
Date:	Friday, March 18 2004											
Time:	20.00h											
Location:	Hotel Sofitel											
Date:	Wednesday 19 March 2004											
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>CALL FOR EAUN ABSTRACTS</b></td> </tr> <tr> <td>On-line</td> <td>Submit your abstract through <a href="http://www.uroweb.org">www.uroweb.org</a></td> </tr> <tr> <td>On-site</td> <td>For abstract presentation <a href="http://www.uroweb.org">www.uroweb.org</a></td> </tr> </table>			<b>CALL FOR EAUN ABSTRACTS</b>		On-line	Submit your abstract through <a href="http://www.uroweb.org">www.uroweb.org</a>	On-site	For abstract presentation <a href="http://www.uroweb.org">www.uroweb.org</a>				
<b>CALL FOR EAUN ABSTRACTS</b>												
On-line	Submit your abstract through <a href="http://www.uroweb.org">www.uroweb.org</a>											
On-site	For abstract presentation <a href="http://www.uroweb.org">www.uroweb.org</a>											

# XXV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

A Coruña, 14 a 17 de octubre de 2003. Pasado, Presente y Futuro



## PROGRAMA

### ❖ 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. Complejo*

*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. Complejo*

*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

17.00: Asamblea de la Asociación

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

21.00: Cena de clausura

### ❖ 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. Complejo*

*Hospitalario Universitario Juan Canalejo*

MANUEL ALEJANDRO CAMPOS GÓMEZ, RAQUEL GUTIÉRREZ RIVERO  
DUE

# ¿Fumas? Paradojas sanitarias

## INTRODUCCIÓN

El tabaco se introduce en Europa a raíz del descubrimiento de América, extendiéndose su consumo fundamentalmente a partir del siglo XVIII en forma de tabaco triturado y posteriormente en el siglo XIX con su consumo en pipa o en forma de cigarros puro. Hasta este siglo XX fue una conducta minoritaria, incluso elitista. La situación cambió radicalmente a partir del momento en que los procedimientos industriales permitieron la fabricación de cigarrillos manufacturados. En este siglo llegó a convertirse en uno de los problemas de salud pública más importantes de las sociedades industrializadas, como lo demuestra el hecho de que el consumo de tabaco es la principal causa de muerte prevenible del mundo occidental.

El tabaco produce cuatro millones de muertes cada año a nivel mundial; en España representan el 14% de las ocurridas anualmente. La prevalencia de mujeres fumadoras ha aumentado de forma considerable en los últimos años, llegando incluso a superar al de hombres fumadores; sin embargo, la prevalencia de dicho hábito en estos últimos se ha mantenido estable. Así, nos encontramos actualmente con una prevalencia de fumadoras de un 42,2%, frente a un 34,4% de fumadores.

Resulta llamativa la elevada prevalencia de tabaquismo en los profesionales sanitarios españoles; a pesar de ser un sector que dispone de amplia información acerca de los efectos nocivos de este hábito sobre nuestra salud (enfisema, cáncer de pulmón, esófago, cavidad oral, vasculopatías periféricas, bronquitis crónica, cardiopatía isquémica, etc.). Esta prevalencia es excesivamente alta si la comparamos con la de los sanitarios de los países de nuestro entorno y con la de la población general en nuestro propio país.

En nuestros hospitales existen numerosas deficiencias en cuanto a la actitud frente al hábito tabáquico, como son: falta de carteles de Prohibido Fumar, proliferación de ceniceros en lugares reservados para el personal sanitario, carencia de zonas reservadas a fumadores...

En el mes de noviembre del año 2002, realizamos un estudio para determinar la prevalencia de fumadores en el Hospital de Valme (Sevilla).

## OBJETIVO

Conocer la prevalencia del hábito tabáquico entre los profesionales sanitarios (médicos, DUE, auxiliares) en el Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla).



## MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio de corte transversal, para lo cual confeccionamos un cuestionario anónimo. Las variables de clasificación son: sexo y categoría laboral.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos fueron tabulados y procesados por ordenador. De los resultados obtenidos destacamos:

Se recogieron un total de 354 encuestas de las 370 entregadas, lo que supone un porcentaje de respuesta del 95,67%. De éstas se obtiene que un 17,2% son ex fumadores, el 32,1 % fumadores y el 50,7 % no fumadores. De éstos, en una clasificación por sexo de los fumadores, el 48,2% son varones y el 51,8 mujeres.

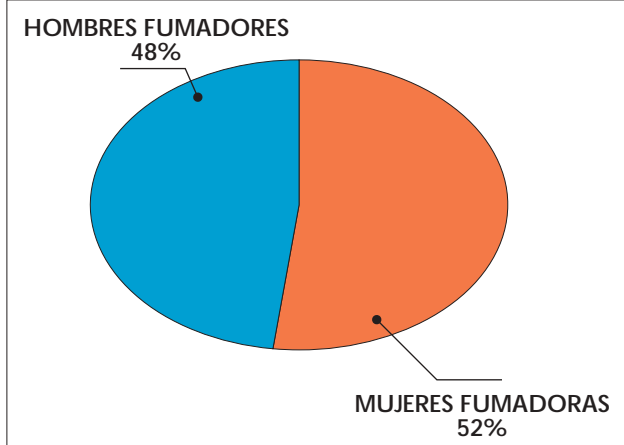
Según la categoría profesional, el 27% de los médicos, 39% de lo/as enfermero/as y 38% de la/os auxiliares son fumadores.

Es destacable la elevada prevalencia entre los profesionales de Enfermería (39%) y, dentro de ésta, la prevalencia de las enfermeras fumadoras (44,4%) es bastante más elevada que la de los enfermeros (19,6%).

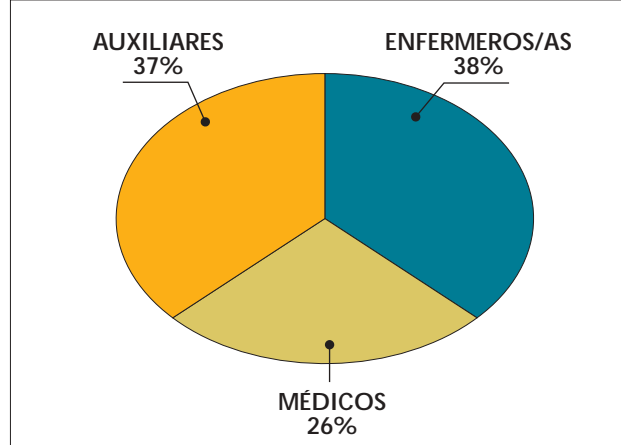
El 65% de los sanitarios fumadores manifiesta su deseo de abandonar este hábito y más del 35% de los encuestados manifestaron haber tratado de abandonarlo en alguna ocasión.

Resulta paradójico, teniendo en cuenta todos estos datos, que seamos el personal de Enfermería los profesionales sanitarios que más contenido de educación para la salud asumimos. Tal vez por ello se explica que la prevención del tabaquismo no sea una actividad prioritaria en los programas de educación sanitaria. Si se tiene en cuenta el «rol ejemplar» que los sanitarios ejercemos en la comunidad en relación a los hábitos de vida saludable y, por supuesto, en cuanto al consumo de tabaco, es difícil ser optimista en lo que concierne a la eficacia de la educación sanitaria antitabáquica si antes no modificamos este hábito en nuestro colectivo. Nosotros, los sanitarios, y especialmente enfermería, debemos actuar como vectores de diseminación de

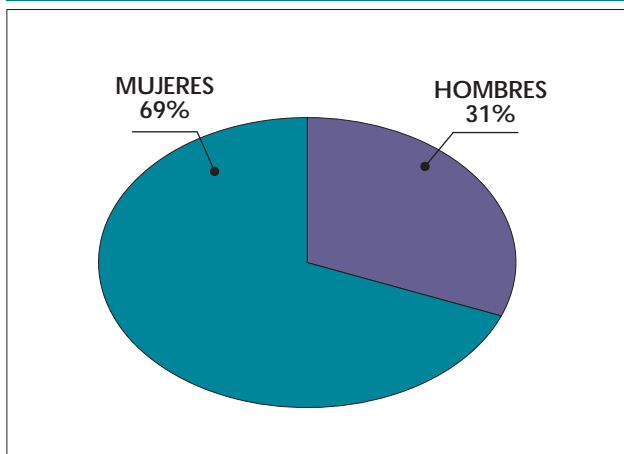
### PORCENTAJE DE HOMBRES Y MUJERES FUMADORES



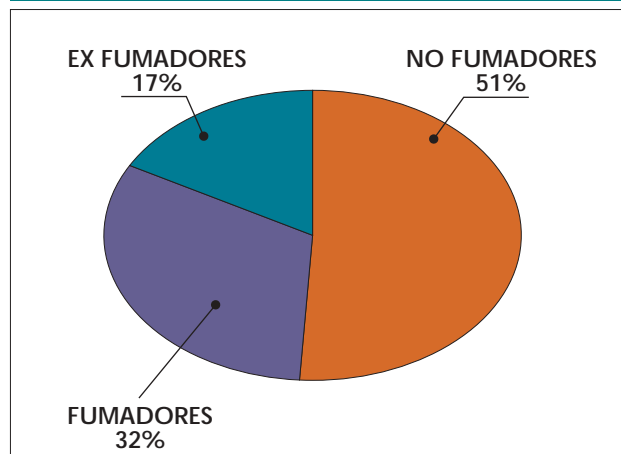
### FUMADORES SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL



### PERSONAL DE ENFERMERÍA (FUMADORES)



### PORCENTAJE TOTAL (HOMBRES-MUJERES)



información sanitaria y, por supuesto, de ejemplo y sensibilización en tabaquismo.

Teniendo en cuenta estos datos, debería ser prioritario para la administración sanitaria desarrollar instrumentos útiles para disminuir esta prevalencia en el personal sanitario. Ocasionalmente surgen campañas con este objetivo. Pero este tipo de intervenciones puntuales no suelen tener gran repercusión sobre la salud pública, ya que suelen ser campañas esporádicas y de corta duración; para modificar estos hábitos, se precisan de intervenciones continuadas y adaptadas a la población diana a la que van dirigidas. Sin embargo, bienvenidas sean todas las iniciativas que puedan, aunque sea mínimamente, contribuir a disminuir la prevalencia de fumadores/as. ▼

#### BIBLIOGRAFÍA

- «Prevalencia del tabaquismo en la profesión médica». Sánchez L, Calatrava JM, Escudero C, García A. Marco V, Esteras A. Med Clin. Barcelona, 1988.
- «Prevalencia del consumo de tabaco entre médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid». Fernández ML, Sánchez M. Rev Esp Salud Pública, 1999.
- «Cómo dejar de fumar definitivamente». Walter S. Ross. Edit. Científico-Médica, 1986.
- «Aproximación al tabaquismo en España». Nicorette. Barcelona, 1997.
- OMS. «Se puede lograr». Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- «Cumplimiento de la legislación antitabaco en los centros sanitarios». Consejería de Salud de Asturias, 1998.
- Comité Internacional para la Prevención del Tabaquismo. Libro Blanco sobre el Tabaquismo en España. Barcelona, 1998.
- «Aproximación al tabaquismo en España. Un estudio multifactorial». Jiménez CA. Pharmacia-Upjohn.Barcelona, 1997.
- «Prevalencia del tabaquismo en los trabajadores de un hospital».



POZA URCELAY, M.J.; MARTÍNEZ FERIA, L.; GONZÁLEZ MORENO, M.J.

# Herramientas metodológicas en el avance de los cuidados

## INTRODUCCIÓN

A la hora de plantearnos esta comunicación, hemos partido del convencimiento de que el cuidado excelente que las enfermeras prestamos a los pacientes es aquel que permite resolver sus problemas y al mismo tiempo hacer patente la contribución específica de las enfermeras.

Teniendo en cuenta estas premisas, hemos utilizado el proceso de cuidados como el método para solucionar problemas y lo hemos hecho desde la concepción enfermera propuesta por la profesora Henderson, porque pensamos que es uno de los que más fácilmente y de forma clara y sencilla permite hacer patente la contribución específica de las enfermeras en la mejora de la salud de los usuarios e incluye el rol de colaboración con otros profesionales así como da una imagen de unicidad de la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

En la realización del proceso, cuando clasificamos los problemas detectados en los pacientes para poder intervenir sobre ellos y siguiendo la concepción del modelo elegido, los clasificamos en:

- Diagnósticos enfermeros.
- Problemas de colaboración.

Nuestro grupo de trabajo se ha propuesto identificar los problemas más frecuentes de los pacientes de la unidad.

## OBJETIVOS

Determinar los diagnósticos enfermeros más frecuentes.

Obtener una base de datos propia que nos facilite el desarrollo científico y nos permita la comunicación.

## METODOLOGÍA

El estudio se ha realizado en la unidad del urología del hospital Virgen Macarena de Sevilla, con un total de 86 pacientes ingresados durante el mes de marzo del año 2002.

La metodología utilizada ha sido el análisis del contenido de la valoración, realizada a los pacientes, para lo cual hemos elaborado un registro basado en las 14 Necesidades Básicas del modelo de Virginia Henderson.

En el registro de recogida de datos, sobre el perfil del cliente para la planificación de cuidados, están incluidos: datos generales, exploración física, datos relacionados con

su patología y las respuestas habituales del paciente, ordenadas según las 14 Necesidades Básicas.

Para la formulación de los problemas enfermero hemos utilizado la taxonomía Nanda; así como para los problemas de colaboración, la propuesta de la profesora Linda Carpenito.

Las características que hemos tenido en cuenta para el estudio son:

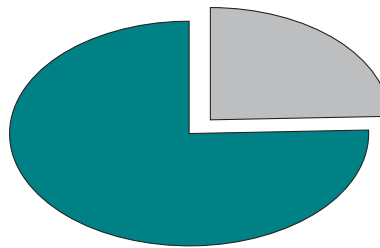
- Edad.
- Sexo.
- Estado cognitivo.

Esta última ha sido una variable selectiva, pues hemos considerado aptos para el estudio sólo aquellos pacientes que se les pudiese realizar la entrevista como técnica de obtención de los datos, desestimando aquellos con problemas en la relación.

## RESULTADOS

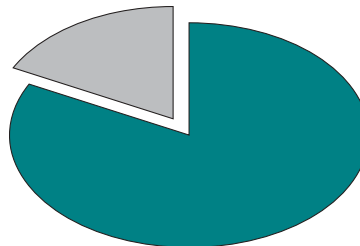
El total de pacientes ingresados en la unidad durante el periodo de este estudio han sido 86, de los cuales tres han sido excluidos por problemas cognitivos.

Del grupo de trabajo estudiado, un 24,5% son mujeres y un 75,5% son hombres, siendo la media de edad de 60 años.

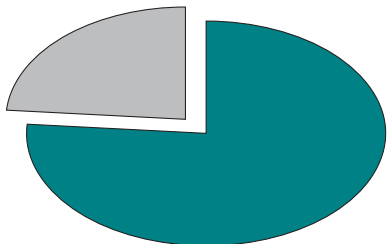


Los diagnósticos enfermeros más frecuentes que hemos encontrado en nuestros pacientes son:

- **Temor a la intervención en un 82,5%**

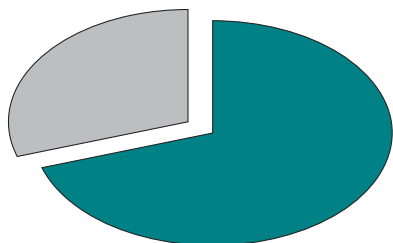


Hemos elegido esta etiqueta diagnóstica y no la de ansiedad puesto que esta última tiene un origen desconocido, mientras que en el temor la persona identifica claramente la fuente de la amenaza. Por lo demás, ambas se producen como respuesta a una sensación de peligro y sus manifestaciones son similares.



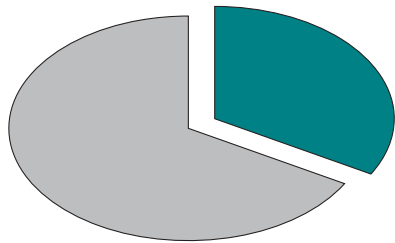
• **Déficit de conocimientos en un 76,3%**

Dentro de esta etiqueta diagnóstica los de mayor incidencia han sido: seguridad personal, mala utilización de la energía y cuidados de la sonda.



• **Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal en un 67,3%**

Las causas más frecuentes que nos hemos encontrado han sido por falta de confianza en el régimen terapéutico, baja percepción de los beneficios.



• **Déficit de autocuidados en un 33,2%**

Los problemas más frecuentes que hemos encontrado es en la higiene, en la eliminación, en el vestirse y desvestirse y las causas más frecuentes han sido por barreras arquitectónicas, dolor, debilidad, falta de motivación.

## Problemas de colaboración

- Hemorragia secundaria a intervención quirúrgica.
- Flebitis secundaria a canalización venosa periférica.
- Infección de la herida quirúrgica secundaria a manipulación.
- Retención urinaria secundaria a obstrucción del catéter vesical.
- Retención urinaria secundaria a retirada del catéter vesical.
- Tromboembolismo secundario a intervención quirúrgica.
- Dolor secundario a intervención quirúrgica.
- Dolor secundario a proceso patológico.

## CONCLUSIÓN

La utilización del proceso de cuidados como el método de solución de problemas, y desde la concepción enfermera, ha permitido identificar adecuadamente los problemas, y esto es un primer paso imprescindible para poder ayudar al paciente a resolverlos.

La utilización del proceso por lo tanto permitirá aumentar la eficacia de los cuidados.

«Un cuidado excelente es aquel que resuelve los problemas de los pacientes y al mismo tiempo hace patente la contribución específica de las enfermeras».

## REFLEXIÓN

«La investigación enfermera aumenta el cuerpo de conocimiento y potencia la excelencia de los cuidados.» ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-Lefevre, Rosalinda. «Aplicación del proceso enfermero» Editorial Springer. Barcelona 1998.
- Alfaro-Lefevre, Rosalinda. «El pensamiento crítico en enfermería» Editorial Masson. Barcelona 1997.
- Jonson Marion. Maas Meridean. Moorhead Sue. «Clasificación de resultados de enfermería» (NOC). Mosby. Madrid 2001.
- Luis Rodrigo, M.T.; Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M.V. «El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI». Editorial Masson. Barcelona 2000.
- Luis Rodrigo, M.T. «Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica». Editorial Masson. Barcelona 2000.
- C. McCloskey Joanne. M.Bulechek Gloria. «Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)». Mosby Madrid 2001.

LORENZO A. RAMÍREZ RODRÍGUEZ; JOSÉ ÁNGEL GONZÁLEZ BORGUILLOS; PILAR MORCILLO NAVARRO-CASAS  
Hospital Universitario Virgen de Valme, Unidad de Litotricia. Sevilla

# Litotricia extracorpórea y dolor

## RESUMEN

Con los nuevos equipos «sin dolor» se han dejado de anestesiar a los pacientes para reducción del coste de la sesión de Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC).

Aunque estos equipos producen menos dolor que las antiguas bañeras, este es un factor muy importante a la hora de aplicar un tratamiento por ondas de choque, ya que el éxito o fracaso de la sesión depende de que el nivel de potencia de las ondas de choque sobrepase la fuerza de cohesión de las moléculas del cálculo, y por consiguiente de la tolerancia al dolor que presente el paciente.

Con este estudio hemos pretendido determinar los factores que influyen en la intensidad con la que el paciente percibe el dolor. Para ello, se han recogido datos de todos los pacientes tratados durante el primer semestre del presente año 2002, y se han tenido en cuenta variables como son la edad, el sexo, si vive en ambiente rural o provincial, localización del cálculo a tratar (renal o ureteral) y potencia máxima que ha tolerado en la sesión.

**Palabras clave:** Litotricia y dolor.

## SUMMARY

With the new equipment «without pain» they have been let anestesiarse to the patients for reduction of the cost of the session of extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL). Although these equipment produces less pain than the old bathtubs, this is a very important factor at the time of applying a treatment by shock waves, since the success or failure of the session depends on which the level of power of the shock waves exceeds the force of cohesion of molecules of the calculation, and therefore on the tolerance to the pain that presents/displays the patient. With this study we have tried to determine the factors that influence in the intensity with which the patient perceives the pain. For it, data have taken shelter of all the patients treated during the first semester of present year 2002, and they have considered variable as they are the age, sex, if it lives in rural or provincial atmosphere, location of the calculation to treat (renal or ureteral), and maximum power that it has tolerated in the session.

**Key Words:** Lithotripsy and Pain.

## INTRODUCCIÓN

El dolor es un factor muy importante en la aplicación de la Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC), no sólo por el sufrimiento a que se ve sometido el paciente, sino también porque influye directamente en el éxito o fracaso de la sesión.

Entre los pacientes se puede encontrar una escala, con respecto al dolor, que va desde los que no soportan las mínimas potencias de ondas porque el dolor se les hace insoportable, a los que se quedan dormidos durante el tiempo que dura la sesión. Por ello se hace imprescindible conocer los mecanismos que generan el dolor y los factores que influyen en su percepción.

El dolor es una percepción multifactorial que se produce por estímulos generados periféricamente, donde se encuentran localizados los nociceptores o receptores del dolor.

Los estímulos que pueden producir dolor son: daño tisular, aumento de la actividad simpática, cambios en la concentración de iones H y K, Serotonina.

La definición que nos da el Diccionario de la Real Academia Española, basada en la etimología latina (dolor – oris), es la siguiente: «Es aquella sensación molesta y

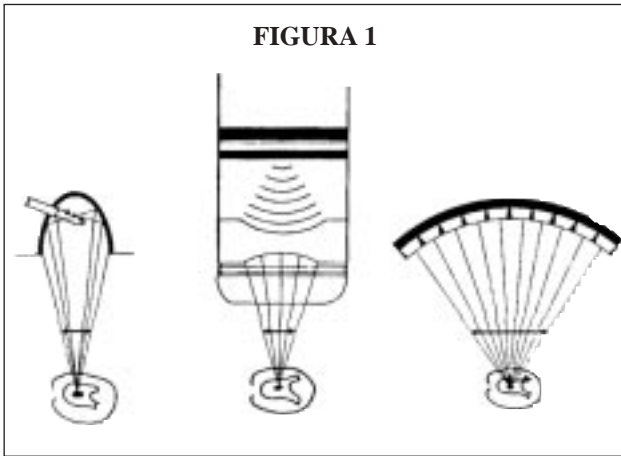
aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior». También define el dolor como «un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo».

Existen varios tipos de dolor: agudo, crónico benigno, crónico maligno, dolor somático, dolor visceral, dolor por desaferentación y dolor psicógeno.

La transmisión del estímulo doloroso se efectúa por vía simpática, alcanzando el asta posterior de la médula entre D7-L2, continúa por vía ascendente a través del fascículo espino talámico hasta el núcleo ventral pósterolateral del tálamo y más tarde alcanza la circunvolución pósterocentral del lóbulo parietal, donde son integrados como estímulos dolorosos.

En Litotricia, el dolor tiene dos orígenes diferenciados y en ocasiones superponibles:

1. Dolor parietal. Por impacto continuado sobre los receptores cutáneos por las ondas de choque y que será más o menos valorable; directamente proporcional a la concentración de las ondas de choque en dicha zona. Dicha circunstancia es distinta entre los generadores existentes y en los diversos sistemas de focalización, lo cual explica lo de «equipos indoloros» y sistemas que necesitan anestesia (Figura 1).



*De izquierda a derecha: generador electrohidráulico (dolor +++), electromagnético (dolor +) y piezoeléctrico (dolor -).*

Aun siendo de origen parieto-cutáneo, el dolor puede ser identificado en el cerebro del paciente como auténtico dolor renal, incluso con irradiación descendente a la zona inguinal, por la particular disposición de las fibras eferentes ya descritas.

Es muy común la observación de petequias y equimosis cutánea en la zona de aplicación de la Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOC), como expresión gráfica de lo expuesto.

2. Dolor visceral. No sólo por un aumento sostenido de la presión intrapiélica, sino también por la distensión de la cápsula renal en la zona del impacto, se puede generar un genuino dolor visceral en el curso de la LEOC.

La intensidad de dicho dolor depende fundamentalmente de tres parámetros:

- a) Pico de presión de la onda de choque en el foco.
- b) Diámetro de la zona focal.

c) Área de penetración correspondiente al sistema de focalización utilizado.

También tiene gran influencia en el tratamiento por ondas de choque el dolor psicógeno. Este se puede definir como un dolor no orgánico, que surge como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Aunque esto no se da exactamente en la aplicación de la litotricia extracorpórea, sí podemos asegurar que el estado psíquico del paciente influye de gran manera en su vivencia del dolor.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

El presente estudio se ha realizado con los pacientes del área hospitalaria del Hospital de Valme, que abarca la población de Cádiz, Huelva y Sevilla, de los que se han recogido datos como la población en que viven, edad, sexo, localización del cálculo y nivel máximo de potencia tolerado. Estos son como hipótesis los factores que pueden influir en la intensidad del dolor que percibe el paciente.

Nuestros objetivos son los siguientes:

1. Conocer si la percepción del dolor es más intensa en riñón o en uréter, y en qué niveles son mejor o peor tolerados los tratamientos con ondas de choque.
2. Con respecto al sexo, saber si son mejor tolerados por los hombres o por las mujeres, y en qué nivel del riñón o del uréter son mejor tolerados.
3. Si el ambiente rural o provincial influye en la forma de percibir el dolor.

Para tratar de dar respuesta a estas preguntas se han obtenido datos de los 556 pacientes tratados con Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque durante el primer semestre del presente año 2002, en la Unidad de Litotricia del Hospital Universitario Virgen de Valme, dependiente del Servicio de Urología de este mismo hospital. El cuestionario utilizado para la recogida de datos es el que aparece en el gráfico de abajo.

CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS											
Litotricia Extracorpórea y dolor											
N.º DE ORDEN	EDAD	SEXO	POBLACIÓN	PROVINCIA	LOCALIZACIÓN				RESULTADO DE LA SESIÓN		
					URÉTER	CALICIAL	PELVIS RENAL	POTENCIA MÁX.	BUENO	REGULAR	MALO

Para medir la resistencia que cada paciente tiene al dolor utilizamos como estímulo doloroso la potencia de las ondas de choque, medida en Kv.

Las potencias aplicadas por el equipo Dornier, con el que se han aplicado los tratamientos, van de 5 a 19 Kv, divididas en niveles de 5 en 5 desde 10 a 120, lo que supone 0,8 Kv por cada nivel.

Con los datos obtenidos se ha determinado el grado de resistencia al dolor comparando el nivel máximo de potencia resistido por los pacientes durante el tratamiento con el sexo, la edad, la localización del cálculo y el entorno social en el que vive (provincial o rural).

Dado que en riñón no se puede llegar a potencias máximas como en uréter, por el alto riesgo que existe de producir hematomas renales, se han realizado estudios separados en riñón y en uréter.

Para simplificar la comprensión del estudio hemos dividido esta escala en tres grupos: potencias bajas, entre 10 y 50, que son las potencias mínimas para la adaptación del organismo a las ondas; potencias medias, que son las que van de 55 a 80, que son las potencias de tratamiento a nivel renal; y potencias altas, que son las que se encuentran entre los niveles 85 a 120, utilizadas para los tratamientos a nivel ureteral, ya que en el trayecto del uréter no existe riesgo de producir hematomas de importancia.

Las edades también las hemos agrupado para una mejor comprensión de los resultados. Los grupos de edades son: de 20 a 29 años; de 30 a 39 años; de 40 a 49 años; de 50 a 59 años; de 60 a 69 años; y mayores de 70.

**RESULTADOS**

**Datos generales**

Número de registros en los que se basa el estudio: 737, se interpretan nulos 181, quedando un total de registros de 556.

De los 556 registros válidos, 293 (52,69%) corresponden a personas masculinas y 263 (47,30 %) a personas femeninas.

De los 293 hombres que se han tratado, 153 ha sido de cálculos en riñón y 138 en uréter, y 2 en vejiga. De las 263 mujeres tratadas, 200 han recibido tratamientos en riñón, 61 a nivel ureteral, y 2 a nivel vesical.

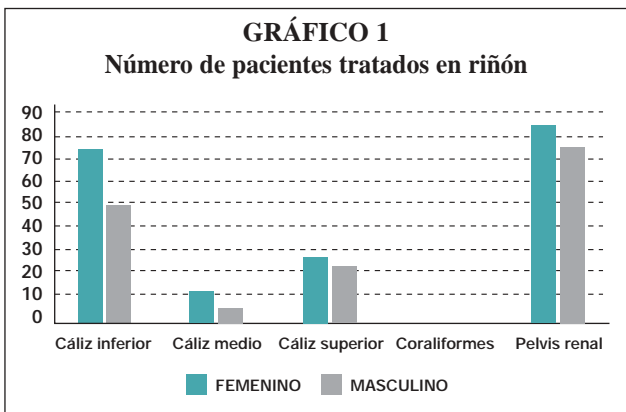
Se desechan los tratamientos de cálculos coraliformes porque no está indicada la litotricia para este tipo de litiasis, excepto en determinadas circunstancias que acompañan al paciente.

Los tratamientos realizados en riñón los clasificaremos según su localización:

- De los 153 tratamientos a hombres:
  - Calicial inferior: 49 (32,02%)
  - Calicial medio: 6 (3,92 %)
  - Calicial superior: 21 (13,72 %)
  - Pelvis renal: 77 (50,32 %)
- De los 200 tratamientos a mujeres:
  - Calicial inferior: 76 (38,00 %)
  - Calicial medio: 12 (6,00 %)
  - Calicial superior: 26 (13,00 %)
  - Pelvis renal: 84 (42,00 %)

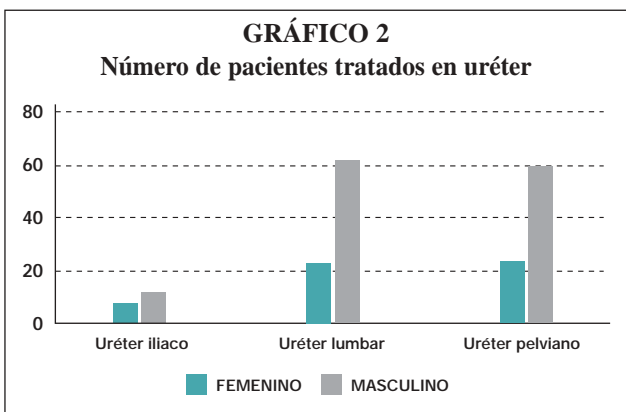
Con poca variación, se observa una mayor incidencia de litiasis renales en mujeres que en hombres.

El mayor número de tratamientos renales se dan en cáliz inferior y pelvis renal, tanto en pacientes del sexo masculino como femenino.



- Igualmente a nivel ureteral:
- De 138 tratamientos a hombres:
    - Uréter iliaco: 13 (9,42 %)
    - Uréter lumbar: 63 (45,65 %)
    - Uréter pelviano: 60 (43,47 %)
    - Vesical: 2 (1,44 %)
  - De los 61 tratamientos a mujeres:
    - Uréter iliaco: 7 (11,47 %)
    - Uréter lumbar: 26 (42,62 %)
    - Uréter pelviano: 60 (43,47 %)
    - Vesical: 2 (3,27 %)

En los hombres se dan más del doble de tratamientos de litiasis a nivel ureteral que en mujeres, con una mayor incidencia en uréter lumbar y pelviano.



**TOLERANCIA SEGÚN EL SEXO**

Los niveles de tolerancia en riñón en hombres y mujeres han sido los que se reflejan los cuadros 1 y 2 respectivamente.

**CUADRO 1**  
**Tolerancia de los hombres en tratamientos renales**

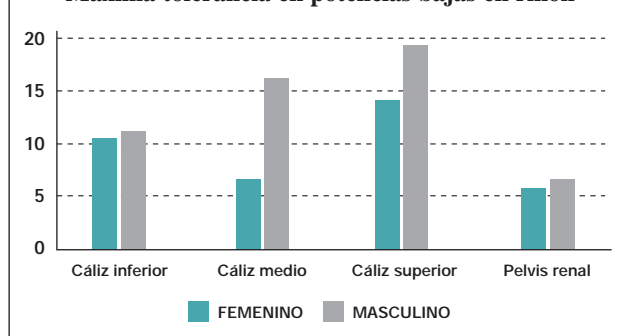
Localización	Nº de registros	Han soportado solamente potencias bajas	Han soportado como máximo potencias medias	Han llegado a soportar potencias altas
Cáliz inferior	49	6-12,24%	43-87,75%	0,00%
Cáliz medio	8	2-25,00%	6-75,00%	0,00%
Cáliz superior	21	4-19,04%	17-80,95%	0,00%
Pelvis renal	75	6-8,00%	60-80,00%	9-12,00%
<b>Total renal</b>	<b>153</b>	<b>18-11,76%</b>	<b>126-82,35%</b>	<b>9-5,88%</b>

**CUADRO 2**  
**Niveles de tolerancia de las mujeres en riñón**

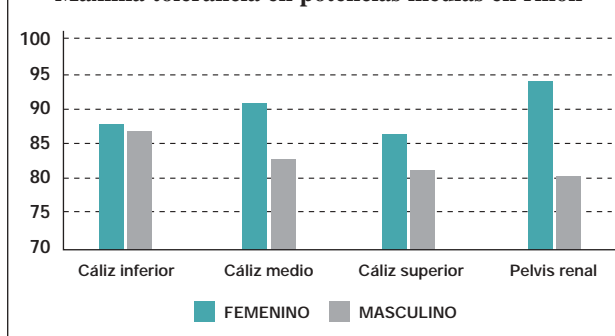
Localización	Nº de registros	Han soportado solamente potencias bajas	Han soportado como máximo potencias medias	Han llegado a soportar potencias altas
Cáliz inferior	74	9-12,16 %	65-87,83 %	—
Cáliz medio	13	2-15,38 %	11-84,61 %	—
Cáliz superior	31	4-12,90 %	27-87,09 %	—
Pelvis renal	82	5-6,09 %	77-93,90 %	—
<b>Total renal</b>	<b>200</b>	<b>20-10,00 %</b>	<b>180-90,00 %</b>	—

**GRÁFICO 3**

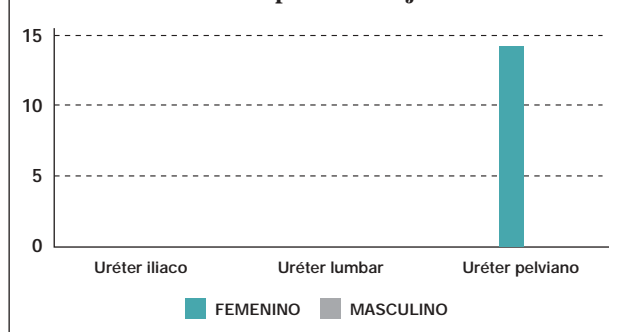
Máxima tolerancia en potencias bajas en riñón

**GRÁFICO 4**

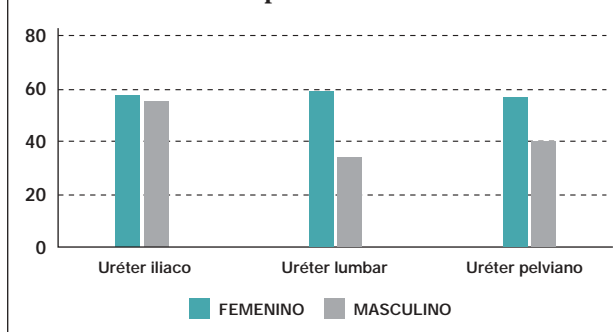
Máxima tolerancia en potencias medias en riñón

**GRÁFICO 5**

Máxima tolerancia en potencias bajas a nivel ureteral

**GRÁFICO 6**

Máxima tolerancia en potencias medias a nivel ureteral



En el gráfico 3 podemos apreciar cómo hay una menor tolerancia al dolor en los hombres en los tratamientos renales, ya que presentan un porcentaje mayor que solamente han soportado potencias bajas.

En potencias medias, la diferencia de tolerancia entre el sexo masculino y femenino son poco significativas, excepto en pelvis renal, donde el porcentaje de tolerancia en las mujeres es significativamente mayor que en los hombres.

**CUADRO 3**  
Niveles de tolerancia de los hombres en uréter

Localización	Nº total	Máxima tolerancia en potencias bajas	Máxima tolerancia en potencias medias	Máxima tolerancia en potencias altas
Uréter iliaco	14	0-0 %	8-57,14 %	6-42,85 %
Uréter lumbar	62	0-0 %	21-33,87 %	41-66,12 %
Uréter pelviano	62	0-0 %	25-40,32 %	37-59,67 %
<b>Total ureteral</b>	<b>138</b>	<b>0-0 %</b>	<b>54-39,13 %</b>	<b>84-60,86 %</b>

**CUADRO 4**  
Niveles de tolerancia de las mujeres en uréter

Localización	Nº total	Máxima tolerancia en potencias bajas	Máxima tolerancia en potencias medias	Máxima tolerancia en potencias altas
Uréter iliaco	7	0-0 %	5-71,42 %	2-28,57 %
Uréter lumbar	27	0-0 %	17-62,95 %	10-37,03 %
Uréter pelviano	27	3-11,11 %	16-59,25 %	8-29,62 %
<b>Total ureteral</b>	<b>61</b>	<b>3-4,91 %</b>	<b>38-62,29 %</b>	<b>20-32,78 %</b>

La ausencia de potencias altas es porque los fabricantes de los equipos de litotricia extracorpórea aconsejan que no se sobrepase en riñón de las potencias medias por el alto riesgo que existe de provocar hematoma renal.

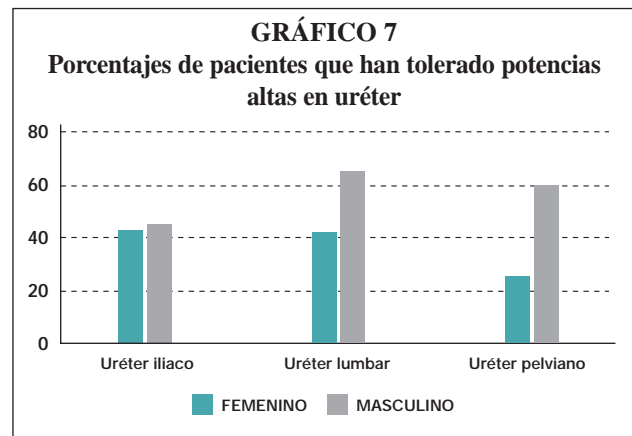
A nivel ureteral las tolerancias para pacientes masculinos y femeninos han sido las reflejadas en los cuadros 3 y 4.

En el gráfico 5 podemos apreciar cómo sólo existe intolerancia al dolor en potencias bajas en uréter pelviano en mujeres. Mientras que a potencias medias se ve una mejor tolerancia por parte de las mujeres en los tres niveles del uréter: lumbar, iliaco y pelviano.

Como puede apreciarse en el gráfico 7, existe una mejor resistencia a las potencias altas por parte de los hombres en uréter lumbar y pelviano, mientras que en uréter iliaco la diferencia entre hombres y mujeres es mínima.

Para una mejor comparación de la resistencia según el sexo véase el cuadro 5.

En pelvis renal masculino existe un 12 % de pacientes que se les ha dado potencias altas y que no se contabilizan, ya que en riñón no se suele llegar a estas potencias.



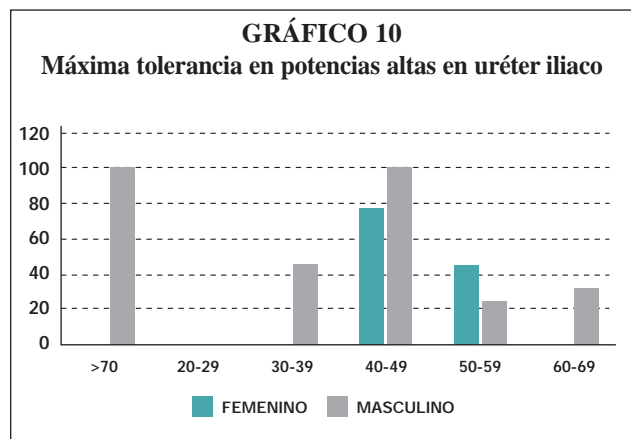
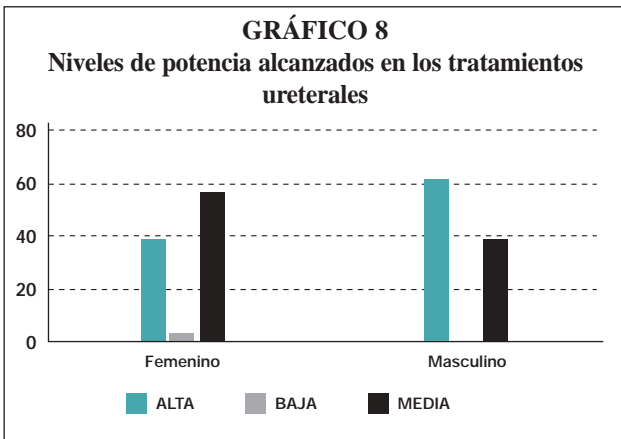
Para una mejor comparación de la resistencia entre el sexo masculino y femenino véase el cuadro 6.

**CUADRO 5**  
Comparación de las tolerancias entre hombres y mujeres en tratamientos renales

Localización	POTENCIAS BAJAS		POTENCIAS MEDIAS	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Cáliz inferior	12,32 %	12,24 %	87,67 %	87,75 %
Cáliz medio	15,38 %	25,00 %	84,61 %	75,00 %
Cáliz superior	13,33 %	19,04 %	86,66 %	80,95 %
Pelvis renal	6,17 %	8,00 %	93,82 %	80,00 %
<b>Total renal</b>	<b>9,47 %</b>	<b>11,25 %</b>	<b>90,52 %</b>	<b>82,78 %</b>

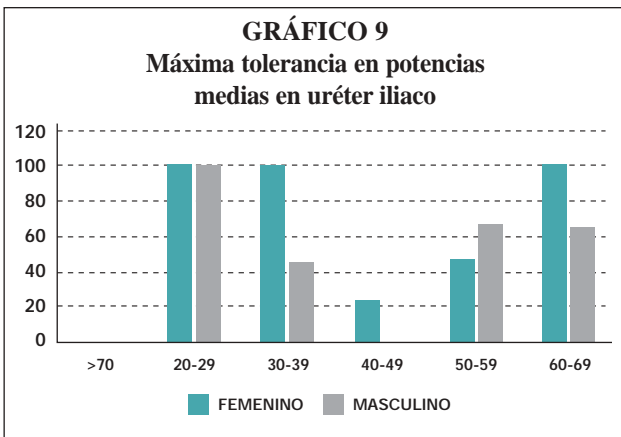
**CUADRO 6**  
Comparación de los niveles de tolerancia entre hombres y mujeres a nivel ureteral

Localización	Máxima tolerancia a potencias bajas		Máxima tolerancia a potencias medias		Máxima tolerancia a potencias altas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Uréter iliaco	0 %	0 %	71,42 %	53,84 %	44,45 %	46,16 %
Uréter lumbar	0 %	0 %	61,53 %	34,92 %	42,31 %	66,67 %
Uréter pelviano	11,53 %	0 %	57,69 %	40,00 %	32,14 %	60,00 %
<b>Total ureteral</b>	<b>5,08 %</b>	<b>0 %</b>	<b>61,01 %</b>	<b>38,97 %</b>	<b>33,89 %</b>	<b>61,02 %</b>



**RELACIÓN DE LA TOLERANCIA AL DOLOR CON LA EDAD DE LOS PACIENTES**

Con respecto a la edad obtenemos los siguientes datos:



En tratamientos ureterales iliacos no se producen intolerancias en potencias bajas, mientras que a potencias medias y altas tenemos los datos reflejados en el gráfico 10.

En los gráficos 9 y 10 podemos observar cómo se produce una mejor tolerancia por parte de las mujeres en uréter iliaco con potencias medias, en las edades comprendidas entre los 30 y 48 años y entre los 60 y 69. Mientras que a potencias altas hay una mayor tolerancia al dolor en los

hombres, excepto entre las edades comprendidas entre los 50 y 59 años, en los que se aprecia una ligera variación a favor de las mujeres.

En el cuadro 7 se reflejan el número de tratamientos y los porcentajes utilizados en los gráficos anteriores y del cuadro 8 se obtienen los datos en uréter lumbar.

De los datos expuestos podemos deducir que en uréter lumbar hay una mejor tolerancia al dolor en las potencias medias por parte de las mujeres, excepto en las edades comprendidas entre los 30 y 39 años, mientras que en potencias altas son los pacientes de sexo masculino los que tienen una mejor tolerancia al dolor, excepto en las edades comprendidas entre los 30 y 39 años en las que cambia la tendencia en los gráficos 11 y 12.

En uréter pelviano no se produce ninguna intolerancia en los hombres al tratamiento en potencias bajas, mientras que en las mujeres se produce, en general, una intolerancia en estas mismas potencias de un 14,28 % (gráfico 13). Sin embargo, en las potencias medias se aprecia una mejor tolerancia en las mujeres en un porcentaje de un 13,57 % más que en los hombres (gráfico 15).

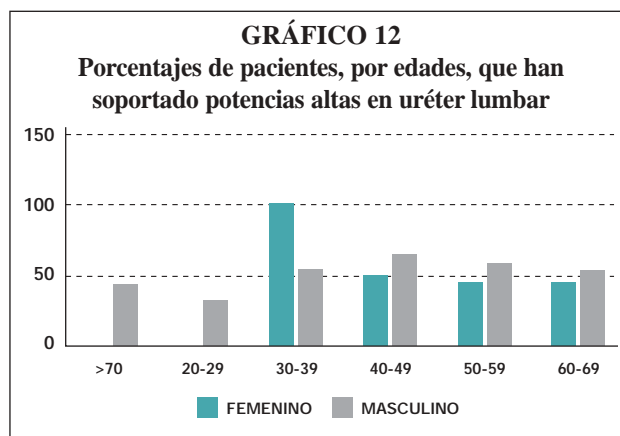
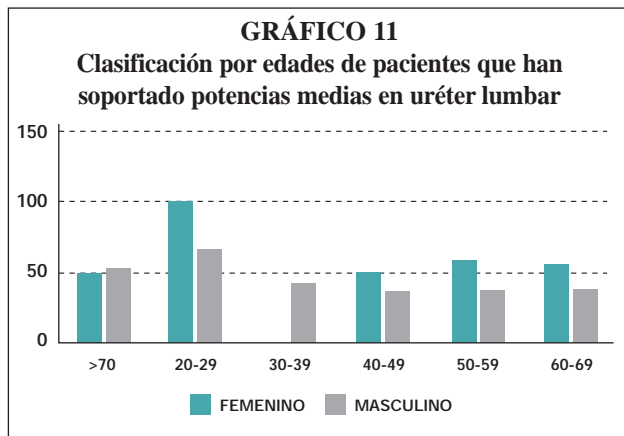
En potencias altas se produce una diferencia de un 28,86% más de pacientes del sexo masculino que han llegado a soportar potencias altas, siendo un 60 % del total de los pacientes masculinos tratados en uréter pelviano, mientras que el porcentaje de mujeres que han soportado estos niveles es del 31,14 % (gráfico 14). Lo cual indica que la percepción del dolor a nivel pélvico es mayor en la mujer que en el hombre (cuadro 9).



CUADRO 7 Uréter iliaco						
Edad	Máxima tolerancia a potencias bajas		Máxima tolerancia a potencias medias		Máxima tolerancia a potencias altas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
20-29	0,00 %	0,00 %	1-100 %	2-100 %	0,00 %	0,00 %
30-39	0,00 %	0,00 %	1-100 %	1-50 %	0,00 %	1-50 %
40-49	0,00 %	0,00 %	1-25 %	0,00 %	3-75 %	2-100 %
50-59	0,00 %	0,00 %	1-50 %	2-66,66 %	1-50 %	1-33,33 %
60-69	0,00 %	0,00 %	1-100 %	2-66,66 %	0,00 %	1-33,33 %
>70	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	1-100 %

CUADRO 8 Uréter lumbar						
Edad	Máxima tolerancia a potencias bajas		Máxima tolerancia a potencias medias		Máxima tolerancia a potencias altas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
20-29	0-0,00 %	0,00 %	1-100,00 %	2-66,66 %	0-0,00 %	1-33,33 %
30-39	0-0,00 %	0,00 %	0-0,00 %	3-37,50 %	1-100,00 %	5-62,50 %
40-49	0-0,00 %	0,00 %	4-50,00 %	5-26,31 %	4-50,00 %	14-73,68 %
50-59	0-0,00 %	0-0,00 %	4-57,14 %	4-33,33 %	3-42,85 %	8-66,66 %
60-69	0-0,00 %	0-0,00 %	4-57,14 %	5-35,71 %	3-42,85 %	9-64,28 %
>70	0-0,00 %	0-0,00 %	2-50,00 %	4-57,14 %	0-0,00 %	3-42,85 %

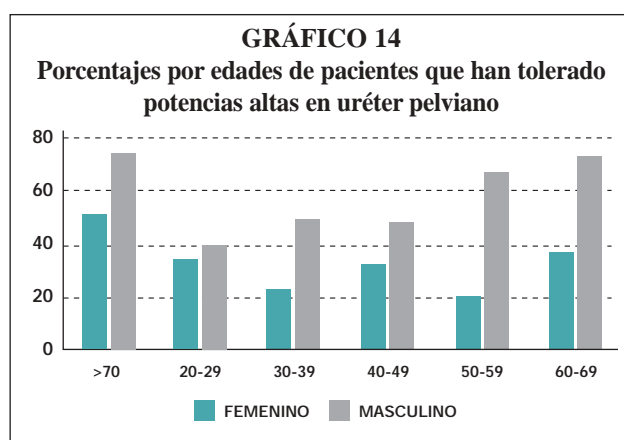
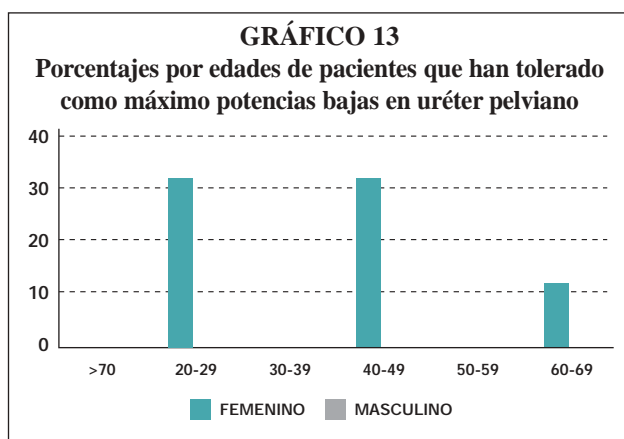
CUADRO 9 Uréter pelviano						
Edad	Máxima tolerancia a potencias bajas		Máxima tolerancia a potencias medias		Máxima tolerancia a potencias altas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
20-29	1-33,33 %	0-0,00 %	1-33,33 %	3-60 %	1-33,33 %	2-40 %
30-39	0-0,00 %	0-0,00 %	3-75 %	5-50 %	1-25 %	5-50 %
40-49	2-33,33 %	0-0,00 %	2-33,33 %	7-50 %	2-33,33 %	7-50 %
50-59	0-0,00 %	0-0,00 %	4-80 %	4-30,76 %	1-20 %	9-69,23 %
60-69	1-12,5 %	0-0,00 %	4-50 %	4-28,57 %	3-37,5 %	10-71,42 %
>70	0-0,00 %	0-0,00 %	1-50 %	1-25 %	1-50 %	3-75 %



**CUADRO 10**  
**Tolerancia por edades en cáliz superior**

Edad	Máxima tolerancia a potencias bajas		Máxima tolerancia a potencias medias		Máxima tolerancia a potencias altas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
20-29	1-16,66 %	0-0,00 %	5-83,33 %	1-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
30-39	1-16,66 %	2-28,57 %	5-83,33 %	5-71,42 %	0-0,00 %	0-0,00 %
40-49	1-20,00 %	1-20,00 %	4-80,00 %	4-80,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
50-59	0-0,00 %	1-20,00 %	6-100,00 %	4-80,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
60-69	0-0,00 %	0-0,00 %	1-100,00 %	1-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
>70	1-50,00 %	0-0,00 %	1-50,00 %	1-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %

El mayor índice de intolerancia al dolor, en potencias bajas, en uréter pelviano se produce en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 29 años, y entre los 40 y 49 (gráfico 13).



En cáliz superior obtenemos el gráfico 16 en los pacientes que solamente han tolerado potencias bajas en el tratamiento por ondas de choque.

Como se puede apreciar en el gráfico, se tolera poco el dolor en cáliz superior a ciertas edades. En las mujeres

jóvenes entre 20 y 29 años, y en las mayores de 70, y en los hombres entre los 30 y los 69 años.

En el cuadro 10 se puede ver de forma numérica los porcentajes y número de tratamientos dados en cáliz superior.

A la vista de los datos reflejados en el cuadro 10 y representados en el gráfico 17 se puede deducir que no existen diferencias significativas en cáliz superior con respecto a la tolerancia en potencias medias. Siendo las más significativas las que se refieren a las edades entre 20 y 29 años y los mayores de 70 en las que se aprecia una mejor tolerancia por parte de los hombres.

No se han sacado datos de la tolerancia a potencias altas porque los fabricantes de los equipos para Litotricia Extracorpórea aconsejan no aplicarlas en los tratamientos renales debido al alto riesgo que existe de producir hematomas renales.

Como puede verse en los datos del cuadro 11 y en el gráfico 18 las potencias bajas en cáliz medio son bien toleradas por los pacientes, excepto en las edades que oscilen entre los 30 y 39 para los hombres, y los 40 y 49 para las mujeres, en las que aparece cierto grado de intolerancia al dolor. Mientras que las potencias medias a este nivel son, en general, bien toleradas en todos los grupos de edades (gráfico 19).

En el cuadro 12 se aprecia cómo hay un mayor porcentaje de hombres que han soportado como máximo potencias bajas en los tratamientos por ondas de choque en cáliz inferior, destacando los pacientes con edades comprendidas entre los 20 y los 39 años, en las que hay un mayor porcentaje de intolerancia al dolor a este nivel del riñón (gráfico 20).

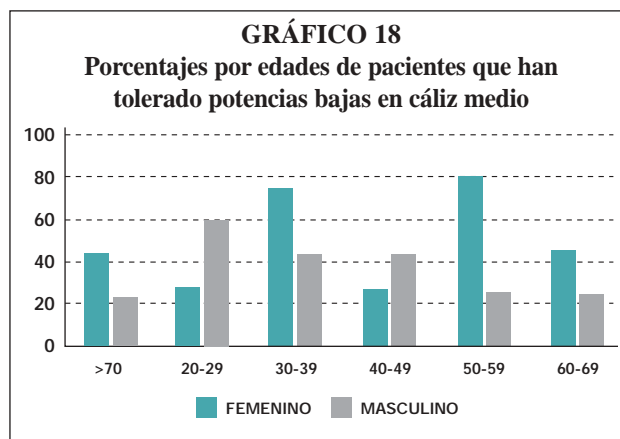
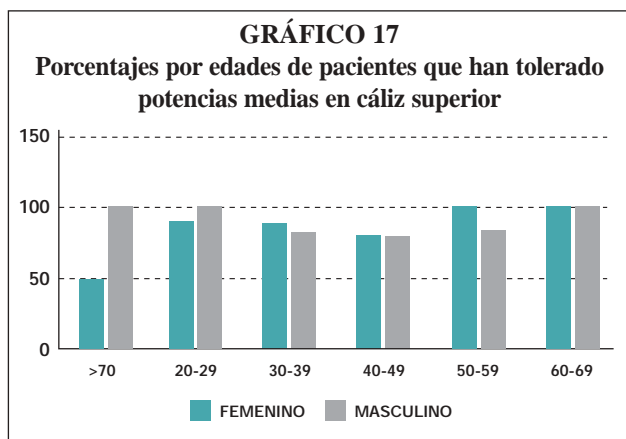
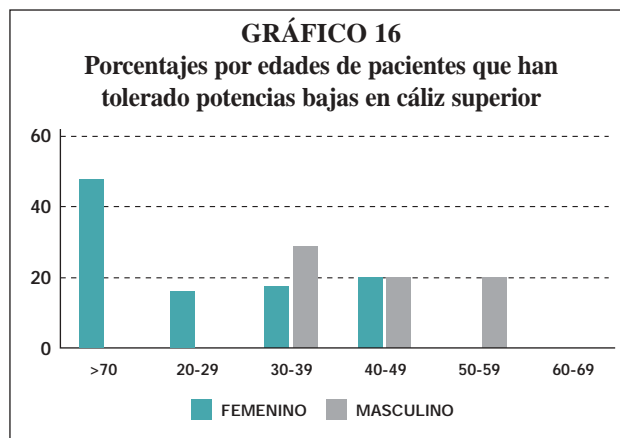
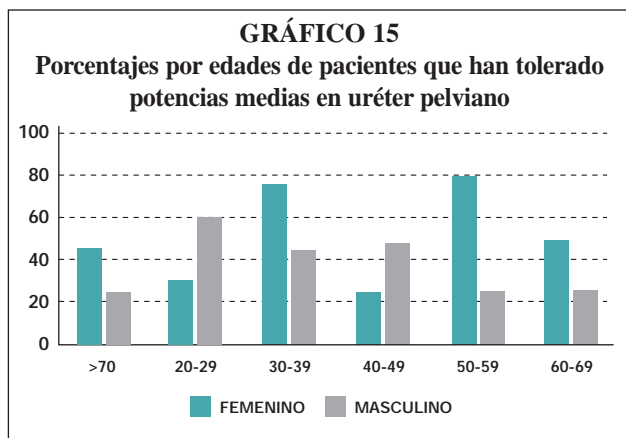
En la aplicación de potencias medias podemos decir que los porcentajes de tolerancia son muy similares en todas las edades, tanto en el sexo masculino como femenino (gráfico 21).

Las mayores intolerancias en los tratamientos litiasicos en pelvis renal a potencias bajas se observan en mujeres en edades de 20 a 29 años y en hombres entre 60 y 69 años (gráfico 22).

Entre los pacientes que han tolerado potencias medias en pelvis renal, solamente en las edades comprendidas entre 20 y 29 años se aprecia un porcentaje menor de mujeres que llegaron a tolerarlas (gráfico 23).

**CUADRO 11**  
Tolerancia por edades en cáliz medio

Edad	Máxima tolerancia a potencias bajas		Máxima tolerancia a potencias medias		Máxima tolerancia a potencias altas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
20-29	0-0,00 %	0-0,00 %	1-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
30-39	0-0,00 %	1-50,00 %	1-100,00 %	1-50,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
40-49	1-16,66 %	0-0,00 %	5-83,33 %	1-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
50-59	0-0,00 %	0-0,00 %	3-100,00 %	2-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
60-69	0-0,00 %	0-0,00 %	1-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
>70	0-0,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %	1-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %



**RELACIÓN DE LA TOLERANCIA AL DOLOR CON EL AMBIENTE SOCIAL**

Si confrontamos la localización del cálculo, el ambiente social (rural o provincial) y el sexo tenemos los siguientes datos:

El total de tratamientos dados a mujeres es de 263, de los cuales 185 viven en un medio rural y 78 viven en capitales de provincia.

El total de los tratamientos dados a hombres es de 293, de los cuales 182 viven en medio rural y 111 en capitales de provincia.

De las 185 mujeres tratadas que vienen de medio rural, el 77,04% han recibido el tratamiento en riñón y el 22,95% en uréter.

De las 78 mujeres de capital de provincia tratadas, el 73,07 % han sido tratadas de litiasis renal y 26,92 % de litiasis ureteral.

De los 182 hombres que viven en medio rural el 57,69% se les ha tratado en riñón, y el 42,30 % en uréter.

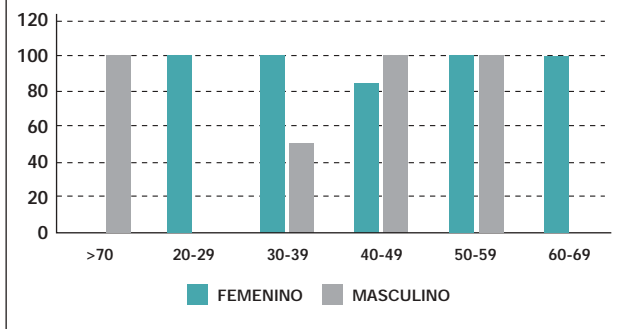
De los 111 hombres de capital de provincia tratados, el 45,94 % se les ha tratado en riñón, mientras que el 54,05% han recibido tratamiento en uréter.

**CUADRO 12**  
**Tolerancia por edades en cáliz inferior**

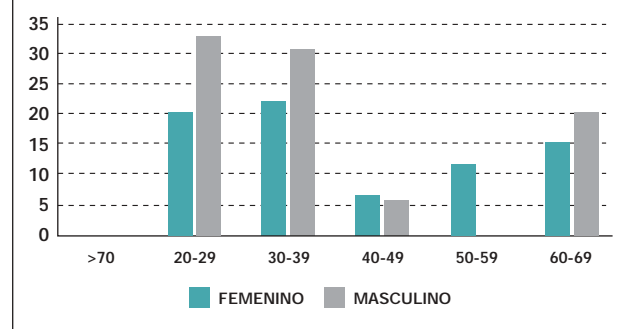
Edad	Máxima tolerancia a potencias bajas		Máxima tolerancia a potencias medias		Máxima tolerancia a potencia altas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
20-29	1-20,00 %	1-33,33 %	4-80,00 %	2-66,66 %	0-0,00 %	0-0,00 %
30-39	4-22,22 %	4-30,76 %	14-77,77 %	9-69,23 %	0-0,00 %	0-0,00 %
40-49	1-7,14 %	1-5,88 %	13-92,85 %	16-94,11 %	0-0,00 %	0-0,00 %
50-59	2-11,11 %	0-0,00 %	16- 88,88 %	10-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
60-69	2-15,38 %	1-20,00 %	11-84,61 %	4-80,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
>70	0-0,00 %	0-0,00 %	8-100,00 %	1-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %

**GRÁFICO 19**

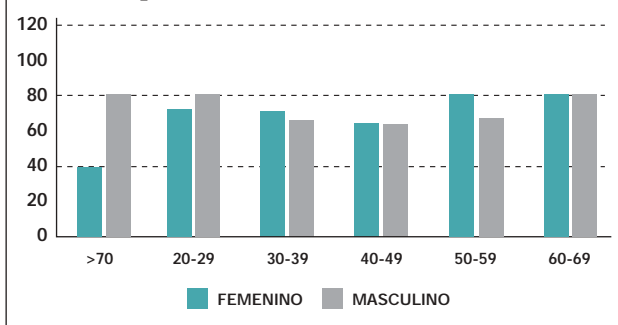
Porcentajes por edades de pacientes que han tolerado potencias medias en cáliz medio

**GRÁFICO 20**

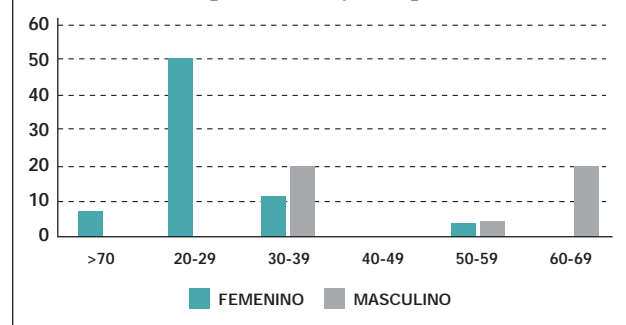
Porcentajes por edades de pacientes que han tolerado potencias bajas en cáliz inferior

**GRÁFICO 21**

Porcentajes por edades de pacientes que han tolerado potencias medias en cáliz inferior

**GRÁFICO 22**

Porcentajes por edades de pacientes que han tolerado potencias bajas en pelvis renal



Como se puede ver en el gráfico 24 hay un mayor número de tratamientos realizados a hombres que a mujeres, lo que denota una mayor incidencias de litiasis en el varón que en la mujer.

También se puede observar que hay un mayor número de personas que proceden de ambientes rurales (gráfico 25), lo que puede ser debido a dos causas:

1. Que la población de las provincias de Sevilla, Cádiz y Huelva, a la que da cobertura el Servicio de Litotricia del hospital de Valme sea mayoritariamente rural.

2. Que la incidencia de litiasis sea mayor en el ambiente rural. Con estas cifras obtendremos el cuadro 14.

Si realizamos una comparación del ambiente social y las potencias máximas toleradas en los tratamientos con litotricia por ondas de choque en riñón obtendremos el cuadro 15.

Como se puede apreciar en los gráficos 26 y 27 no existe una variación significativa en los tratamientos de las litiasis renales con respecto al ambiente social del que provienen los pacientes.

A nivel ureteral se puede ver cómo en potencias altas no existen diferencias entre los pacientes que provienen del ambiente provincial de los que provienen del rural. Sin embargo, en las potencias bajas y medias sí se pueden apreciar diferencias. En las mujeres de ambiente rural tienen una

**CUADRO 13**  
**Tolerancia por edades en pelvis renal**

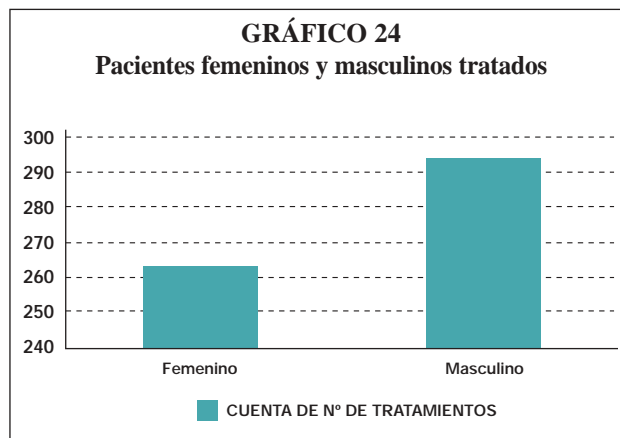
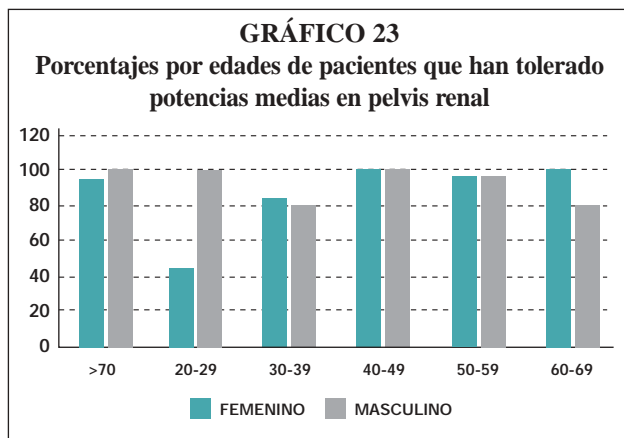
Edad	Máxima tolerancia a potencias bajas		Máxima tolerancia a potencias medias		Máxima tolerancia a potencias altas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
20-29	1-50,00 %	0-0,00 %	1-50,00 %	4-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
30-39	2-12,50 %	4-20,00 %	14-87,50 %	16-80,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
40-49	0-0,00 %	0-0,00 %	15-100,00 %	20-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
50-59	1-4,00 %	1-4,34 %	24-96,00 %	22-95,65 %	0-0,00 %	0-0,00 %
60-69	0-0,00 %	1-20,00 %	12-100,00 %	4-80,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %
>70	1-7,14 %	0-0,00 %	13-92,81 %	5-100,00 %	0-0,00 %	0-0,00 %

**CUADRO 14**  
**Ambiente social, potencia máxima, sexo y localización del cálculo**

	RURAL		PROVINCIAL	
	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino
Renal	141-77,04 %	105-57,69 %	57-73,07 %	51-45,94 %
Ureteral	42-22,95 %	77-42,30 %	21-26,92 %	60-54,05 %
<b>Totales</b>	<b>185</b>	<b>182</b>	<b>78</b>	<b>111</b>

**CUADRO 15**  
**Tolerancias en tratamientos**

	Máxima tolerancia en potencias bajas	Máxima tolerancia en potencias medias	Máxima tolerancia en potencias altas
Rural femenino	10,07 %	84,89 %	5,03 %
Provincial femenino	10,90 %	87,27 %	3,63 %
Rural masculino	4,39 %	43,95 %	4,94 %
Provincial masculino	6,36 %	38,18 %	1,81 %



mejor tolerancia a las potencias medias. También cabe destacar la ausencia de casos que solamente toleran potencias bajas, mientras que en las de ámbito provincial sí los hay.

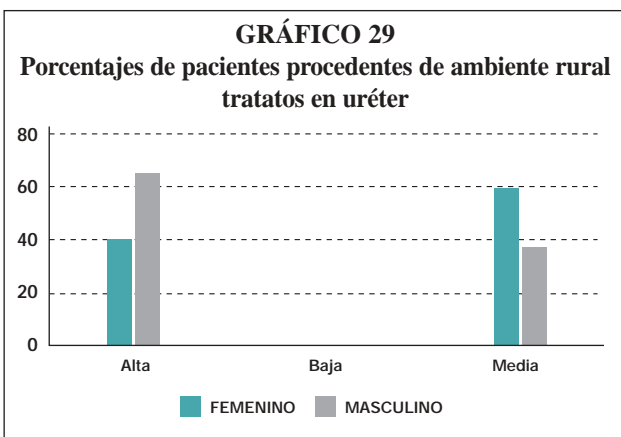
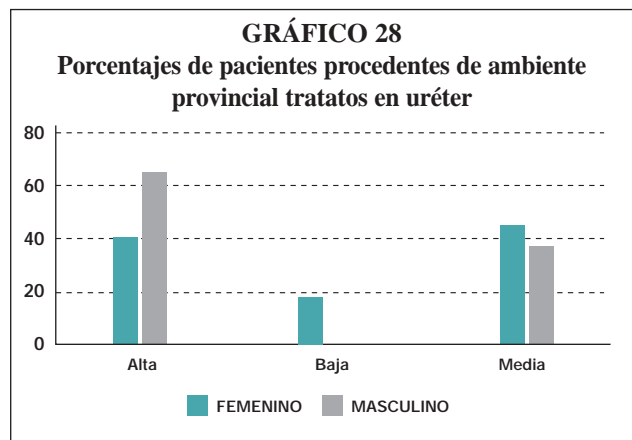
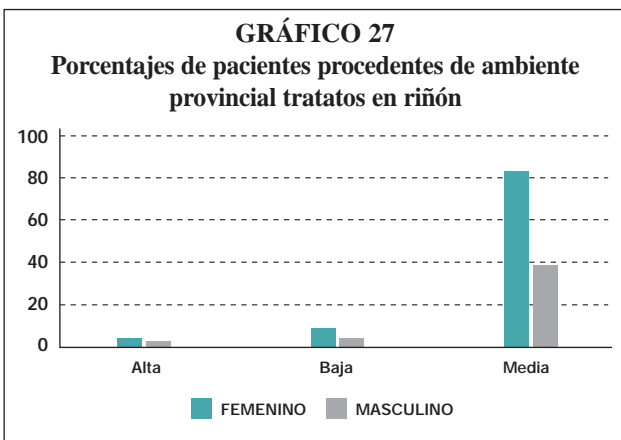
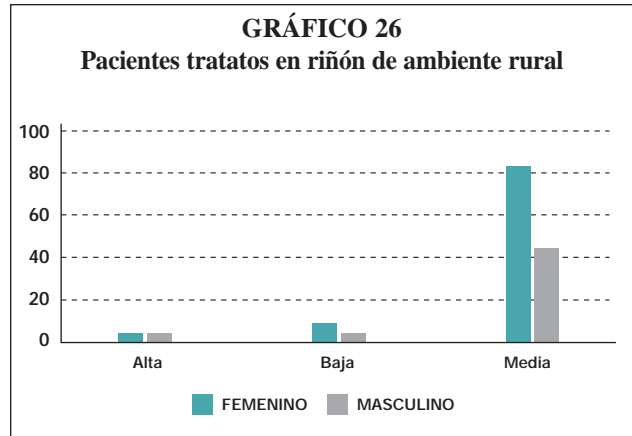
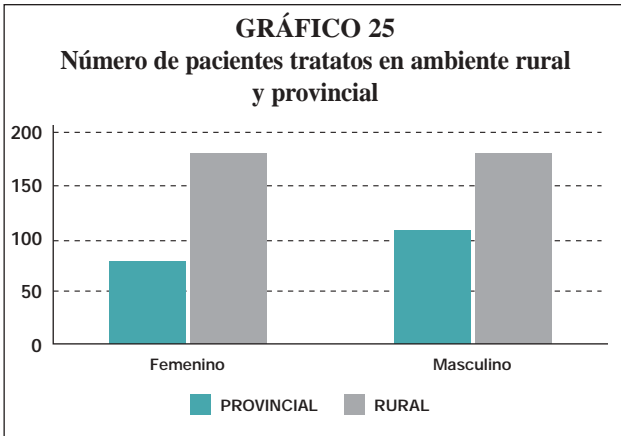
Podemos resumirlo diciendo que a nivel del uréter, en las potencias altas no existe variación con respecto al ambiente social, mientras que en las potencias medias existe una mejor tolerancia en las mujeres de ámbito rural.

**CONCLUSIONES**

**Datos generales**

1. Hay un mayor número de tratamientos aplicados a nivel renal que a nivel ureteral, tanto en hombres como en mujeres.

CUADRO 16 Tolerancias en tratamientos ureterales			
	Máxima tolerancia en potencias bajas	Máxima tolerancia en potencias medias	Máxima tolerancia en potencias altas
Rural femenino	0,00 %	58,53 %	41,46 %
Provincial femenino	15,00 %	45,00 %	40,00 %
Rural masculino	0,00 %	35,06 %	64,93 %
Provincial masculino	0,00 %	35,59 %	64,40 %



2. En los hombres, el porcentaje de tratamientos aplicados en uréter es mayor que en las mujeres, siendo en éstas la diferencia de un 48,85 %, más en riñón que en uréter, mientras que en los hombres la diferencia que existe es de un 5,12 % más riñón.

3. Se observa una mayor incidencia de litiasis renales en mujeres que en hombres.

4. El mayor número de tratamientos renales se dan en cáliz inferior y pelvis renal, tanto en pacientes del sexo masculino como femenino.

5. En los hombres se dan más del doble de tratamientos de litiasis a nivel ureteral que en mujeres, con una mayor incidencia en uréter lumbar y pelviano.

6. En los hombres se dan más del doble de tratamientos de litiasis a nivel ureteral que en mujeres.

7. La mayor incidencia de litiasis ureterales se dan en uréter lumbar y pelviano.

## Tolerancia según el sexo

1. Aunque las diferencias no son muy relevantes, existe una mejor tolerancia al dolor en las mujeres a los tratamientos renales. Siendo esta diferencia más acusada en pelvis renal.

2. El mayor porcentaje de tolerancia se encuentra en pelvis renal en ambos sexos.

3. En uréter solamente existen intolerancias en el sexo femenino en uréter pelviano, con un 11,53 % de casos que han tolerado solamente potencias bajas, lo que nos indica que la mayor intolerancia al dolor en las mujeres se da en este tramo del uréter.

4. Las potencias medias aplicadas en uréter son mejor toleradas por las mujeres, en todos los niveles.

5. Existe una mejor resistencia a las potencias altas por parte de los hombres en uréter lumbar y pelviano, mientras que en uréter iliaco la diferencia entre hombres y mujeres es mínima.

## Relación de la tolerancia al dolor con la edad de los pacientes

### a) En uréter

1. En uréter iliaco no se aplicó un número suficiente de tratamientos para dar unos resultados fiables. Pero en general, podemos decir que existe una mejor tolerancia por parte de las mujeres a las potencias medias en todas las edades, excepto entre los 50 y 59 años.

2. En uréter lumbar existe un mayor porcentaje de mujeres, en todas las edades, que toleran las potencias medias, excepto en las edades comprendidas entre los 30 y 39 años de edad, que son mejor soportadas por los hombres.

3. En potencias altas, y a nivel uréter lumbar, hay un mayor porcentaje de hombres en todas las edades que las toleran, excepto en las edades comprendidas entre los 30 y 39 años, en los que existe un mayor porcentaje a favor de las mujeres.

4. En uréter pelviano no se produce ninguna intolerancia en los hombres al tratamiento en potencias bajas, mientras que en las mujeres el mayor porcentaje de intolerancia se produce en las edades comprendidas entre los 20 y 29 años, 40 y 49 años, y entre los 60 y 69 años.

En las potencias medias, en general, existe una mejor tolerancia por parte de las mujeres, excepto en las edades comprendidas entre los 20 y 29 años y los 40 y 49 años, en los que aparece mejor tolerancia en los hombres.

5. En potencias altas, en uréter pelviano, existe una mejor tolerancia en los hombres en todas las edades.

### b) En riñón

1. En cáliz superior, el mayor porcentaje de intolerancias en las potencias bajas se produce en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 29 años y mayores de 70, y en los hombres entre los 30 y 39 y los 50 y 59 años.

Las potencias medias son bien toleradas en todas las edades, con variaciones poco significativas entre los sexos masculino y femenino.

2. En cáliz medio no se pueden sacar conclusiones fiables debido al reducido número de registros obtenidos.

3. En cáliz inferior se da un mayor porcentaje de hombres que solamente toleraron potencias bajas en las edades comprendidas entre los 20 y 39 años y entre los 60 y 69. Mientras que entre las edades comprendidas entre los 50 y 59 años son las mujeres las que presentan un mayor porcentaje de intolerancia al dolor.

4. El mayor porcentaje de intolerancia en los tratamientos litiasicos en pelvis renal se observa en mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 29 años, y en hombres entre 60 y 69 años.

5. Entre los pacientes que han tolerado potencias medias en pelvis renal, solamente en las edades comprendidas entre 20 y 29 años se aprecia un porcentaje menor de mujeres que llegaron a tolerarlas.

De estos últimos cinco puntos podemos deducir que en las edades comprendidas entre los 20 y 29 años se toleran mal los tratamientos renales.

## Relación entre la tolerancia al dolor y el ambiente social del paciente

1. No existe una variación significativa en los tratamientos renales, con respecto a la tolerancia, entre los pacientes que proceden de ambiente rural y provincial.

2. En los ureterales, en las mujeres de ambiente rural se da mejor tolerancia a potencias bajas y medias que en las mujeres de ambiente provincial.

## BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. «Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el tratamiento» (CIE-10), Meditor, Madrid, 1992.
- Lozano, M.; Padin, J.J.; Arias, F. y Somoza, J.C.: «Psiquiatría de enlace en las clínicas del dolor», en *Psiquiatría de Interconsulta*. Monografía de Psiquiatría, 1995, VII, 3, 40-46.
- Lozano, M.: «Aspectos psiquiátricos del dolor crónico: un estudio del dolor crónico no neoplásico», Tesis doctoral, Universidad de Salamanca. 1989.
- Plewes, J.M. y Fagan, J.G.: «Trastornos ficticios y simulación» (Cap. 17), en *Tratado de Psiquiatría* (2ª edición), editado por Hales, R.E., Yudofski, S.C. y Talbott, J.A. The American Psychiatric Press, Ed. Ancora, Barcelona, 1996.
- Lozano, M. y Padin, J.J.: «De los conceptos de la Medicina Psicosomática a la práctica de la Psiquiatría de Interconsulta», en *Psiquiatría de Interconsulta*, Monografía de Psiquiatría, 1995, VII, 3, 10-12.
- Lozano, M.: «El cuerpo en la encrucijada de la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis», *Pliegos*, 2, 54-56.
- Miralles, F.S.; Robles, E. e Iranzo, J.: «Dolor visceral», en Aliaga, L.; Baños, J.E.; Barutell, C. et al. Eds. *Dolor*

- y utilización clínica de los analgésicos, Barcelona, MCR, 1996, 287-302.
- Aliaga, L. y Santacana, E. (eds.): «Protocolos», Dolor, Madrid, Idepsa. 1994.
  - Gálvez, R.: «Urgencias álgicas en atención primaria», en Gálvez, R. (ed.), Manual Clínico: Manejo práctico del dolor en atención primaria, Madrid, EGRAF, 1995, 139-150.
  - Palou, J.; Massanas, J. y Miralles, F. S.: «Dolor genitourinario y del parto», en Aliaga, L.; Baños, J. E., Barutell, C. et al. Tratamiento del dolor, teoría y práctica, MCR, Barcelona, 1995, 279-296.
  - Stamm, W. E. y Turck, M.: «Infecciones de las vías urinarias, pielonefritis y enfermedades relacionadas», en Petersdorf, R. G.; Adams, R. D.; Braunwald, E. et al. (ed.) Harrison: principios de Medicina Interna, 6ª ed., Español. McGraw-Hill, México, 1986, 2303-2313.
  - Miranda, A.: «Valoración del dolor», en Miranda, A. (eds.), Dolor postoperatorio: estudio, valoración y tratamiento, Barcelona, Jims, 1992, 27-56.
  - Griffin, J. E., y Wilson, J. D.: «Enfermedades de los testículos», en Petersdorf, R. G.; Adams, R. D.; Braunwald, E. et al. (ed.), Harrison: principios de Medicina Interna, 6ª ed., Español, McGraw-Hill, México, 1986, 955-971.
  - Anadon, M. P.; Calvo, J. I. y Barrero, R. et al.: «Estudio clínico y epidemiológico del dolor neoplásico urológico», Rev. Soc. Esp. Dolor, 1996, 3:337-342.
  - Pallarés, J. y Pallarés, M. J.: «Aspectos psicológicos y sociales del dolor crónico», en Barutell, C. Tratamiento del dolor crónico, Monografías Europharma, tomo 2, 27-40.
  - Montrone, V.; Petruzzella, O. y Petrosino, R.: «El dolor, un síntoma multidisciplinar», Haropharma, Barcelona, 1992.
  - Anadon, M.P.; Calvo, J.I. y Barreiro, R. et al.: «Estudio clínico epidemiológico del dolor neoplásico urológico», Revista Sociedad Española del Dolor, 1996, 3:337-342.
  - Pallarés, J. y Pallarés, M.J.: «Aspectos psicológicos y sociales del dolor crónico», en Barutell, C. Tratamiento del dolor crónico, Monografías Europharma, tomo 2, 27-40.
  - Montrone, V.; Petruzzella, O. y Petrosino, R.: «El dolor, un síntoma multidisciplinar», Haropharma, Barcelona, 1992.
  - Smith, D.R.: «Síntomas de los padecimientos del sistema genitourinario», en Smith, D.R. (eds), Urología General, Ed. MM, México, 1983, pp. 24-31.
  - Zuluaga Gómez, A.: «Litiasis Urinarias», Urología Vesalio, ENE Ediciones, Madrid 1992.
  - Valdivia Uría, J.G.: «Uropatía obstructiva», Urología Vesalio, ENE Ediciones, Madrid 1992.
  - Leal López, A.: «Fisiopatología de la obstrucción urinaria inferior», en Jiménez Cruz, J.F. y Rioja Sanz, L.A., Tratado de Urología, JR Prous Editores, Barcelona 1993.
  - Bonet, J.: «Tratamiento antiálgico en Urología», en Leiva, O. y Resel, L., Urología Vesalio, Ed. ENE, 1992, 721-738.
  - Ruiz Loper, R.: «Dolor crónico de origen no oncológico», Rev. Clin. Esp., 1995, 195 (monográfico 1): 214-222.
  - Muriel Villoria, C. y Madrid Arias, J.L.: «Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico», segunda edición, ELA, Madrid 1995.
  - Alcober, J.; Rousaud, A.: «Efectos adversos de las ondas de choque». Actas Urológicas. LVII Congreso Nacional de Urología. Sept. 1992.
  - Rabal, M.; Lancia J. A. y García, M.: «Criterios clínicos y tratamiento actual de las Litiasis Urinarias». Actas Urológicas. 1990.
  - Granados, A.: «El litotriptor y su difusión. Un ejemplo de ausencia de evaluación de las tecnologías médicas». Med. Clin. (Barcelona). 1990.
  - Rodríguez Vela, L.: «Litotricia extracorpórea por ondas de choque. Estudio de la resistencia a la fragmentación de los cálculos urinarios y efectos sobre la función renal». Tesis doctoral 1989.
  - Ruosaud, A. y Pedrajas, A.: «Estudio epidemiológico de la Urolitiasis en España». Asociación Española de Urología. Grupo de Urolitiasis. 1986.
  - Ruosaud, A.: «Tratamiento actual de las litiasis urinarias con litotricia extracorpórea por ondas de choque». Curso Internacional de Urología. Salvador de Bahía. Brasil, 1991.
  - Ruiz Marcellán, F. J.; Ibarz, L.: «Evaluación del daño renal en la litotricia extracorpórea por ondas de choque». Actas Urológicas. 1986.
  - Ruiz Marcellán, F.J.; Ibarz Servio, L.: «Nuevos aspectos en el tratamiento de la litiasis renal». Barcelona. Pulso Ediciones S.A. 1988.
  - Ruiz Marcellán, F. J.; Ibarz Servio, L.: «Riesgo de hipertensión arterial después de la litotricia extracorpórea por ondas de choque», 2ª Reunión de Urolitiasis y Endoscopia. Alicante 1989.
  - Ruiz Marcellán, F.J.; Arrabal Martín, M.: «Litiasis urinarias». Grupo Masson. Editorial Garsi. S.A. 1999.
  - Navarro Sánchez, F.; Megías Castellón, I.: «Litiasis renal, recordatorio». Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología.
  - Aparcero Rodríguez, E.; Perez Fernández, C.: «Tratamiento quirúrgico de las litiasis». Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología.



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

- **REVISTAS ELECTRÓNICAS DE ENFERMERÍA:**  
[www.readysoft.es/joanenric/revistes.htm](http://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](http://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/](http://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](http://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](http://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/BUCEM/enf/05001.htm](http://www.ucm.es/BUCEM/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](http://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](http://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](http://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](http://www.enferpro.com/investigacion.htm)

