

enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 96. Diciembre 2005



Estandarización de los cuidados de enfermería en las complicaciones de la post-cirugía radical de próstata

Ablación por radiofrecuencia: una alternativa en el tratamiento de tumores renales

Crónica del 27 Congreso Nacional de Enfermería Urológica

Síndrome pélvico en enfermos oncológicos

Estandarización de cuidados de enfermería en la trayectoria clínica de la resección transuretral de próstata



ENFURO

nº 96 / Octubre/Noviembre/Diciembre 2005
Segunda Etapa

JUNTA GESTORA AEEU

Presidenta: Mercedes Martín Valenciano
Secretario: José Manuel Remírez Suberbiola
Tesorero: Vicente Carrasco Rozalén
Vocal 1º: Francisco Estudillo González
Vocal 2º: Ana Quintanilla Sanz

REDACCIÓN

Directora: Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)

Jefe de Redacción:

Francisco Estudillo González (Puerto Real-Cádiz)

Consejo de Redacción:

Luis Alfonso Aparcerero Bernet (Sevilla)
Vicente Carrasco Rozalén (Madrid)
Gabriel Belenguer Civera (Xátiva-Valencia)
Ricardo Lequerica Llopis (Valencia)

Consejo Asesor:

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

Nuestra portada:

Vista aérea de la ciudad de Lérida

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

28028 Madrid

SUMARIO

- Editorial 5
- Estandarización de los cuidados de enfermería en las complicaciones de la post-cirugía radical de próstata
Ana Quintanilla Sanz, Mª Abel Cucurull Llobet,
Lidia Serra Gabernet 6
- Ablación por radiofrecuencia:
Una alternativa en el tratamiento de tumores renales
A. Sánchez Mucientes, R. Rivero Gutiérrez,
F. Rodríguez Hernández, E. Calvo Domínguez,
P. Muñoz Rubio, Y. Gómez Gutiérrez 14
- Crónica del 27 Congreso Nacional de Enfermería
Urológica 17
- Síndrome pélvico en enfermos oncológicos
C. Gutiérrez, F. Cuadrillero Rodríguez, F. Cuadrillero
Martín, S. Hernansanz, A. Sanz Rubiales, ML. del Valle,
L.A. Flores, C. García, E. Uña 19
- Estandarización de cuidados de enfermería en la trayectoria
clínica de la resección transuretral de próstata
Rosa Mª Andrés Guerrero, David Blanco Pérez,
Manuela Adelaida Galán Tundidor,
Javier Santano Moreno Iruela, Laura Mª Petreñas Cabrerizo,
Mª Jesús Valle González 21
- Nuestra experiencia con el NMP22 Bladder Chek Tm Test
J. Martínez de Iturrate Arin, C.R. Vicente Toriibio, E.
Fernández del Busto, L. Sanz Justo 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.

EDITORIAL

2006

Un año más

TERMINA un nuevo año, uno mas, año este en el que como siempre hemos tenido momentos buenos y otros no, tanto en el seno de nuestra Asociación como imagino en el plano personal de cada uno de nosotros, ahora cuando el 2005 ha tocado a su fin quizás sea el momento de reflexionar sobre esto, pensar a donde queremos llegar en nuestra Asociación en la que se impone ya un cambio y un relevo. Este año que comienza es para nosotros año electoral y necesitamos de gente que se anime a dar continuidad a nuestro esfuerzo par que esto continúe adelante.

Algunos compañeros y amigos que durante años han formado parte de esta Junta ahora han dejado de hecerlo, para ellos nuestro reconocimiento y respeto, para los que continúan animo y adelante y con el deseo que el año entrante nos traiga a todos lo mejor, seguimos trabajando para nuestra Asociación, un año más.

2005

Asociación Española de Enfermería en Urología

Les ruego reciban esta solicitud de admisión como socio/a de la Asociación Española de Enfermería en Urología, con derecho a recibir la revista ENFURO y todos los demás reflejados en los estatutos vigentes.

**Asociación
Española de
Enfermería
en Urología**

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP.....TELÉFONO.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

Solicita la admisión como socio de la Asociación (**Asociación Española de Enfermería en Urología**) por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La cuota de socio anual es por un importe de 48,08 euros mediante pago en cuenta corriente.

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

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

Fecha:

Firma



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

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Próximamente a comenzar a recibir una nueva remesa de trabajos para publicar, 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

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, 4-6°. San Fernando (Cádiz). Correo electrónico: pacoestudillo@ono.com
4. **Encabezamiento: título y autores**
 - a) El título del artículo debe ser conciso, pero informativo.
 - b) El nombre de cada uno de los autores, acompañado de su grado académico más alto y su afiliación institucional.
 - c) El nombre del departamento o departamentos e institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
 - d) El nombre y la dirección del autor responsable de la correspondencia.

Cada autor deberá haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo. El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores deben citarse en la sección de agradecimientos.
5. **Resumen y palabras clave.** Se incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Haciendo hincapié en lo más novedoso o de mayor importancia. Se identificarán de tres a cinco palabras clave que faciliten a los documentalistas el análisis documental del artículo y que se publicarán junto con el resumen.
6. **Método IMRYD y extensión:**
 - Introducción.
 - Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.

La extensión máxima del trabajo será de 10 folios, interlineado sencillo y letra fuente tamaño 12.
7. **Referencias bibliográficas.** Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto.
8. **Ilustraciones (figuras).** Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se deberán enviar preferentemente en disquetes o CD o por e-mail, escaneadas a alta resolución. En caso de ser imposible el escaneado, se enviarán junto con el disquete del texto por vía postal. Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para la ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto.
9. **Abreviaturas y símbolos.** Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.
10. El Consejo de Redacción y la AEEU no se hacen responsables de las opiniones ni de los resultados obtenidos en los trabajos. La alusión y/o fotografías de personas y entidades debe estar controlada por el autor/es, con el compromiso de haber respetado la privacidad, imagen y confidencialidad de los interesados.

NOTA: Artículos para publicar en ENFURO

Próximamente a celebrar nuestro XXVII Congreso, recordamos a todos nuestros socios que vayan a presentar comunicaciones y ponencias al mismo, que deben entregar una copia de dicho trabajo en formato de artículo para que pueda ser publicado en esta nuestra revista. El formato ideal es Microsoft office Word con letra Times New Roman 12.

ANA QUINTANILLA SANZ (CLÍNICA DE PONENT/IMT, LLEIDA); M^a ABEL CUCURULL LLOBET (HOSPITAL STA MARIA, LLEIDA)
LÍDIA SERRA GABERNET (CLÍNICA DE PONENT, LLEIDA)

Estandarización de los cuidados de enfermería en las complicaciones de la post-cirugía radical de próstata

Trabajo finalista al premio al mejor Plan de Cuidados Innovador en Enfermería Urológica. Premio entregado en el transcurso del XXVII Congreso de Enfermería en Urología, celebrado en Valladolid.

Palabras clave: Plan de cuidados, prostatectomía radical, Complicaciones.

Key words: Plan of nurse cares. Radical prostatectomy. Complications.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia de próstata es uno de los tumores malignos de incidencia más alta, en hombres de más de 45 años, de la Unión Europea. La opción curativa de primera elección, hoy por hoy en nuestro país, es la prostatectomía radical.

Las complicaciones tardías más frecuentes son: Incontinencia urinaria y disfunción eréctil.

Una vez retirada la sonda, superada la neoplasia y asumiendo la tranquilidad del buen pronóstico de la intervención, el cliente se encuentra inmerso (demasiado habitualmente con muy poca información previa) en lo que podría ser una transformación radical de su calidad de vida pre y post operatoria.

Se propone un plan de cuidados, para dar soporte y atención continuada al cliente en las complicaciones tardías de la prostatectomía radical, para conservar así su calidad de vida y mantener, si existe la demanda, una actividad sexual satisfactoria.

LA NEOPLASIA DE PRÓSTATA ES UNO DE LOS TUMORES MALIGNOS DE INCIDENCIA MÁS ALTA, EN HOMBRES DE MÁS DE 45 AÑOS, DE LA UNIÓN EUROPEA. LA OPCIÓN CURATIVA DE PRIMERA ELECCIÓN, HOY POR HOY EN NUESTRO PAÍS, ES LA PROSTATECTOMÍA RADICAL



OBJETIVO GENERAL

Conseguir una calidad de vida satisfactoria para el cliente sometido a cirugía radical de próstata.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Disminuir el miedo y la incertidumbre del cliente pre y post el proceso quirúrgico.
- Unificar criterios de actuación y proporcionar una evidencia científica para enfermería que nos permita investigar y reevaluarnos para mejorar la calidad de atención a nuestros clientes y aumentar su grado de satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Reuniones multidisciplinares.
- Revisión bibliográfica estudios anteriores, guías clínicas, trayectorias y taxonomía NANDA, NIC Y NOC.
- Experiencia personal en la consulta de reeducación del suelo pélvico.

ESTRUCTURA DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN:**A) VISITA PRE-OPERATORIA DE ENFERMERIA****CIRUGÍA RADICAL DE PRÓSTATA****B) 1ª VISITA post-intervención**
(A los diez días de la retirada del cateterismo vesical)**C) 2ª VISITA (Al mes de la primera)****VALORACIÓN IU**

- Σ • SI > (Reeducación suelo pélvico hasta continencia)
- Σ • No > IU

VALORACIÓN DE

SI > (Eco-doppler duplex dinámico) NO > DE

- 3ª VISITA (Educación para la salud sexual)
- 4ª VISITA (Educación para la salud sexual)
- 5ª VISITA Dudas. Evaluación.
- ALTA. Informe para su urólogo.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Hemos identificado los 9 diagnósticos que consideramos más comunes para poder estandarizar el proceso de cuidados. Cabe recordar que este planteamiento se individualizará siempre que las necesidades personales del cliente lo requieran.

TEMOR / MIEDO 00148

- Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce como peligro
- Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés
- Clase 2: Respuestas al afrontamiento. Procesos para manejar el estrés ambiental
- Características definitorias:
 - Aumento de tensión
 - Reducción de la seguridad en uno mismo
 - Sentirse asustado
 - Cognitivas: Los estímulos se interpretan como una amenaza, disminución de productividad, el aprendizaje, la capacidad para solucionar problemas.
 - Conductuales: Aumento del estado de alerta, conductas de evitación o de ataque, irreflexión, estrechamiento del foco de atención en el origen del temor.

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 00126

- Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico
- Dominio 5: Percepción / Cognición
- Clase 4: Cognición. Uso de la memoria, el aprendiza-

je, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

- Características definitorias:
 - Verbalización del problema
 - Seguimiento inexacto de las instrucciones
 - Comportamientos inapropiados o exagerados.

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA 00016

- Trastorno en la eliminación urinaria
- Dominio 3: Eliminación
- Clase 1: Sistema urinario. Procesos de excreción y secreción de orina
- Características definitorias:
 - Incontinencia
 - Urgencia
 - Nicturia
 - Disuria

DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO 00095

- Trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.
- Dominio 4: Actividad / Reposo
- Clase 1: Reposo / Sueño. Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.
- Características definitorias:
 - Despertar antes o después de lo deseado.
 - Insatisfacción con el sueño
 - Despertarse tres o más veces por la noche.
 - Factores relacionados: Urgencia urinaria, incontinencia.

DISFUNCIÓN SEXUAL 00059

- Cambio en la función sexual que se percibe como insatisfactorio, inadecuado y no gratificante.
- Dominio 8: Sexualidad
- Clase 2: Función sexual. Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.
- Características definitorias:
 - Verbalización del problema
 - Percepción de alteraciones en el logro de la satisfacción sexual
 - Búsqueda de confirmación de ser sexualmente deseable.
 - Alteración de la relación de pareja
 - Cambio de interés por sí mismo y por los demás
 - Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o la terapia.

PATRÓN SEXUAL INEFECTIVO 00065

- Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad
- Dominio 8: Sexualidad
- Clase 2: Función sexual. Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.
- Características definitorias:
 - Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales.

RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL 00153

- Riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.
- Dominio 6: Conciencia del propio ser
- Clase 2: Autoestima. Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito.
- Factores de riesgo: Enfermedad, deterioro funcional, expectativas irreales sobre sí mismo, reducción del poder o control sobre el entorno.

"RIESGO DE" DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL 00052

- Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente.
- Dominio 7: Rol / Relaciones
- Clase 3: Desempeño del rol. Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados
- Características definitorias:
 - Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.
 - Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.
 - Informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.

DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO 00162

- Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa o programas para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.
- Dominio 1: Promoción de la salud.
- Clase 2: Manejo de la salud. Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar.

VISITA PRE-OPERATORIA DE ENFERMERÍA**VALORACIÓN INICIAL**

- **Indicadores** (expuestos al final del trabajo)
 1. CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE LA ENFERMEDAD (NOC 1803)
 - Indicadores 180302, 180305
 3. AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS (NOC 1302)
 - Indicadores 130205
 4. AUTOESTIMA (NOC 1205)
 - Indicadores 120507
 5. CONTINENCIA URINARIA (NOC 0502)
 - Indicadores 050207, 050214
 6. CONTINENCIA INTESTINAL (NOC 0500)
 7. SUEÑO (NOC 0004)
 8. FUNCIÓN SEXUAL (NOC 0119)
 - Indicadores 011902, 011913

• **Diagnósticos prevalentes:**

MIEDO 00148

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 00126

INTERVENCIONES**ENSEÑANZA PREQUIRÚRGICA 5610 (NIC)**

- Ayudar a un cliente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período de recuperación postoperatorio. Actividades (1)

AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO 5230 (NIC)

- Ayudar al cliente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana. Actividades (2)

ENSEÑANZA INDIVIDUAL 5606 (NIC)

- Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente. En este caso prevención de complicaciones post-quirúrgicas. Actividades (3)

Actividades (1)

- Informar al paciente y la familia acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía.
- Informar sobre la duración esperada de la intervención.
- Conocer experiencias quirúrgicas previas y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
- Evaluar la ansiedad relacionada con la cirugía.
- Describir las rutinas preoperatorias,
- Dar tiempo para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía.
- Corregir las expectativas irreales, si procede.

Actividades (2)

- Valoración aceptación neoplasia
- Proporcionar la información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Evaluar la capacidad del cliente para tomar decisiones
- Animar a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Impacto estilo de vida: Trabajo, situación familiar, pareja...
- Identificación cuidador principal
- Disposición de un ambiente de aceptación

Actividades (3)

- Cuestionario Salud Sexual para Hombres (SHIM)
- Complicaciones tardías, información y alternativas. Como prevenir I.U. /Alternativas DE:
 - Ej. relajación
 - Hipopresión abdominal. Aspiración diafragmática
 - Bloqueo perineal
 - Kegel

INFORME PARA ENFERMERÍA HOSPITALIZACIÓN**1ª VISITA POST-INTERVENCIÓN** (A los diez días de retirar el catéter)**VALORACIÓN INICIAL**

- **Indicadores** (expuestos al final del trabajo)
- 2. CONOCIMIENTO RECURSOS SANITARIOS (NOC 1806)
- 5. CONTINENCIA URINARIA (NOC 0502)
- 11. CONOCIMIENTO REGIMEN TERAPEUTICO (NOC 1813)
- Indicadores 181309, 181301

- **Diagnósticos prevalentes:**
- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 00126
- DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA 00016
- PATRÓN SEXUAL INEFECTIVO 00065

INTERVENCIONES

ENSEÑANZA INDIVIDUAL 5606 (NIC)
(Continuación)

- Actividades (1)

APOYO EMOCIONAL 5270

- Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- Actividades (1)

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA 0610 (NIC)

- Educar para la continencia y mantener la integridad de la piel perineal
- Actividades (2)

Actividades (1)

- Informe del Urólogo: Tipo cirugía (nerve-sparing?)
- Atención continuada: Leer informe de enfermería de hospitalización
- Valoración de la satisfacción del cliente respecto a la intervención
- Comentar la experiencia emocional
- Ayudar a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza.
- Explorar qué, ha desencadenado las emociones
- Favorecer la escucha activa.
- Preguntar por posibles erecciones o alguna respuesta sexual, post-extracción catéter.
- Valoración relación de pareja
- Responder dudas

Actividades (2)

- Valoración IU: Descanso nocturno, nº absorbentes, urgencia
- Cuestionario: “Calidad de vida derivada de los síntomas urinarios”
- Explicar la etiología del problema y fundamento de las acciones.
- Ayudar a seleccionar el absorbente de incontinencia adecuado para el manejo a corto plazo, mientras se solventa el problema.
- Revisión indicaciones preoperatorias. (Ej. Hipopresión abdominal, bloqueo perineal...)
- Preparar calendario miccional y pad test para la próxima visita.

2ª VISITA (Al mes de la primera)

- Se realiza **VALORACIÓN** completa de indicadores (NOC)
- **VALORACIÓN** que se repetirá en la visita final para poder llevar a cabo la **EVALUACIÓN** de la intervención.

Al anterior diagnóstico:

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA 00016

- Si continúa la incontinencia de orina se añadirían:
DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO 00095
RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL 00153
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL 00052
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO 00162

El Plan de Cuidados se amplía hasta conseguir la continencia urinaria.

INTERVENCIONES

ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO / TRATAMIENTO 5618 (NIC)

- Preparación del paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.
- Actividades (1)

APOYO EMOCIONAL 5270

- Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.
- Actividades (3) y las ya descritas anteriormente en la 1ª visita.

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA 0610 (NIC) (Continuación)

- Actividades (2)

EJERCICIO DEL SUELO PÉLVICO 0560 (NIC)

- Fortalecimiento y entrenamiento de los músculos elevador del ano y urogenital mediante la contracción voluntaria y repetida para disminuir la incontinencia por estrés, de urgencia o tipos mezclados de incontinencia urinaria.
- Actividades (2)

ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO 0600 (NIC)

- Establecer un esquema predecible de vaciado de la vejiga para evitar la incontinencia en personas con la capacidad cognoscitiva limitada, que padecen incontinencia de urgencia, de estrés o funcional.
- Actividades (2)

POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA 5400

- Ayudar al cliente a que aumente el juicio personal de su propia valía.
- Actividades (3)

POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN 5100

- Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros
- Actividades (4)

HUMOR 5320

- Facilitar que el paciente perciba, aprecie y exprese lo que es divertido, gracioso o absurdo al efecto de establecer relaciones, aliviar tensiones, liberar sentimientos de ira, facilitar la enseñanza o enfrentarse a sentimientos dolorosos. Actividades (5)

Actividades (1)

- Informar al cliente sobre la duración esperada del procedimiento/tratamiento
- Explicar el propósito y las actividades del procedimiento
- Pedir la cooperación y participación.

Actividades (2)

- Valorar PAD test pedido en la anterior consulta y el resultado del calendario miccional: Controlando así, la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, volumen y color.
- Proporcionar dispositivos protectores hasta resolución.
- CINESITERAPIA BIOFEEDBACK ELECTROESTIMULACIÓN
- Bloqueo perineal, aspiración diafragmática, hipopresión abdominal, modificación estática vertebral, vaciamiento vesical adecuado.
- TECNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA
- Programar la ingesta de líquidos para potenciar el sueño nocturno adecuado.
- Evitar el estreñimiento. Ritmo deposicional adecuado.
- Dieta rica en fibras.

Actividades (3)

- Observar las frases del cliente sobre su propia valía
- Animar a identificar las virtudes
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía.
- Establecer objetivos realistas
- Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos
- Animar a que evalúe su propia conducta
- Realizar afirmaciones positivas

Actividades (4)

- Explorar los puntos débiles y fuertes del círculo actual de relaciones
- Fomentar la planificación de salidas con dispositivos para la continencia y establecimiento de un calendario miccional
- Animar al cliente a salir, caminar o continuar con sus actividades habituales.
- Establecer relaciones o compartir problemas con personas que tengan intereses u objetivos comunes.

Actividades (5)

- Determinar la respuesta típica del paciente al humor (risa y sonrisas)
- Evitar contenidos sensibles
- Responder de forma positiva a los intentos humorísticos del cliente
- Señalar la incongruencia de una situación con humor.

Las intervenciones para los siguientes diagnósticos, se

realizarían al conseguir la continencia o según respuesta y elección del cliente, de forma paralela.

DISFUNCIÓN SEXUAL 00059

PATRÓN SEXUAL INEFECTIVO 00065

Por actuación multidisciplinar, se valorará respuesta de la disfunción eréctil a la administración de medicación oral por parte del urólogo (sildenafil) y se realizará un eco-doppler peneano.

Tras el resultado continuará el proceso de atención por parte de enfermería:

3ª y 4ª VISITA

- Informe del eco-doppler y respuesta de la disfunción eréctil a la administración de sildenafil.

• Diagnósticos prevalentes:

PATRÓN SEXUAL INEFECTIVO 00065

DISFUNCIÓN SEXUAL/ DISFUNCIÓN ERÉCTIL 00059

INTERVENCIONES

ASESORAMIENTO SEXUAL 5248 (NIC)

- Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar la resolución de un suceso/transcurso sexual.

ACCIONES

- Cuestionario de salud sexual para hombres “SHIM”. Comparar respuesta con la primera valoración en la visita preoperatoria.
- Cuestionario validado de “Cambios en la función sexual”. Aquí la relación terapéutica debe basarse especialmente, en la confianza y el respeto. Asegurando la confidencialidad
- Proporcionar información sobre los modelos de respuesta sexual masculina (excitación, meseta, orgasmo, resolución)
- Explicar los cambios que ocasiona la intervención (extirpación bilateral de las bandeletas del pudendo) No erección, cambios en la sensación de orgasmo y no eyaculación.
- Alternativas para conseguir erección. Si falla respuesta a la medicación oral: Educación para la inyección intracavernosa de prostaglandinas, adecuación de la dosis necesaria y frecuencia de administración.
- **Entrevista en pareja**
- Hablar de reiniciar las relaciones sexuales:
- Afrontamiento psicoterapéutico
- Mucho respeto para acceder al tema. Vigilar sentimiento de humillación.
- Dificultad importante : El momento adecuado. Responder a la demanda.
- Favorecer la comunicación.
- **Terapia de pareja.**

EL CONFLICTO MARITAL SEVERO (anterior) no se arregla con un consejo sexual breve y menos ahora con pocos recursos psicológicos. Derivación consulta psicólogo.

- **La relación de pareja** comporta:
 - Interesarnos por qué es lo que le gusta al otro, entender sus deseos, ilusionarse, amar... Y no solo la consecución de “la respuesta biológica estricta”
 - En la terapia incitar a un reconocimiento, revisión o reforzamiento de la vida afectiva, de la relación de pareja... Y puede que la sexual surja sola.
 - Alternativas de placer, acercamiento físico no genital, una mirada, una caricia, una sonrisa feliz de disfrutar de la vida juntos.
 - Revisar mitos que conducen a error:
 - «El cancer se pega». «Las personas mayores (no reproductivas) no son sexualmente activas». «El orgasmo coital es el único tipo normal de conducta sexual». «La sexualidad se inicia con las relaciones con penetración». «Siempre debe llevar la iniciativa el hombre». «En la relación sexual, cada persona sabe en todo momento que es lo que quiere la otra». «Con la eyaculación del hombre se acaba la relación». «La mujer solo llega al orgasmo por la penetración». «Si no hay erección es que no hay deseo».

5ª VISITA

EVALUACIÓN

- Se realiza Pad test final y un nuevo calendario miccional.

RESULTADOS ESPERADOS (NOC)

Indicadores

1. CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (1803)
 - Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)
 - Clase: Conocimientos sobre salud (S)
 - 180302 Descripción del proceso de la enfermedad
 - 180305 Descripción de los efectos de la enfermedad
 - 180311 Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones
 - Items (1: Ninguno; 2: Escaso; 3: Moderado; 4: Sustancial; 5: Extenso).
2. CONOCIMIENTO RECURSOS SANITARIOS (1806)
 - Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)
 - Clase: Conocimiento sobre salud (S)
 - 180602 Descripción de cuando contactar con un profesional sanitario
 - 180608 Descripción de cómo contactar con los servicios necesarios
 - Items 1: Ninguno; 2: Escaso; 3: Moderado; 4: Sustancial; 5: Extenso).
3. AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS (1302)
 - Dominio: Salud psicosocial (III)

- Clase: Adaptación psicosocial (N)
 - 130203 Verbaliza sensación de control
 - 130204 Refiere disminución de estrés
 - 130205 Verbaliza aceptación de la situación
 - 130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere
 - Items (1: Nunca demostrado; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; 5: Siempre demostrado).
4. AUTOESTIMA (1205)
 - Dominio: Salud psicosocial (III)
 - Clase: Bienestar psicológico (M)
 - 120502 Aceptación de las propias limitaciones
 - 120507 Comunicación abierta
 - 120509 Mantenimiento cuidado/higiene personal
 - Items (1: Nunca positivo; 2: Raramente+; 3: A veces+; 4: Frecuentemente+; 5: Siempre positivo).
 5. CONTINENCIA URINARIA (0502)
 - Dominio: Salud Fisiológica (II)
 - Clase: Eliminación (F)
 - 050201 Reconoce la urgencia miccional
 - 050205 Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina
 - 050206 Micción +de 150 cada vez
 - 050207 Pérdidas de orina entre micciones
 - 050208 Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de orina
 - 050211 Pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, reír, levantar pesos)
 - 050212 Ropa interior mojada durante el día
 - 050213 Ropa interior o de la cama mojada durante la noche
 - 050214 Infección del tracto urinario.
 - 050215 Ingesta hídrica en el rango esperado
 - Items (1: Nunca demostrado; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; 5: Siempre demostrado).
 6. CONTINENCIA INTESTINAL (0500)
 - Dominio: Salud Fisiológica (II)
 - Clase: Eliminación (F)
 - 050002 Mantiene el control de la eliminación de heces
 - Items (1: Nunca demostrado; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; 5: Siempre demostrado).
 7. SUEÑO (0004)
 - Dominio: Salud funcional (I)
 - Clase: Mantenimiento de la energía (A)
 - 000401 Horas de sueño(+5h c/24h)
 - 000406 Sueño interrumpido
 - Items (1: Gravemente comprometido; 2: Sustancialmente; 3: Moderadamente; 4: Levemente; 5: No comprometido).
 8. HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL (1502)
 - Dominio: Salud psicosocial (III)
 - Clase: Interacción social (P)
 - 150212 Relaciones con los demás
 - 150211 Utilizar formas / métodos de resolución de conflictos

- Items (1: Nunca demostrado; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; 5: Siempre demostrado).

9. FUNCIONAMIENTO SEXUAL (0119)

- Dominio: Salud funcional (I)
- Clase: Crecimiento y desarrollo (B)
 - 01902 Erección sostenida del pene hasta orgasmo
 - 011904 Realiza la actividad sexual con dispositivos si es necesario
 - 011913 Expresa voluntad sexual
 - 011918 Expresa conocimientos de las capacidades sexuales personales
 - 011922 Comunica las necesidades sexuales a la pareja
- Items (1: Nunca demostrado; 2: Raramente; 3: A veces; 4: Frecuentemente; 5: Siempre demostrado).

10. CALIDAD DE VIDA (2000)

- Dominio: Salud Percibida (V)
- Clase: Salud y calidad de vida (U)
 - 200007 Satisfacción con las relaciones íntimas
 - 200009 Satisfacción con la capacidad de superación
 - 200011 Satisfacción con el estado de ánimo general
- Items (1: No del todo satisfecho; 2: Algo satisfecho; 3: Moderadamente satisfecho; 4: Muy satisfecho; 5: Completamente satisfecho).

11. CONOCIMIENTO: REGIMEN TERAPEUTICO (1813)

- Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV)
- Clase: Conocimiento sobre salud (S)
 - 181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico
 - 181305 Descripción de la dieta prescrita
 - 181306 Descripción de la medicación prescrita
 - 181309 Descripción de los procedimientos prescritos
 - 181316 Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad
- Items (1: Ninguno; 2: Escaso; 3: Moderado; 4: Sustancial; 5: Extenso).

INFORME DE ALTA DE ENFERMERIA para SU URÓLOGO DE REFERENCIA Y/O MEDICO Y ENFERMERO DE SU CENTRO DE ASISTENCIA PRIMARIA.

CONCLUSIONES

La implantación de un plan de cuidados nos proporciona una sistemática de actuación, necesaria para mejorar nuestras actuaciones y evaluar los resultados conseguidos.

Se propone una trayectoria de atención continuada, para conseguir que la prostatectomía radical tenga un mínimo impacto en la calidad de vida del cliente, involucrándolo en todas las decisiones terapéuticas y formándolo para la prevención o tratamiento de las complicaciones. ▼

SE PROPONE UNA TRAYECTORIA DE ATENCIÓN CONTINUADA, PARA CONSEGUIR QUE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL TENGA UN MÍNIMO IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL CLIENTE, INVOLUCRÁNDOLO EN TODAS LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS Y FORMÁNDOLO PARA LA PREVENCIÓN O TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES



BIBLIOGRAFÍA

- Rossetti, S.R.; Terrone, C: “Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata” Eur Urol, 1996.
- Talcott, J.A.; Rieker,P; et al. : Informe sobre los pacientes con impotencia e incontinencia después de prostatectomía radical con NERVE-SPARING. J Natl Cancer Inst, 1997.
- Cortada, J. Giró, A. Recasens, J.R. Torrente, F.: “Estudi i tractament de la disfunció erèctil postprostatectomia radical”. Lleida 1999.
- M.Pierre-Louis Lauture, L. Martinez feria, M^aJ. Poza Urce lay, F.Calvo Ruiz: “Protocolo de cuidados de enfermería en la Prostatectomía Radical”. ENFURO n^o83, 2002.
- Carballo Núñez, MA; Boza Cachay,P; Maestud Martín, g; Romero Marí, E; Álvarez Gregorio, E: “Prostatectomía radical: Estandarización de los cuidados al alta”. ENFURO n^o 88, 2003.
- Hospital Santiago Apóstol de Vitoria: “Efectividad de las recomendaciones al alta en pacientes prostatectomizados del Hospital. ENFURO n^o91. 2004.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación. Última edición.
- NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Última edición
- NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería. Última edición.

**PUBLICIDAD
COLOR**

**1 Página
LOFRIC**

A. SÁNCHEZ MUCIENTES, R. RIVERO GUTIERREZ, F. RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, E. CALVO DOMÍNGUEZ, P. MUÑOZ RUBIO, Y. GOMEZ GUTIERREZ. UNIDAD DE UROLOGÍA – HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

Ablación por radiofrecuencia: Una alternativa en el tratamiento de tumores renales

Palabras clave: Tumor renal . Radiofrecuencia. Tratamiento alternativo.

Key words: Renal tumor; Radio frequency. Alternative treatment.

INTRODUCCIÓN

Hasta ahora el tratamiento del tumor renal de pequeño tamaño incluía la Nefrectomía parcial o radical.

El progresivo aumento en el uso de estudios radiológicos, especialmente ECO y TAC, ha llevado a un incremento en la detección de tumores renales cada vez más pequeños, en personas más jóvenes, eventualmente de menor potencial maligno y que no han dado clínica. Denominados Hallazgos Casuales.

Existen además circunstancias que contraindican la cirugía en pacientes: mayores, con patologías severas asociadas, que disponen de un único riñón o con compromiso de la función renal.

Estos hechos han obligado a modificar el enfoque terapéutico clásico en el tratamiento del Carcinoma de células renales. En los últimos años la cirugía esta siendo reemplazada, en algunos casos, por terapias mínimamente invasivas, como la Ablación por Radiofrecuencia.

Aunque la mayor experiencia se tiene en la aplicación de

Radiofrecuencia en tumores hepáticos, es a raíz de la publicación del primer trabajo sobre tumores renales en seres humanos, por Zlotta y cols., en el año 1997, cuando comienza a ser utilizada como opción en el tratamiento de tumores renales en pacientes seleccionados.

Indicaciones:

- Tumores de pequeño tamaño, menores de 5 cm., próximos a la superficie del riñón.
- Tumores solitarios, tanto primarios como secundarios.
- Tumores múltiples, asociados a enfermedades como Enf. de Von Hippel-Lindau, donde sea necesario conservar la mayor cantidad de parénquima renal funcionante.

Procedimiento:

El objetivo de la Ablación por Radiofrecuencia es conseguir la necrosis por coagulación del tejido tumoral, mediante la aplicación de Radiofrecuencia. Esta produce una vibración, a nivel molecular, que calienta y coagula el tejido. Temperaturas superiores a 60° C. producen la muerte celular y coagulación tisular, pero requiere de 24 a 48h. para que esta se produzca.



TAC que muestra la masa renal antes del tratamiento con RF



TAC de control. Se observa ausencia de captación de contraste en la zona tratada.

En nuestro hospital se usa como generador de Radiofrecuencia el modelo RADIONICS.

La Radiofrecuencia es transmitida hasta el tumor, por vía percutánea, a través de una aguja-electrodo, simple o múltiple según el tamaño del tumor a tratar, que dispone de un sistema de refrigeración interno. La aguja es guiada hasta el centro del tumor mediante TAC o Ecografía.

El control post-Radiofrecuencia se realiza con TAC (con o sin contraste) durante las 48h. Siguiendo a la Ablación.

OBJETIVOS

Cuando nos planteamos la realización de esta comunicación nuestros objetivos fueron:

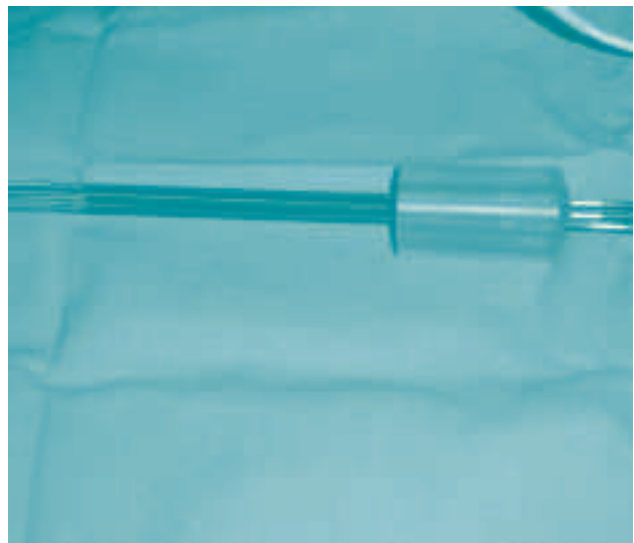
- Conocer mejor este novedoso tratamiento, incipiente en nuestro hospital.
- Evaluar las necesidades planteadas y/o los cuidados de enfermería que precisaron los enfermos sometidos a Radiofrecuencia durante su ingreso en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Asesoramiento y datos recopilados por el radiólogo intervencionista.
- Estudio descriptivo-retrospectivo de 12 Ablaciones por Radiofrecuencia en 9 pacientes ingresados en la unidad de Urología del H.C.U.V. durante el periodo comprendido desde Febrero del 2003 hasta Marzo del 2005 realizado a través de las 9 Historias Clínicas.

RESULTADOS

- TRES Pacientes fueron sometidos a una segunda Ablación durante un segundo ingreso.



N	EDAD	ANTECEDENTES	LOCALIZACIÓN		TAMAÑO
1	17	Enf. de Von Hippel-Lindau	R. Izqdo.	borde anterior	
			R. Drcho.	borde externo	-
1'	"	Idem	R. Izqdo.	borde anterior	
			R. Drcho.	borde externo y polo inferior	-
2	70	Monorreno	R. Izqdo.	Polo superior	4,5 cm.
2'	"	Idem	" "	" "	"
3	62	Ca. De pulmón-HTA EPOC-TBC urinaria	R. Izqdo.	Zona media	2,5 cm.
4	63	Sin interés	R. Izqdo.	Polo inferior	2 cm.
5	57	Monorreno	R. Izqdo.	Tercio medio	3 cm.
5'	"	Idem	" "	Posterolateral inf.	-
6	70	Sin interés	R. Izqdo.	Polo inferior	1,5 cm.
7	68	Sin interés	R. Izqdo.	Tercio medio perif	1 cm.
8	29	Sin interés	R. Izqdo.	Tercio medio perif	2,4 cm.
9	32	Sin interés	R. Izqdo.	Tercio medio	2 cm.

- SIETE Ablaciones corresponden a pacientes con patología que contraindicaba la cirugía.
- En el 100% se utilizó Anestesia General para el procedimiento.
- Se precisó la administración de analgesia en 4 de los procedimientos. La mitad de ellos en las primeras 8h. La otra mitad mantenida durante 48h.
- En una de las Ablaciones se produjo una R.A.O.con hematuria que se resolvió con sondaje, mantenido durante 24h.
- La estancia media post-Radiofrecuencia en la unidad fue de 4 días (de 2 a 5 días).
- CINCO Ablaciones corresponden a tumores de "hallazgo casual"
- Se utilizó Anestesia Epidural en el 60% y Anestesia General en el 40% restante
- Se precisó la administración de analgesia en 2 de los procedimientos, en las primeras 8h.
- La estancia media post-Radiofrecuencia en la unidad fue de 2,6 días (de 2 a 4 días).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los problemas detectados se resolvieron mediante las actividades descritas en los planes de cuidados para intervención bajo anestesia general o intervención bajo anestesia epidural.

Derivados de la Ablacion aparecieron dos problemas para los que se proponen las siguientes actividades:

PROBLEMA	ACTIVIDADES
Dolor secundario a la Ablación por R.F.	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar características del dolor: tipo, lugar e intensidad. – Informar de la importancia que tiene el avisar cuando comience el dolor. – Proporcionar un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos previstos – Valorar la eficacia de la analgesia administrada – Observar manifestaciones no verbales del dolor.
Riesgo de retención urinaria	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar la primera micción. – Vigilar aparición de globo vesical: distensión abdominal, dolor. – Control de diuresis. – Si retención: aplicar medidas para fomentar la micción: intimidad, dejar correr el agua... – Aplicar ayuda para facilitar la micción: maniobra de Credé (presión manual sobre la vejiga) – Insertar catéter urinario si procede

CONCLUSIONES

El tratamiento de determinados tumores renales con Radiofrecuencia presenta como ventajas respecto a la cirugía:

- Es un procedimiento mínimamente invasivo.
- Precisa una corta estancia hospitalaria.
- Requiere menor número de actividades de enfermería. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- J. I. PASCUAL PIEDROLA; V. GRASA LANAU; J. ALDAVE VILLANUEVA Y cols. "Experiencia inicial en la ablación percutánea con radiofrecuencia de los tumores renales" Arch. Esp. Urol ,57, 10 (1.113-1.119), 2004.
- REVISTA RADIOLOGÍA 2005 , 47 (4) : 201-4.
- GERVAIS, D.A.:McGOVERN, F.J.: Y cols. "Radiofreqcy Ablation of Renal Cell Carcinoma: Indications, Results, and role" AJR 2005;185: 64-71.
- GERVAIS, D.A.; ARELLANO, R.S. Y cols. "Radiofrequency Ablation of Renal Cell Carcinoma: Lessons from 100 Cases. AJR 2005;185: 72-80.

Crónica del 27 Congreso Nacional de Enfermería Urológica



El pasado mes de octubre, concretamente los días 26, 27 y 28, celebramos en Valladolid el 27º Congreso de Enfermería en Urología, organizado por la Asociación Nacional de Enfermería en Urología.

Los equipos de enfermería que trabajan en urología de los Hospitales Clínico y Río Hortega en Valladolid, asumimos el compromiso y el riesgo de tomar el relevo de organizar esta reunión de enfermeras y enfermeros que trabajan en esta especialidad, de La Coruña y Vélez-Málaga 2004, congresos perfectos en organización, calidad científica y cultural. Un reto que asumimos con mucha ilusión y con ganas de hacerlo bien.

El Congreso tuvo su sede en la Institución Ferial de Castilla y León, en Valladolid, donde tuvimos a nuestra disposición una gran sala para las comunicaciones, aulas adyacentes para otro tipo de presentaciones, sala de reuniones y un gran hall acristalado donde estuvieron expuestos los póster, la secretaria técnica (Evento), los stands de las casas comerciales, los cafés de trabajo, las reuniones de amigos y compañeros.

A la petición de presentación de comunicaciones orales y en póster, la respuesta fue espectacular, ya que recibimos muchas comunicaciones orales y hubo que realizar una selección de ellas por falta de tiempo material para su presentación, y algunas fueron presentadas en póster.

Gracias por vuestra colaboración.

La inauguración fue en la mañana del miércoles 26 y corrió a cargo del Director Gerente del Hospital Pío del Río Hortega D. Antonio Ibáñez Fraile, que estuvo acompañado por la Directora de Enfermería de dicho hospital, por la Directora Técnica del Congreso, Dña. Inmaculada Corral García y por el vicepresidente de la Junta Directiva de la A.E.E.U, D. Ricardo Lequerica Llopis.

En el aspecto científico, el Congreso bajo el título “Mejoras y Progresos en Cuidados de Enfermería Urológica”, se intentó buscar algo nuevo y convocamos un premio al Mejor Plan de Cuidados Innovador en Enfermería Urológica, se presentaron once y el comité científico eligió para su presentación a tres de ellos (difícil elección, por

cierto). Esto fueron defendidos por compañeras/os, los tres con un nivel científico altísimo y fueron los mismos congresistas los que votaron durante los tres días que duró el congreso, al mejor, al más práctico, al más útil, al mejor presentado. Al final en el recuento de votos, salió elegido y ganó el premio, el Plan de Cuidados “Cuidados de Enfermería a un niño intervenido de hipospadias” del Hospital General Yagüe de Burgos y presentado por I. Zapatero Gatón. Moderada la mesa por Dña. Francisca Rodríguez Hernández, supervisora de la unidad de urología del H. Clínico de Valladolid.

La conferencia inaugural la realizó el Jefe de Servicio del Hospital Río Hortega de Valladolid, el Dr. José María Martínez-Sagarra Oceda, sobre “Mejoras y Progresos en Enfermería Urológica” y la conferencia de clausura fue presentada por el Presidente del Consejo Autonómico de Enfermería de Castilla y León, D. Alfredo Escaja Fernández, bajo el sugerente tema que está de actualidad en estos momentos, “Desarrollo pleno de la profesión enfermera. Un reto por conseguir”. Ambas recibidas con gran interés por todos los congresistas que llenaban la sala.

Se presentaron dos ponencias magistrales, sobre el tema del congreso, una de ellas expuesta por Dña. Patricia Guerrero Sánchez, enfermera del servicio de urología del H. Río Hortega de Valladolid, con el título “Cuidados de Enfermería en Laparoscopia Urológica” y la otra ponencia, presentada por Dña. Joaquina Valera Muñoz, supervisora de enfermería de la Unidad de Braquiterapia del Servicio de Radioterapia del Instituto Catalán de Oncología con el título “Enfermería aplicada a las nuevas tecnologías en Braquiterapia Prostática”. Realizándose luego de ambas exposiciones un turno de coloquio altamente interesante. Moderando las mesas D. José Luis Nielfa Pascual y Dña. Ángela Jiménez Mayoral, ambos supervisores de calidad y formación continuada de los hospitales Río Hortega y Clínico de Valladolid.

Durante los días que duró el Congreso, existieron tres bloques de presentaciones de comunicaciones libres, con un total de 24, dividiéndose en temas de enfermería,

oncología y urología. Las exposiciones fueron todas de un alto nivel científico, alguno de ellos temas de última hora, muy bien expuestas por todas/os los compañeros, bien limitadas en el tiempo, dando a cada una de ellas diez minutos. Las mesas estuvieron moderadas por enfermeras (supervisoras) de los hospitales Clínico y Río Hortega, como Dña. Consuelo García Recio y Dña. M^a Luisa Mateo Herrero y por Dña. Isabel Guerra Cuesta, enfermera y profesora titular de médico-quirúrgica de la Escuela de Enfermería de Valladolid. La participación de los congresistas fue importante, ya que en todo momento la sala estuvo llena (incluso a primeras horas de la mañana, después de las fiestas de la noche anterior), con gran participación de los asistentes, creándose debates interesantes y de gran nivel científico y con polémica bien entendida.

En el hall de entrada estuvieron expuestos durante todos los días que duró el Congreso, las comunicaciones tipo póster, con un número total de 27, con una gran calidad científica y de exposición.

En la clausura que fue el viernes 28 de octubre, contamos con la presencia de la Secretaria General de la Conserjería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, Dña. María Álvarez-Quiñones Sanz, que presidió la mesa acompañada por el Gerente y Directora de Enfermería del H. Clínico de Valladolid, el Presidente del Colegio Autonómico de Enfermería de Castilla y León, nuestra directora técnica del congreso y del vicepresidente de la Junta Directiva de la Asociación Nacional de Enfermería en Urología.

En el mismo acto se realizó la entrega de los premios que estaban convocados. El premio al mejor Plan de Cuidados Innovador fue otorgado, como hemos comentados antes a las compañeras del Hospital General Yagüe de Burgos, la mejor comunicación oral recayó en "Síndrome pélvico en Cuidados Paliativos", presentado por Dña. Celia Gutiérrez Alonso, de la Unidad de Cuidados Paliativos del H. Clínico de Valladolid. Y el premio al mejor póster lo ganó Ruth Alguacil Pico del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca con el título "Plan de actuación para el cuidador principal del paciente cistectomizado". Y os podemos asegurar que el comité científico tuvieron muchos problemas para poder decidir ya que el nivel era altísimo.

En resumen, creemos que ha existido un muy buen nivel científico en el congreso, con una participación de más de 200 compañeras/os, que con su participación han aumentado la fama que ya tenía la Enfermería Urológica, en pro-

greso, conocimientos, concienciación y ganas de seguir avanzando, enhorabuena.

Que decir de la parte cultural, lúdica, importante en todo congreso que se precie. Creemos que Valladolid se vestía de gala en su 50^a Semana de Cine (Seminci) y nos recibió con los brazos abiertos. Conocimos las exposiciones que sobre cine y su entorno, estaban expuestas en las Salas Municipales de Las Francesas y de La Pasión. Saboreamos el cóctel de bienvenida en el marco incomparable del Museo Patio Herreriano de Arte Contemporáneo Español. Visitamos al día siguiente el Museo del Vino y el Castillo en Peñafiel, con una visita pormenorizada y única a las bodegas Protos, con un caldo exquisito que nos dieron a de gustar y comprar para aquellos que estuvieron interesados. Acabamos este largo día en el Mesón Don Pelayo, donde dimos buena cuenta de nuestro famoso lechazo, que estuvo muy bien preparado y no es fácil para tanta gente.

El compañerismo y la camaradería, fueron notas importantes durante todo el congreso. Y ya tenemos una nueva cita para todos los profesionales de la enfermería urológica, será en Lleida 2006, ¡que presentación la vuestra, impresionante!. Estaremos todos, nos habéis convencido.

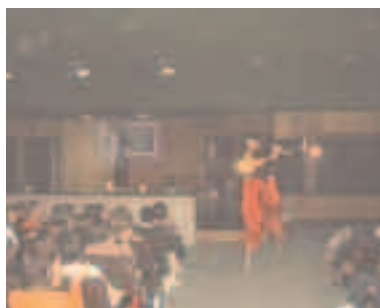
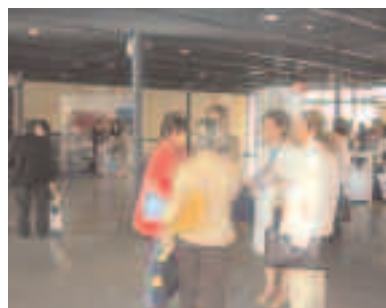
Los congresistas pudieron disfrutar de Valladolid, de sus monumentos, de su entorno, de su gente, de su hospitalidad, de su noche, etc. Por lo menos eso fue lo que el Comité Organizador y la Secretaría Técnica ha intentado, que estuvierais a gusto, contentos de haber venido. Esperamos haberlo conseguido, perdonar los fallos que hayamos tenido y ser siempre bien venidos a esta nuestra tierra.

Nos despedimos con el poema "Esta Tierra" del poeta vallisoletano Francisco Pino, que cantado por Candeal, suena de maravilla:

«No me busques en los montes /
por altos que sean
ni busques en la mar/
por grande que te parezca.

Búscame aquí en esta tierra/
llana con puente y pinar
con amena y agua lenta /
donde se escucha volar aunque el sonido se pierda.»

Comité Organizador
del 27^a Congreso de Enfermería Urológica



C. GUTIÉRREZ, F. CUADRILLERO RODRÍGUEZ, F. CUADRILLERO MARTÍN, S. HERNANSANZ, A. SANZ RUBIALES, M.L. DEL VALLE, LA. FLORES, C. GARCÍA, E. UÑA.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Síndrome pélvico en enfermos oncológicos



Palabras clave: Síndrome pélvico.
Key words: Pelvic syndrom. Oncology.

El concepto de síndrome como conjunto de síntomas característicos de una enfermedad ha ampliado su significado a diversos avatares del quehacer clínico y de otros ámbitos. En este término se suelen incluir las manifestaciones que tienden a presentarse agrupadas dentro de un mismo problema¹. En Oncología, la afectación de un mismo “enclave” anatómico por diferentes tumores puede producir síntomas y limitaciones y repercutir en la calidad de vida del paciente de manera relativamente homogénea².

No se ha definido propiamente un “síndrome pélvico”. Sin embargo, es posible apreciar que los tumores que infiltran estructuras pélvicas comparten algunas de sus características. Por una parte se acompañan de un componente sintomático relativamente específico como el dolor local, con frecuencia de tipo neuropático, la disfunción sexual o la presencia de linfedema como efecto de la compresión local. También se suelen manifestar hacia “el exterior” de manera desagradable, con un cambio en la propia imagen del paciente y en sus relaciones sociales y con repercusión en su estado de ánimo y su estabilidad psicológica³. En ocasiones el problema es una consecuencia inmediata del crecimiento tumoral (sangrado, exudado, olor) y en otras es una manifestación de los problemas con la eliminación de excretas: sondas, empapadores (por incontinencia), bolsas de ostomía. Además, son pacientes que requieren una atención continua por parte de enfermería y, a la vez, precisan de actuaciones, puntuales o mantenidas, de varias especialidades. Y se aprecia que, en general, las opciones de tratamiento son complejas y, en cierta medida, “se agotan” con facilidad. Esto crea una gran dependencia de los cuidadores y una sensación de falta de acogida por parte del sistema sanitario. Y todo ello en procesos de evolución relativamente tórpida en que el sufrimiento se mantiene a lo largo de un plazo que no siempre es tan corto como se podría aventurar.

Tabla 1. Condiciones comunes de los pacientes con infiltración tumoral pélvica

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- dolor (componente neuropático)
- tenesmo (rectal y/o vesical)
- espasmos vesicales
- sangrado
- disfunción sexual
- obstrucción (digestiva y/o urinaria)
- incontinencia
- infección
- mal olor
- fistulas
- úlceras tumorales
- exudado
- edemas y linfedemas
- riesgo de trombosis

REPERCUSIÓN PSICOLÓGICA

- incapacidad y dependencia
- abandono y/o rechazo social
- depresión

CUIDADOS

- necesidad de una atención específica mantenida
- analgesia (dolor difícil)
- sondas
- nefrostomía / colostomía
- lavados

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

- problemas lentos y difíciles
- desproporción entre daño local y pronóstico

ACTITUD DEL SISTEMA SANITARIO

- diversidad de manifestaciones y de tratamientos
- ausencia de médico de referencia
- seguimiento irregular: atención incidental repetida

Definir un posible síndrome clínico requiere, por así decir, un fundamento cualitativo, intuitivo. Para llegar a intuir y a sugerir la existencia de un síndrome clínico es preciso tener cierta intuición y perspicacia (“insight”), basadas en la observación que exige la práctica diaria, tamizadas por el sentido común y confirmadas por la experiencia clínica. En este “síndrome pélvico” es posible apreciar una cierta homogeneidad en los problemas y en la actitud y el planteamiento terapéutico ante tumores de origen diverso pero que afectan un área anatómica específica como es la pelvis (Tabla 1)⁴. Y es probable que, a efectos prácticos, la etiqueta genérica de “síndrome pélvico” ayude a perfilar la actitud ante un paciente sin que ello oculte los problemas específicos de cada enfermo.

A partir de estos datos serán precisos nuevos estudios que consoliden o rechacen estas ideas iniciales y que se atrean adentrarse en otros factores que son relativamente comunes en pacientes con afectación tumoral pélvica como las limitaciones funcionales o las repercusiones psicológicas y sociales, el modo en que se presta la atención sanitaria, atomizada en múltiples especialidades, con una alta frecuentación pero con un grado de compromiso y de seguimiento a veces escaso, la eficacia de las diferentes técnicas de tratamiento y cuidados, y sus complicaciones, como pérdidas y recambios del catéter, infecciones, etc. y cómo repercuten en su calidad de vida. Puede ser el momento de estimular cierto debate sobre el “síndrome pélvico”, para conocer las críticas que puedan surgir y conocer en qué medida se puede adaptar al sentir común y dar una visión global a un conjunto de patologías aparentemente diversas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. El síndrome del recomendado. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19: 430-3.
2. Fayers P, Bottomley A. Quality of life research within the EORTC - the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer* 2002; 38: S125-33.
3. Van Halteren HK, Bongaerts GPA, Wagener DJT. Cancer and psychosocial distress: frequent companions. *Lancet* 2004; 364: 824-5.
4. Gutiérrez C, Hernansanz S, Rubiales AS, del Valle ML, Cuadrillero Rodríguez F, Flores LA, et al. Manifestaciones clínicas y cuidados en tumores con afectación pélvica; ¿se puede hablar de un síndrome pélvico en Cuidados Paliativos? *Med Pal* (en prensa).

DEFINIR UN POSIBLE SÍNDROME CLÍNICO REQUIERE, POR ASÍ DECIR, UN FUNDAMENTO CUALITATIVO, INTUITIVO. PARA LLEGAR A INTUIR Y A SUGERIR LA EXISTENCIA DE UN SÍNDROME CLÍNICO ES PRECISO TENER CIERTA INTUICIÓN Y PERSPICACIA (“INSIGHT”), BASADAS EN LA OBSERVACIÓN QUE EXIGE LA PRÁCTICA DIARIA, TAMIZADAS POR EL SENTIDO COMÚN Y CONFIRMADAS POR LA EXPERIENCIA CLÍNICA. EN ESTE “SÍNDROME PÉLVICO” ES POSIBLE APRECIAR UNA CIERTA HOMOGENEIDAD EN LOS PROBLEMAS Y EN LA ACTITUD Y EL PLANTEAMIENTO TERAPÉUTICO ANTE TUMORES DE ORIGEN DIVERSO PERO QUE AFECTAN UN ÁREA ANATÓMICA ESPECÍFICA COMO ES LA PELVIS. Y ES PROBABLE QUE, A EFECTOS PRÁCTICOS, LA ETIQUETA GENÉRICA DE “SÍNDROME PÉLVICO” AYUDE A PERFILAR LA ACTITUD ANTE UN PACIENTE SIN QUE ELLO OCULTE LOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE CADA ENFERMO.

ANDRÉS GUERRERO ROSA M^a *; BLANCO PÉREZ DAVID *; GALÁN TUNDIDOR MANUELA ADELAIDA *; MORENO IRUELA JAVIER SANTANO*; PETREÑAS CABRERIZO LAURA MARÍA*; VALLE GONZÁLEZ M^a JESÚS **
 Servicio de Urología. Hospital Universitario de Guadalajara

Estandarización de cuidados de enfermería en la trayectoria clínica de la resección transuretral de próstata

RESUMEN

Una vez tomada la decisión de adoptar la vía clínica de la Resección Transuretral de Próstata (RTU), se creó un grupo de trabajo compuesto por enfermeras con experiencia.

Se estableció un programa de trabajo con un cronograma de actividades, que ha continuación exponemos.

Hemos realizado una revisión bibliográfica de la evidencia científica más reciente.

Se realizó una recogida de datos y análisis de nuestra práctica clínica de los últimos cinco años. Toda la documentación fue distribuida en formato digital.

De forma individual se identificaron todos los diagnósticos enfermeros derivados de las necesidades básicas alteradas, haciendo en una segunda sesión una puesta en común, llegando mediante consenso a un catálogo de los más relevantes. A continuación, de nuevo de forma individual, se identificaron todas las actividades que se desprenden de dichos diagnósticos.

En una tercera reunión se perfilan definitivamente las que habían de constar en las hojas de trabajo adjuntas.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería, trayectoria clínica, resección transuretral de próstata.

SUMMARY

Once seizure the decision to adopt the clinical route of the Transurethral resection of prostate (TUR), was created a work group made up of nurses with experience. A program of work with a cronogram of activities settled down, that is continuation we expose. We have made a bibliographical revision of the more recent scientific evidence. A collection of data and analysis of our clinical practice of last the five years was made. All the documentation was distributed in digital format. Of individual form all the diagnoses nurses were identified derived from the altered basic necessities, making in one second session a putting in common, arriving by means of consensus at a catalogue from most excellent. Next, again of individual form, all the activities were identified that are come off these diagnoses. In one third meeting those are outlined definitively that were to consist in the attached worksheets.

Key words: Nurse cares. Clinic trajectory. Transurethral resection of prostate.

INTRODUCCIÓN

La decisión de gestionar la Resección Transuretral de Próstata ha significado un reto para la Enfermería en nuestra Unidad, la adaptación de la metodología enfermera ha supuesto un proceso de identificación de diagnósticos enfermeros comunes a estos pacientes y la elaboración de unas actividades derivadas que se han conseguido plasmar en los registros de la vía.

Está situada delante del recto, justo frente a la vejiga, rodeando la uretra.

La próstata crece a lo largo de la vida, pero más rápidamente a partir de los 40 años. Más del 85% de la población masculina mayor de 50 años precisará tratamiento por alguna enfermedad prostática en algún momento de su vida.

RECUERDO ANATÓMICO FISIOLÓGICO

La próstata es un órgano del sistema reproductor masculino. Es la glándula sexual accesoria más grande en el varón.

RTU DE PRÓSTATA

La Resección Transuretral de Próstata (RTU) es una intervención quirúrgica en la que se extirpa el adenoma prostático por vía uretral bajo visión endoscópica mediante un cistoscopio-resertor.

* ENFERMERO/A

** SUPERVISORA

El tratamiento quirúrgico mediante esta técnica depende del momento evolutivo, del tamaño de la próstata, de la situación general del paciente y del criterio médico.

TRAYECTORIA CLÍNICA

Es una práctica multidisciplinar, acordada en el Servicio, basada en la PBE (Práctica basada en la evidencia) disponible, aplicada a un enfermo específico o grupo de enfermos, sus registros forman parte de la Historia clínica, su aplicación nos facilita la evaluación de resultados y promueve la mejora continua de atención a nuestros pacientes.

DESARROLLO

Los pacientes que van a formar parte de la Trayectoria Clínica son seleccionados en la Consulta Externa de Urología donde el personal facultativo:

- Explica el desarrollo de su proceso.
- Entrega del Consentimiento Informado.
- Solicita el estudio preoperatorio .
- Cursa un Parte Interconsulta al Servicio de Anestesia

La situación basal de los pacientes permite la aplicación de anestesia raquídea que proporciona una completa relajación vesical y muscular, y origina escasas molestias postoperatorias, náuseas o vómitos.

DIAGNOSTICOS ENFERMOS NANDA II. VALORACION POR NECESIDADES					
NECESIDADES	DIA 1	DIA 2	DIA3	DIA 4	DIA 5
RESPIRAR					
COMER Y BEBER	00027 déficit de volumen de líquidos	00027 déficit de volumen de líquidos	00003 riesgo de desequilibrio nutricional	00025 riesgo de desequilibrio de volumen	
ELIMINACIÓN	00016 deterioro de la eliminación urinaria	00016 deterioro de la eliminación urinaria	00016 deterioro de la eliminación urinaria	00016 deterioro de la eliminación urinaria	00020 riesgo de incontinencia urinaria funcional
MOVILIZACIÓN		00085 deterioro de la movilidad física	00090 deterioro de la habilidad para la traslación	00094 riesgo de intolerancia a la actividad	
REPOSO- SUEÑO					
VESTIRSE		00109 Deficit de autocuidados vestido-acicalamiento	00109 Deficit de autocuidados vestido-acicalamiento	00109 Deficit de autocuidados vestido-acicalamiento	
TEMPERATURA					
HIGIENE PIEL	00046 deterioro de la integridad cutánea	00046 deterioro de la integridad cutánea	00108 déficit de autocuidado	00108 déficit de autocuidado	
SEGURIDAD	00146 ansiedad	00146 ansiedad	00035 riesgo de lesión	00004 riesgo de infección	
	00004 riesgo de infección	00004 riesgo de infección	00004 riesgo de infección		
	00087 riesgo de lesión perioperatoria	00087 riesgo de lesión	00132 dolor agudo		
COMUNICACIÓN					
RELIGIÓN CREENCIAS					
TRABAJAR/REALIZARSE					
ACTIVIDADES LUDICAS					
APRENDER	00126 deficit de conocimientos	00126 deficit de conocimientos	00126 deficit de conocimientos		

- Se procede a la inclusión en Lista de Espera Quirúrgica, reseñando su pertenencia a la Vía Clínica

Criterios de inclusión

- Pacientes varones cuya edad no supere los 80 años.
- Adenoma de próstata de volumen 50 cc medido por ecografía.

Criterios de exclusión

- Pacientes anticoagulados.
- Patología severa concomitante que, a juicio del especialista, aconseje la no inclusión en la Vía.
- Patología urológica que precise actuación quirúrgica simultánea (No excluyen: estenosis de meato uretral, estenosis uretrales cateterizables de < 1 cm de longitud, tumores vesicales y litiasis de < 1 cm de diámetro.
- Distancia al Hospital y/o Distocia Social que impidan el acceso al Centro desde su domicilio en un tiempo ≤ 30 minutos, en función de los medios a disposición del paciente. Status psíquico que impida la adecuada comprensión de la Vía Clínica.

La duración del proceso en la actualidad está establecida en cinco días, (siendo esto uno de los puntos sobre los que estamos trabajando con el fin de reducirlo).

Todas las actividades que a continuación vamos a detallar lógicamente están sometidas a una variabilidad clínica individual del paciente y que se registrarán en la hoja de incidencias.

La preparación quirúrgica comienza la tarde previa a la cirugía cumpliendo las medidas asépticas establecidas en protocolo de intervención quirúrgicas (Rasurado de genitales, Enema de limpieza, Higiene / ducha preoperatoria e higiene bucal con antiséptico) Administración de profilaxis antimicrobiana, y Profilaxis tromboembólica subcutánea.

Al finalizar el turno de noche preparamos la historia clínica y comprobamos que el paciente lleva puesta la pulsera identificativa de grupo sanguíneo, la retirada de prótesis y joyas y que ha realizado higiene bucal con antiséptico

ELIMINACION

Si el paciente es portador de sonda vesical se le conectará a bolsa de diuresis de circuito cerrado para evitar así el riesgo de infecciones nosocomiales.

COMERY BEBER

La noche anterior se dejará al paciente en ayunas y comenzaremos con la administración de fluidoterapia para mantener un buen estado de hidratación previo a la cirugía.

HIGIENE Y PIEL

Realizaremos el cuidado de la vía periférica según protocolo establecido.

DIA I

INGRESO

Las actividades que vamos a realizar están derivadas de las necesidades básicas alteradas, centradas en la enseñanza y preparación quirúrgica.

Se realiza una recogida de datos (alergias, peso, talla) y toma de constantes vitales (TA, Tª) que quedarán reflejadas en el correspondiente apartado del registro

SEGURIDAD

Al ingreso se aplica el protocolo de acogida del paciente existente en el hospital. Se repasa junto con el paciente y familiares el cronograma de su proceso y los objetivos a alcanzar, aclarando las dudas que pudiesen quedar y reforzando la información con los documentos diseñados para tal fin. Tendrá como premisas el ser clara, comprensible, que le resuelva sus dudas, que le disminuya sus temores, lo cual facilitará que el paciente forme parte activa de su proceso y obtengamos su colaboración. Utilizaremos un lenguaje comprensible, sin tecnicismos, con mensajes cortos e insistentes o repetitivos si el caso lo requiere.

Verificamos el estudio preoperatorio y anotamos las indicaciones del servicio de anestesia.

En la misma mañana se procede a la canalización de vía periférica ch 18 en brazo izquierdo, extrayendo sangre para cruzar y reservar dos unidades de concentrados de hemáties.

DIA 1: INGRESO	MAÑANA	TARDE	NOCHE
PROCED. ENFERMERIA			
• Acogida	Al ingreso		
• Verificación estudio preoperatorio	Al ingreso		
• Valoración de enfermería	Al ingreso		
Alergias:	Al ingreso		
• Información al paciente y familia del cronograma			
• Constantes vitales: TA	Al ingreso		
• Constantes vitales: Temperatura		18 horas	7 horas
• Verificar hoja de anestesia: anotar indicaciones	Al ingreso		
• Alimentación	Dieta Basal	Dieta Basal	Ayunas
• Preparación quirúrgica			
• Canalizar vía periférica heparinizada N° 18 en MSI	Al ingreso		
• Extracción de sangre para pruebas cruzadas	Al ingreso		
Higiene / ducha preoperatoria.		17 horas	
Peso			
Talla			
Enema de limpieza		20 horas	7 horas
Rasurado de genitales		17 horas	
• Ayunas			24 horas
• Preparación quirófano: retirada de prótesis y joyas			7 horas
• Verificar puesta de pulsera de grupo sanguíneo			7 horas
• Preparación de historia clínica para quirófano			7 horas
• Higiene bucal con antiséptico			7 horas
PROCED. MEDICO			
• Visita medica			
• Recoger consentimiento informado			
• Petición de sangre para intervención quirúrgica: 2 unidades de sangre cruzada			
• Información al paciente			
TRATAMIENTO			
• Fluidoterapia: 1000cc de s.salino			Iniciar 24h
• Profilaxis: Antimicrobiana y Profilaxis Trombo-Embólica		7 horas	
• Indicaciones Serv. Anestesia			

DÍA 2

SEGURIDAD

Las actividades a realizar van a estar centradas en el cuidado del paciente, cubriendo las necesidades alteradas que se han identificado derivadas del mismo proceso quirúrgico y la prevención de las posibles complicaciones:

- Hemorragia/Hematuria
- Hipotensión/Shock hipovolémico
- Dolor: por espasmo vesical o por distensión vesical derivada de una obstrucción del catéter
- Síndrome post-rtu (síndrome hiponatremico)
- Alteraciones respiratorias
- Efectos secundarios de la anestesia raquídea:
 - Hipotensión
 - Cefaleas: por pérdida de LCR
 - Lumbalgias y dolor de espalda (post-punción)
- Riesgo de alteración mental

Para evaluar el estado hemodinámico del paciente realizaremos control de constantes a su llegada a planta y posteriormente cada/ 3 horas hasta su estabilización.

En la tarde tomaremos temperatura, y realizaremos extracción de sangre para control analítico, (siendo éste valorado por su cirujano).

ELIMINACION

Uno de nuestros principales objetivos es mantener la permeabilidad del catéter.

Durante el tiempo que se mantiene el suero de lavado (irrigador) realizaremos un balance de entrada y salida de cada suero, ya que este nos puede indicar una posible retención del mismo.

Los signos que nos pueden indicar una obstrucción son:

- El paciente está sudoroso, refiere dolor abdominal localizado en hipogastrio y deseos de orinar
- El ritmo de entrada del suero lavador no coincide con el ritmo de salida a bolsa de orina.
- Se produce un escape de orina por perisonda
- Escaso débito en la bolsa de orina.
- Retención urinaria (a la palpación, globo vesical)

En caso de obstrucción realizaremos una irrigación o lavado manual para evacuar los coágulos sanguíneos que la ocasionan. Una vez comprobada la permeabilidad de la sonda se le indicará al paciente que no realice ningún esfuerzo cuando tenga la sensación de orinar enseñándole a su vez ejercicios de relajación y administraremos analgesia, según pauta de tratamiento

Si en la valoración postquirúrgica el paciente es portador de Tracción en sonda vesical nos indicará que se ha producido un sangrado en quirófano y que ha sido controlado mediante hemostasia por compresión, (la Tracción de la sonda se retirará a las 24 horas para evitar úlceras por presión).

DIA 2:	MAÑANA	TARDE	NOCHE
PROCED. ENFERMERIA			
• Control posquirúrgico:			
Nivel de conciencia			
Oxigenoterapia si procede.			
Dolor/ distensión abdominal			
Movilización de mmii			
• Encamado: Posición Fowler	No levantar	No levantar	No levantar
• Constantes vitales: T A c/3 horas	14 h	17 h 20 h	24h 6h
• Constantes vitales: Temperatura 18 h		7h	
• Permeabilidad de drenaje vesical			
• ¿Tracción en sonda vesical? (*)	Si o No		
• Cuidados de sonda vesical	Continuo	Continuo	Continuo
• Balance suero. de lavado	Continuo	Continuo	Continuo
• Realización lavado vesical manual	Si precisa	Si precisa	Si precisa
• Control analítico			
• Extracción de sangre (hemograma, glucosa, creatinemia e iones)		18 horas	7h
• Dieta		Líquidos	Líquidos
• Tolerancia líquidos a las 6 horas de la intervención		18 horas	
• Retirada de fluidoterapia si presenta buena tolerancia (Dejar vía IV)		22horas	
• Cuidados de catéter IV según protocolo			
• Información al paciente y familiares			
PROCED. MEDICO			
• Visita medica			
• Información al paciente			
TRATAMIENTO			
• Gentamicina 80 mg. Iv gr			6h
• Fluidoterapia 2000 ss c/24h	(12-18)	(18-24)	(24-6)(6-12)
• Clexane 40 mg sc			
• Medicación antiemética si procede			
• Analgesia			
• Anti h2 si procede			

APRENDER

Instruiremos al paciente y familia de los cuidados del catéter vesical, suero de lavado, fluidoterapia y de los signos de alarma.

MOVILIZACIÓN

Debido a que este paciente es intervenido bajo anestesia raquídea le mantendremos en posición Fowler, en reposo absoluto, hasta pasadas las 24h de la cirugía. Le insistiremos en la importancia de movilizar extremidades inferiores.

COMERY BEBER

La dieta del paciente se iniciará a las 6 horas posteriores a la intervención con una tolerancia a líquidos, y si esta es correcta, se retirará la fluidoterapia, indicándole la importancia de un buen aporte hídrico tanto para mantener la permeabilidad del catéter, como para minimizar los posibles efectos secundarios de la anestesia raquídea.

VESTIRSE

A la llegada del paciente a la unidad procedente de quirófano se le pondrá el camisón.

Día 3

El día posterior a la cirugía el paciente va a presentar una serie de alteraciones:

HIGIENE Y PIEL

En relación baño-higiene, evacuación-aseo, los cuidados se realizarán siguiendo el protocolo de paciente encamado.

VESTIRSE

Vestido y arreglo personal en la cama.

COMER Y BEBER

Se instruirá al paciente de la importancia de ingesta hídrica, ya que al presentar buena tolerancia se le retira la fluidoterapia.

A su vez retiramos vía IV después de administrar última dosis de antibiótico por vía parenteral, pasando a vía oral.

SEGURIDAD

Se retirará la tracción en sonda vesical si es portador de la misma

Retiramos vía IV después de administrar última dosis de antibiótico por vía parenteral, pasando la medicación a vía oral y realizaremos los cuidados de sonda vesical, dirigidos a evitar infecciones:

- Utilizar bolsas de diuresis de sistema cerrado.

- Mantener bolsa de diuresis por debajo del nivel de la vejiga, sin que ésta toque el suelo
- Vaciar bolsa de diuresis cada ocho/ doce horas
- Higiene del meato
- Vigilar color y aspecto de orina.

La medición y registro de temperatura se realizará cada 12 horas

Un objetivo que va a ser continuo en todo este proceso es mantener la permeabilidad del catéter vesical.

Ante la presencia de dolor referida por el paciente, la primera medida a tomar es comprobar la permeabilidad del catéter vesical.

Una vez comprobada la permeabilidad se le indicará al paciente, que no realice ningún esfuerzo cuando tenga la sensación de orinar, enseñándole a su vez ejercicios de relajación y administrándole analgesia, según pauta de tratamiento comprobando su efectividad

MOVILIZACIÓN

La movilización del paciente no la realizaremos hasta las 17 horas si el paciente no presenta cefalea (secundaria a anestesia raquídea) o hematuria importante, acostándole a las 21h.

Se instruirá al paciente y familia del manejo de dispositivos terapéuticos (sonda vesical y suero lavador)

ELIMINACION

El objetivo que va a ser continuo en todo este proceso, es mantener la permeabilidad del catéter vesical, realizando lavados vesicales manuales en caso de obstrucción.

Si el paciente presenta orina clara y el catéter es permeable se puede retirar el suero de lavado

APRENDER

El paciente y familiares estarán informados durante todo el proceso asistencial.

Día 4**HIGIENE Y PIEL**

En este día al paciente se le facilitará ayuda hasta que sea capaz de asumir los autocuidados, (baño/higiene)

MOVILIZACIÓN

Instaremos al paciente a la deambulacion proporcionándole la ayuda que precise e insistiremos en la importancia de la actividad física.

SEGURIDAD

Realizaremos los cuidados de sonda vesical, dirigidos a evitar infecciones descritos en el apartado anterior

ELIMINACION

Se comprueba la permeabilidad de la sonda vesical y la coloración de la orina, si todo esta correcto se procede a retirar el suero de lavado.

DIA 3:	MAÑANA	TARDE	NOCHE
PROCED. ENFERMERIA			
• Higiene del paciente en cama			
• ¿Tracción en sonda vesical? (*)	Retirar		
• Dieta	Basal	Basal	Basal
• Balance hídrico		9 horas	
• Educación sanitaria: Movilización MMII, Cuidado de la sonda, Ingesta de líquidos...			
• Constantes vitales: T A	10 horas		
• Constantes vitales: Temperatura	18 h		6h
• Retirada de vía IV	11horas		
• Color orina	Continuo	Continuo	Continuo
• Funcionamiento del suero irrigador (bolsa de lavado) ¿Retirar?	Continuo	Continuo	Continuo
• Permeabilidad de drenaje vesical	Continuo	Continuo	Continuo
• Realización lavado vesical manual	Si precisa	Si precisa	Si precisa
• Realización del balance	Continuo	Continuo	Continuo
• Levantar, sentar al sillón si el paciente no presenta cefalea	No levantar	17 horas	No
• Acostar		21 horas	No
• Extracción de sangre (hemograma, glucosa, creatinina e ionograma)			6h (Si procede)
• Información al paciente y familiares			
PROCED. MEDICO			
• Visita medica			
• Información al paciente			
TRATAMIENTO			
• Medicación habitual del paciente			
• Gentamicina 80 mg. Iv gr	10 horas		No
• Medicación oral			
• Analgesia			

APRENDER

Se instruirá al paciente y familia del manejo de dispositivos terapéuticos

En este día se hace entrega al paciente de la Encuesta de satisfacción (aclarando las dudas que pudiera tener en su cumplimentación).

DIA 4:	MAÑANA	TARDE	NOCHE
PROCED. ENFERMERIA			
• Higiene del paciente	Con ayuda		
• Dieta	Basal	Basal	Basal
• Educación sanitaria: Cuidado de la sonda...			
• Constantes vitales: T A	10 horas	No	No
• Constantes vitales: Temperatura	No	18 horas	6h
• Color orina	Continuo	Continuo	Continuo
• Retirada del suero irrigador (bolsa de lavado)	10 horas	No	No
• Permeabilidad de drenaje vesical	Continuo	Continuo	Continuo
• Realización lavado vesical manual	Si precisa	Si precisa	Si precisa
• Realización del balance	10 horas	no	no
• Levantar	Con ayuda	Con ayuda	
• Extracción de sangre (hemograma, glucosa, creatinina e ionograma)	No	No	6h (Si procede)
• Información al paciente y familiares			
• Entrega al paciente de la Encuesta de satisfacción			
PROCED. MEDICO			
• Visita medica			
• Información al paciente			
TRATAMIENTO			
• Medicación habitual del paciente			
• Medicación oral			
• Analgesia			

Día 5

En este día el paciente será independiente en su autocuidado.

En el quinto día está programada el alta del paciente tras la retirada de la sonda vesical.

Se le informará de lo que va a sentir durante y tras la retirada de la sonda vesical, para ello le pediremos que siga nuestros consejos y colabore.

Las posibles complicaciones que se nos pueden presentar tras la retirada de la sonda son:

- Incontinencia urinaria funcional, hasta que se restablezca su función urinaria normal, por lo que se enseñaran al paciente ejercicios de continencia

- La retención urinaria es poco frecuente, pero si esto ocurre se procederá al sondaje vesical

- Hematuria
- Uretrorragia

Se le entregarán por escrito explicándolas detalladamente **recomendaciones al alta (*)** Recogida de la Encuesta de Satisfacción.

Le recomendaremos los siguientes ejercicios para mejorar su continencia urinaria.

EJERCICIOS DE KEGEL

El objetivo de la realización de estos ejercicios es reafirmar la musculatura perineal

Los ejercicios de Kegel consisten en:

- Contracciones repetida de los músculos perineales
- Iniciar y detener la micción voluntariamente (“cortar el chorro”)
- Realizar fuerza como para defecar, relajar y después tensar los músculos perineales
- Estos ejercicios se realizarán con constancia, al menos cinco veces al día y un mínimo de veinticinco veces cada vez.

ALTA

Se estima que el tiempo de recuperación de una intervención oscila de 21 a 28 días.

DIA 5:	MAÑANA	TARDE	NOCHE
PROCED. ENFERMERIA			
• Higiene	Autónomo		
• Dieta	Basal		
• Retirada de sonda vesical	7 horas		
• Vigilancia 1ª Micción			
• Enseñar ejercicios de continencia ¿SI, NO?			
• Educación sanitaria	Alta		
• Constantes vitales: T A	10 horas		
• Información de cuidados al paciente y familiares			
• Recogida de la Encuesta de Satisfacción			
PROCED. MEDICO			
• Visita medica			
• Información clínica al paciente			
• Entrega del alta (con recetas si precisa)			
TRATAMIENTO			
• Medicación habitual del paciente			
• Medicación oral			

(*) RECOMENDACIONES AL ALTA

- Si después de la retirada de la sonda vesical nota escozor, necesidad de orinar con frecuencia o que ha perdido el control de la micción no debe alarmarse. Estos síntomas desaparecerán cuando la vejiga recupere su “tono”
- No debe realizar esfuerzos. No debe levantar objetos pesados
- Debe dar paseos cortos
- Debe evitar montar en caballo, bicicleta, moto... Tampoco se recomienda largos viajes en coche.
- Le recomendamos una ingesta de líquidos abundante (como mínimo dos litros de agua al día)
- Si nota la presencia de sangre en orina, aumente la ingesta de líquidos hasta que la orina aclare. Si ve que no aclara o que continúa sangrando acuda a su centro de salud. (Expulsión de la costra)

CONCLUSIONES

La aplicación de los planes de cuidados estandarizados de Enfermería, no solo no son incompatibles con las nuevas metodologías de gestión de procesos, si no que se integran de pleno en la filosofía de las vías clínicas, cuyo objetivo principal es garantizar la eficiencia y rentabilidad en la atención dentro del marco humano en el que se desarrolla nuestra profesión. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- "La próstata". Dr. Luis Rodríguez Vela Dr. Luis Ángel Rioja Sanz Serv. Urología. Hospital "Miguel Server" Zaragoza
- "Manual de cirugía Urológica". Abraham T.K. Cocker Ken Koshiba. Editorial JIMS
- The implementation of clinical paths for six common urological problems. Current Opinion in Urology. 10(2):158-159, March 2000. Oakley, Neil
- Flickinger JE, Trusler L, Brock JW 3rd. Clinical care pathway for the management of ureteroneocystostomy in the pediatric urology population J Urol. 1997 Sep;158(3 Pt 2):1221-5.
- Chang PL, Lee SH, Hsieh ML, Huang ST, Tsui KH, Lai RH. Improvement of practice performance in urological surgery via clinical pathway implementation. World J Urol. 2002 Sep;20(4):213-8. Epub 2002 Aug 10. PMID: 12215848 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Chang SS, Cookson MS, Hassan JM, Wells N, Smith JA Jr. Routine postoperative intensive care monitoring is not necessary after radical cystectomy. J Urol. 2002 Mar;167(3):1321-4. PMID: 11832723 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Nunez Mora C, Chamorro Ramos L, Rendon Sanchez D, Rios Gonzalez E, Pastor Arquero T, Aguilera Bazan A, Taberero Gomez A, Cisneros Ledo J, Garcia Caballero J, de la Pena Barthel JJ. [Clinical pathway for TUR of bladder neoplasms. Analysis of the first 2 years of its implementation] Arch Esp Urol. 2001 Oct;54(8):777-86. Spanish. PMID: 11816602 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Chang PL, Wang TM, Huang ST, Hsieh ML, Tsui KH, Lai RH. Effects of implementation of 18 clinical pathways on costs and quality of care among patients undergoing urological surgery. J Urol. 1999 Jun;161(6):1858-62. PMID: 10332453 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Padilla Leon M, Marchal Escalona C, Caballero Alcántara J, Padilla Leon F, Lucas de Vega IM. [Shared care in BPH. First national experience] Actas Urol Esp. 1998 Jun;22(6):478-83; discussion 484. Spanish. PMID: 9734123 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission after ambulatory surgery--a prospective study. Can J Anaesth. 1998 Jul;45(7):612-9. PMID: 9717590 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Flickinger JE, Trusler L, Brock JW 3rd. Clinical care pathway for the management of ureteroneocystostomy in the pediatric urology population. J Urol. 1997 Sep;158(3 Pt 2):1221-5. PMID: 9258179 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- The implementation of clinical paths for six common urological problems. Current Opinion in Urology. 10(2):158-159, March 2000. Oakley, Neil
- Flickinger JE, Trusler L, Brock JW 3rd. Clinical care pathway for the management of ureteroneocystostomy in the pediatric urology population J Urol. 1997 Sep;158(3 Pt 2):1221-5.

Nuestra página web

>>> LA ASOCIACIÓN CAMBIA LA WEB: CAMBIA .net por .org

Para hacerla mas operativa, e incluso poder gestionarlas nosotros mismos, hemos cambiado el diseño de la página web. Debido a unos inconvenientes técnicos nos hemos visto obligados a cambiarla de servidor y de dominio; por tanto a partir de ahora nuestra dirección será: **www.enfuro.org**

Este cambio nos va a facilitar acceder a los contenidos pudiéndolos actualizar nosotros mismos, ya que se ha dispuesto de un sistema de Gestor de Contenidos que la hará mas ágil y operativa.

Queremos que sea ahora una herramienta de comunicación importante, estaba en nuestro ánimo colgar protocolos, planes de cuidados, experiencias, artículos, que en la anterior era difícil por su diseño y costoso por la supeditación a la empresa web-master. Ya sabéis, cuando queráis visitar nuestra web>>>

www.enfuro.org





MARTINEZ DE ITURRATE ARIN, J., VICENTE TORIBIO, C.R., FERNÁNDEZ DEL BUSTO, E., SANZ JUSTO, L.
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

Nuestra experiencia con el NMP22 Bladder Chek Tm Test

RESUMEN

Estudio realizado con la Prueba (NMP22 BladderChek) de inmunoensayo in vitro, para la detección cualitativa del cáncer vesical, en nuestro servicio de Urología, como diagnóstico auxiliar en el seguimiento y detección de tumores vesicales, y su comparación con otras pruebas diagnósticas habituales o estándar (cistoscopia y citología), para verificar su posible utilidad en nuestro centro..

Palabras clave: Citología, Cistoscopia, Inmunoensayo in vitro, Tumor vesical, Falso positivo, Falso negativo. (1)

SUMMARY

A study comparing various methods of detecting bladder cancer: The Matritech NMP22 BladderCheck Test (is an in vitro immunoassay), the Cystoscopy (the standard for diagnosing patients for bladder cancer), and the Cytology

Key words: Cytology, Cystoscopy, In Vitro immunoassay, Bladder Cancer, False positive, False negative.

INTRODUCCIÓN

Estudio realizado con la Prueba (NMP22 BladderChek) de inmunoensayo in vitro, para la detección cualitativa del cáncer vesical. Se ha realizado la misma, como estudio diagnóstico auxiliar en el seguimiento (2) y detección de tumores vesicales, y en comparación con otras pruebas diagnósticas (3,4) habituales o estándar, para verificar su utilidad (fiabilidad).

La elección de la prueba se realiza por:

- Ser una prueba rápida (5) y sencilla, que se puede realizar en el momento.
- La única de estos métodos aprobada por la FDA (1) (Agencia del Medicamento de EEUU)
- Comodidad en su realización para enfermería y para el cliente.
- Ser uno de los Test más contrastados (6) en esta área.

La proteína (NuMa22) es el componente de la matriz nuclear, que se eleva 20-80 veces en el núcleo de las células malignas, y que se libera desde la célula de carcinoma transicional (TCC) y células normales a la orina como resultado de la muerte celular. El NMP22 Bladder Chek detecta la sobreexpresión de esta proteína.

OBJETIVOS

Realizar un estudio comparativo entre las técnicas de diagnóstico del tumor vesical: la cistoscopia, la citología y el test. Con el fin de poder utilizar alternativamente estas pruebas diagnósticas para el seguimiento y detección de los clientes afectados de dicha patología.

Valorar la eficiencia del test (relación tiempo /coste)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han realizado dos estudios con 15 (1) y 97 (2) casos, realizados durante el 2003-04 (de Noviembre a Enero) y el 2004-05 (de Abril a Enero). En el primer caso se realizó el estudio comparativo con la cistoscopia solamente; aunque posteriormente se comprobó con otras pruebas diagnósticas. En el segundo estudio se empezó la comprobación con citologías y con cistoscopias, posteriormente se valoraron también otras pruebas diagnósticas en los casos dudosos o falsos positivo / negativo. En ambos estudios, para su seguimiento y posteriores estudios, se completaron con una tabla en la que constaba: N° de Código, N° de Histo-



ria, Sexo, Edad, Fecha de realización del test y la cistoscopia, Resultado del test, Resultado de la cistoscopia, Resultado de la Citología, Fecha de la Citología, Grado tumoral previo (si eran controles o revisiones), Resultado comparativo de los tres, Otras pruebas (sobre todo en los casos dudosos), Fecha de intervención, Producto y dosis de lavado, con el fin de poder establecer comparaciones en estudios posteriores (7,10), Cantidad de lavados, Observaciones, Situación actual y Situación anterior.

Para el estudio 1, las muestras fueron enviadas en mano (sin embalaje doble, en coche, con posibles cambios de temperatura, etc). En el estudio 2, las muestras se envían correctamente.

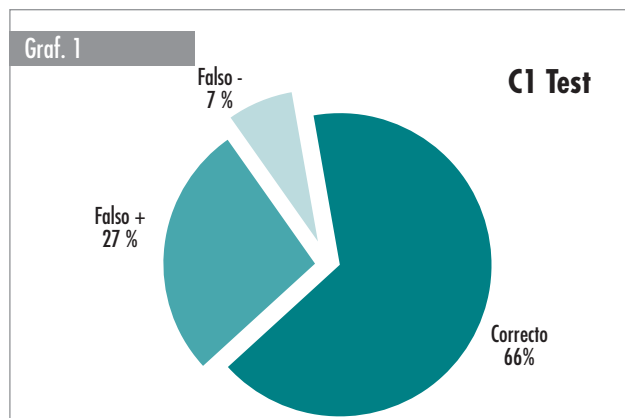
RESULTADOS

En ambos estudios, no ha influido el sistema de transporte, si bien en el estudio 1, en ocasiones las lecturas fueron más tenues (de 15, 7 tenues). Pero en el estudio comparativo no se pueden establecer diferencias significativas entre ambos, dado el tamaño de las muestras.

ESTUDIO 1

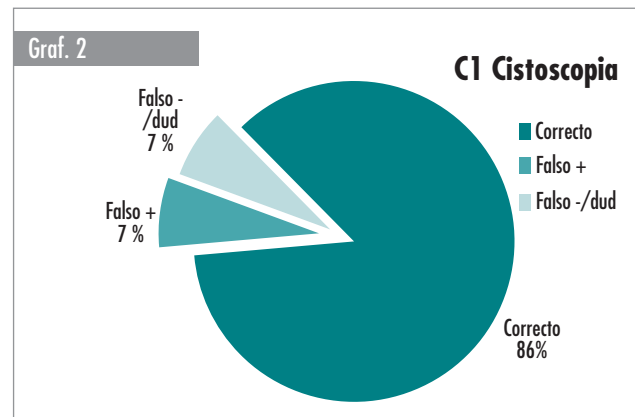
Los resultados son los siguientes: (Similares a otros estudios)

- **Test** (Graf. 1):
 - Falsos positivos 26,66%, (4), 2 de ellos con proceso inflamatorio y síndrome irritativo.
 - Falsos negativos 6,66%, (1), de bajo grado.



- **Cistoscopia** (Graf. 2):

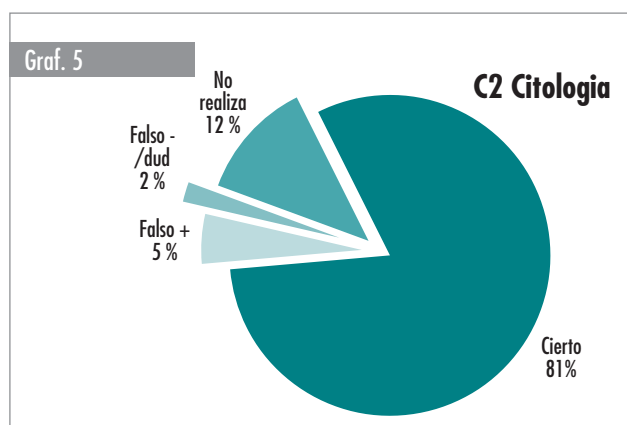
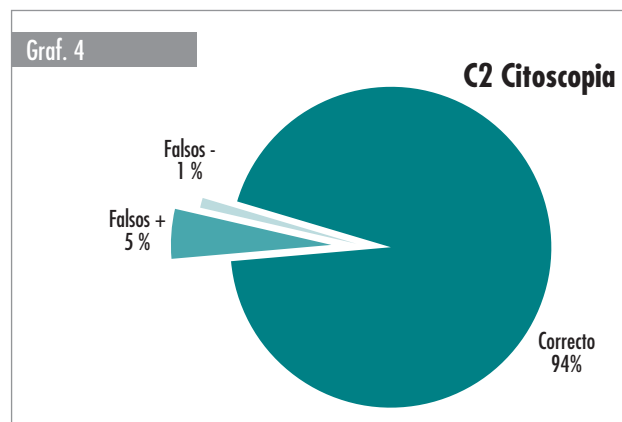
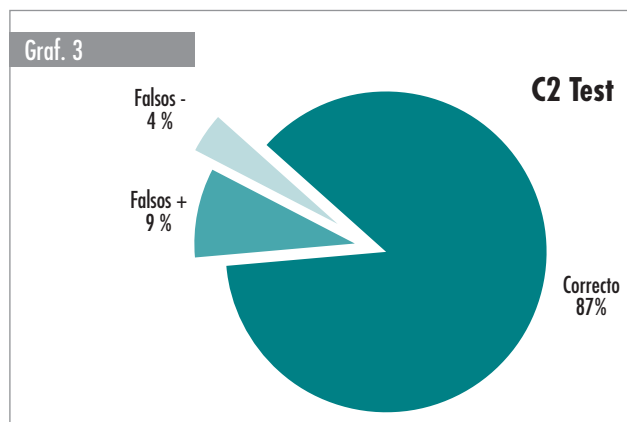
- Falso positivo 6,66%, (1), con proceso inflamatorio.
- Falso (negativo) dudosa 6,66%, (1), confirmada en quirófano y con anatomía patológica como alto grado.



ESTUDIO 2

Hay dos resultados que no se pudo realizar anatomía patológica, uno por fragmento mínimo y otro, según el especialista, se quemó (los dos muy pequeños), dando por validos estos resultados a la opinión del especialista (uno con hematuria y litiasis), los resultados serían:

- **Test** (Graf. 3):
 - Falsos positivos 9,3%, (9), en 8 de ellos con síndrome irritativo (litiasis, calcio, coágulos, fibrina, etc) o cistitis
 - Falsos negativos, en un intervalo del 4,1 al 2,06%, (4-2), 3 de ellos con inflamación, y en uno asociado con litiasis y hematuria. En ambos no se pudo realizar la anatomía patológica.
- **Cistoscopia** (Graf. 4):
 - Falsos positivos, entre un 5,15 y un 4,1%, (5-4), uno de ellos con inflamación, hematuria y Ca; el que hace variar en intervalo es uno de los que no se pudo comprobar con anatomía patológica.
 - Falso negativo 1,03%
- **Citologías** (Graf. 5):
 - En 12 casos no se realizan citologías en el momento o previas. En 2, se realizan a posteriori, pero no son muy valorables por los procesos inflamatorios, pues tras la cistoscopia se pauta tratamiento y pueden falsear los datos, o al menos corregir la inflamación que ha podido



EN ESTOS MOMENTOS SE ESTA REALIZANDO UN PRÓXIMO ESTUDIO CON EL TEST, SIMILAR A ESTE, PERO AÑADIENDO LA DETECCIÓN REAL DE VARIAS SUSTANCIAS QUE PUEDAN VARIAR LOS RESULTADOS

originar un resultado falso; en 5, se comprueban con biopsia y/o quirófano, y los otros 5 con cistoscopias posteriores.

- Tres falsos positivos y un falso negativo de los test, no se realizaron citologías (dentro de esos 12 casos)
- Falsos positivos 5,15%, (5, tres con proceso inflamatorio), pudiendo aumentar por lo anteriormente expuesto.
- Falsos negativos, un 2,06%, pudiendo aumentar por el falso negativo en el test (no comprobado con anat. pat.), y por los casos no realizados.

DISCUSIÓN

1. RESPECTO AL PRIMER OBJETIVO

- a) Como se puede apreciar, en el primer estudio la muestra se puede extrapolar a otros estudios realizados y publicados anteriormente, que suelen ofrecer altos resultados de falsos positivos para el test (8,9); pero al aumentar el número de casos mejoran sus cifras en el segundo estudio, coincidiendo con diversos autores que le dan mayor sensibilidad que a la citología (11,12,13,14). Además permite la posibilidad de realizar el test en el momento. También hay que considerar que es una técnica no dependiente de la apreciación del urólogo, ni del patólogo para su interpretación, independiente de la terminología, y sin escalas que

puedan variar entre distintos centros. En contra, sus falsos positivos.

- b) Los mejores resultados los obtiene la cistoscopia para los falsos negativos, pero puede verse incrementada en sus falsos positivos, si contemplamos los dos casos en los que no se ha podido realizar anatomía patológica (queda en estos casos como prueba control sobre las otras dos, pudiendo variar los resultados). Si bien puede haber duda en las apreciaciones, sobre todo en ciertos tipos de tumores, también ofrece la posibilidad de realizar una biopsia en el momento. En contra, es una prueba mas cruenta.
- c) Respecto a la citología (Papanicolau) los resultados son similares a los del test, teniendo en cuenta que pueden aumentar sus falsos positivos y negativos (10,15,16,17) por esos 12 casos no realizados, entre los cuales se encuentran un falso negativo para el test, y un falso positivo, que no se pueden comprobar, y los 10 casos que no se pueden realizar. En contra tiene que no se puede realizar en el momento, y en ocasiones obliga a una segunda consulta. También depende de la interpretación del patólogo.
- ### 2. RESPECTO AL SEGUNDO OBJETIVO
- Pero en nuestro estudio también se pretende valorar la utilización del test, como método mas rápido (5) y mas económico para el paciente. La mayoría de nuestros

clientes para diagnóstico nuevo deben esperar de 7 a 15 días para hacerles la cistoscopia, en la mayoría de los casos las citologías como diagnóstico complementario no están hasta el mes, y la posterior consulta para ver los resultados hasta el mes y medio. Con el test el resultado es en el momento, se recoge la orina previa a la cistoscopia y el cliente sale con ambos resultados, con lo cual se ahorra una consulta, tiempo y desplazamiento del cliente.

En el caso de seguimiento en los tumores resecaados, una vez terminados los ciclos de lavado, pasan a revisión cada 6 meses y posteriormente al año. En ambos casos se va realizando, en los intervalos de 4 y 10 meses, las citologías correspondientes para valorar los resultados al realizar la cistoscopia de control, con lo cual el paciente debe acudir con la muestra de orina tres días seguidos, en ocasiones con permisos de horas laborales, o con viajes desde pueblos de los alrededores con las consiguientes molestias y pérdidas de tiempo. Por otro lado el test puede parecer caro, pero hay que contabilizar en el caso de las citologías, el tiempo de recogida de la muestra, preparación de la misma, gastos de material, personal, etc.

CONCLUSIONES

Como resumen al estudio realizado, se pueden sacar las siguientes conclusiones:

- El test NMP22, en nuestro estudio 2 ha mejorado los resultados obtenidos anteriormente, pudiendo ser utilizado como método diagnóstico en la detección y seguimiento de los tumores vesicales.
- Es una buena alternativa a la citología y puede servir como método de control en el distanciamiento temporal entre las cistoscopias de seguimiento.
- Ahorra tiempo y evita una consulta.
- Económicamente es más barato para el hospital, pero sobre todo para el paciente, en tiempo, viajes, citas al hospital, etc.
- Si es conveniente para mejorar la lectura del mismo, tener cuidado en el envío, manejo y mantenimiento a temperatura adecuada del test.
- La mayoría de falsos positivos y negativos han salido en vejigas con inflamación o síndrome irritativo (litiasis, calcio, coágulos, fibrina, etc) o cistitis. Ya vienen descritas en los prospectos de utilización como posibles factores que pueden alterar los resultados, para falsos positivos.

En estos momentos se está realizando un próximo estudio con el test, similar a este, pero añadiendo la detección real de varias sustancias que puedan variar los resultados. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Documentos de Consenso de la S.E.G.O. "Marcadores Tumoreales". Soc. Esp. De Ginecología y Obstetricia. Documentos 2001.
2. DELGADO OLIVA, F.J.; PACHECO BRU, J.J.; Y COL. "Test NMP22 en el seguimiento del tumor vesical superficial". Comunicación al LXIX Congreso Nacional de Urología. Oviedo, Junio 2004.
3. AGUILERA TUBET, C., GUTIÉRREZ BAÑOS, J.L et Al. "Estudio comparativo entre cistoscopia, citología urinaria, NMP-22 y un nuevo método, bladder chek, en el seguimiento del cáncer vesical superficial". Actas Urol Esp. Marzo 2005; 29 (3): 252-256.
4. GUTIÉRREZ BAÑOS, J.L REBOLLO RODRIGO, M.H. y Col."Estudio comparativo entre el BTA stat test, NMP-22 y citología en el diagnóstico del cáncer vesical". Arch. Esp. de Urol., 53, 1 (21-27), 2000.
5. OFFARM. NMP22 BladderChek, nueva prueba rápida para la detección del carcinoma de vejiga. Doymafarma. Martes 1 Octubre 2002. Volumen 21 - Número 09 p. 42 - 56
6. ESTUDIO DEL CENTRO DEL CÁNCER M.D. ANDERSON DE HOUSTON, (Estados Unidos) coordinado por H. Barton Grossman. Rev. Journal of the American Medical Association. JAMA. 2005;293:810-816.
7. BUJONS, A. IGLESIAS, J.C. Y Col. "El marcador NMP22 en el seguimiento después de tratamiento con BCG". Annals d'Urologia, Vol. 4, num. 1 año 2004.
8. PÉREZ GARCÍA, F.J. EYO, A. y Col. "Test NMP-22 ¿Es útil en el seguimiento de pacientes con tumor vesical superficial?". Arch Esp Urol 2002; 55: 1201-8
9. LORENZO GÓMEZ, M.F. "El papel de los marcadores tumorales en la consulta de urología para el screening, diagnóstico y seguimiento del cáncer de vejiga". Actas Urol Esp. 27 (2): 110-116, 2003.
10. KOSHIKAVA T, LEYH H, SCHENCK U. "Difficulties in evaluating urinary specimens after local mitomycin therapy of bladder cancer.Rev. Diagn Cytopathol 1989; 5: 117.
11. OHTANI M, IWASAKI A, SHIRAIWA H: "Urinary tumor marker for urothelial cancer. Gan To Kagaku Ryoho 2001; 28 (12): 1.933-1.937.
12. CARPINITO GA, STADLER WM, BRIGGMAN JV, et al.. "Urinary nuclear matrix protein as marker for transitional cell carcinoma of the urinary tract". J Urol 1996;156:1280-1285.
13. SOLOWAY MS, BRIGGMAN JV, CAPRINITO GA, et al. "Use of a new tumor marker, urinary NMP-22, in the detection of occult or rapidly recurring transitional cell carcinoma of the urinary tract following surgical treatment. J Urol 1996; 156:363-367.
14. MIYANAGA N, AKAZA H, ISHIKAWA S, et al. "Clinical evaluation of nuclear matrix protein 22 (NMP-22) in urine as a novel marker for urothelial cancer. Eur Urol 1997;31:163-168.
15. WIENER HG, MIAN C, HAITEL A, et Al."Can urine bounng diagnostic tests replace cystoscopy in the management of bladder cancer?". J Urol 1999; 159: 1.876.
16. LANDMAN J, CHANG Y, et Al. Sensitivity and specificity of NMP-22, telomerase, and BTA in the detection of human bladder cancer". Urology 1998; 52 (3): 398-402.
17. DE VERE ,WHITE R.: Editorial comment. J Urol 2002; 167: 83.

REVISTAS ELECTRONICAS DE ENFERMERÍA

nacionales e internacionales a texto completo



- Actas de la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica [TEXTO COMPLETO]
<http://www.oftalmo.com/enfermeria/revista.htm>
- BMC Nursing [TEXTO COMPLETO] <http://www.biomedcentral.com/bmcnurs/>
- Boletín de enfermería comunitaria <http://www.enfermeriacomunitaria.org/>
[PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Boletín informativo / Asociación Andaluza de Matronas [TEXTO COMPLETO]
<http://www.aamatronas.org/boletines/indice.html>
- Ciencia y enfermería [TEXTO COMPLETO]
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0717-9553&lng=es&nrm=iso
- El Correo AENTDE [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
http://www.aentde.com/htmltonuke.php?filnavn=aentde_html/correo/index%20_correo.html
- Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas [TEXTO COMPLETO]
<http://www.fundaciongrifols.org/esp/publicaciones/cuadernos.asp>
- Enfermería comunitaria <http://www.index-f.com/comunitaria/revista.php>
[PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Enfermería de Sevilla <http://www.enfermundi.com/sevilla/Boletin/> [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Enfermería en cardiología <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/index.htm>
[PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Enfermería facultativa <http://www.actualidad.enfermundi.com/prensa/prrev/index.asp>
[PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Enfermería global <http://www.um.es/eglobal/> [TEXTO COMPLETO]
- Enfermería integral <http://www.enfervalencia.org/ei/master02.htm> [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Enfermería news <http://www.seei.es/boletin/boletin.htm> [TEXTO COMPLETO]
- Enfermería de urgencias <http://ciberrevista.enferurg.com/sumario.htm> [TEXTO COMPLETO]
- Evidentia : revista sobre enfermería basada en la evidencia
<http://www.index-f.com/evidentia/inicio.php> [TEXTO COMPLETO]
- Σ Excelencia enfermera <http://www.ee.isics.es/> [TEXTO COMPLETO]
- Σ Hyg <http://www.ocenf.org/sevilla/Hygia/index.htm> [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Index de enfermería <http://www.index-f.com/index-enfermeria/revista.php>
[PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Informativo latino-americano de enfermería <http://www.eerp.usp.br/ilaenf/> [TEXTO COMPLETO]

- L'infirmière du Québec <http://www.oiiq.org/publications/periodiques.asp?catperiodique=infirmiere> [TEXTO COMPLETO].- Continuada por: Perspective infirmière [TEXTO COMPLETO]
- Inspiración : enfermería neumológica http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_areas.muestradoc?p_id_menu=94 [TEXTO COMPLETO]
- The Internet Journal of Advanced Nursing Practice [TEXTO COMPLETO]
- Investigación y educación en enfermería <http://tone.udea.edu.co/revista/> [TEXTO COMPLETO]
- Journal of community nursing <http://www.jcn.co.uk/> [TEXTO COMPLETO]
- Minusval <http://sid.usal.es/minusval.asp> [TEXTO COMPLETO]
- Mundo sanitario http://www.satse.es/mundo_sanitario.cfm [TEXTO COMPLETO]
- Nure investigación : revista científica de enfermería <http://www.nureinvestigacion.es/> [TEXTO COMPLETO]
- Nuritinga : Electronic Journal of nursing <http://www.healthsci.utas.edu.au/tson/nuritinga/index.html> [TEXTO COMPLETO]
- Nutrición hospitalaria <http://www.senpe.com/pages/p-nuthosp.htm> [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- On Line Brazilian Journal of Nursing <http://www.uff.br/nepae/objnursing.htm> [TEXTO COMPLETO]
- On Line Journal of Issues in Nursing <http://www.nursingworld.org/ojin/admin/toc.htm> [TEXTO COMPLETO]
- On Line Journal of Nursing Informatics <http://www.eaa-knowledge.com/ojni/index.htm> [TEXTO COMPLETO]
- Online Journal of Rural Nursing and Health Care <http://www.rno.org/journal/index.htm> [TEXTO COMPLETO]
- Pulso : revista del Colegio Oficial de Enfermería de Navarra <http://www.enfermerianavarra.com/actualidad/default.aspx?w=pulso> [TEXTO COMPLETO]
- Revista cubana de enfermería <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/> [TEXTO COMPLETO]
- Revista cuidar y educar <http://www.seapremur.com/revista.htm> [TEXTO COMPLETO]
- Revista de enfermería <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/> [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/DPM/Publicaciones/RevEnfermeria/ [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica <http://www.seden.org/vbs/publicaciones/publicaciones.asp?Datapageid=1&intInicio=> [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Revista española de salud pública http://www.msc.es/profesional/biblioteca/recursos_propios/resp/portada.htm [PAPEL, TEXTO COMPLETO]
- Revista Latino-Americana de Enfermagem <http://www.index-f.com/comunitaria/revista.php> [TEXTO COMPLETO]
- Temperamentum : revista internacional de historia y pensamiento enfermero <http://www.index-f.com/temperamentum/revista.php> [TEXTO COMPLETO]
- Tempus vitalis : revista electrónica internacional para el cuidado del paciente crítico <http://www.tempusvitalis.com/index1.htm> [TEXTO COMPLETO]
- World Wide Wounds <http://www.worldwidewounds.com/> [TEXTO COMPLETO]



INFORMACIÓN

PROXIMO CONGRESO LÉRIDA 2006-LLEIDA 2006

En el pasado congreso de Valladolid se presentó el próximo congreso de la AEEU que se celebrará en Lérida los días: 25,26,27 de Octubre de 2006 al que seguirá un Simposium el día 28 de Octubre.

TEMA: OJETIVO DE SALUD: CONTINENCIA.

Para más información consulta nuestra web: www.enfuro.org

CONGRESO EUROPEO: PARIS 2006 CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE UROLOGIA Y LA 7ª REUNIÓN DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

Durante los días 5 al 8 de Abril de 2006, la capital francesa será la sede de este encuentro de enfermeros europeos para mayor información consulta nuestra web donde encontraras un link con el que acceder a la pagina del congreso pudiendo consultar todo lo que te interese.

PREMIOS VALLADOLID

Durante el pasado congreso celebrado en Valladolid se entregaron los premios al mejor Plan de cuidados presentado, el cual fue otorgado al trabajo: «Cuidados de Enfermería a un niño intervenido de hipospadias» del Hospital General Yagüe de Burgos y presentado por I. Zapatero Gatón (*Publicado en este número*).

El premio a la mejor comunicación lo obtuvo la titulada: «Síndrome pélvico en Cuidados Paliativos», presentado por Dña. Celia Gutiérrez Alonso, de la Unidad de Cuidados Paliativos del H. Clínico de Valladolid.

El del mejor póster fue para Ruth Alguacil Pico del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca con el título «Plan de actuación para el cuidador principal del paciente cistectomizado».

(*Páginas 17 y 18 de este número*)