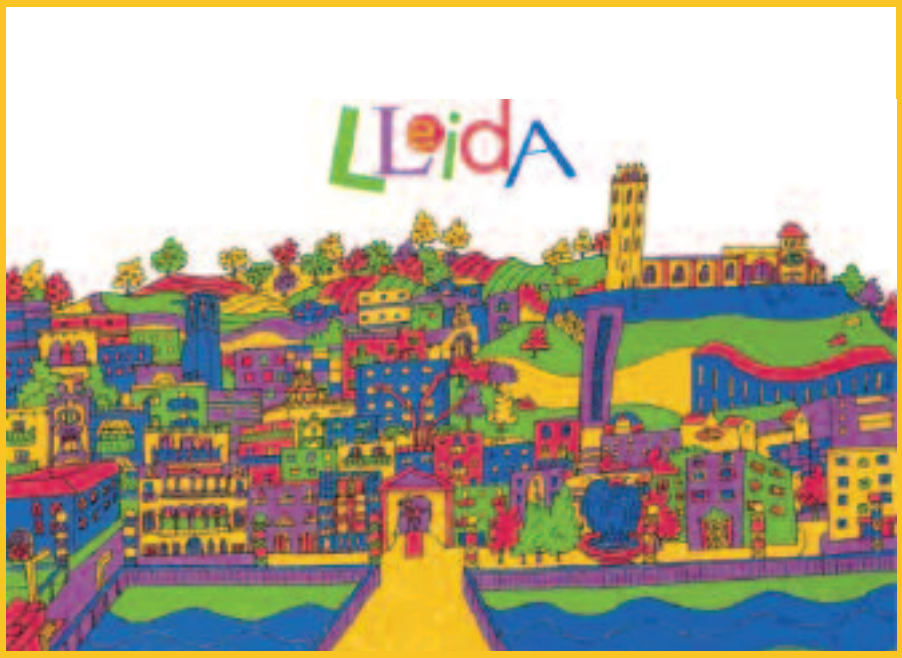
enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 97. Marzo 2006



**XVIII Congreso en LLeida,
preprograma e información adicional**

**Estandarización de cuidados de enfermería
en las complicaciones de la postcirugía radical de próstata.
Premio al mejor Plan de cuidados Valladolid 2005**

Conozcamos el Hospital 12 de Octubre de Madrid

Noticias de interés. Próximas elecciones

ENFURO
nº 97 / Enero/Febrero/Marzo 2006
Tercera 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 Aparcero Bernet (Sevilla)
Vicente Carrasco Rozalén (Madrid)
Gabriel Belenguer Civera (Xátiva-Valencia)
Ricardo Lequerica Llopis (Valencia)
Consejo Asesor:
Mª Pilar García Maynar (Zaragoza)
Eduardo Aparcero Rodríguez (Sevilla)
Asunción Garrido Mora (Elche-Alicante)
Cecilia Piquer Bosca (Valencia)

Nuestra portada:
Vista aérea de la ciudad de Lleida

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)

C/ Conde de Peñalver 96- 2º A
28006 Madrid
Teléfono y fax:: 91 402 42 74
Correo electrónico: enfuro@enfuro.org

SUMARIO

- Editorial 5
- Plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de hipospadias. I. Zapatero Gatón, B. Quilchano Gonzalo, J. Ausin Gómez 6
- Educación al alta para paciente prostatectomizado radical David Pérez Barreno, Juan Miguel González González, Estrella Paves Lorenzo, Davinia Marrero del Castillo 10
- ESPECIAL XXVIII Congreso de Enfermería Urológica (Lleida, 25-28 octubre 2006) 16
- Conozcamos un poco... el Servicio de Urología del Hospital 12 de Octubre de Madrid 22
- Manejo del dolor posoperatorio en cirugía radical urológica con analgesia epidural. Núñez Martínez G., de Miguel Santamaría I., Cuadrillero Rodríguez F., Calvo Domínguez M.E., Núñez Pérez S., Rodríguez Valtueña M.L., González de Zárate Apiñaniz, Javier 24
- Educación sanitaria en la unidad de hospitalización del Servicio de Urología. M. León Bolívar, M. Lombraña Mencía, B. Acebrón Antón 28
- Noticias 34

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.

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Próximos 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, 4-6º. San Fernando (Cádiz). Correo electrónico: pacoestudillo@ono.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDITORIAL

Balance, año electoral

EN nuestras manos el número 97 de la revista de la AEEU Cuando finalice el año llegaremos al ejemplar 100, con la seguridad de que tenemos ante nosotros una publicación de gran interés científico y reconocimiento, como ha demostrado su índice de impacto. Además una web renovada y cada día más visitada y 27 congresos nacionales avalan la admirable andadura de nuestra Asociación.

Dentro de pocos meses comenzaremos periodo electoral. Lleida nos va a brindar la oportunidad de la renovación de las personas que componemos la actual junta.

Deseamos y necesitamos el cambio, la innovación y el compromiso de profesionales que hoy forman parte de nuestro colectivo de asociados y que esperamos deseen componer la nueva junta directiva que dirigirá nuestra asociación durante los próximos cuatro años. Os animamos a afrontar este reto, con la absoluta certeza de que dirigirla es un orgullo y una satisfacción.

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
C/ Conde de Peñalver, 96 - 2º A. 28006 Madrid
Telefono y fax 91 402 42 74 E-mail: enfuro@enfuro.org

I. Zapatero Gatón, B. Quilchano Gonzalo, J. Ausin Gómez. Hospital General Yagüe, Unidad de Cirugía Infantil. Burgos

Plan de cuidados de enfermería a un niño intervenido de hipospadias

Trabajo ganador del premio mejor Plan de Cuidados innovador en Enfermería Urológica otorgado durante el pasado Congreso de Valladolid

Concepto

El hipospadias es la desembocadura anómala del orificio uretral masculino en la cara ventral del pene, en algunos casos se acompaña de incurvación ventral del pene. Puede presentar diversos grados y suele acompañarse de otros elementos malformativos.

Esta anomalía se origina por un fallo de la fusión completa de los pliegues uretrales, que comienza proximalmente y avanza distalmente hacia el glande. Algunas de las causas que lo originan son:

1. Detención de la tubulización en algún sector, de donde proviene el meato ectópico.
2. Falta de unión entre uretra glandular y peneana.
3. Detención en el crecimiento de la placa ventral, que provoca una hipoplasia de toda la cara ventral del pene y de donde surgiría el chordee que origina la incurvación.
4. Falta de unión de los repliegues ectodérmicos con formación del prepucio redundante dorsal.

Entre 2 y 8 varones de cada mil nacimientos están afectados de hipospadias. Es pues una patología frecuente, sobre todo a expensas de las llamadas «formas menores». Se trata de una alteración poligénica y, por este condicionante genético, los parientes de primer grado tienen un 7% más de riesgo de presentarla que la población general.

EL HIPOSPADIAS ES LA DESEMBOCADURA ANÓMALA DEL ORIFICIO URETRAL MASCULINO EN LA CARA VENTRAL DEL PENE, EN ALGUNOS CASOS SE ACOMPAÑA DE INCURVACIÓN VENTRAL DEL PENE. PUEDE PRESENTAR DIVERSOS GRADOS Y SUELE ACOMPAÑARSE DE OTROS ELEMENTOS MALFORMATIVOS

El hipospadias se clasifica anatómicamente de acuerdo con la localización del meato ectópico. Fundamentalmente existen tres grandes categorías:

- Distales, suponen el 70% de los casos.
- Peneanos, el 20%: como el mediopeneano que es el caso que vamos a tratar. En éstos el meato se encuentra en algún sector de la cara ventral del pene y siempre hay un importante chordee que es necesario resecar para obtener un pene recto.
- Proximales 10%.

Cuando el hipospadias tiene una localización penoescrotal o perineal debe diferenciarse de los estados intersexuales.

El tratamiento consiste en una intervención quirúrgica que corrige la corda y crea después una uretra distal, preferiblemente con la piel del prepucio. Hay unos objetivos comunes en la corrección del hipospadias:

- Restitución de una micción distal con neouretra exenta de estenosis y de calibre adecuado que permita un buen flujo. Meato uretral tan distal como sea posible.
- Restitución de una erección normal.
- Utilización de injertos autólogos de piel y/o mucosa.
- Conseguir una estética peneana tan próxima a la normal como sea posible.
- Técnicas en el menor número de tiempos que el caso lo permita.

Hasta hace algunos años eran frecuentes los procedimientos en dos tiempos, pero el desarrollo de las nuevas técnicas y la experiencia de los cirujanos han hecho que se practique una sola intervención quirúrgica, lo que ha mejorado los resultados.

Los niños son sometidos a derivación urinaria por medio de catéter temporal. Los padres deben ser informados del aspecto del pene en el posoperatorio y de su mejoría cuando disminuya el edema en dos semanas aproximadamente.

Las complicaciones más habituales de la corrección quirúrgica del hipospadias son: formación de fístulas, estenosis y formación de divertículos.

Desde 1978 hasta 2005, en la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital General Yagüe de Burgos se han intervenido 408 niños de esta patología; concretamente en 2004 fueron 17 los pacientes nuevos. Esto supone que los profesionales de enfermería de la unidad tenemos la oportunidad de cuidar habitualmente a estos niños, de valorar y reconocer la evolución lógica de este tipo de intervenciones y de adelantarnos a las complicaciones más frecuentes.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un niño de 6 años de edad, diagnosticado de hipospadias medio, que ingresó en la Unidad de Cirugía Pediátrica para practicarle la técnica «Colgajo prepucial vascularizado en isla de doble cara» y corregir su patología.

A continuación se presenta la evolución del niño y su respuesta al plan de cuidados de enfermería protocolizado en la Unidad. Se ha utilizado la taxonomía NANDA para los diagnósticos de enfermería (Clasificación 2003-2004) y se ha codificado con las Clasificaciones de Intervenciones y Resultados de Enfermería (NIC y NOC).

Siguiendo la dinámica habitual, el escolar ingresó la misma mañana en que iba a ser intervenido, una media hora antes.

En la **valoración** por necesidades de Virginia Henderson realizada en ese momento destacaron los siguientes datos:

- Pulso: 77 latidos por minuto. Tensión arterial: 106/48 y temperatura axilar: 35,6 ºC.
- Peso: 24 kg (percentil 80). Talla: 115 cm (percentil 80).
- En cuanto a los genitales externos se apreció un pene pequeño con el meato urinario en el punto medio de la cara ventral. El niño no estaba circuncidado, pues se había aconsejado a los padres que fuera así, para la utilización del prepucio en la reparación quirúrgica.
- Mediante entrevista a los padres y escolar se comprobó que el niño comía de todo y que no presentaba alergias a alimentos, fármacos u otras sustancias. El escolar tiene un hermano gemelo (bivitelino) con el que sus padres le comparan continuamente destacando sus diferencias; entre las que destacaron que el niño ingresado es más callado y más serio que su hermano. Apreciamos que se trata de un niño introvertido, con poca conexión con el ambiente que le rodea, retraído, tímido, apático y con fines protagonistas. Esto se confirmó cuando al cabo de unos días del ingreso se observó que no demostraba interés por volver a casa y hacía poco caso a su hermano gemelo cuando le visitaba.
- Destacó bastante la timidez y dificultad para conectar con el personal sanitario del escolar.
- Para el resto de necesidades no se apreció alteraciones.

Por último se comprobó que tenía hechas todas las pruebas complementarias del preoperatorio.

Se le aplicó la antibioterapia profiláctica antes de la intervención.

Tras la intervención el niño pasó a la Unidad de Reanimación Post Anestésica (URPA) hasta la normalización de las constantes vitales y recuperación de la consciencia, lo que se produjo en las habituales tres horas.

Cuando el niño llegó a la Unidad se encontraba consciente, orientado y tranquilo. Sus constantes y estado general se hallaban dentro de la normalidad. Portaba un catéter suprapúbico pediátrico que drenaba a una bolsa, la orina era macroscópicamente hematúrica. Tenía colocado un tutor de 10 cm en la uretra, que le serviría como guía y para evitar la estenosis uretral. El pene estaba cubierto por un apósito absorbente de silicona, comprimiendo para evitar el edema y el sangrado. En la mano derecha llevaba un catéter corto tipo braúnula del nº 22 para mantener la hidratación (puesto que estaba a dieta absoluta) y para administrarle la antibioterapia venosa.

A las cuatro horas de su llegada comenzó a quejarse de dolor y aparecía lloroso. Tanto los padres como el niño se mostraban preocupados por la imperfección física del pene del niño y formularon muchas preguntas relacionadas con esta cuestión.

Con la información obtenida se formularon los siguientes **diagnósticos de enfermería** con sus correspondientes objetivos e intervenciones:

I. DOLOR AGUDO RELACIONADO CON LA PRESENCIA DE CATÉTER SUPRAPÚBICO Y MANIFESTADO POR CONDUCTAS DEFENSIVAS DE PROTECCIÓN DE LA ZONA CON SUS MANOS Y POR LLANTO

Se planteó como objetivo/criterio de resultado que el niño perciba satisfactoriamente su bienestar físico y psicológico tras la aplicación de las medidas correctoras **(2100 Nivel de comodidad).**

Las intervenciones y actividades planteadas fueron:

- Inmovilización minuciosa del niño en decúbito supino para evitar la extracción accidental de la sonda, hasta su mentalización y hábito de tenerla. Sujeción de la sonda de cistostomía, para que los movimientos involuntarios no originen dolor en el escolar. Se aplicó el arco de protección para evitar que el roce de la ropa molestase en la zona de la intervención **(0910 Inmovilización).**
- Se procuró evitar la intranquilidad y el aburrimiento que la inmovilidad origina en el escolar durante su estancia en la Unidad facilitando la presencia de un compañero de habitación en situación similar, lecturas, televisión, juegos, visitas de amigos y hermano..., de modo que fuese más fácil para el niño permanecer en la habitación. En dos o tres días el escolar podrá acudir al aula del hospital **(5900 Distracción).**

– Se vigiló que las deposiciones fuesen diarias, pues el estreñimiento puede producir distensión intestinal aumentando el dolor abdominal y también produciendo tenesmo en la evacuación. **(0450 Manejo del estreñimiento)**
– Se aplicó el tratamiento farmacológico pautado: antibioterapia profiláctica (amoxicilina más clavulánico), analgesia (ibuprofeno) y antiespasmódicos (oxibutina) vigilando que no apareciesen los efectos no deseados de la medicación, principalmente las molestias gástricas. **(2300 Administración de medicación)**

II. TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL RELACIONADO CON LA LOCALIZACIÓN DEL ORIFICIO URETRAL Y MANIFESTADO POR CONDUCTAS DE RETRAIMIENTO COMO MIEDO A QUE LE TOQUEN Y A QUE LE VEAN EL PENE, ESPECIALMENTE OTROS NIÑOS, COMO EL COMPAÑERO DE HABITACIÓN

El objetivo/criterio de resultado formulado fue que, durante la estancia hospitalaria, tanto el niño como la familia fuesen capaces de verbalizar su preocupación por la posible desfiguración del pene, la función sexual dificultada, o ambas cosas y que comprendan las explicaciones dadas. **(3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza)**

Se pusieron en marcha las siguientes intervenciones y actividades:

– Al menos una vez al día se buscó los momentos de tranquilidad para hablar con los padres y el niño. Se procuró utilizar un lenguaje comprensible para ellos, evitando la jerga científica.
– Se explicó a ambos que el color y la hinchazón del pene desaparecerían en unos diez días.
– Se aclaró a los padres que ni la intervención ni la patología interferirán en futuras relaciones sexuales ni en la fertilidad, pues es una duda que suelen plantear con frecuencia.
– Se explicó al niño que continuaba teniendo pene, pues es propio de la edad escolar no saber qué ha pasado en el quirófano y pueden tener miedo a la amputación de su pene (época en la que fantasean con amputaciones).
– Se fomentó la realización de dibujos por parte del niño como forma de que exteriorizase sus sentimientos (Se presenta un dibujo en el Anexo I). Los niños de esta edad a menudo no son capaces de expresar verbalmente sus miedos y preocupaciones y analizando lo que dibujan, y lo que no dibujan, podemos comprenderles mejor.
– Se informó a los padres que el niño podía tener trastornos del sueño y enuresis nocturna tanto en los últimos días de su estancia hospitalaria como al regresar a su domicilio y que se corrige en poco tiempo.
– Al finalizar las entrevistas se comprobó que no existían dudas sobre los aspectos abordados en cada ocasión. **(5240 Asesoramiento)**

ANEXO I: Dibujo del escolar intervenido de hipospadias

III. COMPLICACIÓN POTENCIAL: APARICIÓN DE COSTRAS Y FÍSTULA URETRAL SECUNDARIAS A OBSTRUCCIÓN DE LA SONDA Y A PÉRDIDA DE ORINA POR REBOSAMIENTO ALREDEDOR DE LA SONDA

Los objetivos fueron:

1. Evitar la obstrucción de la sonda y mantener la cicatriz limpia durante la estancia hospitalaria y posteriormente en su casa.
2. Hacer comprender antes del alta a los padres y al niño las precauciones para evitar lesiones en la zona perineal.

Se programó una serie de intervenciones y actividades para su consecución, cuya evolución se detalla:

– Cada 8 horas: Se vigiló la permeabilidad de la sonda y la correcta colocación de la bolsa colectora. Si hubiese aparecido obstrucción, se habría realizado lavado vesical. Se observó que no apareciese globo vesical. Se alentó al niño y familia para forzar la ingesta de líquidos y lograr una buena diuresis, que se midió manteniendo la asepsia durante el procedimiento.
– Se mantuvo el glande y el prepucio limpios lavándolos con frecuencia con suero fisiológico para evitar el cúmulo de secreciones y la formación de costras.
– Cada dos días se cambió el apósito absorbente de silicona que cubría la cicatriz de la meatotomía.
– Al 6º día se extrajo el tutor que estaba sujeto con un punto de seda al glande. **(3660 Cuidados de las heridas)**
– A partir del 7º día se pinzó el catéter suprapúbico intermitentemente. El niño tenía dolor y no orinaba por su uretra, por lo que fue preciso despinzarlo. Ante la imposibilidad de orinar por sí solo se mantuvo abierto el catéter otros tres días, tras los que se volvió a clampar, primero para observar si se producía micción por la uretra, segundo para observar la aparición de fístulas en el meato y tercero para valorar la calidad del chorro. Tras aparecer pequeñas dificultades como escozor al orinar o dolor se aplicó pomadas con anestésico. Se logró un ritmo de micciones normal el 12º día. **(1876 Cuidados del catéter urinario)**

El noveno día tras la intervención apareció prurito y dolor anal, más intenso por la noche, que originaba en el niño irritación y ansiedad. Este es un problema que suele aparecer hacia el décimo día, cuando el niño permanece sondado. Su fundamento es que el extremo de la sonda irrita el cuello vesical y produce un dolor reflejo en el ano.

IV. ALTERACION DEL BIENESTAR: PRURITO ANAL RELACIONADO CON SONDAJE SUPRAPÚBICO

Se planteó el siguiente objetivo/criterio de resultado: Tras la actuación de enfermería el niño disminuirá al menos un grado en la escala Wong-Baker «faces» Pain Rating Scale que se muestra en el Anexo II **(2102 Nivel del dolor).**

Las actividades implementadas fueron:

- Se retiró unos milímetros la sonda suprapúbica, con ello se consigue que su extremo deje de presionar en el cuello vesical y desaparezca el dolor reflejo **(1876 Cuidados del catéter urinario).**
- Se aplicó una pomada en el esfínter anal con efecto anestésico como lidocaína (Emla®) o lubricante urológico con tetracaína **(2300 Administración de medicación).**

El resultado de la actuación fue inmediato, el niño disminuyó en dos grados la puntuación de la escala.

EVALUACIÓN

Cuando el niño fue dado de alta su eliminación urinaria era normal, no tenía costras ni fístulas y el chorro de orina era adecuado. No habían aparecido alteraciones de orden psicológico y tanto los padres como el niño parecían comprender la situación. Durante los 13 días que duró su estancia en nuestra unidad, el escolar no presentó signos de infección urinaria ni de la herida, así como tampoco hubo alteración de la temperatura corporal.

CUIDADOS AL ALTA

Se explicó a los padres y a Adrián los cuidados que debían seguir en su domicilio: lavar el pene después de cada micción con agua, secarlo bien y aplicar lubricante urológico para evitar el escozor, observar la dirección, calibre y fuerza del chorro de la orina, procurar que la ropa no roce en la zona de la intervención, no practicar juegos de riesgo como ir en bicicleta o jugar en balancines. También se les aclaró que el niño podría acudir al colegio en el plazo de una semana **(5240 Asesoramiento).**

CONCLUSIÓN

Se evidencia que una actuación de enfermería planificada en función de las necesidades consigue una evolución adecuada y evita la aparición de complicaciones a corto y largo plazo, y tanto físicas como mentales en niños con hipospadias. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- BROE V (Dir). *Manual de Enfermería Pediátrica. Protocolos de asistencia*. Madrid: Salvat, 1988.
- CARPENITO LJ. *Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica*. 9ª Ed. Madrid: McGraw-Hill - Interamericana, 2002.
- DÍAZ GÓMEZ M (Coord). *Atención integral de enfermería en el niño y el adolescente*. Madrid: Síntesis, 1994.
- JOHNSON M, BULECHEK G, McCLOSKEY DOCHTERMAN J, MAAS M, MOORHEAD S. *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. Madrid: Mosb/Elsevier, 2004.
- LUIS MT. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. 3ª Ed. Barcelona: Masson, 2004.
- McCLOSKEY DOCHTERMAN J, BULECHEK GM.(Ed) *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 4ª Ed. Madrid: Mosby/Elsevier, 2005.
- MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 3ª Ed. Madrid: Mosby/Elsevier, 2005. Madrid: Mosby/Elsevier, 2004.
- MORGAN SPEER K. *Cuidados de Enfermería en Pediatría*. Barcelona: Doyma, 1993.
- MUSCARI ME. *Enfermería Pediátrica*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1998.
- NANDA *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004*. Madrid: Elsevier, 2004.
- RUDOLPH AM. *Pediatría*. Barcelona: Labor, 1995.
- RUIZ GONZÁLEZ M, MARTÍNEZ BARELLAS MR, GONZÁLEZ CARRIÓN P. *Enfermería del niño y adolescente*. Madrid: D.A.E, 2000
- WAECHER EH, PHILLIPS J, HOLADAY B. *Enfermería infantil*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1996.
- WONG D, BAKER C. «Pain in children: comparising of assesment scales». *Pediatric Nursing*, 14, 9-17.

ANEXO II: Escala del dolor

From Wong D L, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein M L, Schwartz P. Wong's Essentials of Pediatric Nursing, ed 6. St Louis 2001, p 1301. Copyrighted by Mosby, Inc. Reprinted by permission.

DAVID PÉREZ BARRENO, JUAN MIGUEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ, ESTRELLA PAVES LORENZO, DAVINIA MARRERO DEL CASTILLO:

Educación al alta para paciente prostatectomizado radical

RESUMEN

Teniendo en cuenta el número de pacientes que son diagnosticados al año de cáncer de próstata, la intervención a la que son sometidos (en nuestra unidad un total de 78 prostatectomías radicales durante el 2004) y la importancia de que no sufran complicaciones durante el posoperatorio, nos hemos planteado realizar un trabajo descriptivo sobre la educación sanitaria que en estos casos es necesaria proporcionar al paciente para dotarlo de conocimientos que garanticen su autocuidado.

Destacamos la importancia de la educación sanitaria, durante toda la hospitalización del paciente, de entre todas las intervenciones de enfermería ante un paciente prostatectomizado, ya que le proporcionamos así los conocimientos necesarios para un mejor autocuidado, evitando posibles complicaciones durante el posoperatorio.

Palabras clave: prostatectomía radical, complicación potencial, educación sanitaria.

SUMMARY

Considering the number of patients who are diagnosed to the year of prostate cancer, the intervention which is put under (in our unit a total of 78 radical prostatectomías during the 2004) and the importance of which they do not undergo complications during the postoperating one, we have considered to make a descriptive work on the sanitary education which in these cases it is necessary to provide the patient, to equip it with knowledge that guarantee their autocares.

We emphasized the importance of the sanitary education, during all the hospitalization of the patient, of between all the interventions of infirmary before a patient prostatectomizy, since we provided therefore the necessary knowledge to him for the best one autocare , avoiding possible complications during the postoperating one.

Key words: Radical prostatectomy, potential complication, sanitary education.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el segundo cáncer más común en los hombres, y la segunda causa principal de muerte después del cáncer de pulmón que afecta a los varones españoles. Este tipo de cáncer se da con mayor frecuencia en varones adultos, ya que la próstata sigue creciendo durante la mayor parte de la vida, de forma que a partir de los 60 años es muy frecuente encontrar una forma benigna de la próstata llamada hipertrofia prostática benigna.

Este tipo de cáncer crece lentamente y en su estadio inicial puede no producir signos ni síntomas, según avanza el crecimiento del tumor comienzan a aparecer algunos como, por ejemplo, goteo al final de la micción, sangre en la orina, disminución de la fuerza del chorro de orina...

La tasa de supervivencia a los 5 años es de un 85% para aquellos pacientes cuyos cánceres se descubren en una etapa precoz, y la del cáncer en general ha aumentado en un 70% en los últimos años. Rara vez este tipo de cáncer aparece antes de los 55 años, la mayoría de los hombres diagnosticados tienen 65 años o más, a pesar de que este cáncer se está volviendo más frecuente, posiblemente por el aumento en la esperanza de vida.

Algunos factores de riesgo para desarrollar la enfermedad son:

- Antecedentes familiares.
- Exposición al cadmio.
- Dietas ricas en grasas.
- Hombres sometidos a vasectomías.

El tratamiento del cáncer debe ser sumamente individualizado y deben considerarse muchos factores, como: etapa de la enfermedad, antecedentes del paciente, edad, esperanza de vida, etc.

La terapia más utilizada es la cirugía, es decir, la prostatectomía radical, y sólo se lleva a cabo si el cáncer no se ha diseminado fuera de la próstata. Otras terapias son la resección transuretral, la criocirugía, tratamientos hormonales... Otros, como la quimioterapia, suelen ser poco efectivos en el tratamiento de este tipo de cáncer.

La población masculina española se muestra cada vez más sensibilizada de la importancia del diagnóstico precoz en el cáncer de próstata. Las medidas para lograr esa detec-

ción temprana del tumor son fundamentalmente dos. Determinación del antígeno prostático específico (PSA), una proteína cuya alta concentración en sangre puede indicar la presencia de alteraciones en la próstata, y el tacto rectal. Aunque el PSA reviste mayor importancia, lo idóneo es realizar las dos pruebas.

Se ha destacado el papel de las campañas de prevención, que han permitido que la mayoría de los varones de entre 50 y 75 años conozcan los riesgos. En sólo quince años se ha conseguido disminuir el número de descubrimientos del cáncer en fase metastásica en casi un 60%.

Objetivos

- Obtener la documentación necesaria para elaborar una guía de cuidados al alta.
- Enumerar los diagnósticos de enfermería derivados de la intervención quirúrgica.
- Identificar las complicaciones más comunes tras una prostatectomía radical.
- Describir las intervenciones de enfermería al alta.

Material y métodos

«*Cada año se diagnostican en España 8.000 nuevos casos de cáncer de próstata y el 80 por ciento se detectan cuando todavía se encuentran en sus primeras fases y el tumor está localizado. Es el resultado de las campañas de educación sanitaria realizadas en los últimos años y la insistencia de los expertos de recomendar la visita al urólogo para someterse a una revisión.*

Aunque hay mucha controversia sobre la necesidad de esta revisión y la edad a partir de la cual debe acudir el varón periódicamente al especialista, lo recomendable es hacerlo a partir de los 50 años, excepto si hay antecedentes familiares de cáncer de próstata, en cuyo caso conviene acudir antes. Cada vez son más los españoles que acuden periódicamente para someterse a una revisión», ha asegurado Antonio Allona, del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, en el LXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología (AEU), que se está desarrollando en Las Palmas de Gran Canaria (1).

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más comunes entre la población masculina, algunos de ellos crecen lentamente y persisten durante mucho tiempo sin causar síntomas significativos, mientras que otros se comportan agresivamente. Más del 95% de éstos son adenocarcinomas que se originan en los acini prostáticos, pueden aparecer en cualquier punto de la próstata, pero en contraste con la hiperplasia predominan en la periferia. Con frecuencia, los tumores son multifocales. En una misma muestra pueden encontrarse variaciones en el tamaño de las células, en la forma del núcleo y los nucleolos, en el grado de diferenciación glandular, y en la cantidad de mucina y fosfatasa ácida, pero las zonas menos diferenciadas del tumor (es decir, las de mayor malignidad histiológica) son las que al parecer determinan su comportamiento biológico.

En la clasificación por grados de Gleason se asigna de forma independiente un número del 1 al 5 (de mayor a menor diferenciación) a los tipos histiológicos glandulares dominante y secundario, y luego se suman esos números para obtener una puntuación total de 2 a 10 en cada tumor. Esta clasificación es reproducible y guarda correlación con la evolución de la enfermedad y la supervivencia del paciente.

Los demás cánceres prostáticos se dividen en: carcinomas epidermoides y de células de transición, carcinoma del utrículo prostático y los carcinosarcomas.

El carcinoma de próstata puede ser asintomático, tanto en su fase precoz como avanzada. Cuando hay síntomas, las manifestaciones habituales por orden de frecuencia descendente son: disuria, dificultad para la micción, mayor frecuencia de las micciones, retención urinaria completa, dolores de espalda o caderas y hematuria.

Una maniobra básica para la detección de este tipo de carcinoma es el tacto rectal, nunca se insistirá bastante sobre la importancia de esta técnica dentro de la exploración física sistemática del varón. El nivel del PSA sérico es el elemento más sensible para detectar precozmente el cáncer de próstata y se eleva en el 65% de los casos.

La biopsia de la próstata es esencial para confirmar el diagnóstico y está indicada cuando se descubre alguna anormalidad al efectuar la palpación, al determinar el nivel de PSA sérico o en las técnicas de imagen, o bien cuando aparecen síntomas del tracto urinario inferior en un varón que no tiene causas conocidas de obstrucción.

El tratamiento del cáncer de próstata consiste en cirugía y radioterapia para la enfermedad localizada y manipulación hormonal y quimioterapia combinadas para la enfermedad metastásica. El tratamiento se basa en la magnitud de la enfermedad y en la situación física del paciente, se le pueden realizar procedimientos quirúrgicos para obtener biopsia del tumor, para clasificación y extirpación de la neoplasia o con fines paliativos para controlar la diseminación de la neoplasia o con fines paliativos para controlar la diseminación de la enfermedad o aliviar los síntomas que provocan sufrimiento.

Los métodos quirúrgicos para prostatectomía en pacientes con cáncer de próstata son los mismos que para la hipertrofia prostática benigna, pero en la mayor parte de los casos el procedimiento quirúrgico es mucho más extenso e incluye linfadenectomía pélvica.

La prostatectomía radical es un procedimiento quirúrgico que consiste la extirpación de la glándula junto con la cápsula prostática, el manguillo en el cuello vesical, las vesículas seminales y los ganglios línfáticos regionales. El resto de la uretra se anastomosa al cuello vesical, la extirpación de tejido en el cuello vesical permite que el líquido seminal fluya hacia la vejiga en lugar de hacerlo hacia la uretra, lo que da lugar a eyaculaciones retrógradas. En el Hospital Universitario de Canarias (HUC), al 100% de los pacientes a los que se les realiza una prostatectomía radical, conjuntamente a esta intervención, se le realiza una vasectomía, evitando así dichas eyaculaciones. El paciente queda estéril, pero conserva su capacidad para la erección y el orgasmo.

La prostatectomía radical se puede realizar por vía suprapúbica, retropúbica y perineal. Aquellos pacientes a los que se les realiza una prostatectomía perineal después de la cirugía pueden sufrir disfunción de la erección o impotencia. Estos fenómenos se relacionan de manera directa con la lesión de los nervios pudendos (que se requieren para la erección y orgasmo) durante la operación.

Una complicación común de las prostatectomías radicales es la incontinencia urinaria.

«*El cáncer de próstata es uno de los tumores más frecuentes entre la población española. Afortunadamente, gracias en gran medida a las campañas de prevención, el 80 por ciento de los casos se diagnostican en fases tempranas, por lo que se pueden curar*», según ha reconocido Antonio Allona, secretario general de la Asociación Española de Urología durante su LXVIII Congreso Nacional que se celebra en Las Palmas (2).

En nuestra unidad de hospitalización, en el año 2004 se realizaron setenta y ocho prostatectomías radicales. Siendo las edades comprendidas entre 43 y 77 años y la edad media es de 64 años. La estancia media de hospitalización fue de 10 días y la estancia media tras la intervención fue de 9 días. El número de pacientes que presentaron complicaciones durante la hospitalización fue de 8, algunas de las cuales no tenían relación directa con la intervención quirúrgica:

- Fuga de la anastomosis uretrovesical.
- Seroma de herida quirúrgica MRSA.
- Ileo paralítico.
- Anemización progresiva, inestabilidad hemodinámica, hematoma en rectos abdominales y retroperitoneo.
- Deterioro de la función renal por toxicidad (cefalosporinas), seroma de herida quirúrgica.
- Bradicardia (marcapasos)

Y un total de cinco pacientes reingresaron, siendo los motivos los a continuación descritos:

– Eventración.
– Evisceración.
– Disuria y fiebre.
– Hematuria.

El 65% de los pacientes que fueron intervenidos en el 2004 en nuestra unidad acudieron a consulta externa de urología por presentar problemas relacionados con la intervención a la que fueron sometidos. Del total de los casos:

- El 45% presentó incontinencia urinaria.
- El 19% presentó disfunción eréctil.
- 1,2% MRSA en herida quirúrgica (un solo caso).
- 1,2% MRSA en orina (un solo caso).
- 5,12% seroma herida quirúrgica.
- 10,25% disuria.
- 1,2% edema de glotis por detrusitol (un solo caso).
- 1,2% hernia inguinal derecha (un solo caso).
- 2,5% eventración herida quirúrgica.
- 3,8% fugas.
- 5,12% hematuria.
- 5,12% fiebre.
- 1,2% evisceración (un solo caso).

«EL CÁNCER DE PRÓSTATA ES UNO DE LOS TUMORES MÁS FRECUENTES ENTRE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA. AFORTUNADAMENTE, GRACIAS EN GRAN MEDIDA A LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN, EL 80 POR CIENTO DE LOS CASOS SE DIAGNOSTICAN EN FASES TEMPRANAS, POR LO QUE SE PUEDEN CURAR»

Teniendo en cuenta en qué consiste una prostatectomía radical y los problemas que presentaron los pacientes intervenidos en el 2004 en nuestra unidad, determinamos que los diagnósticos de enfermería más comunes son:

- Déficit de conocimientos.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Disfunción sexual.
- Alteración de la eliminación urinaria.
- Alto riesgo de infección.
- Alteración de la integridad tisular.
- Riesgo de intolerancia a la actividad.
- Alto riesgo de lesiones.
- Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal: hipertermia.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Incontinencia urinaria: de esfuerzo, funcional y de urgencia.
- Estreñimiento.

Las intervenciones de enfermería propuestas para cada uno de estos diagnósticos son las a continuación descritas:

- Déficit de conocimientos:
  – Educación sanitaria.
  – Enseñanza del proceso de enfermedad, procedimiento y tratamiento.
- Deterioro de la integridad cutánea:
  – Cuidado de las heridas.
  – Control de las infecciones.
- Disfunción sexual:
  – Disminución de la ansiedad.
  – Enseñanza: individual.
- Alteración de la eliminación urinaria:
  – Cuidados de la incontinencia urinaria.
  – Sondaje vesical.
  – Control de las infecciones.
  – Cuidados del catéter urinario.
  – Control de líquidos.
- Alto riesgo de infección:
  – Control de la infección.
  – Cuidados del catéter.
  – Vigilancia periódica de los signos vitales.
- Alteración de la integridad tisular:
  – Cuidados de las heridas.
  – Protección contra las infecciones.
- Riesgo de intolerancia a la actividad:
  – Asesoramiento.
- Alto riesgo de lesiones:
  – Cuidado del catéter.

  - Educación sanitaria.
  - Prevención de caídas.
- Alto riesgo de alteración de la temperatura corporal:
  - Vigilancia.
  - Protección contra las infecciones.
- Trastorno de la imagen corporal:
  - Asesoramiento.
  - Cuidados de las heridas.
  - Potenciación de la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles.
- Incontinencia urinaria: de esfuerzo, funcional y de urgencia:
  - Control de líquidos.
  - Ejercicios del suelo pélvico.
  - Cuidados de la incontinencia urinaria.
- Estreñimiento:
  - Control de la nutrición.
  - Control de líquidos.
  - Uso de medicamentos.

Destacamos sobre todas las intervenciones la educación sanitaria, ya que con la asimilación de los conocimientos necesarios, el paciente podrá evitar la mayor parte de las complicaciones durante su posoperatorio.

RESULTADOS

El diagnóstico déficit de conocimientos es común a todos los pacientes, sobra decir la importancia de la educación como actuación ante el mismo, esa es la razón por la que tras los datos obtenidos, hemos resaltado los cuidados que deberá mantener el paciente en su domicilio tras su intervención, incluyendo no sólo los de la herida quirúrgica y de la sonda vesical, sino también las conductas a seguir, para evitar las complicaciones más frecuentes, y cómo actuar en caso de que éstas aparezcan.

De los 78 pacientes sometidos a una prostatectomía radical en 2004 en nuestro servicio, un 65% acudió al servicio de consulta externa de urología, de los cuales un 10,25% presentaron problemas relacionados con la herida quirúrgica y un 21,8% se pueden relacionar al mal manejo de la sonda vesical, de ahí la importancia de resaltar los siguientes cuidados:

Cuidados de la sonda vesical

- Utilizar bolsas de drenaje externo durante el día, atadas a su pie, procurando vaciarlas con frecuencia.
- Utilizar bolsas de noche para dormir, no precisan vaciado.
- Lavarse las manos antes de los cambios de bolsa.
- Lavar con agua y jabón el pene y la sonda vesical.
- Evitar darse tirones.
- No elevar la bolsa de diuresis por encima de su cintura.

Cuidados de la herida quirúrgica

- Lavar con agua y jabón, secar bien y poner solución antiséptica.

Otros cuidados

- Limitar las actividades físicas durante dos semanas tras la intervención.
- No levantar objetos pesados.
- No conduzca.
- No realice ejercicios pesados como subir escaleras.
- Beber entre dos y tres litros de líquidos al día (sobre todo agua).
- Lleve una dieta regular, rica en fibra, incluyendo frutas y verduras, suplementos de fibra como por ejemplo salvado, pan integral... Esto facilita la evacuación intestinal y evita esfuerzos.
- Use un laxante ligero si fuese necesario.
- Debe bañarse y/o ducharse de manera regular.

Junto con los cuidados, creemos que es muy importante que el paciente sepa identificar cuáles son los problemas más comunes que se le pueden presentar durante su posoperatorio, los enumeramos a continuación:

- Aparición de orina turbia.
- Sangrado fuerte o aparición de coágulos.
- Fiebre.
- Disuria o dolor en región pélvica.
- Fuga de orina a través de anastomosis vésico-uretral.
- Anuria.
- Caída de la sonda vesical.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Dehiscencia de la herida quirúrgica.
- Incontinencia urinaria tras retirada de sonda vesical.
- Disfunción eréctil.

DE LOS 78 PACIENTES SOMETIDOS A UNA PROSTATECTOMÍA RADICAL EN 2004 EN NUESTRO SERVICIO, UN 65% ACUDIÓ AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE UROLOGÍA, DE LOS CUALES UN 10,25% PRESENTARON PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA HERIDA QUIRÚRGICA Y UN 21,8% SE PUEDEN RELACIONAR AL MAL MANEJO DE LA SONDA VESICAL

Atendiendo a los siguientes datos:

- el 45% de los pacientes presentaron incontinencia urinaria;
- el 19% disfunción eréctil.

Cobra importancia informar a los pacientes de que son complicaciones íntimamente relacionadas con la intervención. Creemos que desde el primer momento, el paciente debe conocer las alternativas existentes, para paliar y controlar dichas complicaciones.

- **Incontinencia urinaria.** Proponemos los siguientes ejercicios (ejercicios de Kegel):

1. Contraer los músculos perineales de tres a cinco segundos, como si se deseara evitar orinar y luego relajarlos.
2. Hacer fuerza como si deseara defecar y luego relajarlos.

3. Coger aire con los labios apretados mientras contrae los músculos y expulsarlo mientras los relaja.
4. Sentarse en el baño con las rodillas separadas mientras orina, y entonces detener el chorro de la orina y luego seguir orinando.

- **Informando al paciente sobre los siguientes tratamientos** (bajo prescripción del urólogo). Tratamiento farmacológico:

1. Anticolinérgicos: tolterodina (Urotrol, Detrusitol), soliferazina (Vesicare). Tratamiento quirúrgico: esfínter artificial.

Teniendo en cuenta el período de tiempo que pasa el paciente utilizando pañales de incontinencia tras la retirada de sonda, haremos hincapié sobre las medidas higiénicas a seguir para evitar posibles infecciones.

- **Disfunción eréctil.** Informaremos al paciente sobre las posibilidades farmacológicas y quirúrgicas existentes en el mercado:

1. Silderafilo (Viagra), vardenafilo (Levitra), tardalafilo (Cialis) por vía oral y el altrostadilo (Caverject) por vía intracavernosa.
2. Prótesis peneanas.

Remitiéndolo siempre al urólogo.

SE DEBERÍA ENTREGAR AL PACIENTE UNA GUÍA CON LOS CUIDADOS MÁS IMPORTANTES, EN DONDE DE FORMA CLARA Y PRECISA SE EXPLIQUE LAS CONDUCTAS A SEGUIR, PALIANDO DE ESTA MANERA LA ANSIEDAD QUE SUELEN PRESENTAR, AL IRSE A SUS DOMICILIOS PORTANDO AÚN SONDA VESICAL Y LOS PUNTOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

CONCLUSIONES

Destacamos la importancia de la educación sanitaria de entre todas las intervenciones de enfermería ante un paciente prostatectomizado, ya que le proporcionamos así los conocimientos necesarios para un mejor autocuidado, evitando posibles complicaciones durante el posoperatorio. Ésta se ha de realizar durante todo el ingreso, facilitando el *feed-back*.

Sin embargo, creemos que se debería entregar al paciente una guía con los cuidados más importantes, en donde de forma clara y precisa se explique las conductas a seguir, paliando de esta manera la ansiedad que suelen presentar, al irse a sus domicilios portando aún sonda vesical y los puntos de la herida quirúrgica. ▼

BIBLIOGRAFÍA Y ENLACES DE INTERÉS

- *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (CIE). Proyecto de intervenciones de IOWA. Editorial: Síntesis. 1999.
- Revista ENFURO (Asociación de Enfermería en Urología) nº 88. Diciembre 2003. Artículo: «Prostatectomía radical: estandarización de cuidados al alta». Autores: Miguel A. Caraballo Núñez, Pedro Boza, Gema Maestud, Elena Romero, Elena Álvarez. Unidad de Urología. Fundación Hospital Alcorcón (Madrid).
- *Principios de Medicina Interna.* Harrison. Volumen I. XV Edición. 1998. Editorial: McGrawHill-Interamericana.
- *Biblioteca Enfermería Profesional.* Enfermería Médico Quirúrgica. McGrawHill-Interamericana. Volumen 1.
- http:// latina.obgyn.net/ espanol / articles / diciembre/ 99 / la %20incontinencia%20 de 20 orina.
- http://www.cuanba.com / educaciosanitaria/ incontinencia.
- http:// familydoctor.org/ e642.xml.
- Enfermeras del Consorcio Sanitario de Tenerife. Editorial: MAD.sl. Mayo 2004. Volumen 1.
- http://www.iladiba.com./ Salud Hoy.
- http://www.ondasalud.com.
- http://www.hisandherhealth.com
- http:// www.greenhosp.org
- http://www.tuotromedico.com

LoFric® Primo™ es la nueva alternativa para sondaje intermitente.

La sonda lleva incluido el agua, por lo que no es necesario buscar una fuente segura de agua. El envase es tan pequeño y flexible que se puede guardar hasta en un bolsillo. Y se puede abrir de muchas maneras diferentes, adaptándose a cada persona.

La Tecnología de Superficie Urotonic, disponible en todas las sondas LoFric, es el único sistema en el mundo que aporta la seguridad de un sondaje sin problemas a largo plazo. Es el único sistema que asegura que la fricción sea mínima tanto en la introducción como en la retirada, para evitar las sorpresas cuando lo retiras.

LoFric® Primo™

Sin concesiones

LoFric, LoFric Primo y la Tecnología de Superficie Urotonic son marcas registradas de Astra Tech, una compañía del grupo AstraZeneca. Astra Tech, S.A. Carrer 73, Nave 9, Polígono Pedrosa (RPTE) L'Hospitalet de Llobregat. T: 93 264 31 60 Fax: 93 336 32 51 www.astratech.com

Lleida
25, 26, 27 y 28 de octubre de 2006

XXVIII Congreso de Enfermería Urológica

PRESENTACIÓN

La necesidad de actualización y concretamente el interés para mejorar la calidad de nuestra atención, nos ha motivado para organizar el ya, 28 Congreso Nacional de Enfermería Urológica, que tendrá lugar los días 25, 26, 27 y 28 de octubre del 2006.

Nos es muy grato constatar, la emoción de reencontrarnos de nuevo, todos juntos una vez más. Y la ilusión nos es, todavía mayor si cabe, para el equipo organizador y científico, ya que este año, el evento se va a llevar a cabo, en nuestra ciudad: Lleida.

Estará centrado en la problemática del suelo pélvico y nuestra aportación como enfermeros/as en la prevención y tratamiento de sus diversas disfunciones. Dentro de un mundo de competitividad interdisciplinar creciente, debemos mantenernos firmes y ocupar nuestro lugar, en objetivos de atención históricamente de enfermería, tan nuestros como la continencia urinaria, fecal o la salud sexual.

Contamos con evidencia sobre los buenos resultados del tratamiento conservador dirigido y paradójicamente, son escasas las publicaciones de planes de cuidados con evaluación y revisión de los mismos.

Por tanto, nos gustaría que nos aportáseis, en esta convocatoria, protocolos, trayectorias o guías de atención, como propuestas de nueva creación, o bien como valoración de los ya implantados en un servicio o consulta. Intentando con ello, crear un consenso a nivel nacional que unifique criterios y facilite así, el proceso de investigación y mejora de nuestra actuación como colectivo.

Contaremos con un día de simposium multidisciplinar, ya que nos pareció que sería enriquecedor para todos intercambiar experiencias entre los diferentes ámbitos responsables en la atención al suelo pélvico.

Disfrutaremos por tanto, de la presencia de otros profesionales de la salud para que con la reflexión común, el diálogo y la contrastación podamos mejorar y enriquecernos mutuamente.

Lo que hacemos,
Lo que decimos,
Lo que sentimos,
Lo compartiremos, juntos.

Esta edición ha supuesto todo un reto para mantener el elevado nivel científico y a la vez conseguir un atractivo programa lúdico que nos permita disfrutar de unos días muy agradables en la ciudad de Lleida.

El comité organizador y científico, hemos puesto toda nuestra ilusión y esfuerzo para ofreceros un Congreso interesante, dinámico y sobretodo innovador.

Bienvenidos a Lleida.

El Comité Organizador

XXVIII Congreso de Enfermería Urológica

PRE-PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES, 25 OCTUBRE

13,00 h. Acreditaciones y entrega de documentación
15,30 h. Acto de inauguración oficial
16,00 h. Conferencia inaugural
16,30 h. **Mesa redonda**
Registros de enfermería:
Lenguaje enfermero y estandarización de cuidados.
Presentación Planes estandarizados de atención en la IU. (Primaria / hospitalaria). 15' de tiempo x 4 trabajos.
Ponencia
¿Qué escribimos en nuestros registros? Implicación legal
Debate
18,00 h. Café
18,30 h. **Mesa redonda**
Urología, sistemas organizativos e influencia en el paciente y la familia.
Ponencias
Acreditación de calidad. SAS.
La familia como unidad de atención
Nuestro usuario ¿qué quiere? ¿De qué se queja?
21,00 h. **Recepción oficial.**
La Paeria (ayuntamiento). Lunch y actuación de "diablos"

JUEVES, 26 OCTUBRE

10,00 h. Excursión al Pirineo de Lleida
17,00 h. Asamblea de socios
19,00 h. Regreso

VIERNES, 27 OCTUBRE

09,00 h. **Comunicaciones orales. Sesiones I y II**
10,00 h. **Comunicaciones orales. Sesiones III y IV**
11,00 h. Café
11,30 h. **Ponencia**
Enfermería en la educación para la continencia
12,00 h. **Mesa redonda**
Dónde estamos y hacia dónde vamos
Ponencias
Formación de grado (diplomatura actual 2005)
Formación postgrado (máster y doctorado)
Convergencia Europea
Especialidades en enfermería

Competencias asistenciales y quirúrgicas en urología.
Prescripción enfermera.
Debate
Educadoras para la continencia?
¿Uroterapistas? EEF Intrusismo?
¿Comité Nacional para unificación de criterios?
14,00 h. Comida de trabajo
15,00 h. **Presentación y defensa de pósters**
16,00 h. **Comunicaciones orales V y VI**
17,30 h. Presentación XXIX Congreso
18,00 h. Clausura
21,00 h. Cena de gala. Entrega de premios

PONENTES
Rosa Cadena. Enfermera. Sant Pau. Barcelona
Amelia Pérez. Enfermera. Clínic. Barcelona
Juan Sánchez Montaña. Abogado. Barcelona
José Luis Medina. Enfermero. Doctor en Pedagogía. Barcelona
Francisco Milla. Enfermero. Málaga
Amaia Saenz. Enfermera. Vitoria
Paz Mompart. Enfermera. EUE. Toledo
Luís Aparcero. Enfermero. Sevilla
Luisa Guitard. Enfermera .EUI .Lleida
Ana Rodríguez. Enfermera .EUI .Lleida

SÁBADO - 28 OCTUBRE - 2006
Asistencia al simposio sobre incontinencia y disfunciones pelvi-perineales.

09,00h **Apertura:**
Incontinencia/Continencia.
Concepto, prevalencia, carga y coste. Estudio (EPICC).
Dr. Martínez Agulló.

Talleres prácticos.
A escoger 4 talleres según especialidad:
Urología, ginecología, obstetricia, fisioterapia, enfermería, enfermería materno-infantil, psicología.
01. Valoración y exploración suelo pélvico.
02. Urodinámica: ¿Como lo hago?.
03. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos miccionales en la disfunción neurógena.
04. La ecografía en el diagnóstico I.u.

XXVIII Congreso de Enfermería Urológica

05. Parto, posturas y pujos.
06. Electroestimulación y biofeedback.
07. Tratamiento hipopresivo.
08. Educación para la continencia urinaria.
09. Atención de enfermería en la incontinencia urinaria.
10. Estomaterapia.
11. Fisioterapia y sexualidad.
12. Terapia psicológica en las disfunciones sexuales.
13. Aparatos y suelo pélvico. Complementos para la salud sexual.
14. Sofrología.
15. Danza del vientre.
16. Neuromodulación.
17. Cirugía ginecológica de riesgo para la incontinencia urinaria.
18. Riesgo de incontinencia en la cirugía urológica masculina: hbp, prostatectomía radical
19. Cirugía incontinencia urinaria masculina
(en directo desde el Hosp. Sta. María)
20. Cirugía incontinencia urinaria femenina
(en directo desde el Hosp. Sta. María)

13,30 h Comida de trabajo

14,30 h **Mesa redonda**
Factores de riesgo para la I.U
Fisio: Factores de riesgo no obstétricos, deporte, alteraciones lumbopélvicas.
Enfermera: Hábitos nocivos de las AVD (entrenamiento vesical, dieta, estreñimiento)
Ginecólogo: Parto como factor de riesgo, episio, cesárea.
Urólogo: Intervenciones de próstata como riesgo para la I.U.

15,30 h **Mesa redonda**
Prevención I.U, tratamiento conservador y quirúrgico.
Comadrona: Atención en el embarazo post-parto y menopausia.
Enfermera : Educación para la continencia.
Comentar autocateterismos (talleres prácticos).
Fisio: Fisioterapia en la Iu. Masc. y femenina.
Fisio: Gimnasia abdominal hipopresiva.
Urólogo: Farmacología. Novedades.
Alternativas quirúrgicas. I.U masculina y femenina

17,30 h Café

18,00 h **Mesa redonda**
Sexualidad
Andrólogo: Respuesta sexual masculina.
Factores riesgo disfunción eréctil. Tto. novedades.
Enfermera: Guía de atención en la prostatectomía radical.
Psicólogo: Modelos de respuesta sexual femenina: Disfunciones y tto.
Fisio: Parto como factor de riesgo en las disfunciones sexuales femeninas.
Andrólogo: Sexualidad y vejez.

19,30 h **Casos clínicos y debate**
Moderadora Dr. Espuña.
Conclusiones y clausura

PONENTES

Ana Quintanilla. Enfermera. Lleida
Àngels Herrada. Enfermera. Lleida.
Mª Isabel Fondevila. Enfermera. Lleida.
Jordi Cortada. Andrólogo. Lleida
Ricard Recasens. Urólogo. Lleida
Antoni Pesarrodona. Ginecólogo.Terrassa
Olga. Comadrona. Barcelona
Amelia Pérez. Barcelona
Marina Castro. Psicóloga. Barcelona
Montserrat Espuña. Ginecóloga. Barcelona
Errando. Uróloga. Barcelona
Juan Conejero. Urólogo. Barcelona
Pascual Zamora. Enfermero Barcelona
Amelia Pérez. Barcelona
Pere Font. Psicólogo. Barcelona.
Pere Bresco. Ginecólogo. Igualada
Pere Arañó. Urólogo. Barcelona
Lidia Serra. Madrid
Sara Esparza. Fisio. Vitoria
José Miguel Arrostegui. Fisio. Vitoria
José Luis Arrondo. Andrólogo. Navarra
Francisco Milla. Enfermero
Martínez Aguiló. Urólogo. Valencia

PRE-PROGRAMA CIENTÍFICO

PROGRAMA LÚDICO

MIÉRCOLES, 25 DE OCTUBRE
21,00 h. Recepción en el Ayuntamiento (La Paeria)
Lunch de bienvenida en la Paeria y espectáculo "diablos"

JUEVES, 26 DE OCTUBRE
09,00 h. Excursión al Pirineo de Lleida

VIERNES, 27 DE OCTUBRE
21,00 h. Cena de gala

SÁBADO, 28 DE OCTUBRE (para los asistentes al Simposio)
22,00 h. Cena de clausura

Durante todos los días del congreso, los acompañantes disfrutarán de un programa de actividades del que se informará ampliamente en el próximo número.

XXVIII CONGRESO DE ENFERMERÍA UROLÓGICA | LLEIDA | 25, 26, 27 y 28 | OCTUBRE | 2006
ENFURO 06

INSCRIPCIÓN

Datos personales

APELLIDOS

NOMBRE

CENTRO DE TRABAJO

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

C.P. POBLACIÓN PROVINCIA

TEL. FAX E MAIL

Factura a nombre de

NOMBRE EMPRESA N.I.F.

CALLE

C.P. POBLACIÓN PROVINCIA

Inscripción al Congreso días 25, 26 y 27|octubre|2006

TARIFAS	Antes de 25. 09. 06	(Marcar X)	Después de 25. 09. 06	(Marcar X)
SOCIOS ENFURO	375 €	☐	405 €	☐
NO SOCIOS	475 €	☐	495 €	☐
ACOMPAÑANTES	300 €	☐	330 €	☐
ESTUDIANTES Imprescindible adjuntar acreditación	240 €	☐	270 €	☐

La inscripción al Congreso incluye: CONGRESISTAS Y ESTUDIANTES: Acreditación, acceso a los actos, documentación, certificado de asistencia y servicios de restauración y lúdicos descritos en el programa. **ACOMPAÑANTES:** Acreditación y servicios de restauración y lúdicos descritos en el programa.

Cancelaciones: Deberán comunicarse por escrito a la Secretaría Técnica. Se tendrá derecho a la devolución total de la inscripción si se comunica antes de 60 días del inicio del Congreso y del 50%, si se comunica antes de 30 días. No tendrán derecho a devolución las cancelaciones posteriores a estas fechas.

Cambios de nombre: El cambio de nombre de una persona inscrita, comportará siempre unos gastos de 30 euros y sólo se aceptaran hasta el 05-10-06.

Inscripción al Simposio día 28|octubre|2006

La asistencia al Simposio es optativa y gratuita para los inscritos en el XXVIII Congreso, pero si desea asistir, es imprescindible marcar **X** en esta casilla: ☐ ASISTIRÉ AL SIMPOSIO

Talleres

La organización podrá anular los talleres que no cuenten con un mínimo de inscritos.

01. Valoración y exploración suelo pélvico.
02. Urodinámica: ¿Como lo hago?.
03. Diagnostico y tratamiento de los trastornos miccionales en la disfunción neurógena.
04. La ecografía en el diagnóstico i.u.
05. Parto, posturas y pujos.
06. Electroestimulación y biofeedback.
07. Tratamiento hipopresivo.
08. Educación para la continencia urinaria.
09. Atención de enfermería en la incontinencia urinaria.
10. Estomatoterapia.
11. Fisioterapia y sexualidad.
12. Terapia psicológica en las disfunciones sexuales.
13. Aparatos y suelo pélvico. Complementos para la salud sexual.
14. Sofrología.
15. Danza del vientre.
16. Neuromodulación.
17. Cirugía ginecológica de riesgo para la incontinencia urinaria.
18. Riesgo de incontinencia en la cirugía urológica masculina: hbp, protatectomía radical
19. Cirugía incontinencia urinaria masculina (en directo desde el Hosp. Sta. Maria)
20. Cirugía incontinencia urinaria femenina (en directo desde el Hosp. Sta. Maria)

Marque un círculo alrededor de cada taller elegido (máximo 4):

	HORARIOS 09,30	10,30	11,30	12,30
Sala 1	1	1	1	1
Sala 2	2	2	2	16
Sala 3	3	3	3	10
Sala 4	11	11	5	5
Sala 5	4	4	17	17
Sala 6	7	7	7	18
Sala 7	8	8	12	12
Sala 8	9	9	9	9
Sala 9	6	6	6	6
Sala 10	13	13	13	13
Sala 11	14	14	14	14
Sala 12	15	15	15	15
Sala 13	19	19	19	19

En caso de anulación o cámbios, también me interesarían los números: ☐ ☐

Forma de pago

TALÓN
1. Rellene este formulario.
2. Rellene un talón con el importe que corresponda a nombre de **Publinver-enfuro.**
3. Envíe este formulario y el talón por correo a: La dirección de la Secretaría Técnica.

TRANSFERENCIA
1. Realice la transferencia del importe que corresponda a nombre de **Publinver-enfuro** al CC.: 2085 9456 69 0330234075 de Ibercaja.
2. Rellene este formulario.
3. Envíe este formulario y el justificante de la transferencia e indique el nombre de la persona inscrita, al fax 973 271 109, o por correo a la dirección abajo indicada.

De acuerdo con lo establecido en la regulación LO 15/99 referente a la protección de datos personales, la información facilitada en este impreso, será incorporada a una base de datos bajo responsabilidad de la sociedad organizadora. Dicha información sólo podrá ser utilizada para actividades relacionadas con este congreso. Al rellenar este impreso, autorizo a dicha sociedad y a su secretaría a usar sus datos personales. Está en su derecho de modificar o cancelar sus datos, remitiendo un escrito a la sociedad.

SECRETARÍA TÉCNICA

IPOCONGRESSOS / PUBLINVER SL B-25017484

CARDENAL CISNEROS/ 28 25003 LLEIDA T/ 973 271 162 F/ 973 271 109 congressos@publinver.com www.publinver.com

XXVIII CONGRESO DE ENFERMERÍA UROLÓGICA | LLEIDA | 25, 26, 27 y 28 | OCTUBRE | 2006
ENFURO 06

Datos personales

ALOJAMIENTO

APELLIDOS

NOMBRE

CENTRO DE TRABAJO

CALLE

C.P. CIUDAD

TEL. FAX E MAIL

Factura a nombre de

NOMBRE EMPRESA N.I.F.

CALLE

CP CIUDAD

Tarifas

	HOTEL	HABITACIÓN DOBLE		HABITACIÓN INDIVIDUAL	
1	Hotel Condes de Urgel ****	107,00 €		97,37 €	
2	Hotel AC Lleida ****	107,00 €		96,30 €	
3	Hotel Zenit ****	109,15 €		81,85 €	
4	Hotel NH Pirineos ***	118,77 €		107,55 €	
5	Hotel Transit Lleida ***	87,75 €		66,34 €	
6	Hotel Real ***	101,65 €		74,36 €	
7	Hotel Segrià **	67,00 €		64,65 €	
8	H. Ramon Berenguer IV **	59,08 €		59,08 €	
9	Hotel Principal **	69,55 €		52,43 €	

Marque con un x la casilla que le interese. Las tarifas incluyen habitación, desayuno e I.V.A. Las variaciones o anulaciones hasta 15 días antes del Congreso comportarán 6 € en concepto de gastos de gestión. No se aceptarán cancelaciones a partir de los 15 días anteriores al Congreso.

Día de llegada	Día de salida	N. de noches x tarifa	Total alojamiento / €

Forma de pago

TALÓN
1. Rellene este formulario
2. Rellene un talón con el importe que corresponda a nombre de **Viajes Iltrida**
3. Envíe este formulario y el talón por correo a **Central de Reserves Indíbil** Major, 31bis 25007 Lleida

TRANSFERENCIA
1. Realice la transferencia del importe que corresponda a nombre de **Viajes Iltrida** al CC.2074-0107-04-2081420933 de Caixa Terrassa
2. Rellene este formulario
3. Envíe este formulario y el justificante de la transferencia al fax 973 700 480

TARJETA DE CRÉDITO
1. Rellene este formulario
2. Rellene los siguientes datos:

TIPO DE TARJETA TITULAR BANCO

NUM. TARJETA FECHA DE CADUCIDAD

IMPORTE FIRMA

3. Envíe este formulario al fax 973 700 480

CENTRAL DE RESERVES INDÍBIL

MAJOR, 31BIS 25007 LLEIDA TEL. 973 700 319 973 700 402 FAX 973 700 480 E MAIL indibil@paeria.es

XXVIII CONGRESO DE ENFERMERÍA UROLÓGICA
| LLEIDA | 25, 26, 27 y 28 | OCTUBRE | 2006
ENFURO 06

Indique su preferencia de presentación:

ORAL ☐ PÓSTER ☐

La forma definitiva será decidida por el Comité Científico.

Primer comunicante

Centro de trabajo

Dirección para correspondencia

Teléfono Fax E-mail

Título

Autor(es)

RESUMEN

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PRESENTACIÓN DE RESÚMENES DE COMUNICACIONES

FECHA LÍMITE PARA LA PRESENTACIÓN: 15 DE JULIO DE 2006

INFORMACIÓN GENERAL

1. La fecha límite para la presentación de resúmenes será el día 15 de julio de 2006.
2. Los resúmenes deberán enviarse a la Secretaría Técnica, ser transcritos con el procesador de textos Microsoft Word, en cualquier versión, utilizando letra Times New Roman de tamaño 10.
3. Los resúmenes serán de trabajos originales, no habiendo sido publicados ni presentados a Congresos o Jornadas. No incluirán abreviaturas ni referencias bibliográficas.
4. El cuerpo del resumen constará de: Título en mayúsculas y negrita; Palabras clave; Introducción con fines, Propósito y Objetivo; Material y Método utilizados; Resultados; Conclusiones con discusión.
5. Los autores constarán con la inicial del nombre y apellidos completos hasta un máximo de seis, subrayando el apellido de quién presente la comunicación, que deberá estar inscrito necesariamente en el Congreso.
6. Las comunicaciones deberán enviarse a la Secretaría Técnica del Congreso siguiendo el formulario de comunicaciones de la web, bien por correo electrónico adjuntando el archivo Word o bien por correo ordinario enviando el original y una copia de Word grabada en disquete o CD.

PRESENTACIÓN DEL PÓSTER

1. Tendrá un tamaño máximo de 90 cm. de ancho y 130 cm. de alto.
2. El título será legible a 1,5 metros de distancia. Los caracteres serán gruesos y negros.
3. Seguirán la siguiente distribución:
a. Introducción y Objetivos.
b. Material y Método
c. Resultados.
d. Conclusiones y/o Discusión.

En las horas de discusión de pósters se facilitará a los asistentes cualquier documentación acerca de los mismos.

REVISIÓN DE LOS TRABAJOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

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

NORMAS GENERALES PARA TODOS LOS COMUNICANTES

1. El tiempo de exposición para las comunicaciones orales será de 10 minutos.
2. El autor que presente la comunicación representará el resto de autores en la sesión de comunicaciones. Es requisito indispensable enviar a la Secretaría Técnica la comunicación completa antes del 15 de septiembre de 2006.
3. De los trabajos seleccionados, el Comité Científico enviará una copia a la Asociación Española de Enfermería en Urología para su posible publicación en la revista de la Asociación ENFURO.
4. El Comité Científico seleccionará la mejor comunicación oral y póster, otorgando premios premios.
5. Todas las presentaciones tendrán formato MS Power Point. Deberá enviarse previamente a la Secretaría Técnica del Congreso.

NORMAS PARA EL ENVÍO Y PRESENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

FECHA LÍMITE PARA LA PRESENTACIÓN: 15 DE JULIO DE 2006

INFORMACIÓN GENERAL

1. La fecha límite para presentación del Plan de Cuidados será el 15 de julio de 2006.
2. Los resúmenes deberán enviarse a la Secretaría Técnica, ser transcritos con el procesador de textos Microsoft Word, en cualquier versión, utilizando letra Times New Roman de tamaño 10.
3. Los Planes de Cuidados serán de trabajos originales, inmediatos, no habiendo sido publicados ni presentados a Congresos o Jornadas. No incluirán abreviaturas ni referencias bibliográficas.
4. Los autores constarán con la inicial del nombre y apellidos completos hasta un máximo de seis, subrayando el apellido de quién presente el plan de cuidados, que deberá estar inscrito necesariamente en el Congreso.

REVISIÓN DE LOS TRABAJOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

1. Todos los Planes de Cuidados incluirán: resumen de valoración, diagnósticos de enfermería, objetivos y actividades de enfermería.
2. Todos los planes de Cuidados recibidos serán entregados al COMITÉ Científico, quien lo revisará o decidirá cuales son los cuatro planes de cuidados, que optan al premio, decisión que será tomada por todos los componentes por votación personal e intransferible.
3. Los planes de Cuidados que no se ajusten a la calidad científica exigida, serán devueltos a sus autores.
4. Si el Plan de Cuidados es aceptado será optar a su presentación en el Congreso, deberá formalizar la inscripción, al menos, uno de sus autores.
5. El Comité comunicará por correo o e-mail la fecha y hora de exposición y defensa de su Plan de Cuidados.

NORMAS GENERALES PARA TODOS LOS AUTORES DE PLANES DE CUIDADOS

1. El tiempo de exposición para los Planes de Cuidados será de 10 minutos.
2. De los trabajos seleccionados, el Comité Científico enviará una copia a la Asociación Española de Enfermería Urológica para su posible publicación en la revista de la Asociación ENFURO.
3. Todas las presentaciones tendrán formato MS Power Point.

ENVÍO DE LOS PLANES DE CUIDADOS

Los Planes de Cuidados deberán enviarse a la Secretaría Técnica del Congreso por correo electrónico adjuntando el archivo Word, o bien por correo ordinario enviando el original y una copia en Word grabada en disquete o CD.
Se empleará siempre la letra Times New Roman de tamaño 10 y el siguiente orden:
a. Título: en mayúsculas y negrita.
b. Autores: Inicial del nombre y apellidos. Subrayando el autor que presentará el Plan.
c. Centro de trabajo.
d. Dirección postal para envío de correspondencia, correo electrónico, teléfono y fax.
e. Plan de Cuidados.

SECRETARÍA TÉCNICA

iPCONGRESSOS / PUBLINVER SL B-25017484

CARDENAL CISNEROS/ 28 25003 LLEIDA T/ 973 271 162 F/ 973 271 109 congressos@publinver.com www.publinver.com

CONOZCAMOS UN POCO...

EL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID

EL Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid está ubicado en el Área Sanitaria XI al Sur de la ciudad de Madrid. EI edificio principal consta de 15 plantas; en ellas se encuentran Ios diferentes servicios de cirugía y medicina, edificios adjuntos son Ios de Maternidad, Pediatría, pabellón de Urgencias, pabellón de Medicina Comunitaria y pabellón de Docencia, entre otros, lo que hace que este complejo hospitalario sea uno de Ios hospitales más completos dentro de la geografía española, desde el punto de vista asistencial, docente e investigador.

EI área sanitaria dependiente directamente del hospital 12 de Octubre abarca una población aproximada de 800.000 personas.

Es el centro de referencia para todas Ias urgencias en determinadas especialidades como Cirugía Maxilofacial, Vascular, Cardiaca y Neurocirugía, así como para patologías complejas del resto de hospitales próximos. Tiene dos helipuertos, uno para pacientes politraumatizados o en situatión crítica.

Actualmente el hospital tiene funcionando 1.470 camas atendidas por una plantilla de aproximadamente 6.000 personas. Cuenta con una alta tecnología y una muy buena vocación docente de Ios diferentes componentes de Ios servicios.

Servicio de Urología

• UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN. Sita en la planta 9ª de la Residencia General (Edificio Central), dispone de 47 camas, tres de Ias cuales son individuales y el resto en habitaciones que albergan dos camas.

Se distribuyen en dos bloques arquitectónicamente unidos, pero separados por un pasillo común en donde se encuentran Ias salas de exploración endoscópica, ecografía endocavitaria, secretaría, cuarto aséptico, sendos controles de Enfermería con su cuarto séptico, farmacia, despachos, sala de estar de Enfermería y cuarto del médico adjunto de guardia.

La plantilla de Enfermería está compuesta por:

– 1 supervisor de hospitalización, urodinámica, andrología y litotricia.
– 16. D.E. en hospitalización distribuidos/as en turnos de manana (10), tarde (7) y noche rotativos.
– 1 D.E. en urodinámica.
– 1 D.E. en andrología,
– 1 D.E. en litotricia. En turno de manana estas tres subunidades funcionando como una policlínica. Además, dos días en semana la D.E. de litotricia atiende la unidad de patología prostática. 14 auxiliares de Enfermería en hospitalización asignadas en turnos de mañana (8), tarde (6) y noche rotativos.
– 1 A.E. atendiendo Ias consultas de urodinámica y andrología.
– 1 A.E. atendiendo la litotricia junto con la unidad de patología prostática.

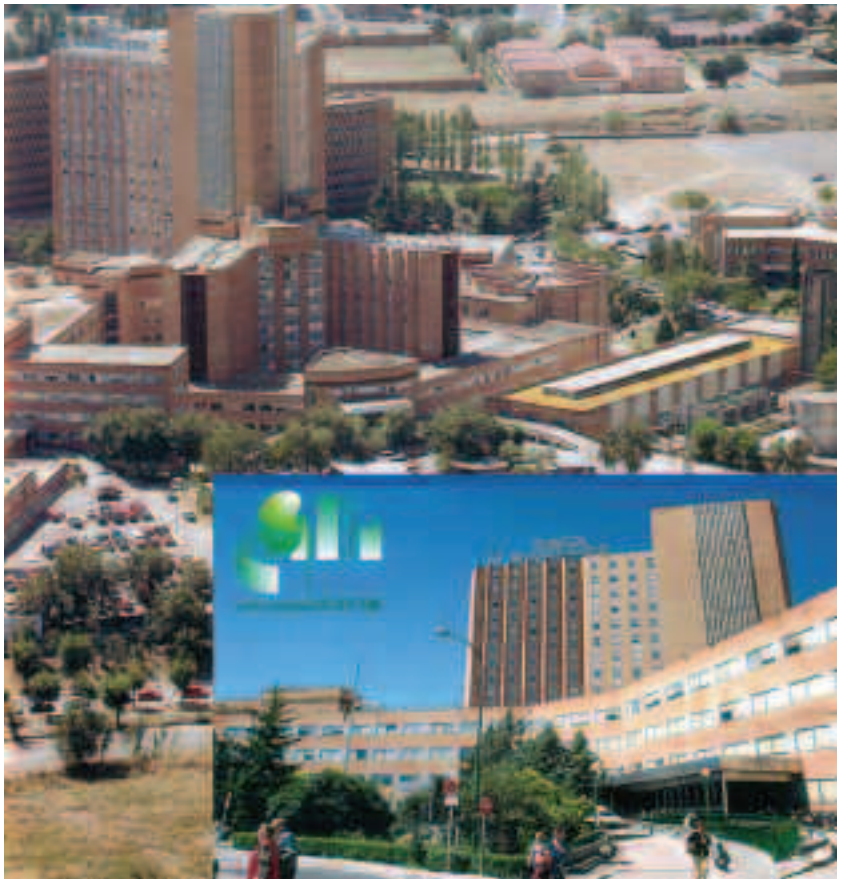
• UNIDAD DE ECOGRAFÍA ENDOCAVITARIA. Se halla en la planta 9ª, desde su creación ha desarrollado una gran actividad, encargándose de la realización de las exploraciones de diagnóstico ultrasónico endocavitario y de la realización de biopsias prostáticas y renales. Además, de la sala propia de ecografía intervencionista dispone de un estar que hace la función de un hospital de día, compartido todo ello por un médico urólogo, un/a enfermero/a y una auxiliar de Enfermería en turno matinal.

• UNIDAD DE TRANSPLANTE RENAL. Compuesta por médicos urólogos. Dire que es una de las más activas del país.

Actividad ésta en consonancia con el Servicio de Nefrología.

• UNIDAD DE URODINÁMICA. Comparten el trabajo con dos médicos, una enfermera y una auxiliar de Enfermería.

• UNIDAD DE ANDROLOGÍA. Se puede decir que es la primera Unidad del Servicio y una de las primeras del



país en constituirse como tal. lgualmente comparten el trabajo dos médicos, una enfermera y una auxiliar de Enfermería compartida con urodinámica.

• UNIDAD DE LITIASIS URINARIA. Servicio de litotricia extracorporea por ondas de choque, desde su instalación en 1988 la actividad ha superado los 20.000 tratamientos, en jornada laboral diurna, actualmente compartido por dos médicos urólogos, una enfermera y una auxiliar de Enfermería,

• UNIDAD DE PATOLOGÍA PROSTÁTICA. Es la unidad más recientemente creada, poniéndose en funcionamiento en octubre de 1992. La consulta se realiza dos días por semana durante toda la jornada laboral, atendiéndose a los pacientes con HBP y cáncer de próstata.

• UNIDAD DE UROGINECOLOGÍA E INTERCONSULTA. En ella se atiende a aquellas pacientes que requieren intervención clínica o quirúrgica, precedente de los Servicios de Ginecología y Obstetricia de nuestro hospital.

• UNIDAD DE CONSULTA GENERAL. Asistencia general diagnóstica y seguimiento de los pacientes, procedimientos endoscópicos, seguimiento de la patología tumoral urotelial y las diferentes manipulaciones exploratorias que los/as enfermos/as requieran.

• UNIDAD DE BRAQUITERAPIA. En conjunción con el Servicio de Radioterapia y Física Médica se realizan implantes de Yodo 125 en el tratamiento de cáncer de próstata. ▼

Núñez Martínez G., de Miguel Santamaría I., Cuadrillero Rodríguez F., Calvo Domínguez M.E., Núñez Pérez S., Rodríguez Valtueña M.L. D.E. Hospitalización de Urología H.C.U de Valladolid.
González de Zárate Apiñaniz, J.F.E.A. Anestesia H.C.U.V.

Manejo del dolor posoperatorio en cirugía radical urológica con analgesia epidural

RESUMEN

La analgesia epidural lumbar posoperatoria es una técnica muy útil en el manejo del dolor posoperatorio (D.P.O.) tras cirugía radical urológica (C.R.U). Presentamos los resultados del análisis de nuestra experiencia con el manejo de ropivacaína 0,2 %, vía epidural, con bomba de perfusión continua. Por el grado de analgesia y confort posoperatorio conseguidos, así como la reducción del trabajo del equipo de enfermería, pensamos que la analgesia posoperatoria epidural con ropivacaína es una técnica idónea y de fácil manejo en planta para la enfermería de urología.

Palabras clave: Dolor posoperatorio, analgesia epidural, cirugía radical urológica.

Key words: postoperating pain, epidural analgesia, Urologic radical surgery.

Introducción

El tratamiento del D.P.O. es una obligación médica sanitaria, social y ética, que nos afecta a todos los que atendemos a pacientes posoperados, ya que disminuye la morbilidad de los pacientes, mejora su satisfacción y previene las complicaciones (1, 2).

El planteamiento de la analgesia epidural en C.R.U. es debido a que en los últimos años estamos asistiendo a un aumento en la C.R.U. Hace aproximadamente tres años se introduce en el H.C.U. de Valladolid frente al tratamiento convencional intravenoso, pudiendo observar que la aplicación de la técnica para analgesia epidural ocupa el 80% de los casos intervenidos.

La analgesia epidural se coloca a través de un catéter epidural, siendo los anestesistas los encargados de su realización. Los únicos criterios seguidos para no realizar la técnica son las coagulopatías o la imposibilidad en la colocación del catéter.

Se introduce frente al tratamiento convencional y se aplica como protocolo de analgesia combinada; general más epidural (AC: G+E), en nefrectomías, prostatectomías y cistectomías. La AC: (G+E) intraoperatoria es una técnica idónea para C.R.U. que otorga al paciente una reversión relajante y libre de dolor, permitiendo que el paciente salga despierto del quirófano sin dolor. Además es una analgesia posoperatoria muy eficaz.

Los criterios para la aplicación de analgesia epidural son:

- **Uso frecuente de la C.R.U.**
  - Duración y hemorragia en C.R.U.
  - Cuidados posoperatorios.
  - Dolor posoperatorio y duración del mismo.
- **Los cuidados de enfermería** se ven comprometidos con el tratamiento adecuado del dolor posoperatorio y se pueden beneficiar de las ventajas de la analgesia epidural posoperatoria.
- **La analgesia epidural** es la mejor técnica actual para el D.P.O. de Cirugía Abdominal, Urológica, Obstetro-Ginecológica y Traumatológica.

El objetivo es describir los resultados del análisis de la aplicación de un protocolo de analgesia posoperatoria epidural con ropivacaína, analgésico local, de larga duración y baja toxicidad, recientemente introducido, en nuestro medio.

Justificación

Surge la necesidad de que la enfermería aprenda el manejo de la analgesia epidural posoperatoria.

1. Conociendo los fundamentos de la técnica

a) Corresponde a los anestesistas la realización de la punción y posterior colocación del catéter epidural, con la intención de depositar el anestésico local y bloquear la transmisión de los impulsos, a lo largo de los nervios espinales mixtos; esto permite mantener una anestesia para cirugía de larga duración y analgesia para el periodo posoperatorio muy útil; se utiliza corrientemente el abordaje lumbar.

b) El efecto terapéutico se consigue dentro del espacio extradural (epidural), comprendido entre el ligamento amarillo en la parte anterior y la duramadre en la posterior, que tiene un grosor medio de 0,5 cm.

2. Evaluación del D.P.O.

a) Valoración de la persistencia del efecto terapéutico, estableciendo un umbral del dolor controlado y permaneciendo en alerta para un posible rescate con analgesia combinada si precisa.

3. Manejo de las bombas de perfusión.

4. Manejo y guía de actuaciones en la analgesia epidural:

a) Adecuación del ritmo de la infusión, según precise el paciente, disminución de la dosis hasta la retirada del catéter y actuación en la retirada del catéter.

5. Evaluación de nuestros resultados:

a) Por grupos de pacientes, que deberemos anotar en las hojas de enfermería, para que el equipo valore las próximas actuaciones, en función del tipo, intensidad y duración del D.P.O. según el tipo de intervención a que fueron sometidos y a los efectos terapéuticos, atendiendo al tratamiento seguido.

OBJETIVOS

Pretendemos conseguir el alivio eficaz en el D.P.O. al que, a veces, hay que agregar las molestias propias de la intervención, producidas por la sonda nasogástrica, por la ansiedad, nerviosismo, gases, etc.

Otro objetivo es facilitar la labor del equipo de enfermería, con analgesia epidural versus analgesia I.V. convencional.

Es un camino para aumentar la calidad de los cuidados del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Material y métodos (I)

1. Estudio comparativo abierto, controlado y retrospectivo.

Se ha efectuado un estudio, con 60 historias de pacientes, divididas en dos grupos atendiendo al tipo de analgesia posoperatoria, que corresponden a pacientes de C.R.U. intervenidos de nefrectomías, cistectomías y prostatectomías.

2. Aprobado por la Comisión de Investigación y con el consentimiento informado de los pacientes.

3. 2 GRUPOS: pacientes sometidos a C.R.U.

– G-I (n = 32): Analgesia Epidural.
– G-2 (n = 28): Analgesia Convencional I.V.

G-I: Perfusión Epidural lumbar alta, continúa con Ropivacaína 0,2 % (Naropín®), entre 6 - 10 ml/h, 3 - 4 días.

G-II: Paracetamol (Perfalgan®, 1 vial / 6 h) o Metamizol (Nolotil®/ 8 h) o Ketorolaco (Tonum®/ 8 h) + Tramadol (Adolonta®/ 8 h).

– Rescate con Cloruro Mórfico.

Material y métodos (II)

1. Catéter epidural lumbar alto/ torácico bajo, funcionante.

– Es la vía de administración de la analgesia, sale del espacio epidural, justo en el lugar donde actúa el efecto terapéutico y mediante sujeción con menfix, recorre la espalda hasta llegar al hombro, terminando en un filtro antibacteriano, donde se conecta el sistema.
– BOMBA DE PERFUSIÓN (ABBOTT®).

Su objetivo es la precisión en el volumen total y ritmo de administración.

Ventajas en seguridad, con señales acústicas y visuales, con alarmas para oclusión, aire y equipo fín de dosis, fallo red eléctrica.

Analgesia con Ropivacaína 0,2%, preparada en bolsas de 100 ml con administraciones entre 6 -10 ml/h, a través de bomba, dura más de 14 horas cada bolsa a perfundir, manteniendo el efecto terapéutico largo tiempo, manteniendo un umbral en el D.P.O. controlado y con baja toxicidad.

Entre la bolsa, el equipo de la bomba, el filtro antibacteriano y el catéter epidural se crea un circuito cerrado; en las historias revisadas no se observó ni una sola infección a través del catéter.

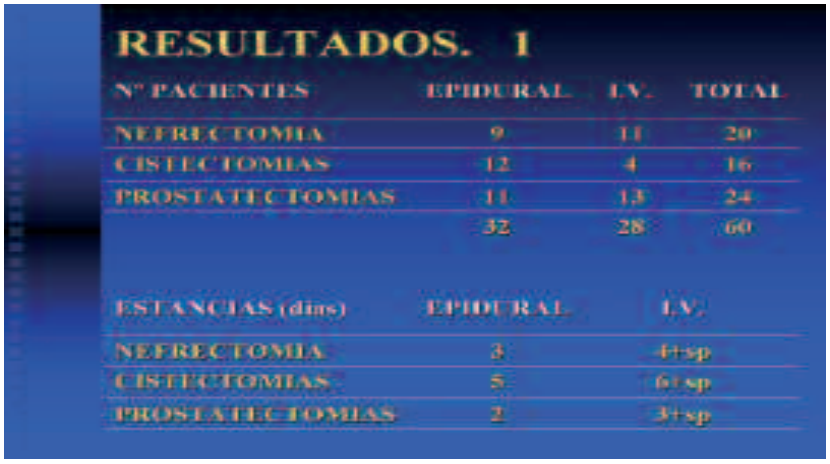
RESULTADOS

Resultados (I)

En la primera parte del cuadro se representa el número de pacientes del estudio abierto y el tratamiento que recibieron en la planta de Urología.

En la segunda parte del cuadro se esquematiza los días de analgesia, con tratamiento epidural e I.V.

No olvidemos que el dolor (3), por definición, es una experiencia sensorial y emocional, desagradable, asociada a lesiones tisulares reales o posibles, o bien expresadas como si estas lesiones existieran.



La ausencia de dolor está en relación directa con la recuperación, el confort y el alta del paciente. En la analgesia epidural hay una importante disminución en los días que el paciente precisa analgesia y está controlada continuamente, se puede decir que generalmente durante el posoperatorio se mantiene el efecto terapéutico.

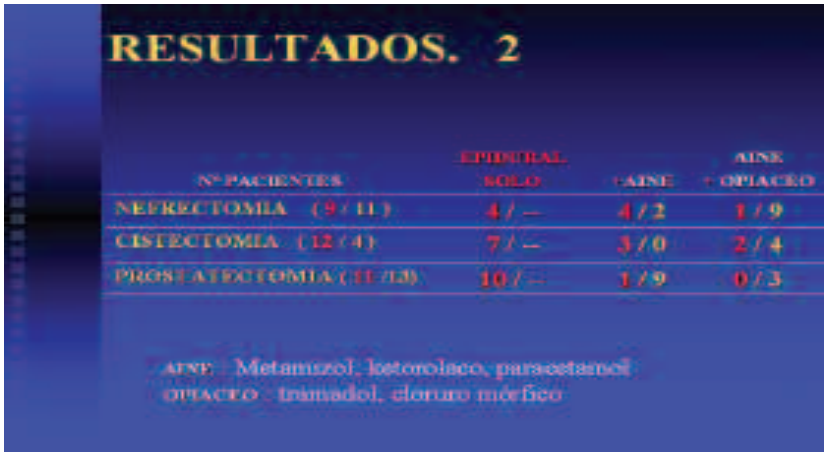
Con respecto a la analgesia convencional, el estudio refleja que precisaron más días de analgesia pautada y continuaron algún día más con analgesia si precisa y el paciente no tuvo un control adecuado del dolor.

La analgesia preventiva epidural disminuye el dolor posquirúrgico en la prostatectomía radical retropúbica, y permite una recuperación más rápida de la actividad de los pacientes tratados (4).

Según estudios (5, 6) la cistectomía radical es un procedimiento de larga duración que se asocia con una considerable pérdida sanguínea. La combinación de anestesia epidural con la general proporciona excelentes condiciones para esta operación y disminuye las pérdidas hemáticas; en las prostatectomías, con anestesia epidural, se ha referido una menor incidencia de trombosis.

Resultados (II)

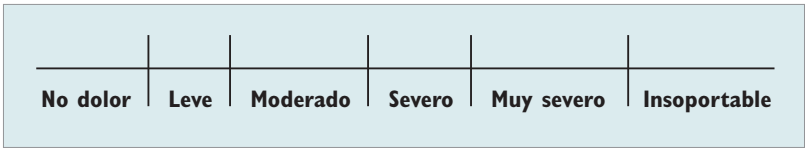
Asociaciones más frecuentes en relación con los tratamientos recibidos en planta de Urología.



Los pacientes que recibieron analgesia epidural y además se les administró AINE, sólo necesitaron una dosis durante el primero y segundo día.

Como en cualquiera de los ámbitos del estudio y tratamiento del dolor (7), es importante la valoración de sus características (inicio, irradiación, etc.). En este sentido es deseable manejar algún tipo de método reconocido de medición del dolor, que sea sensible, fiable y fácil de aplicar en la práctica. Al ser una experiencia subjetiva, sólo el propio individuo podrá dar información sobre la intensidad, duración y tipo del dolor que padece; las escalas que necesitamos para valorar el dolor se denominan «de valoración subjetiva o autoevaluación del dolor».

La que hemos utilizado y hemos recogido en las hojas diarias de enfermería de cada paciente es la escala de valoración verbal o descriptiva simple, en la que el paciente señala el adjetivo (suave, moderado..., insoportable).



Evaluación del D.P.O. en C.R.U.

En la unidad de R.E.A. y en planta de Urología el estudio abierto alcanzó los siguientes resultados, atendiendo a los tratamientos reflejados en la Tabla 1.

CONCLUSIONES

Ventajas de la analgesia epidural

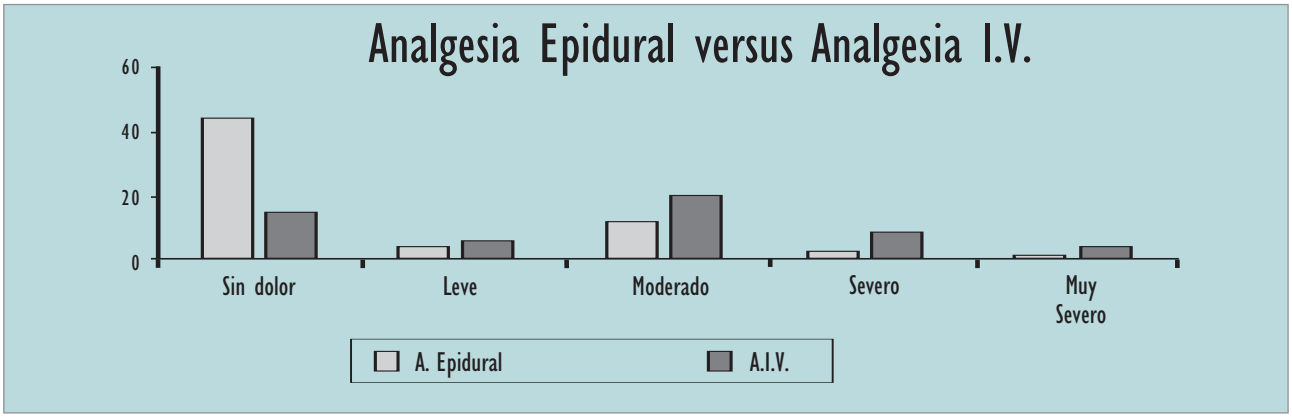
- Hay una mejoría en el grado de analgesia posoperatoria con respecto a la analgesia I.V.
- Es más cómoda para el paciente facilitando las tareas del equipo de enfermería.
- El paciente tiene mejor confort posoperatorio, se siente mejor y menos angustiado al saber que su dolor va a estar controlado mediante una analgesia continua.
- Aclara dudas en el paciente y disminuye la ansiedad con respecto a la analgesia I.V.

Desventajas

- Algún paciente con bloqueo motor unilateral que cede fácilmente al bajar el ritmo de administración de la ropivacaína o cede espontáneamente.
- En el presente estudio se observó en dos ocasiones hipotensión arterial leve y un solo caso con fallo de analgesia probablemente por desprendimiento del catéter. ▼

TABLA I. Evaluación del D.P.O. en C.R.U.

	Sin Dolor	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	Insoportable
CON ANALGESÍA EPIDURAL						
Nefrectomías (9)						
REA	5	2	2			
PLANTA	5	1	2	1		
Cistectomías (12)						
REA	8		3	1		
PLANTA	7		3	1	1	
Prostatectomías (11)						
REA	10		1			
PLANTA	9	1	1			
CON ANALGESÍA I.V.						
Nefrectomías (11)						
REA	3	1	4	3		
PLANTA	3		4		4	
Cistectomías (4)						
REA			4			
PLANTA			1	3		
Prostatectomías (13)						
REA	5	3	5			
PLANTA	4	3	3	3		



BIBLIOGRAFÍA

(1) LIU. S., Carpenter R.L., Neal J. M., «Epidural anesthesia and analgesia: Their role in postoperative outcome». *Anestesiology* (Revista). 1987; 66: 729-36 ISI/medeine.

(2) Ferrante F.M., ed, Ostheimer G. W., ed, Covino G.B., *Patient-Controlled Analgesia*. Boston, Mass: Blackwell Scientific Publications. 1990.

(3) Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP).

(4) Allan Gottschalk, MD, David S., Smith, MD, David R. Jobes, MD. «Preemptive Epidural Analgesia and Recovery From. Radical Prostatectomy». *Jama* 1998; 279: 1076-1082.

(5,6) Gottschalk and Frank. The Efficacy of Preemptive for acute postoperative pain management: A Meta Analysis Anesth Analg 2005; 100: 757-773.

(7) Fernández del Busto, E., González de Zárate Apiñaniz, J. *Manual de Urología General 2004*. Lección 36. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial. Universidad de Valladolid.

Manuela León Bolívar, María Lombraña Mencía, Berta Acebrón Antón. Hospital Clínic de Barcelona

Educación sanitaria en la unidad de hospitalización del Servicio de Urología

Palabras clave: paciente/familia, educación sanitaria, guía, prealta y alta.

Key words: patient/family, sanitary education, guide, pre-discharge and discharge

Introducción

Si retrocedemos en la historia de los cuidados enfermeros, observamos que se han modificado durante la última década. Ello se debe a nuevos factores que han hecho variar las técnicas quirúrgicas y han reducido la estancia media de los pacientes en los centros hospitalarios, todo ello acompañado de un aumento de la edad de los mismos. Estos hechos requieren un nuevo planteamiento de cuidados por parte de enfermería como es la información o educación sanitaria de las personas ingresadas o de sus familiares.

La enfermedad es un momento de crisis en la vida del individuo que le obliga a adaptarse a una nueva situación que puede prolongarse a corto o medio plazo o puede cambiar su vida y la de su entorno familiar permanentemente. La finalidad inmediata de la información y la educación sanitaria durante el ingreso hospitalario es precisamente ayudar a la persona y a su entorno familiar a adaptarse a esta nueva situación. La educación se refiere a todo objeto de aprendizaje determinado por las necesidades del cliente y debe ser planificada.

El proceso de atención de enfermería permite a la enfermera individualizar los cuidados que tiene que dispensar a los pacientes; esto le permite identificar los problemas que van a necesitar intervenciones específicas y así ver las necesidades de aprendizaje.

Según Lawrence W. Green: «*La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias planificadas destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables*».

La enseñanza se puede llevar a cabo en cualquier momento, pero para ser eficaz, el profesional de enfermería debe escoger el que sea mejor para el paciente. Estableciendo un orden de prioridad en los cuidados, debe dar respuesta a las necesidades específicas del usuario antes de iniciar el proceso de enseñanza. Sin embargo, teniendo en cuenta la fase de aprendizaje en la cual se encuentra el paciente, el equipo de enfermería debe comenzar la enseñanza lo más pronto posible. Todo ello a fin de permitir al paciente aprender a su ritmo y según sus necesidades.

Desde nuestra experiencia, la información o educación sanitaria es un elemento estratégico para el autocuidado. Se lleva a cabo con una planificación de educación sanitaria en la unidad durante el periodo de ingreso de los pacientes, con continuidad, para aquellos que lo requieran, por el equipo de enfermería del Área Básica de Salud.

Objetivo

Valorar la necesidad y capacidad del paciente y/o familia para proporcionarse los cuidados que necesitará en el posoperatorio.

Planificar y sistematizar la información y educación sanitaria durante el ingreso hospitalario de acuerdo a las necesidades del paciente y su entorno.

Identificar los casos que precisarán continuidad de cuidados por el Área Básica de Salud (ABS) para realizar el informe de PREALTA.

MATERIAL Y MÉTODO

Material
Bibliografía referente a las patologías urológicas y a la educación sanitaria en las mismas.

Método
Se revisaron y se identificaron las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en la unidad y que precisaban intervención de educación y/o prealta y que fueron los siguientes:
- Sondaje vesical temporal o permanente.
- Nefrostomía.
- RTU x TMV o HBP.
- Cistectomía radical con derivación urinaria tipo BRICKER.
- Cistectomía radical con derivación urinaria tipo NEO-VEJIGA.
- Prostatectomía radical abierta y por laparoscopia.
- Otras intervenciones quirúrgicas con herida quirúrgica (Nefrectomía, Pielolitotomía, Uretroplastia termino-terminal...).

Se elaboró un plan de enseñanza para cada uno de estos casos con el fin de unificar criterios y actuaciones del equipo de enfermería. Cada plan comprende:
– Objetivos específicos.
– Contenido.
– Recursos.
– Evaluación.

Para elaborar estos planes de educación para la salud se tuvo en cuenta la siguiente información:
1. Si la intervención quirúrgica va a condicionar la vida de la persona, a corto, medio o largo plazo.
2. Cómo vive el paciente y su familia el proceso.
3. Conocimientos y habilidades que han de adquirir:
- Hábitos de vida saludable y rehabilitación las primeras semanas.
- Cura de la herida y manejo de los dispositivos.
- Signos y síntomas que pueden aparecer en el posoperatorio, que son normales o que van a precisar atención médica.

CON LA EXPERIENCIA CONSTATAMOS LA NECESIDAD DE DESARROLLAR UN PLAN DE EDUCACIÓN CENTRADO EN LAS NECESIDADES DEL PACIENTE A LO LARGO DE SU ESTANCIA EN LA UNIDAD. PARA LA APLICACIÓN DEL PLAN SE CREÓ UNA GUÍA DE EDUCACIÓN SANITARIA

A modo de ejemplo se describe a continuación uno de los planes elaborados.

«PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL PACIENTE INTERVENIDO DE CISTECTOMÍA RADICAL CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER» DURANTE SU INGRESO EN LA UNIDAD

Objetivo: el paciente será capaz de proporcionarse los cuidados de la urostomía y conocerá los signos y síntomas normales por los que debe acudir al especialista.

Contenido: anatomía y fisiología del sistema renal y urinario.
- Derivación urinaria tipo Bricker.
- Higiene.

Uso y aplicación de los diferentes dispositivos:
– Bolsa de dos cuerpos y recolectora de noche.
– Signos y síntomas de irritación y/o infección.
– Enfermera de referencia en el domicilio.

Recursos:
– Folleto informativo.
– Explicaciones y demostraciones prácticas en presencia del acompañante principal o cuidador.

Evaluación: la enfermera valorará y registrará si se han conseguido los objetivos.

Aplicación de la Educación para la Salud (EPS)

La intervención de educación planificada en nuestra unidad comenzó en realidad con la edición de folletos informativos sobre el posoperatorio de las intervenciones quirúrgicas más comunes y otras situaciones. Éstas se entregaban en el momento del alta: pacientes con herida quirúrgica, sonda vesical, prostatectomía radical, neovejiga, Bricker, corporoplastia, varicocele, hidrocele, disfunción eréctil, incontinencia vesical, biopsia prostática múltiple, RTUxTMV o HBP...

Con la experiencia constatamos la necesidad de desarrollar un plan de educación centrado en las necesidades del paciente a lo largo de su estancia en la unidad. Para la aplicación del plan se creó una guía de educación sanitaria donde se registran las actividades ordenadas por secuencias y las anotaciones de evaluación.

La valoración que se realiza para saber si el paciente y/o familia puede recibir información y educación sanitaria, durante los días que esté ingresado, consta de los siguientes ítems:
– Estado mental general del paciente.
– Edad.
– Información que posee el paciente sobre su intervención.
– Interés en adquirir conocimientos sobre su enfermedad.
– Calidad de las relaciones interpersonales.
– Movilización.
– Capacidad de retener conocimientos.
– Habilidades para llevar a la práctica los cuidados que deben aplicarse.

A partir de esta información se empieza a aplicar la guía de Educación Sanitaria, que se expone a continuación.

Guía de Educación Sanitaria

Paciente con capacidad para entender los cuidados que debe tener después del alta: ☐ Sí ☐ NO

Motivo:

☐ Edad avanzada ☐ Deterioro cognitivo ☐ Negación de la enfermedad

Otros: *Especificar* .....

Persona de referencia que recibe la información:

☐ Paciente ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Padres ☐ Hermano/a ☐ Otro cuidador

☐ Avisar a la Asistenta Social.

INTERVENCIÓN POR RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA Y PRÓSTATA RTUxTMV.O HBP

T.T	T.M.	INTERVENCIONES	VALORACIÓN EMPÍRICA
		Día de inicio	
Día +1 +2		Entrega hoja de información al alta	❒ Firma
	Día +2 +3	Aclarar dudas de la hoja informativa	❒ Firma

PACIENTES CON HERIDA QUIRÚRGICA

T.T	T.M.	INTERVENCIONES	VALORACIÓN EMPÍRICA
		Día de inicio	
	Día +1 +2	Explicar cómo se realiza la cura de la H.Q.	❒ Firma
Día +1 +2		Explicar cuáles son los signos de alerta de infección de la H.Q. y recomendaciones al alta	❒ Firma
	Día +3 +4	El paciente o familia debe realizar la cura de la H.Q. en presencia de la enfermera	❒ Se realiza la cura de la H.Q. ❒ El familiar realiza la cura ❒ Tienen dificultades para realizar la cura ❒ Firma
Día +3 +4		Reforzar los cuidados e información de las recomendaciones al alta	❒ Comprende los cuidados que debe tener al alta ❒ Se deben reforzar con más explicaciones ❒ Firma
	Día +5 +6	Entregar alta por escrito con la información que ha recibido durante el período de hospitalización	❒ Firma
Día +5 +6		Reforzar conocimientos.	❒ Conoce y comprende los cuidados ❒ Conoce y no puede realizarse el autocuidado ❒ Firma

Observaciones .....

PACIENTES PORTADORES DE S.V.

T.T	T.M.	INTERVENCIONES	VALORACIÓN EMPÍRICA
Día +1 +2		Entregar y explicar díptico	❒ Firma
	Día +1 +2	Entregar una bolsa de recogida de orina de día y otra de noche. Informar sobre su utilización.	❒ El paciente ha comprendido el manejo de ambas bolsas ❒ No lo ha comprendido ❒ Firma
Día +3 +4		Aclarar dudas sobre los conceptos que el paciente y/o cuidador no tienen claros. Comprobar que tienen las bolsas y enseñar cómo se deben cambiar.	❒ Se aclaran dudas relacionadas con... ❒ Comprenden toda la información. ❒ Firma
	Día +3 +4	El paciente y/o familia debe realizar el cambio bolsa de noche por la de día, en presencia de la enfermera.	❒ Realiza el cambio sin dificultad ❒ Tiene dificultad para cambiarse la bolsa ❒ Firma
Día +5 +6		Repetir el mismo procedimiento que por la mañana, cambio de bolsa de día por la de noche.	❒ Realiza el cambio sin dificultad ❒ Tiene dificultad para cambiarse la bolsa ❒ Firma
	Día +5 +6	Entregar alta por escrito con la información que ha recibido durante el período de hospitalización.	❒ Firma

DERIVACIONES URINARIAS: Bricker ☐ Cistectomía radical Urostomía ☐

T.T	T.M.	INTERVENCIONES	VALORACIÓN EMPÍRICA
Día -1	Día -1	Entregar set de información al paciente	❒ Firma
	Día +1+2	Realizar la cura del estoma o del catéter, y explicar al paciente y/o familia cómo deben realizarlo en su domicilio. Entregar las bolsas recolectoras de orina.	❒ Comprenden con facilidad ❒ Tienen dificultades ❒ Firma
Día +1 +2		Comprobar si el paciente y/o familia han comprendido los cuidados que le han sido explicados por la mañana y aclarar las posibles dudas relacionadas con el autocuidado. Informar sobre las modificaciones de hábitos en su vida. Ejemplo: cambios en la dieta habitual.	❒ Explican lo aprendido en el T.M. ❒ Se aclaran las dudas relacionadas con... ❒ Firma
	Día +3 +4	El paciente y/o familia realiza la cura del estoma y el cambio de bolsa en presencia de la enfermera responsable.	❒ Realiza la cura y el cambio de bolsa ❒ Tiene dificultades ❒ Firma
Día +3+4		Informar de las recomendaciones al alta. Insistir en el conocimiento de los síntomas normales y síntomas por los que debe acudir a urgencias. Informar de los posibles cambios en su vida sexual.	❒ Conoce y comprende la sintomatología de su enfermedad ❒ Conoce y no comprende ❒ Firma
	Día +5 +6	Reforzar conocimientos y aclarar dudas Entregar alta de enfermería	❒ Firma
Día +5 +6		Reforzar conocimientos y aclarar dudas Entregar alta de enfermería	❒ Firma

DISEÑO DE PLANTILLA DE PREALTA:

Diagnóstico/s y motivo de ingreso: .....

Nombre .....
parentesco .....
edad .....
(del cuidador a domicilio)

Dirección al alta: .....
Tel.: .....

Total índice Barthel al alta (ABVD): .....
Comer
Lavarse (baño)
Vestirse/Desvestirse
Arreglarse
Deposición
Micción
Uso del WC
Traslado cama/sillón
Deambular
Subir y bajar escaleras

Conocimientos adquiridos por el paciente/familia: .....
Cuidados realizados en el hospital y que requieren continuidad a domicilio: .....

Trabajo Social
Ha habido intervención social: Sí .....
No .....

Responsable TS: .....
Tel. .....

Recurso al alta: .....
Día del alta prevista: .....

Se ha informado al paciente y/o familia que este documento lo enviaremos al Equipo de Atención Primaria de su Área Básica de Salud.

COMUNICADO DE PREALTA PARA DIFERENTES ÁREAS BÁSICAS DE LA ZONA (ENVIADO POR CORREO ELECTRÓNICO).

OBSERVACIONES

Durante los días +1 y +2, el paciente, el familiar de referencia o el cuidador principal empiezan a recibir instrucciones y pautas de autocuidado. Se presta especial atención al progreso que van realizando. Durante los días +3 y +4 se prosigue en la educación sanitaria de forma que al llegar al día +5 o +6, en los procesos patológicos más complicados, el usuario debe realizar el autocuidado en presencia de la enfermera.

Algunos pacientes requerirán seguimiento al regresar a su domicilio. Para garantizar a estos pacientes una continuidad de los cuidados de enfermería y una asistencia adecuada se tramita el documento de Prealta dirigida al ABS (Área Básica de Salud).

La Prealta es un informe donde básicamente constan la identificación del usuario, la valoración de enfermería y la solicitud de continuidad de unos cuidados concretos y detallados. Este documento es enviado por correo electrónico al ABS dos días antes de que el paciente abandone el hospital.

Todos los pacientes recibirán un documento de alta de enfermería, donde se hace constar toda la información referente a su patología que han ido recibiendo durante el período de estancia en la unidad.

VALORACIÓN

El diseño y la aplicación de un plan de educación permiten consensuar objetivos, unificar criterios de actuación, optimizar recursos, abordar la educación desde el primer día del ingreso y aplicarla de forma progresiva durante el período de estancia en la unidad.

De acuerdo con los datos consignados en la guía-modelo de aplicación del plan para la educación sanitaria, al 95% de los usuarios se les aplica el plan de educación; un 5% será derivado a Asistencia Social para tramitar un centro de cuidados paliativos.

Dentro del grupo de pacientes a los que se ha ido informando, y educando, algunos no habrán podido asimilar los conocimientos necesarios para ser autónomos en su domicilio. Las causas son siempre múltiples y pueden estar motivadas por estancia corta en la unidad, estado anímico del paciente y la familia, incapacidad del paciente para comprender las explicaciones, falta de tiempo del equipo de enfermería, etc. A estos pacientes, dos días antes de la

previsión al alta, se les tramita un informe de Prealta y se remite al Área Básica de Salud de referencia del paciente.

Debemos recordar que el proceso patológico modificará la vida del paciente a corto, medio o largo plazo y se ha constatado que a mayor información y formación del paciente y/o familia sobre la patología, el autocuidado, el apoyo domiciliario o la continuidad de las curas por parte de profesionales del ABS, disminuye la ansiedad que puede producir el miedo a lo desconocido.

EL CUIDADO MÉDICO O ENFERMERO NO ES TAN SÓLO LA CURACIÓN DEL PACIENTE. PARA OFRECER UN SERVICIO DE CALIDAD SE IMPONE MEJORAR EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y/O EDUCACIÓN SANITARIA A LOS PACIENTES Y A SUS FAMILIARES CON UN DOBLE OBJETIVO

CONCLUSIONES

Cuando las nuevas técnicas quirúrgicas progresan disminuye la estancia media de los pacientes, por lo tanto es importante mejorar las actuaciones de enfermería en la información y educación sanitaria. Hay tres líneas básicas de actuación: la mejora de los registros de información, el documento de Prealta que conectará con los responsables enfermeros del Área Básica de Salud y el documento de alta en particular. Los tres ayudan al paciente a entender mejor su enfermedad y al equipo de enfermería a valorar lo que hacemos y cómo lo hacemos para trasmitirlo mejor a la sociedad.

El cuidado médico o enfermero no es tan sólo la curación del paciente. Para ofrecer un servicio de calidad se impone mejorar el tratamiento de la información y/o educación sanitaria a los pacientes y a sus familiares con un doble objetivo. En primer lugar, un paciente bien informado percibe con mejor talante las atenciones que recibe y mejora su colaboración. En segundo lugar hay que tener en cuenta los ahorros de costes derivados de la correcta prevención, del seguimiento de los protocolos y de la responsabilización de pacientes y familia.

Finalmente, constatar la importancia de abrir esta nueva visión y método de «información y educación sanitaria». Puede suponer un alto valor añadido a la práctica enfermera y aportar una relación de continuidad entre los cuidados de los equipos de enfermería del hospital y los del Área Básica de Salud de referencia. Esto último es del todo necesario ya que la práctica profesional, en la actualidad, nos enfrenta a una mayor complejidad. El impacto derivado del incremento de las tecnologías, el progresivo envejecimiento de los usuarios y la continua aparición de pacientes con pluripatología, así como otros importantes factores, juegan y jugarán todavía más un gran papel en la competitividad de la profesión en general y del profesional de enfermería en particular. ▼

Nuestra página web

>>> LA ASOCIACIÓN CAMBIA LA WEB: CAMBIA **.net** por **.org**
Para hacerla más operativa, e incluso poder gestionarla 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 más 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

NOTICIAS

Cambios

Como ya se os ha notificado en carta personalizada, hemos cambiado el domicilio de nuestra sede, siendo el actual:
C/ Conde de Peñalver 96-2º A 28006 Madrid. Teléfono y fax: 91 402 42 74

También hemos cambiado el correo electrónico que pasa a ser: **enfuro@enfuro.org**
Y la página web que ahora es **www.enfuro.org**

Nueva Junta Gestora

Al haberse producido la dimisión de la actual Junta Directiva, y hasta la celebración de nuevas elecciones en Lleida, ha sido nombrada, según prevén los estatutos, por los asesores de la Asociación una Junta Gestora que dirigirá nuestra Asociación hasta entonces y que ha quedado formada por:

Presidenta:	Doña Mercedes Martín Valenciano
Secretario:	D. José Remírez Suberbiola
Tesorero:	D. Vicente Carrasco Rozalén
Vocal:	D. Francisco Estudillo González
Vocal:	Doña Ana Quintanilla Sanz

Elecciones

El próximo mes de octubre, durante la celebración del XXVIII Congreso de Lleida, se celebrarán elecciones a Junta Directiva. Os recordamos que, según los estatutos vigentes, las candidaturas serán presentadas mediante listas cerradas a la totalidad de los cargos.
El plazo de presentación de candidaturas comenzará el próximo día 15 de junio y finalizará el 15 de septiembre. De todo esto, recibiréis completa información en vuestro domicilio.