enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 98. Junio 2006

XVIII Congreso en LLeida, programa e información adicional

Plan de cuidados urologicos al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena

La función del auxiliar de enfermería en los planes de cuidados del anciano urológico

Evolucion de la actividad en los registros de enfermeria en pacientes que ingresan para prostatectomia

Noticias de interés

ENFURO
nº 98 / Abril/Mayo/Junio 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 urologicos al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena. Aranda Álvarez de Lara, M. I.; Pérez González J.; Rosell Casarrubios M.C. 6
- La función del auxiliar de enfermería en los planes de cuidados del anciano urológico R. Rivero Gutiérrez; C. Díaz García; Mª J. Ferrero Bernardino; F. Cuadrillero Rodríguez 11
- ESPECIAL XXVIII Congreso de Enfermería Urológica (Lleida, 25-28 octubre 2006) 16
- Enuresis nocturna primaria. Delgado Aguilar, Herminia; Pereda Arregui, Enrique; Remirez Suberbiola, Jose Manuel; Delgado Aguilar, Maria Jesús 24
- Evolución de la actividad en los registros de enfermeria en pacientes que ingresan para prostatectomia. Hernández San Antonio, N.; Gorjón Hernández, J.; Martín Hernández, I; Rasero Requejo, A. y Ortiz Sánchez R. 28
- Endoprótesis ureterales. Muñoz Rubio, P.L.; Madrigal Ortego, E.; Rodríguez Hernández, F.; Calvo Domínguez, E.; Cuadrillero Rodríguez, F. y Fernández Samaniego, E. 31
- Noticias 34

Fé de erratas: *En el nº 91 de esta revista, pags.:19 a 29 de nuestra revista, fue publicado el articulo: «Efectividad de las recomendaciones al alta en pacientes prostatectomizados del Hospital Santiago Apóstol de Victoria», y por error fueron omitidos sus autores, los cuales son: Jiménez Mendia, Dolores, Pelegrín Gaspar, Pedro Mª, Gómez Colmenero Mª del Mar, Ortiz de Latierro Negueruela, Olga. Pedimos disculpas a los autores por dicha omisión.*

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

Termina una etapa, un ciclo…

QUERIDOS compañeros y lectores de nuestra revista, se acerca el comienzo del periodo electoral en el que elegiremos una nueva Junta Directiva que conduzca nuestra Asociación. Durante años, quizás demasiados, la actual Junta ha trabajado codo con codo, para que tanto Asociación como Revista fueran creciendo y haciéndose un hueco en el panorama Asociativo-Científico-Sanitario de nuestro País. Creemos que en muchos aspectos lo hemos conseguido (cuentas saneadas, revista en claro auge, creación de pagina web, éxito organizativo en los congresos etc.) en otros quizás no tanto, pero lo importante es que nos queda la satisfacción del deber cumplido y no haber escatimado esfuerzos para conseguirlo, dedicándole horas de nuestro tiempo para que todo funcione.

Por todo ello creemos es de justicia agradecer desde estas líneas a todas aquellas personas que han formado parte de esta Junta Directiva y esta Redacción, o han colaborado con ellas, por su entrega y tesón y pediros a vosotros lectores y socios que os animéis a darnos el relevo con el compromiso del trabajo y la responsabilidad, un reto para aquellos de vosotros que deis el paso, además del orgullo de representar al colectivo de Enfermería que mas años lleva asociado, todo lo demás, vendrá por añadido.

Por otra parte siempre nos tendréis a vuestra disposición por si desde nuestros años de experiencia en algo os podemos ayudar.

Gracias a todos.

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

Aranda Álvarez de Lara, M. I.; Pérez González J.; Rosell Casarrubios M.C.
Enfermeras/os de la Unidad de Enfermería a Urología. Centro Nacional de Parápléjicos. Toledo.

Plan de cuidados urologicos al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena

Palabras clave: : lesion medular, vejiga neurogena, plan de cuidados.

Key words: medullary lesion, neurogenic bladder, plan of cares.

Introducción

La génesis de una Unidad de Enfermeros destinados a realizar los cuidados en el manejo de la eliminación urinaria, se remonta al propio nacimiento del Hospital, ya que se estimó la necesidad de la existencia de un grupo de profesionales de enfermería especializados, con dedicación exclusiva al paciente con vejiga neurógena y a su posterior reeducación vesical.

El paciente mieloleso se enfrenta no solo a un cambio en su forma de vida, sino también a la adaptación a través del aprendizaje a una nueva manera de afrontar lo cotidiano.

Es nuestra labor intervenir, mediante los cuidados enfermeros, en el proceso que genera el deterioro de la eliminación urinaria, considerando la función vesical como una parte fundamental de la rehabilitación integral del paciente, no solo desde el punto de vista funcional sino desde la dimensión social, cualidad inherente de todo ser humano.

Objetivos

- Mejorar la calidad de los cuidados en pacientes mielolesos con vejiga neurógena.
- Dar uniformidad a nuestra práctica enfermera con planteamientos, métodos y fines homogéneos, que fundamenten el sentido de equipo.
- Contribuir a la planificación de la totalidad de cuidados enfermeros al paciente lesionado medular.
- Aportar una guía útil para los profesionales no familiarizados con la práctica de la enfermería urológica en el paciente lesionado medular.

Material y métodos

El Plan de Cuidados sigue el esquema de las necesidades básicas de Virginia Henderson, empleando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, intentando respetar etiquetas y títulos en base a contribuir a la Normalización de las Intervenciones para la práctica de la Enfermería.

Desarrollamos algunas de las intervenciones con actividades específicas basadas en nuestra experiencia.

Nos basamos en una sistematización metódica de la actividad, no excluyente, de la individualización que exigen tanto la gravedad de la lesión medular, como determinadas patologías y circunstancias añadidas al paciente.

Consideramos que los cuidados de la vejiga neurógena, desde el inicio de la lesión, deben ir encaminados a la reeducación vesical, por lo que cada fase evolutiva, aunque requiera unas intervenciones determinadas, no deja de constituir parte de un proceso rehabilitador. Así mismo creemos fundamental el seguimiento secuencial de cada periodo para adecuar los cuidados específicos y detectar las complicaciones oportunas.

Planteamos tres niveles en el Plan de Cuidados:

1. Cuidados de la vejiga paralítica del paciente mieloleso en Fase de Shokc Medular.

2. Cuidados del paciente, con vejiga neurógena, en Fase de Recuperación de la Actividad refleja.

3. Cuidados del paciente en Fase de Aprendizaje de la Autonomía.

Resultados

Obtención de un Plan de Cuidados Urológicos al Paciente con Lesión Medular Espinal, secuenciado en orden a la evolución neurológica y adaptativa del paciente. Presentado en papel y soporte informático.

Conclusiones

La labor diaria de muchos profesionales de Enfermería, no siempre se valora justamente en toda su extensión, dedicación, experiencia, preparación y estudio, porque no dejamos constancia documental de las miles y variadas actividades que realizamos al cuidar a un paciente en base al juicio diagnóstico que previamente, a veces de forma automática, hemos establecido.

Este hecho es la causa secundaria que ha motivado la realización de este Plan de Cuidados, ya que el verdadero impulso ha consistido en contribuir a la mejora continua en la calidad de los cuidados de enfermería en el paciente lesionado medular con vejiga neurógena con el propósito de conseguir una eficaz rehabilitación integral.Al emplear las taxonomías NANDA, NIC y NOC, pretendemos favorecer la comunicación entre los profesionales de la enfermería al utilizar el mismo lenguaje para definir nuestra actividad cotidiana, pudiendo de esta manera universalizar nuestra relación, y crear una red de transferencias de experiencias y conocimientos.

Plan de cuidados al paciente lesionado medular con vejiga neurógena. Documento Operativo

- PROCESO. Cuidados urológicos de Enfermería en el paciente mieloleso.
- DEFINICIÓN. Conjunto de intervenciones de Enfermería urológica con el objeto de asegurar al paciente mieloleso un patrón de eliminación urinaria conforme a su rehabilitación integral.
- INDICACIONES. Rehabilitación/reeducación de la vejiga neurógena del paciente lesionado medular espinal.
- OBLACIÓN. Pacientes mielolesos de etiología traumática o médica, con distinto nivel de lesión y grado de pérdida sensitivo-motora, de cualquier edad y sexo. En cualquiera de las fases de la enfermedad, fase aguda, fase de rehabilitación y fase crónica.
- COMPLICACIONES. El proceso de rehabilitación vesical puede verse alterado, fundamentalmente, por:
  a) Riesgo de infección.
  b) Patrón respiratorio ineficaz.
  c) Deterioro de la integridad cutánea.
  d) Complicaciones vasculares.
  e) Deterioro de la adaptación.
- ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Con el fin de definir los cuidados específicos que requiere el paciente en cada momento de su evolución, los hemos dividido en tres niveles que se corresponden con una 1ª FASE DE SHOKC MEDULAR que incluye el periodo de encamamiento, y cuya duración media se sitúa en los dos o tres meses, siempre dependiendo del grado y nivel de localización de la lesión. Una 2ª FASE que llamamos de RETORNO DE LA ACTIVIDAD REFLEJA ESPINAL, en la que el paciente ya realiza la sedestación y establece contacto físico con el exterior. Y una 3ª FASE que definimos como APRENDIZAJE DE LA AUTONOMÍA, que acoge el proceso activo de rehabilitación y que dependerá del nivel de lesión y de los objetivos de recuperación funcional.

Algunas de las intervenciones de enfermería correspondientes a estas fases, no son excluyentes de cada una de ellas, pero si mas precisas en un momento concreto, cimentando todas una columna básica donde asentar todos los cuidados.

Los cuidados de vigilancia, fundamentalmente, en la 1ª fase, de intervención periódica e información de la 2ª, así como los de enseñanza educación y reciclaje de la 3ª, son todos, sin exclusión, necesarios para culminar el proceso de rehabilitación vesical.

1. Fase de shock medular espinal

Una vez producida la lesión medular, se instaura de inmediato una fase de shock medular espinal, que se manifiesta por una parálisis flácida y ausencia de actividad refleja por debajo del nivel de la lesión.

A nivel vesical, el músculo detrusor mantiene arreflexia, con tendencia a la retención urinaria e incontinencia por rebosamiento. El resultado es el deterioro de la eliminación urinaria por vejiga paralítica.

Para evitar la elongación de las fibras del detrusor y preservar su capacidad contráctil, hemos de prevenir la distensión vesical estableciendo un patrón de eliminación urinaria que mantenga a la vejiga en reposo y asegure su continuo vaciado. Así mismo, la inestabilidad hemodinámica frecuente en el paciente en fase aguda, así como el mantenimiento de la higiene vesical, hacen preciso el aporte de gran cantidad de líquido por lo que se hace indispensable la inserción de un catéter vesical permanente que garantice la eliminación urinaria y evite la retención.

La instauración continua de la sonda vesical, sin embargo, convierte al paciente mieloleso en un paciente de riesgo de infección del tracto urinario superior e inferior, por lo que se establecerá un programa de protección contra las infecciones para detectar, prevenir y tratar, evitando graves complicaciones posteriores.

La permeabilidad de la sonda vesical, así como la del sistema de drenaje, son necesarias para evitar la retención urinaria y el posible cuadro de disreflexia autónoma en pacientes con lesión medular por encima de D8.

El abundante uso del látex en el ámbito hospitalario y extrahospitalario, está creando en la población general alergias a este producto, con consecuencias indeseables para la salud. Los niños que desde muy pequeños se ven sometidos a intervenciones quirúrgicas y manipulaciones con látex, como es el caso de los que sufren mielomeningocele ,son especialmente sensibles a este material presentando un porcentaje elevado de alergias.

CUIDADOS UROLOGICOS DEL PACIENTE MIELOLESO EN FASE DE SHOCK MEDULAR ESPINAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: **DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.**

OBJETIVOS: ELIMINACION URINARIA.
CONOCIMIENTO:
PROCESOS DE LA ENFERMEDAD.
Informar al paciente por qué no realiza la micción de forma voluntaria y lo realiza a través de un sistema de drenaje urinario.

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.
– Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo: frecuencia, consistencia, olor, volumen, color.

2. SONDA VESICAL (PERMANENTE).
– Explicar procedimiento y fundamento de la intervención
– Administrar medicación(Profilaxis) si está prescrita
– Reunir el equipo adecuado
– Mantener una técnica aséptica estricta
– Elegir calibre y tipo adecuado de catéter.

3. CUIDADOS DEL CATETER.
– Mantener un sistema de drenaje cerrado
– Fijar el catéter a la piel (En hombres al abdomen para evitar ulceras por presión y/o fístulas en el ángulo peneoescrotal, en mujeres en parte interna del muslo.
– Mantener la permeabilidad del sistema de drenaje.
– No irrigar nunca el sistema de drenaje salvo prescripción médica mediante técnica estéril.
– Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
– Limpiar el catéter urinario por fuera del meato
– Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares. (Sondas de silicona c/30 días.)
– Colocar al paciente y al sistema de drenaje urológico en la posición adecuada para favorecer el drenaje. (La bolsa de drenaje fijada a la parte inferior lateral de la cama, evitando el contacto con el suelo)
– Vaciar el dispositivo de drenaje periódicamente. (No esperar al llenado total de la bolsa para evitar retención urinaria).
– Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado. (Realizar técnica con material estéril y no forzar la aspiración de orina para no inducir hematuria)

4. PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES.
– Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
– Obtener muestras para realizar un cultivo.
– Fomentar la ingesta de líquidos de 2000ml a 3000 ml c/24 h.
– Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

5. CUIDADOS DE LA RETENCION URINARIA.
– Vigilar periódicamente el grado distensión de la vejiga mediante palpación o percusión.
– Cambiar la sonda vesical permanente si hay obstrucción.
– Irrigación de la vejiga, si prescripción médica.
– Restaurar la perfusión, si existe acodamiento del sistema de drenaje.

6. CUIDADOS DE LA DISREFLEXIA HIPERREFLEXIA AUTONÓMA.
– Distinguir signos y síntomas.
– Incorporar al paciente (elevar cabecero cama).
– Si distensión vesical, ver permeabilidad de la sonda y del sistema de drenaje.
– Con sonda obstruida, preferiblemente cambiar. Irrigar si prescripción médica.
– Evitar compresión manual o percusión vesical.
– En caso de retención realizar un vaciado vesical paulatino (detener flujo c/300cc.)
– Ante escaso o nulo drenaje investigar otras causas de disreflexia.

7. CUIDADOS DE LA HEMATURIA.
– Correcta práctica del procedimiento de sondaje.
– Observar signos de infección.
– Toma de muestra para Sistemático y Cultivo de orina.
– Aumentar la ingesta hídrica en caso de microhematúria.
– En sangrado profuso, colocar sonda permanente de tres vías, preferentemente tipo Couvelaire, con sistema de lavado vesical continuo.
– Evitar tirones del catéter y sujetar la sonda al abdomen del paciente.
– Irrigar la sonda con jeringa en caso de coágulos.
– Ante el aumento de eliminación de diuresis no utilizar bolsas de recogida de orina encadenadas.

8. CUIDADOS DEL CATETER SUPRAPÚBICO TALLA VESICAL.
– Correcto procedimiento en el cambio de la Talla vesical. (Pequeña introducción de la sonda, de 2cm.-5cm., y ligero inflado de globo, de 3cm.-8cm.)
– Posibilidad de insertar cateter de mayor calibre (Nº 18- Nº 22).
– Limpiar periostoma c/12-24 horas, dejando gasa alrededor del cateter evitando el contacto de este con la piel para evitar úlceras y reepitelización sobre la sonda.

9. ENSEÑANZA PROCESO DE LA ENFERMEDAD.
– Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad específico.
– Describir el proceso de la enfermedad.
– Describir los signos y síntomas comunes.

DIAGNOSTICO ASOCIADO: **RIESGO DE RESPUESTA ALERGICA AL LATEX**

OBJETIVO: EVITAR REACCIONES INDESEABLES EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX, ASÍ COMO LA SENSIBILIZACION EN PACIENTES NO ALERGICOS POR EL USO CONTINUADO DE MATERIAL (ESENCIALMENTE CATETERES) QUE CONTENGAN ESTE PRODUCTO.

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

MANEJO AMBIENTAL.
– Eliminar productos que contengan látex en el entorno de pacientes alérgicos.

PRECAUCIONES CON LATEX
– No utilizar material con látex, en los procedimientos a pacientes alérgicos.
– Evitar cateterismos vesicales con sondas permanentes de látex para eliminar futuras sensibilizaciones. Especialmente protección en niños.

Debemos limitar la inserción de sondas vesicales de látex para evitar la sensibilización en los pacientes no alérgicos, y no contribuir a la instauración del cuadro sintomático en los alérgicos.

Asimismo, el hecho de orinar a través de la sonda, produce incertidumbre en el paciente, que demanda información sobre su estado urológico y futura repercusión.Es por tanto obligado, responder a sus dudas, explicando el proceso de la eliminación urinaria, en base al estado emocional y de lucidez del paciente, haciéndole en esta medida participe de su rehabilitación vesical.

2. Fase de retorno de la actividad refleja espinal

Este periodo se caracteriza por la recuperación de la actividad refleja medular, siendo los primeros reflejos en aparecer los cutáneo-viscerales, el anal y el bulbo cavernoso.

Asimismo comienza a manifestarse la actividad refleja del músculo detrusor, cuya recuperación dependerá del grado y nivel de la lesión espinal.

En esta fase se retira la sonda vesical permanente y se instaura un programa de cateterismos vesicales intermitentes, evaluando la necesidad de la realización de maniobras externas de vaciamiento vesical.

Por lo general, el paciente ha estabilizado su situación vital y puede someterse a una restricción del volumen de líquidos, que favorece el balance y evita complicaciones.

El estudio urodinámico informará del tipo de vejiga que presenta el paciente, que dependerá del grado y nivel de la lesión, teniendo, en términos generales, un comportamiento detrusoriano hiperrefléxico con coordinación o disinergia de esfínteres en las lesiones medulares altas, y un comportamiento hiporrefléxico con, o sin, disinergia de esfínteres en las lesiones bajas.

Aunque en exceso generalizada esta clasificación, ya que intervienen múltiples factores que inducen a un variado ramo de comportamientos vesicales, podemos hacernos una idea de lo complicado que puede resultar establecer en principio, la conducta de la vejiga y el proceso de eliminación urinaria.

Así mismo, esta fase suele coincidir con el inicio de la sedestacion del paciente y con el periodo adaptativo a su nueva situación. El paciente suele demandar información ante la confusión que le produce su estado urinario, siendo funda-

CUIDADOS UROLOGICOS DEL PACIENTE MIELOLESO EN FASE DE RETORNO DE LA ACTIVIDAD REFLEJA ESPINAL

DIAGNOSTICO: **DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.**

OBJETIVOS: ELIMINACIÓN URINARIA
CONTROL DE SÍNTOMAS
CONOCIMIENTO: REGIMEN TERAPEUTICO

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. SONDAJE VESICAL INTERMITENTE.
– Explicar el funcionamiento y el fundamento.
– Reunir el equipo adecuado.
– Mantener una técnica aséptica estricta.
– Utilizar el catéter de tamaño mas pequeño.
– Realizar la cateterización residual después de orinar.

2. CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA.
– Explicar la etiología del problema y el fundamento.
– Comentar los procedimientos y los resultados.
– Explicar maniobras de estimulación vesical externa. En pacientes con lesión supranuclear: Golpeteo suprapúbico rápido y ligero; Estimulación de la parte interior del muslo. En pacientes con lesión infranuclear: Maniobra de Credé; Valsalva; Contracción abdominal; Maniobras de estimulación anal; Estimulación del glande en hombres; Estimulación del clítoris en mujeres.

3. CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA.
– Controlar periódicamente la ingesta y la eliminación.
– Extracción de la orina residual por sonda vesical.
– Implementar cateterización intermitente, si procede.
– Programar frecuencia de cateterización intermitente. (Según volumen de orina residual, que no sobrepasará 400cc en cada sondaje del adulto.)

4. CONTROL DE INFECCIONES.
– Poner en práctica protecciones universales.
– Realizar cateterismo intermitente de forma aséptica.
– Realizar cultivo de orina cada 2/4 semanas.
– Instruir al paciente en las técnicas correctas de higiene y en la detección de infección.

DIAGNOSTICO: **RIESGO DE LA DISREFLEXIA AUTONOMA.**

OBJETIVO: DETECCIÓN DEL RIESGO

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. MANEJO DE LA DISREFLEXIA DE ORIGEN UROLÓGICO:
– Identificar los estímulos que pueden precipitarla. (Infección, Distensión vesical, cálculos renales...).
– Observar signos y síntomas. (hipertensión, alteración de la frecuencia cardiaca, diaforesis por encima de la lesión, cefalea, rubor facial, piloerepción...)
– Instruir al paciente y familia a cerca de las causas y síntomas.
– Realizar de inmediato cateterismo vesical intermitente, si procede.

DIAGNOSTICO: **DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN**

OBJETIVO: ADAPTACION A LA DISCAPACIDAD

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO:
– Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
– Fomentar un dominio gradual de la situación.

2. ASESORAMIENTO:
– Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

3. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES:
– Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados: Adquisición de autonomía en autocuidados; Identificación de signos/síntomas de riesgo; Prevención de complicaciones.

mental la explicación de los procesos a que se ve sometido y los procedimientos que se le realizan. Igualmente se le informa de las posibles complicaciones y la manera de prevenirlas.

3. Fase de aprendizaje de la autonomía

La reeducación vesical es un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación del paciente con lesión medular.

El comportamiento de la vejiga, determinado por los hallazgos urodinamicos, nos informará del tipo de disfunción y las posibles complicaciones, pero no podemos olvidarnos de la funcionalidad del paciente, su entorno social y estilo de vida a la hora de establecer el método de eliminación urinaria que interfiera lo menos posible en las actividades de la vida diaria.

El paciente al ir tomando conciencia de su situación, establece relaciones de paralelismo con su vida anterior, al tiempo que trata de hacer previsiones de futuro.

No es difícil encontrar pacientes que rechazan el autocuidado porque se niegan así mismos o no afrontan la realidad. Es por lo que no manifiestan disposición para participar de forma activa en el programa de reeducación vesical, de adiestramientos en técnicas y estilos de vida acordes con su con su nueva condición física. Enseñar a un paciente a autosondarse, no es solamente conseguir la destreza en la técnica. Es hacerle partícipe de su necesidad, comprender su estado de animo, facilitarle el aprendizaje, valorar su capacidad y hacer activa y asequible la información.

Debemos, asimismo, establecer un programa previo al alta hospitalaria donde se refuerce el sentido de la autonomía y la colaboración familiar en el ámbito de la independencia del paciente. ▼

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA FASE DE APRENDIZAJE DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE MIELOLESO CON VEJIGA NEURÓGENA

DIAGNOSTICO: **CONOCIMIENTOS DEFICIENTES**
(Carencia o deficiencia de información de Educación Sanitaria para la Salud Urológica).

OBJETIVOS: CONOCIMIENTO: CONDUCTA SANITARIA
CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS. ADIESTRAMIENTOS.

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. EDUCACIÓN SANITARIA:
– Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.
– Utilizar instrucción apoyada por multimedia.
– Implicar a los individuos, familia y grupos en la planificación de los planes destinados a la modificación de estilos de vida o respecto de la salud.

2. ENSEÑANZA INDIVIDUAL:
– Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
– Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender.
– Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.

3. FACILITAR EL APRENDIZAJE:
– Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje.
– Fomentar la participación activa del paciente.
– Utilizar instrucción adaptada a la persona concreta, cuando sea posible.

4. POTENCIACIÓN DEL APRENDIZAJE:
– Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad.
– Lograr la participación de la familia , si resulta oportuno.

5. ADIESTRAMIENTOS EN CATETERISMOS INTERMITENTES A PACIENTES/FAMILIARES:
– Informar sobre la técnica, frecuencia y efectos secundarios.
– Formar en conocimientos anatómicos y fundamento de la técnica.
– Enseñar signos y síntomas de infección, retención urinaria, así como de disreflexia.
– Enseñar técnicas de estimulación vesical externa.
– Instruir en la dieta e ingesta hídrica en relación a la eliminación urinaria.
– Integrar el cateterismo como una actividad mas del autocuidado cotidiano, de forma natural.
– Hacer partícipe y adiestrar a la familia cuando el paciente tenga una gran limitación (lesiones alta con importante perdida sensitivo-motora).
– Enseñar técnicas de aseo genital.
– Adiestrar en una técnica de sondaje eficaz, con la adecuada lubricación del cateter, sin forzar en la introducción, que evite fricciones y asegure un correcto vaciado.
– Asesorar en el uso de los diferentes materiales urológicos disponibles en el mercado. Mostrar y practicar con distintos tipos de sonda.
– Educar en los hábitos de alimentación, costumbres, y vida sana en relación a la eliminación urinaria.
– Enseñar a identificar signos y síntomas de retención, infección y disreflexia.

6. ADIESTRAMIENTO EN AUTOSONDAJE CON SONDA PERMANENTE:
– Enseñar la técnica del sondaje permanente al paciente o su cuidador principal si es preciso.
– Ganchos adecuados a las bolsas urológicas.
– Sonda vesical permanente fijada al abdomen o el muslo.
– Cambios periódicos generalmente cada 30 días Evitar desconexiones.
– Observar la permeabilidad de la sonda vesical.
– Utilizar preferentemete bolsas de circuito cerrado, con bolsas de pierna, observar presión del sistema de sujeción en pantorrilla. Utilizar por la noche bolsa de cama.

7. UTILIZACIÓN DE COLECTORES:
– Elección del tamaño y tipo adecuado.
– Limpieza del pene antes y después de su uso.
– Correcto secado del pene antes de poner.
– Evitar su torsión.
– Retirar enrollado c/12-24 horas.
– Inspección visual de heridas en pene.
– No utilizar si heridas.
– Descansar del uso por la noche.

8. PLANIFICACIÓN AL ALTA.
– Colaboración con Atención Primaria para continuar los cuidados.
– Identificar la comprensión de los conocimientos y habilidades necesarias por parte del paciente y/o del cuidador principal.
– Comunicar al paciente los planes de alta.
– Fomentar los cuidados de sí mismo responsabilizando al paciente de todos los autocuidados, bajo supervisión, hasta el alta clínica.

R. Rivero Gutiérrez. C. Díaz García. Mª J. Ferrero Bernardino. F. Cuadrillero Rodríguez.
Servicio Urología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid

La función del auxiliar de enfermería en los planes de cuidados del anciano urológico

Introducción

El conocimiento profundo de las necesidades de las personas ancianas es de gran utilidad en la practica de los cuidados de enfermería; proporciona una base útil y sencilla, a partir de la cual, es posible establecer un completo plan de cuidados para los pacientes.

El cuidado integral no puede improvisarse, para que sea de calidad, debe planificarse conforme a un método riguroso, pero lo suficientemente flexible como para poder aplicarlo a cada persona, facilitándonos un conocimiento profundo, que permita iniciar un plan de acción efectivo. Con este fin el auxiliar de enfermería ha adoptado el Plan de Cuidados que consiste en la aplicación del método científico en la atención al paciente prestando los cuidados necesarios, lo que requiere cada uno y no de forma rutinaria, eficaces, con resultados satisfactorios y conocimiento, es decir, conocer al paciente significa conocer lo que le pasa, esto se consigue a través de los planes de cuidados individualizados.

El auxiliar de enfermería ha de incorporarse y participar en este proceso de atención llevando a cabo la metodología específica de enfermería.

Nuestra forma de trabajar, suele en ocasiones rutinaria y por tareas, por lo que es fácil que no se sea consciente del efecto de sus acciones sobre los pacientes ancianos.

Estamos convencidos de que nuestro trabajo tiene o puede tener un efecto beneficioso en los mismos, es decir, nuestra contribución es importantísima para la obtención de resultados, máxime cuando hoy por hoy somas las personas que mayor tiempo pasamos con los pacientes.

Trabajar con Planes de Cuidados significa trabajar por objetivos, lo que permite que las acciones de todos los profesionales vayan en la misma línea. Todo en pro del objetivo y la verificación de los resultados obtenidos como mejor vía para la motivación.

El auxiliar en enfermería tiene un rol interesante que cumplir y quizá nuestra tarea mas relevante sea la recogida de información y ocupa un puesto particular junto al anciano, en razón del clima de confianza que habitualmente se establece, además de los cuidados que tengamos delegados por nuestra categoría y los delegados por la enfermera.

Esquema nº 1. Ejecución de actividadeS

1º. Comprobar órdenes y material.
2º. Lavarse las manos.
3º. Identificar al paciente.
4º. Proporcionar un entorno seguro y privado.
5º. Valoración del problema.
6º. Información al paciente.
7º. Fomentar la comunicación.
8º. Educar.
9º. Valoración continúa

Ejecución de actividades

Todas las actividades deben de ser practicadas con conocimiento de causa y buena voluntad. No deben hacerse de forma mecánica e inconsciente.

Las tareas implícitas en la realización de actividades pueden ser muy simples o muy complejas, por eso es recomendable el uso de Procedimientos y Protocolo, si los hay.

Las tareas más comunes a las actividades son:

1. Comprobar órdenes y material, es decir, prever lo que vamos a necesitar para evitar así tener que de salir de la habitación del paciente cuando realizamos una tarea, esto se consigue identificando al paciente con el problema que sufre y viendo en cada caso particular el material que será necesario para cada uno de ellos.

2. Lavarse las manos, antes y después de retirarse los guantes, con cada uno de los pacientes, para evitar así la propagación de infecciones nosocomiales.

3. Identificar al paciente, como hemos explicado, identificando a cada paciente con su problema, se previenen muchas situaciones molestas e incómodas.

4. Proporcionar un entorno seguro y privado, cuando un paciente llega al hospital, además de soportar su enfermedad, tiene que sufrir una pérdida brusca de su intimidad, comparte habitación, cuarto de baño, etc. con mas personas extrañas, por lo tanto a la hora del aseo o una cura que implique poner al descubierto al enfermo, debemos aprovechar los enseres que tenemos a nuestro alcance como toallas, biombos, cortinas, etc. Protegiéndolo para no acentuar su pérdida de intimidad.

5. Valorar realmente el problema de cada paciente, siempre pensando que pudiera ser el nuestro, ¿qué desearíamos? Y atendiendo a cada cado en particular. Por ejemplo: La incontinencia urinaria puede afectar a cada persona de una manera o de otra dependiendo sobre todo de su grado de cognición.

6. Informar siempre ante cualquier maniobra que vayamos a realizar, explicar al paciente lo que vamos a hacer, aunque la técnica que vayamos a realizar nos parezca la mas simple y sencilla, el enfermo tiene que estar prevenido ya que nopuede adivinarla, el conocimiento para él de lo que vamos a realizar es siempre importante.

7. Fomentar la comunicación terapéutica (relación de confianza), siempre ayuda a la hora de recibir información y valoraciones propias del paciente sobre su enfermedad, por que favorece el aporte de datos acerca de la misma.

8. Educar. Enseñanza de carácter informal, dando explicaciones y respondiendo a las preguntas dentro de nuestras posibilidades.

9. Valoración continua. Se recogerán datos que servirán para iniciar, modificar, continuar o interrumpir las intervenciones. También para verificar las condiciones del paciente y eso tendremos que reflejarlo en el Plan de Cuidados, ya que hemos repetido en mas de una ocasión que el auxiliar de enfermería es el que mas tiempo permanece con el paciente.

Tanto la labor efectuada, como los datos recogidos, se notificarán a la enfermera. No podemos olvidar en este proceso, el carácter preventivo por excelencia de los cuidados. El auxiliar de enfermería evitará la aparición de muchos problemas y complicaciones prestando los cuidados que hemos adquirido para tal fin.

Patologías más frecuentes en el anciano

Partiendo de la existencia de una limitación de las capacidades en el anciano, veremos a continuación el conjunto de enfermedades urológicas mas frecuentes en los mismos:

a) Incontinencia urinaria.
b) Infección urinaria.
c) Hipertrofia prostática.
d) Adenoma de próstata.
e) Cáncer de próstata.
f) Cáncer vesical.
g) Insuficiencia renal.

Objetivos

- Conseguir modificar favorablemente los índices de morbi-mortalidad de la población anciana.
- Aumentar su nivel de salud, fomentando su auto-cuidado.
- Disminuir los ingresos hospitalarios.
- Evitar consecuencias negativas de la automedicación y polifarmacia.
- Disminuir los factores de riesgo existentes en el medio.
- Fomentar el auto-cuidado y aumentar la independencia y la autoestima.
- Favorecer el trabajo en equipo.
- Contribuir a disminuir el número de complicaciones, secuelas e invalidez.
- Evitar el desarraigo del entorno.

EL CUIDADO INTEGRAL NO PUEDE IMPROVISARSE, PARA QUE SEA DE CALIDAD, DEBE PLANIFICARSE CONFORME A UN MÉTODO RIGUROSO, PERO LO SUFICIENTEMENTE FLEXIBLE COMO PARA PODER APLICARLO A CADA PERSONA, FACILITÁNDONOS UN CONOCIMIENTO PROFUNDO, QUE PERMITA INICIAR UN PLAN DE ACCIÓN EFECTIVO

Cuidados específicos

■ Colocación de absorbentes: tiene como objetivo mantener seco al paciente, que esté lo mas cómodo posible, evitar problemas cutáneos, malos olores, infecciones urinarias, por lo tanto estaremos intentando con ellos que el paciente recupere parte de su autoestima. Con este sistema se puede hacer una medición de diuresis aproximada mediante la doble pesada del absorbente.

■ Colocación de colectores de orina: también nos ayuda a mantener seco al paciente, pero este sistema nos da la opción de controlar mejor la cantidad de diuresis y la dermis del paciente que el anterior.

■ Colocación de sonda vesical: en ello ayudaremos a la enfermera proporcionando el material necesario como compresas, gasas, desinfectante pata la zona genital (clorexidrina), guantes estériles, etc. Este sistema como los dos anteriores, nos permitirá medir la diuresis, pero es el mas exacto de los tres. Dentro del sondaje vesical tenemos dos opciones:

a) Sonda de eliminación normal o sonda de dos vías, el cual nos permite apuntar la cantidad eliminada por el paciente, el color, características, etc. El cambio de bolsa es recomendable hacerlo al menos tres veces al día, es decir cada ocho horas.
b) Sonda de lavados o de tres vías: nos permite además de medir la diuresis del paciente, arrastrar con ella coágulos, esfácelos o sedimento. El sistema de lavados consiste en conectar una bolsa de suero de lavado con un equipo o sistema a la sonda de 3 vías permitiendo así el paso del suero al interior de la vejiga, como el volumen saliente de la orina mas el suero será mayor que el de una diuresis no forzada, convendrá estar muy pendientes del llenado y retirada de la bolsa receptora de la orina y colocación del suero de lavado cuando este termine. También es importante que el auxiliar de enfermería realice la anotación en una hoja específica de lavados las entradas del suero, las salidas de la orina, las horas a las que se realizan estas maniobras y el color de la misma.

Esquema nº 2. Conclusiones

1º. Lavarse las manos y ponerse guantes.
2º. No elevar las bolsas de orina por encima del nivel de la vejiga.
3º. Vaciado periódico de las bolsas de orina.
4º. Evitar las obstrucciones de las bolsas de orina.
5º. Lavado de la zona genital.
6º. Estimulación de la ingesta de líquidos.
7º. Evitar desconexiones entre la bolsa de orina y la sonda vesical.

Conclusiones

No existe un conocimiento de información suficiente sobre el cuidado y prevención de los pacientes ancianos en urología, por lo tanto, creemos necesario dar mayor información a las personas ancianas, a sus cuidadores y familia.

Además del cuidado en el aseo personal, es muy importante tener siempre muy limpia y seca la zona uro-genital, sobre todo si es portador de una sonda vesical, para prevenir así las infecciones y facilitar el drenaje urinario.

1. Lavarse las manos y colocarse guantes antes de manipular la sonda, el tubo o la bolsa de drenaje

2. No elevar la bolsa por encima del nivel de la vejiga si esta no tiene sistema antirreflujo, ya que manteniéndola por debajo favorecemos también el drenaje de la orina.

3. Vaciar la bolsa periódicamente (cada 8/horas si no mantiene lavados)

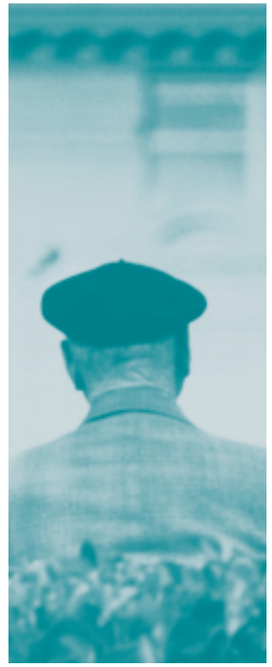
4. Evitar acodos u obstrucciones en el tubo del drenaje.

5. Lavar la zona genital y la zona de contacto de la sonda, al menos dos veces al día con agua y jabón, después secarla bien (sin frotar). Si el paciente es una mujer se realizarán los movimientos de aseo de delante hacia atrás, tanto en el lavado como en el secado de la zona. De esta forma evitamos la contaminación de la sonda vesical con gérmenes procedentes del área rectal.

6. Estimular la ingesta de líquidos, para favorecer así la diuresis. Si no hubiera indicación médica contraria será al menos de 1,5 litros/día.

7. Evitar en todo lo posible las desconexiones innecesarias de la sonda vesical con la bolsa, parta ello disponemos en este caso de bolsas con sistema cerrado. ▼

NO EXISTE UN CONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN SUFICIENTE SOBRE EL CUIDADO Y PREVENCIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS EN UROLOGÍA, POR LO TANTO, CREEMOS NECESARIO DAR MAYOR INFORMACIÓN A LAS PERSONAS ANCIANAS, A SUS CUIDADORES Y FAMILIA. ADEMÁS DEL CUIDADO EN EL ASEO PERSONAL, ES MUY IMPORTANTE TENER SIEMPRE MUY LIMPIA Y SECA LA ZONA URO-GENITAL, SOBRE TODO SI ES PORTADOR DE UNA SONDA VESICAL, PARA PREVENIR ASÍ LAS INFECCIONES Y FACILITAR EL DRENAJE URINARIO.



Bibliografía

– Tratado de enfermería geriátrica. Doris L. Corneva-li. Interamericana 1998.
– Cuidados geriátricos en enfermería. Nursing Photobook.
– Técnicas de enfermería urológicas. Interamericana Mcgraw Hill.
– Manual de enfermería urológica. Universidad de Valladolid.
– Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Mary Carroll / L. Jane Brue.
– Protocolos Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
– Información de Enfermería Urológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

NOTAS DE PRENSA

Coloplast

Porges subsidiaria de Coloplast

Coloplast Productos Médicos, S.A. adquiere la División de Urología de Mentor (Porges)

Porges S.L. pasa a formar parte del grupo Coloplast

El pasado 2 de Junio de 2.006, Coloplast firmó la adquisición del negocio de urología de"Mentor Corporation", conocido como Porges.

Con esta adquisición Coloplast podrá:

- ✓ Aumentar significativamente el futuro del negocio de urología.
- ✓ Fortalecer la posición de Europa y Estados Unidos, creando una plataforma de futuro crecimiento.
- ✓ Aumentar objetivos de expansión.

Porges - negocio de urología
Porges cuenta entre otros productos con sondas para cateterismo intermitente y permanente, colectores y bolsas de orina, stents, sondas para drenaje renal, instrumental para extraer cálculos renales, stents y sondas prostáticas, implantes para la incontinencia urinaria femenina, mallas para fortalecer el suelo pélvico, implantes de pene e implantes testiculares.

¿Quién es Coloplast?

Coloplast fue fundada en Dinamarca en 1.957 por los señores Aage y Johanne Louis-Hansen, los inventores de la primera bolsa de ostomía desechable.

Nuestros Productos y Servicios

Los productos de Coloplast y los servicios ayudan a los pacientes a ser autónomos en los siguientes campos:

- ✓ **Cuidado de la Ostomía:** con dispositivos para personas portadoras de una ostomía.
- ✓ **Cuidado de la Continencia:** con soluciones para personas con problemas de incontinencia urinaria.
- ✓ **Cuidado de las Heridas y de la Piel**: con apósitos estériles para el cuidado de las úlceras de piel.

Empresa global
Con esta adquisición, Coloplast amplía su gama de soluciones en el campo de los dispositivos urológicos para profesionales sanitarios y usuarios.

Coloplast cuenta con:

- Más de 6000 empleados
- Subsidiarias en 26 países
- Distribuidores por todo el mundo
- Fábricas en Dinamarca, Alemania, Hungría, China, Costa Rica y Estados Unidos

Coloplast y Porges suponen una combinación perfecta que ofrece soluciones de gran calidad en el campo de los dispositivos urológicos.

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

La sonda lleva incluida 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 Urofonic, 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 la retiras.

Lofric, Lofric Primo y la tecnología de Superficie Urofonic son marcas registradas de Astra Tech, una compañía del grupo AstraTech/Astra, S.A. Camino C/, Nave 9, Polígono Pedrosa 08980 | Sant Feliu de Llobregat, TL 93 264 2x 60 Fax 93 206 02 31 www.astratech.com

Asociación Española de Enfermería en Urología

ESPECIAL XXVIII Congreso de Enfermería Urológica

INFORMACIÓN GENERAL

Sede	Universitat de Lleida. Edificio Biblioteca C. Jaume II, 67 25001 Lleida
Fechas	25, 26 y 27 de Octubre de 2006
Certificados	de asistencia de presentación de comunicaciones de presentación de planes de cuidados
Premios	Patrocinados por el Colegio Oficial de Diplomats en Infermeria de Lleida 900 € a la mejor comunicación oral 500 € a la mejor comunicación póster 500 € al mejor plan de curas 300 € a la mejor comunicación póster por votación de los asistentes al congreso

Baremo carrera profesional.
Solicitadas acreditaciones a la comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.
Solicitados créditos de libre elección a la Universitat de Lleida.

Información www.publinver.com

Organiza

Con la colaboración de

Secretaría Técnica
PCONGRESSOS

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 apartáseis, en esta convocatoria, protocolos, trayectorias o guías de atención, como propuestas de nueva creación, o bien como valoración de las ya implantadas 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

COMITÉ DE HONOR

Honorable Senyora Marina Geli
Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya
Il·lustrissim Senyor Àngel Ros
Alcalde de Lleida
Il·lustrissim Senyor Isidre Gavín
President de la Diputació de Lleida
Senyor Sebastià Barranco
Director dels Serveis Territorials de la Salut a Lleida
Senyor Josep Maria Camps
President del Col·legi Oficial de Diplomats en Infermeria de Lleida
Senyora Carme Nuin
Directora de l'Escola d'Infermeria de Lleida
Senyora Dolors Cabau
Cap d'Infermeria a la Clínica de Ponent
Senyora Pilar San Martín
Cap d'Infermeria de l'Hospital Santa Maria
Senyora Maria José San Martín
Cap d'Infermeria de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova
Senyora Anna Guiró
Cap d'Infermeria de l'Hospital Montserrat

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta
Mercedes Martín
Dirección
Ana Quintanilla Sanz
Coordinación
Mª Abel Cucurull Llobet
Tesorero
Jordi Cortada Echauz
Secretaría
Lídia Serra Gabernet
Vocales
Teresa Gomez
Bianca Loriente
MªJose Moreno
Petri Merino
Elena Monjó
Rosa Palau
Nuria Rovira
Enriqueta Vila

COMITÉ CIENTÍFICO

Dirección
Ana Quintanilla Sanz
Coordinación
MªAbel Cucurull Llobet

Pilar Allende
Carme Boix
Iolanda Buixadera
Cristina Cortijo
Montse Gea
Luisa Guitard
Amelia Perez
Ana Rodríguez
María Sanchez
Ana Garcia

COMITÉ COLABORADOR

José Ramon Bellido
Cristina Llop
Maite Vidal
Lourdes Moral

PRE PROGRAMA

MIÉRCOLES, 25 OCTUBRE

14,30 h. Acreditaciones y entrega de documentación
15,30 h. Conferencia inaugural
José Luis Medina. Diplomado en enfermería, profesor titular de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona.
16,00 h. Registros de enfermería.
- Lenguaje enfermero y estandarización de cuidados.
Luisa Guitart. Profesora médico-quirúrgica de la Escuela de Enfermería de Lleida.
- Presentación de planes estandarizados (primaria, hospitalaria) 3 trabajos.
- Que escribimos en nuestros registros. Implicación legal.
Juan Sánchez Montaña. Médico del Dpto. de Justicia de la Generalitat de Catalunya. Profesor de medicina legal y psiquiatría forense.
17,30 h. Café
18,00 h. Mesa redonda:
Sistemas organizativos en los centros sanitarios, influencia en el paciente y la familia
Moderadora:
Ana Rodríguez Cala.
Adjunta de Formación y Calidad de la Dirección de Enfermería del Hospital Univ. Arnau de Vilanova de Lleida.
- Competencias en enfermería
Eulalia Juve Udina.
Coordinadora de la división Hospitalaria del Institut Català de la Salut
- Trabajar en calidad: No solo decirlo, además poder demostrarlo, sistema de acreditación Andalucía (SAS).
Luís Aparcero Bernet.
Jefe de bloque de Hospitalización del Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla.

- La familia como unidad de atención. Nuestro usuario: ¿ Que quiere ?. ¿ De qué se queja ?
Juan Elias Monclús. Dtor. Gral. del Inst. de atención al cliente y asesor de estrategias de comunicación del Inst. en Global Speakers Management. Licenciado en ciencias de la comunicación. Técnico superior en relaciones públicas.

19,30 h. Inauguración oficial:
20,00 h. Fin de las sesiones
20,15 h. Espacio lúdico
21,00 h. Recepción oficial en el palacio de La Paeria (Ayuntamiento)

JUEVES, 26 OCTUBRE

EXCURSIÓN AL PIRINEO DE LLEIDA

08,45 h. Salida desde los hoteles oficiales y traslado al hotel NH Pirineos, donde se efectuará la salida general
Nota 1: Los que no esten alojados en los hoteles oficiales, deberán presentarse a las 08,45 h. en cualquiera de ellos
Nota 2: Si alguien pierde el autocar de su hotel podrá desplazarse por su cuenta, hasta el hotel NH Pirineos donde el último autocar saldrá a las 09,10 h.
09,00 h. Salida general
11,30 h. Llegada a Taull. Tiempo libre para visitar este encantador pueblo y las iglesias románicas de Sant Climent y Santa Maria
Nota 1: Los que quieran asistir a la asamblea de la asociación, dispondrán de un autocar a las 12,15 h.
13,00 h. Salida hacia el Pla de l'Ermita
13,30 h. Comida
15,00 h. Salida hacia Caldes de Boí
15,30 h. Tiempo libre para visitar los prados de la presa de Cavallers o los jardines con fuentes termales del balneario de Caldes de Boí
17,00 h. Salida hacia Pont de Suert
17,30 h. Tiempo libre para visitar el pueblo y poder comprar artesanía o charcutería pirenaica
18,30 h. Regreso a Lleida
20,30 h. Llegada
Nota: Se recomienda calzado cómodo y una chaqueta o anorak

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. Mesa redonda
Dónde estamos y hacia dónde vamos
Moderadora: **Amelia Pérez González.** Educadora en disfunciones del suelo pélvico.
- Formación de grado (diplomatura actual 2005)
- Formación postgrado (master y doctorado)
- Convergencia Europea

Carmen Nuin Orrio. Directora de la Escuela de Enfermería de la Universitat de Lleida.
- Especialidades en enfermería
Mª Paz Mompart. Enfermera, profesora titular de la Escuela Univ. de enfermería y fisioterapia. Universidad de Castilla La Mancha. Toledo
- Prescripción enfermera.
Carmen Caja Lopez. Enfermera del Dep. de Salut de la Generalitat de Catalunya. Pta. de la Mesa para el avance de enfermería.
Debate:
¿ Educadoras para la continencia ?
¿ Uroterapistas ? ¿ EEF Intrusismo ?
¿ Comité Nacional para unificación de criterios ?

13,30 h. Comida de trabajo
15,00 h. Presentación y defensa de póster
16,00 h. Comunicaciones orales V y VI
17,30 h. Presentación XXIX Congreso
18,00 h. Clausura y espacio lúdico
21,00 h. Cena de gala. Entrega de premios

PROGRAMA LÚDICO

MIÉRCOLES, 25 DE OCTUBRE
20,15 h. Espacio lúdico
21,00 h. Recepción en el Ayuntamiento (la Paeria)

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

VIERNES, 27 DE OCTUBRE
18,00 h. Espacio lúdico
21,00 h. Cena de gala

PROGRAMA ACOMPAÑANTES

MIÉRCOLES, 25 DE OCTUBRE
20,15 h. Espacio lúdico
21,00 h. Recepción y lunch en el Palacio de la Paeria (Ayuntamiento)

JUEVES, 27 DE OCTUBRE
08,45 h. EXCURSIÓN AL PIRINEO.
Salida desde los hoteles

VIERNES, 26 DE OCTUBRE
10,30 h. Visita a la Seu Vella, salida desde la sede del congreso
14,00 h. Comida en la sede del congreso
18,00 h. Espacio lúdico
21,00 h. Cena de gala

SIMPOPSIO NACIONAL
INCONTINENCIA Y DISFUNCIONES PELVI-PERINEALES
Lleida. Sábado, 28 de octubre de 2006

Para asistir al Simposio, es imprescindible marcarlo en la hoja de inscripción

07,30 h. Acreditaciones y entrega de documentación
08,00h. Apertura
Dr. Recasens: Presentacion simposio. Uro.: Intervenciones de prostata como riesgo i.u.
Dr. Pesarrodona: Presentacion temas gine.: Parto episio rutinaria, cesarea electiva, cirugía i.u. femenina
Jose Miguel Amostegui: Presentacion como fisioterapeuta
Pere Font: Presentacion como psicólogo
Ana Quintanilla: Enfermera estructura simposio
Dr. Martinez Aguilo: Estudio EPICC
09,00 h . Mesa redonda: Factores de riesgo, prevencion y tratamiento conservador
Fisio: Factores de riesgo no obstétricos, deporte, alteraciones lumbopelvicas. **Lidia Serra.**
Enfermera : Habitos nocivos de las AVD Educación para las disfunciones urinarias. **Amelia Perez.**
Comadrona : Atención en el embarazo post-parto y menopausia. **Olga Ruiz.**
Fisio : Fisioterapia en la i.u. Masc. y femenina. Gimnasia abdominal hipopresiva. **Sara Esparza.**
Urologo: Farmacoterapia. **Dr. Franco**
Debate
11, 00 h. Café
11, 30 h. Mesa redonda: Sexualidad
Andrólogo: Respuesta sexual masculina. Factores riesgo disfuncion eréctil. Tto. novedades. **DrCortada.**
Enfermera: Guía de atención en la prostatectomia radical. **Ana Quintanilla.**
Psicologo: Modelos de respuesta sexual femenina: Disfunciones y tto. **Francisco Cabello.**
Fisio: Parto como factor de riesgo en las disfunciones sexuales femeninas **Amostegui.**
Urólogo:Complicaciones de la cirugia **Dr. Peyri.**
Andrólogo: Sexualidad y vejez. **Dr. Arrondo.**
Debate

14,00 h. Conclusiones Presentacion de los talleres. **Dra. Espunya.**
14,30 h. Comida de trabajo
16,00 h. Talleres prácticos. Duracion de 45 minutos cada uno. 15 minutos para traslados.
A escoger 3 talleres y 1 optativo según especialidad: Urología, andrología, ginecología, obstetricia, fisioterapia, enfermería, enfermería materno-infantil, psicología.
La organización se reserva el derecho de eliminar los que cuenten con menos inscritos.

Talleres (1) Valoración y exploración suelo pélvico. Dra. Espuña. Barcelona
Talleres (2) Urodinámica: Como lo hago? (Dr. Pere Arañó. Clínica Puigvert)
Talleres (3) Diagnóstico y tratamiento de los trastornos miccionales en la disfunción neurógena. (Juan Conejero. Urólogo. Pascual Zamora. Enfermero. Vall d'Hebron)
Talleres (4) La ecografía en el diagnóstico de la i.u. Dr. Jordi Casado. Terrassa
Talleres (5) Parto, posturas y pujos José Miguel Amostegui. Eibar Guipuzcoa
Talleres (6) Electroestimulación y biofeedback Lidia Serra. Madrid
Talleres (7) Tratamiento hipopresivo. Sara Esparza. S. Sebastian
Talleres (8) Educación para la continencia urinaria Amelia Perez Clinico Barcelona
Talleres (9) Atención de enfermería en la incontinencia urinaria Francisco Milla Málaga
Talleres (10) Estomatoterapia. M.Angeles Herrada y Maribel Fondevilla
Talleres (11) Fisioterapia y sexualidad (Jose Miguel Amostegui. Eibar. Guipuzcoa)
Talleres (12) Terapia psicológica en las disfunciones sexuales Dr. Francisco Cabello Psicologo
Talleres (13) Aparatos y suelo pélvico. Complementos para la salud sexual Marina Castro Barcelona
Talleres (14) Sofrología Olga Ruiz Comadrona Barcelona
Talleres (15) Danza del vientre
Talleres (16) Neuromodulación Dr. Carlos Errando
Talleres (17) Cirugía ginecológica de riesgo en la i.u.: Prolapsos. Histerectomía. Novedades. Dr. Antoni Pesarrodona
Talleres (18) Cirugía de riesgo para la incontinencia urinaria masculina
Talleres (19) Cirugía incontinencia urinaria masculina. Dr. Arañó. Barcelona
Talleres (20) Cirugía incontinencia urinaria femenina. Dr. Bresco. Igualada

21,00 h. Cena de clausura

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 Urgell ****	107,00 €		97,37 €	
2	Hotel AC Lleida ****	107,00 €		96,30 €	
3	Hotel Zenit ****	109,15 €		91,85 €	
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 **	59,09 €		59,09 €	
9	Hotel Principal **	68,55 €		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 Ilirida**
3. Envíe este formulario y el talón por correo a **Central de Reservas Indíbil** Major, 31bis 25007 Lleida

TRANSFERENCIA
1. Realice la transferencia del importe que corresponda a nombre de **Viajes Ilirida** al CC.2074-8187-84-3081420933 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

INFORMACIÓN GENERAL

Sede Universitat de Lleida. Edificio Biblioteca C. Jaume II, 67 25001 Lleida

Fechas 25, 26 y 27 de Octubre de 2006

Certificados
de asistencia
de presentación de comunicaciones
de presentación de planes de cuidados

Premios Patrocinados por el Colegio Oficial de Diplomats en Infermeria de Lleida
900 € a la mejor comunicación oral
500 € a la mejor comunicación póster
500 € al mejor plan de curas
300 € a la mejor comunicación póster por votación de los asistentes al congreso

Haremos carrera profesional.
Solicitadas acreditaciones a la comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.
Solicitados créditos de libre elección a la Universitat de Lleida.

Información www.publinver.com

Organiza

Con la colaboración de

Secretaría Técnica
iPCONGRESSOS
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 — **INSCRIPCIÓN**

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, tambien 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

iPCONGRESSOS / PUBLINVER SL B-25017484
CARDENAL CISNEROS/ 28 25003 LLEIDA T/ 973 271 162 F/ 973 271 109 congressos@publinver.com www.publinver.com

DELGADO AGUILAR, HERMINIA; PEREDA ARREGUI, ENRIQUE; REMIREZ SUBERBIOLA, JOSE MANUEL;
DELGADO AGUILAR, MARIA JESÚS
Centro de Salud Almendrales. Área XI, Madrid.

ENURESIS NOCTURNA PRIMARIA

RESUMEN

La enuresis primaria monosintomática en niños en los que se ha descartado otro tipo de patología requiere un abordaje multidisciplinar. El objetivo principal de nuestro trabajo es el abordaje enfermero con un plan de cuidado en función de la valoración de necesidades del niño con este problema.
El objetivo final del equipo multidisciplinar es conseguir que el niño controle el esfínter vesical y comience el proceso de separación natural del vínculo materno, mediante el aprendizaje de estrategias de autonomía..
Palabras clave: Enuresis primaria monosintomática, enuresis primaria nocturna, plan de cuidados de la enuresis.
Key words: Monosymptomatic primary enuresis, nigthly primary enuresis, enureisis plan of cares.

Introducción

¿Qué es la enuresis?

La emisión involuntaria de orina durante el sueño, en niños mayores de 5 años, con una frecuencia superior a cuatro veces al mes y sin que exista una enfermedad que lo justifique. Entendemos así la enuresis primaria monosintomática.

Es importante saber que una enuresis no es una incontinencia porque se produce un vaciamiento involuntario de la vejiga durante el sueño. La micción de estos niños es completamente normal, por lo tanto un acto voluntario y complejo que se establece en el niño cuando está adquiriendo todos los mecanismos de aprendizaje.

Se convierte en problema a partir de la edad cronológica de 5 años en el caso de las niñas y de 6 años de los niños o un nivel de desarrollo equivalente. Estas edades son aproximadas, debido a que se considera que la madurez orgánica para el control de esfínteres está en torno a los 3 años.

La mayoría de los niños consigue el control diurno entre los 2 y 3 años; el nocturno puede tardar bastante más: uno de cada diez no lo logra antes de los 6 años de edad.

Se diagnostican tres tipos de enuresis; se deben diferenciar porque las causas y los tratamientos suelen ser distintos.

1. Enuresis primaria monosintomática
2. Enuresis secundaria
3. Enuresis complicada o síndrome enurético.

La enuresis primaria monosintomática, la más frecuente (97 % de todas), se debe a varias causas que podemos diferenciar como:

– «Retraso en la maduración de los mecanismos que controlan la micción»
– «Predisposición genética», sigue un patrón de herencia autonómica dominante, de tal forma que si ambos padres fueron enuréticos el riesgo para su herencia es del 77%.
– «Alteraciones de la secreción de hormona antidiurética"
– «Trastorno del despertar».Es un problema de alta prevalencia, aproximadamente 300.000 niños entre 5-14 años en nuestro país. Comparativamente en el Reino Unido es de 750.000 niños y en EEUU es de 6-7 millones.

Un 94% de estos niños viven esta situación como un problema que les produce angustia, no pudiendo realizar una vida normal (miedo a dormir fuera de casa, acudir a colonias, viajes, etc…), según datos del Instituto Urológico de Madrid.

Es por tanto un objetivo principal que el niño adquiriera el control del esfínter vesical mediante el aprendizaje, por lo que se justifica la intervención y la dedicación de recursos para promover el proceso de autonomía del niño, confiriéndole un espacio y una tarea, fomentando la contención de ansiedad en los padres y disminuyendo con todo ello el significado clínico del problema.

Objetivos

■ Desarrollar e implementar un plan de cuidados a niños enuréticos en consultas de enfermería para conseguir el control del esfínter vesical a través del aprendizaje.

■ Evitar la aparición de complicaciones.
Por medio de:
– Evitar la aparición de alteraciones físicas: estado de la piel.
– Fomentar la autoestima.
– Prevenir el aislamiento social, familiar y escolar.
– Reducir la ansiedad de los padres.
– Disminuir el estrés del niño, asumiendo esta fase del desarrollo como apéndice de su evolución normal.

Material y métodos

1. MATERIAL:

– Servicio de codificación del Hospital 12º de Octubre de Madrid.
– Programa informático OMI-AP. C.S. Almendrales. Madrid.(Urbano)

Revisados 6 casos, obtenidos 4 en consultas de pediatría de Atención Primaria y 2 de consulta de sindromología hospitalaria, todos ellos seleccionados por su diagnóstico de enuresis primaria monosintomática.

2. MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo.

Revisadas las 6 historias, todas ellas se correspondían a varones de edades comprendidas entre 7-11 años con diagnóstico realizado en el 2002 de enuresis primaria monosintomática. De estos 6 casos, 2 tuvieron déficit de hormona antidiurética por la noche y una predisposición genética/herencia. En los otros no se detectó esta deficiencia ni tenían antecedentes familiares de enuresis.

En ninguno de los casos figura la elaboración de un plan de cuidados. Por tanto, en función de los datos de la historia clínica los siguientes patrones funcionales susceptibles de intervención por estar alterados fueron:

■ Patrón 2. Nutricional/Metabólico
■ Patrón 5. Sueño / Descanso
■ Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo
■ Patrón 7. Autopercepción / Autoconcepto
■ Patrón 8. Rol / Relaciones.
■ Patrón 10. Adaptación / Tolerancia

Plan de cuidados enuresis primaria monosintomática

Patrones alterados de la valoración (11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon)

■ PATRÓN 2. NURTRICIONAL/METABÓLICO
– CUTANEA:
– Zona perineal eritematosa

■ PATRÓN 5. SUEÑO / DESCANSO
– Horas de sueño/día
– PROBLEMAS CON EL SUEÑO:
– La ansiedad por no mojar la cama provoca problemas para conciliar el sueño.
– despertares nocturnos, pesadillas.
– ALTERACIONES EN EXAMEN:
– Signos de cansancio: ojeras, bostezos.
– Alteraciones de la conducta: fracaso escolar

■ PATRÓN 6. COGNITIVO/ PERCEPTIVO
– Negación del problema
– Desconocimiento de medidas a adoptar
– Fobias y miedos por parte del niño y de los padres que llevan a una dificultad para comprender la enfermedad y su manejo.

■ PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO
– ENCUESTA DE AUTOPERCEPCIÓN:
– No se siente a gusto consigo mismo porque piensa que es un fracasado
– De forma subjetiva se siente rechazado por los padres, por mojar la cama.
– Piensa que sus compañeros de clase no le aceptan porque saben «lo suyo».
– CAMBIOS RECIENTES:
– Este nuevo suceso representa un problema a nivel familiar, escolar y de socialización del niño.
– DATOS DEL EXAMEN:
– Rasgos personales: dubitativo, sentimental y violento
– No contacto visual, rehuye la mirada
– Patrón voz: dubitativo, nervioso
– Postura corporal: inseguridad
– Nervioso
– Pasivo

■ PATRÓN 8. ROL / RELACIONES
– No comparte sus angustias con nadie porque siente vergüenza.
– Se siente solo
– Relación social anormal (insatisfactoria)
– Relación familiar anormal (insatisfactoria)
– Relación escolar anormal (insatisfactoria)

■ PATRÓN 10. ADAPTACIÓN/TOLERANCIA
– Este cambio tiene una influencia significativa en su conducta, pensamiento, relación y sueño.
– El problema hace que el niño tenga una tensión constante, sin encontrar resolución al problema.

DIÁGNOSTICOS NANDA, NOC, NIC

FACTOR RELACIONADO MANIFESTACION DE DEPENDENCIA
RESULTADO INTERVENCIONES

PATRÓN 2. NUTRICIONAL/METABÓLICO
– RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
- Humedad
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
- Vigilancia de la piel (3590).
- No pañales / gasas.

PATRÓN 5. SUEÑO/DESCANSO
– DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO
- Temor
- Dificultad para conciliar el sueño
- Sueño (0004)
- Terapia de relajación simple (6040).
- No despertar al niño durante la noche

PATRÓN 6. COGNITIVO/PERCEPTIVO
– CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
- Poca familiaridad con los recursos para obtener la información
- Verbalización del problema.
- Comportamientos inapropiados: agitación
- Conocimiento: régimen terapéutico (1810).
- Conocimiento: medicación (1808).
- Enseñanza: individual (5606). Calendario miccional
- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616).
- Tratamiento de desmopresina e imipramina
- No utilizar hierbas y métodos naturales sin prescripción médica
- Enseñanza: procedimiento (5610).
- Sistemas de alarma
- Ejercicios miccionales
- Enseñanza: dieta prescrita (5614).
- Limitar ingesta hídrica antes de dormir

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN/ AUTOCONCEPTO
– TEMOR
- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante
- Informes de: ➡ aumento de la tensión
  ➡ inquietud
  ➡ sentirse angustiado
- Control del miedo (1404).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Potenciación de la seguridad (5380).
- Apoyo emocional (5270).
- Derivar a consulta de psiquiatría.
- Escucha activa parental.
- Permitir un espacio para la libre expresión de sentimientos e inquietudes.
- No castigar al niño.
- Reforzamiento positivo de los logros.

– ANSIEDAD
- Estrés.
- Amenaza al autoconcepto
- Voz temblorosa
- Expresión de preocupaciones
- Inquietud
- Inseguridad
- Irritabilidad
- Angustia
- Nerviosismo
- Control de la ansiedad (1402).
- Disminuir la ansiedad (5820).
- Enseñanza: individual (5606).
- Técnica de relajación (5880).
- Aumentar el afrontamiento (5230).

– BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL
- Rechazo
- Verbalizaciones autonegativas
- Evaluación de si mismo como incapaz de manejar las situaciones o los acontecimientos.
- Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.
- Autoestima (1205).
- Potenciación de la autoestima (5400).
- Apoyo emocional (5270).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440).

PATRÓN 8. ROL/RELACIONES
– RIESGO DE SOLEDAD
- Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas
- Superación de problemas de la familia (2600).
- Apoyo emocional (5270).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Terapia de entretenimiento (5360).
- Apoyo a la familia (7140).

– INTERRUPCIÓN EN LOS PROCESOS FAMILIARES
– Situaciones de transición o crisis
- Cambios en la participación en la solución de problemas.
- Cambios en la disponibilidad para el apoyo emocional
- Funcionamiento de la familia (2606).
- Apoyo a la familia (7140).
- Mantenimiento de los procesos familiares (7130).
- Movilización familiar (7120).
- Fomento de la implicación familiar (7110).

PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS
– AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO
- Información o comprensión inadecuada sobre el problema de salud.
- Desorganización familiar
- Superación de problemas de la familia (2600)
- Fomento de la implicación familiar (7110).
- Movilización familiar (7120).
- Apoyo a la familia (7140).
- Estimulación de la integridad familiar (7100).

– DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN
- Múltiples agentes estresantes
- Estado emocional intenso
- No aceptación del cambio del estado de salud.
- Negación del cambio en la salud.
- No actividades preventivas de problemas de salud
- Superación de problemas (1300).
- Modificación de la conducta (4360).
- Aumentar el afrontamiento (5230).
- Asesoramiento (5240)
- Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).

Resultados

En dos de los casos de los niños correspondientes a los casos de la muestra procedentes de atención primaria observamos, sin que tenga valor estadístico significativo, que después de aplicar nuestro plan de cuidados específico durante 6 meses:

- Evaluado el patrón 5, los niños refirieron un descanso más tranquilo y reparador en relación con la disminución de la frecuencia enurética., hecho corroborado por los padres.
- El patrón 7 se modificó disminuyendo el sentimiento de culpa en relación con los episodios enuréticos principalmente manifestado por la no negación de los mismos.
- Se modificó el patrón 8 reflejado en una mejora de las relaciones del niño con los padres y de sus relaciones sociales (escolar, amigos etc.…) evaluado en la consulta mediante entrevista.
- En el patrón 10 constatamos una mejora de la consideración paternal del problema, manifestada por una actitud colaboradora y comprensiva, no dando un sentido de menosprecio hacia el comportamiento de su hijo.

Como resultado principal y consecuente con una intervención global observamos que en el calendario miccional disminuyó la frecuencia de «cama mojada».

Conclusiones

La enuresis es una entidad en la que enfermería debe participar formando parte de un grupo multidisciplinar de atención, elaborando sus planes de cuidados y estimulando una participación activa de todos los implicados, para facilitar así la identificación de problemas, aportación de soluciones, desdramatizando la enuresis y disminuyendo el estrés.

Todo ello apoyado por:

- Unas actividades de Enfermería.
- Sesiones.
- Actividad física para fortalecer los músculos pélvicos.
- Dieta y líquidos.
- Cuaderno de información a los padres.
- Cuaderno de información al paciente.
- Calendario.
- Hoja de seguimiento.
- Tipo de enuresis.
- Antecedentes familiares.
- Tratamientos anteriores.

Aún siendo nuestra muestra tan limitada, observamos el beneficio de la elaboración, ejecución y evaluación de un plan de cuidados en una entidad en la que a priori el papel de la enfermería no parece relevante.

Por último añadir que en algunos casos raros, el problema de la enuresis no puede ser resuelto ni por los padres ni por el pediatra ni por la enfermería ni por el médico de familia sino que es necesario recurrir a un psiquiatra infantil quien podrá ayudar al niño y a sus padres a resolver estos problemas. ▼

AÚN SIENDO NUESTRA MUESTRA TAN LIMITADA, OBSERVAMOS EL BENEFICIO DE LA ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CUIDADOS EN UNA ENTIDAD EN LA QUE A PRIORI EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA NO PARECE RELEVANTE. POR ÚLTIMO AÑADIR QUE EN ALGUNOS CASOS RAROS, EL PROBLEMA DE LA ENURESIS NO PUEDE SER RESUELTO NI POR LOS PADRES NI POR EL PEDIATRA NI POR LA ENFERMERÍA NI POR EL MÉDICO DE FAMILIA SINO QUE ES NECESARIO RECURRIR A UN PSIQUIATRA INFANTIL QUIEN PODRÁ AYUDAR AL NIÑO Y A SUS PADRES RESOLVER ESTOS PROBLEMAS

Bibliografía

– Espino Aguilar, R.; Servicio de pediatría. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. «Enuresis infantil: lo que los padres deben saber.»
– Rubio, M. Escuela de enfermería de la CAM. «Grupo focal de enuresis en un centro de salud mental: protocolo clínico». *Nure Investigación*, nº 0, Noviembre 2003.
– NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación. 2003-2004.
– NOC (Nursing Outcomes Classification), 1991.
– NIC (Nursing Interventions Classification), 1987
– Butler RJ. Nocturnal Enuresis: The Child's Experience. Oxford: Butterworth Heinemann; 1994.
– Devlin JB., Prevalence and risk factors for child hood nocturnal enuresis. Irish Medical Journal 84: 118-120, 1991.
– Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., Incontinence 2 nd International Consultation on Incontinence, July 1-3, 2001.
– Gallego Navarro A., Gutiérrez Pérez M.: Manejo de la enuresis esencial desde Atención Primaria. Salud Rural 1995, Septiembre.
– CUIDEN. Base de datos de enfermería en español. Búsqueda Bibliográfica.
– Christopher S. Cooper, M.D., Pediatric Urologist. What is Daytime Wetting and Voiding Dysfunction in Children? January 2000.

Hernández San Antonio, N.; Gorjón Hernández, J.; Martín Hernández, I; Rasero Requejo, A. y Ortiz Sánchez R.
Unidad de Urología. Hospital Universitario de Salamanca.

Evolución de la actividad en los registros de enfermeria en pacientes que ingresan para prostatectomia

Palabras clave: Registros de enfermería. Cuidados básicos de enfermería. Prostatectomía.

Key words: Nurse records, basic nurse cares,Prostatectomy

Introducción

La enfermería, como proveedora de cuidados de salud, debe satisfacer las necesidades de los individuos, siendo éstas el centro de nuestra actuación. Entre las funciones básicas de nuestra profesión se incluye la recogida de datos y la elaboración de los planes de cuidados de los pacientes, siguiendo la evolución a través de los registros de enfermería. En nuestro hospital estos registros se recogían en soporte papel con el mismo formato desde el año 1988, hasta que, siguiendo las directrices de la ley 44/2003 de 21 de Noviembre, ley de ordenación de las profesiones sanitarias, la cual dice que «La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos» se implantó el programa informático, Gestión Asistencial de Cuidados de Enfermería Línea Abierta (GACELA), donde están incluidos todos los registros de enfermería.

Por ello la importancia de los registros de enfermería ya que:

- Aseguran la continuidad de los cuidados necesarios para el paciente.
- Facilita la comunicación entre los distintos miembros del equipo y otros profesionales.
- Evita duplicidad y ahorra tiempo.
- Desde el punto de vista estadístico y de gestión, supone una herramienta básica como fuente de datos para valorar la producción de cuidados y para adecuar los recursos humanos a la realidad asistencial; así como para evaluar la calidad de los cuidados proporcionados.
- Son un documento legal.
- Facilitan la investigación del equipo enfermero y sirve como instrumento para la formación

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio fue valorar si la introducción del programa informático ha modificado la calidad y por ende los cuidados de los pacientes sometidos a prostatectomía en nuestro hospital.

Material y método

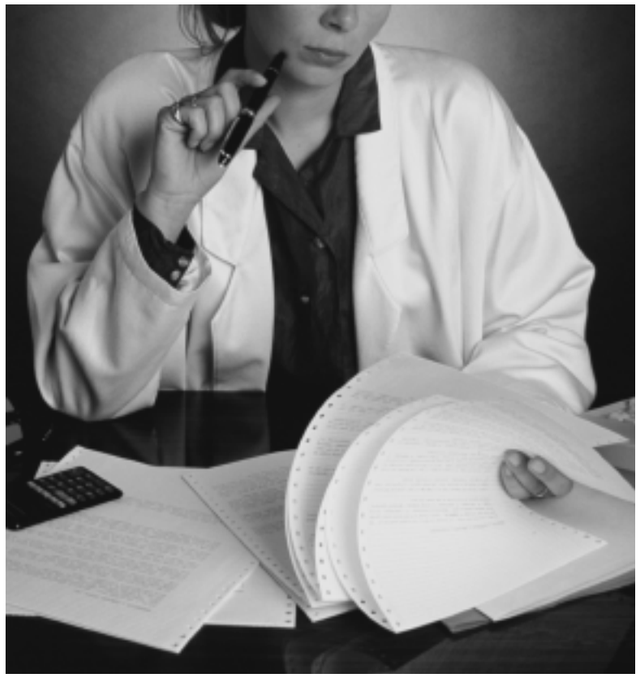
Se realizó un estudio retrospectivo en 24 pacientes escogidos al azar, que habían sido sometidos a prostatectomía y que fueron divididos en dos grupos: GRUPO PAPEL, que incluía 12 pacientes intervenidos entre Enero y Mayo de 2004 y con registro en soporte papel y GRUPO GACELA, que incluía otros 12 pacientes intervenidos entre Enero y Mayo 2005, en los cuales el plan de cuidados y el registro de enfermería se realizó mediante la aplicación GACELA.

En el hospital donde prestamos nuestro servicios se sigue el modelo de Virginia Henderson, para hacer la valoración del paciente al ingreso, tanto cuando se utilizaba los registros en soporte papel, como una vez que se implanto el programa informático GACELA.

Valorando cada una de las necesidades llegaremos a los diagnósticos de enfermería que se apoyan en la terminología y taxonomia de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

Se compararon los registros de ambos grupos y se buscaron diferencias en la recogida de las siguientes variables:

1. Ficha (identificación, número de historia, fecha de ingreso, motivo de ingreso, antecedentes personales, existencia de alergias, otros problemas de salud);



2. Identificación legible de la enfermera responsable;
3. Diferencias en el plan de cuidados: Alimentación (dieta, ayunas/motivo, inicio ingesta líquida), eliminación (control diuresis: registro de la diuresis cada 6 h según protocolo, características de la orina, control de deposiciones y balance hídrico a las 24 h, fecha de inserción, cuidados y retirada de sonda vesical, tipo de sonda y calibre, lavado urológico), higiene (prequirúrgica, enjuagues bucales, tipo de higiene posquirúrgica), piel (rasurado, cura de heridas, retirar puntos, tipo y mantenimiento de drenaje), vía venosa (tipo de catéter, fecha de inserción, cambio de apósito, fecha de retirada), controles (temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, presión venosa central, frecuencia respiratoria, control de glucemias en diabéticos, peso y talla al ingreso, extracción de analíticas), movilidad/seguridad (levantar/cambios posturales), autocuidados/ nivel de dependencia.
4. Comentarios evolutivos

De todos estos parámetros se valoró la correcta o incorrecta cumplimentación en alguno de los turnos así como la existencia de diferencias en algún parámetro entre los dos tipos de registros.

Resultados

1. Los datos recogidos en la ficha del paciente fueron cumplimentados en el 100 % de los registros en ambos casos.
2. En todos los pacientes del GRUPO PAPEL la identificación de la enfermera se hizo a través de la firma y en ninguno de los casos era legible y no se acompañó del nombre y apellidos de la misma; por el contrario en el GRUPO GACELA apareció claramente identificado con nombre y apellidos tanto el profesional que realizó el plan de cuidados como los que realizaron las modificaciones posteriores.
3. Con respecto al «ítem» alimentación, en todas las historias de enfermería se recogieron de forma adecuada los tres parámetros (dieta, ayunas/motivo, inicio ingesta líquida), sin embargo sólo en el GRUPO GACELA se recogió adicionalmente en todos los pacientes el nivel de dependencia en la alimentación, estableciendo si el paciente es autónomo, precisa ayuda parcial o total.

   En la eliminación el control de diuresis, de deposiciones y balance hídrico se realizó en el 100 % de los pacientes. La fecha de inserción de la sonda vesical, tipo de catéter, tamaño y retirada de la misma así como su mantenimiento cada 24 h también se recogió en todos los registros. El lavado vesical continuo aparece de forma automática en GACELA, al cargar el plan del postoperatorio de adenomectomía; sin embargo, aunque en el GRUPO PAPEL tenía que ser añadido al plan de cuidados por la enfermera, este se realizó de forma adecuada en todos los casos. La observación de las características de la orina, en el GRUPO PAPEL aparece en los comentarios evolutivos en 7 casos de los 12 estudiados, sin embargo en el GRUPO GACELA aparece registrada en los 12 casos.

   Respecto a la higiene preoperatoria según el protocolo establecido, en el GRUPO PAPEL aparece registrada en 9 de los casos, sin embargo en el GRUPO GACELA aparece siempre al cargar el protocolo preoperatorio y además se valora el nivel de dependencia pre y posquirúrgico.

   En los cuidados de la piel, el rasurado, y la cura de la herida aparecen registrados siempre. El mantenimiento de los drenajes no aparece en los registros del GRUPO PAPEL.

   Los registros de los cuidados de la vía venosa están cumplimentados en todos los casos.

   Respecto a los controles de temperatura, TA, FC, PVC, glucemias, peso y talla y analítica aparecen registrados en los dos grupos.

   La movilidad/seguridad solo aparece recogida en 2 pacientes del GRUPO PAPEL y en uno del GRUPO GACELA.

   Los autocuidados y nivel de dependencia solo aparecen registrados en el GRUPO GACELA.
4. Los comentarios evolutivos aparecen en los dos grupos y en todos los turnos. Sin embargo, en el GRUPO PAPEL la firma no es legible, y en el GRUPO GACELA los comentarios son más claros y se utiliza un lenguaje más enfermero.

   Los diagnósticos de enfermería solo aparecen en el GRUPO GACELA, ya que al elaborar el plan de cuidados estandarizado de prostatectomía, en nuestra unidad

se introdujeron los siguientes diagnósticos:

1. Riesgo de aspiración
2. Ansiedad
3. Riesgo de infección
4. Déficit de conocimientos
5. Déficit de autocuidado: evacuación - aseo
6. Déficit de autocuidado: vestido - arreglo personal
7. Déficit de autocuidado: baño - higiene 8- Dolor

Factores de relación:

1. Amenazas en salud, rol y entorno
2. Procedimientos invasivos
3. Dificultad de movimientos
4. Cirugía
5. Aparataje
6. Espasmos musculares
7. Procesos obstructivos
8. Cambios en salud, rol y entorno
9. Falta de información
10. Ansiedad

Objetivos:

1. Estará informado de todos los cuidados que se le realicen
2. No aspirará
3. Cumplirá medidas asépticas establecidas en protocolo de preparación quirúrgica antes de intervención
4. Tendrá cubierta su necesidad de autocuidado
5. No presentará signos y síntomas de infección
6. Referirá tener menos dolor tras la aplicación de medidas terapéuticas
7. Demostrará comprensión de los cuidados pautados al alta. Complicación potencial: Hemorragia

LA ENFERMERÍA, COMO PROVEEDORA DE CUIDADOS DE SALUD, DEBE SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS INDIVIDUOS, SIENDO ÉSTAS EL CENTRO DE NUESTRA ACTUACIÓN. ENTRE LAS FUNCIONES BÁSICAS DE NUESTRA PROFESIÓN SE INCLUYE LA RECOGIDA DE DATOS Y LA ELABORACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES, SIGUIENDO LA EVOLUCIÓN A TRAVÉS DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.

Conclusiones

1. Los registros de enfermería son fundamentales para la práctica, la evolución y la investigación en estudios posteriores
2. Los diagnósticos de enfermería son necesarios para la creación de un plan de cuidados y para establecer un lenguaje común y unificar criterios.
3. La introducción del sistema informático en la profesión de enfermería facilita la valoración de los cuidados y su continuidad, favoreciendo la consecución de los objetivos marcados en el plan de cuidados. ▼

Bibliografía

– Patricia W. Iyer «Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente». Nursing Abril 92. Volumen 10 nº 4. Pag 32. Editorial Staff.

– Guerrero Castillo, Juan José «Registros de enfermería: La Historia del paciente» Index enfermería digital 2004 44 - 45. www.neumosurenfermeria.org/aaa/almeria/textos/a

– Temes, JL y cols «Gestión Hospitalaria» 3ª edición. Mc.Graw-Hill Interamericana.

Autores-Coordinadores: Muñoz Rubio, P.L. y Madrigal Ortego, E.
Autores-Colaboradores: Rodríguez Hernández, F.; Calvo Domínguez, E.; Cuadrillero Rodríguez, F. y Fernández Samaniego, E.
Agradecimientos: F. J. Trueba Arguiñarena y E. Fernández del Busto.

ENDOPRÓTESIS URETERALES

Palabras clave: Endoprotesis ureteral, dilatación , modelaje, endoscopia

Key words: Bioprosthesis ureteral, dilation, endoscopy

Introducción

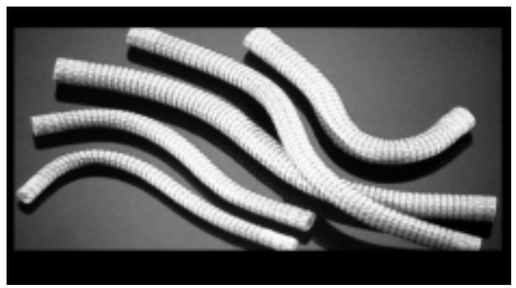
A lo largo de los últimos años se han desarrollado y perfeccionado diferentes técnicas para el tratamiento de las estenosis ureterales, como pueden ser:

– la resección endoscópica
– la dilatación con sondas modelantes
– la dilatación con catéter-balón
– la repermeabilización ureteral, mediante el uso de endoprótesis metálicas auto-expandibles, similares a las usadas desde hace tiempo para tratar vasos sanguíneos y la vía biliar, es decir, mallas metálicas cilíndricas que, al expandirse, aumentan el diámetro de la luz ureteral.

Existen dos tipos de endoprótesis:

– No recubiertas: fueron las primeras en usarse. Se ha observado que a medio-largo plazo tienen el inconveniente de que aparece un sobrecrecimiento tisular (mucosa ureteral) a través de los espacios de la malla, pudiendo llegar a reestenosar el uréter.
– Recubiertas: presentan una cubierta plástica de PTFE (polytetrafluoroethylene) que evita que se produzca esa hiperplasia tisular a través de los espacios de la malla, pero no evita que produzca en los extremos de la prótesis (hasta ahora sin llegar a ocluir la luz ureteral). (Foto 1.)

Foto 1. Endoprótesis ureterales autoexpandibles recubiertas de PTFE.



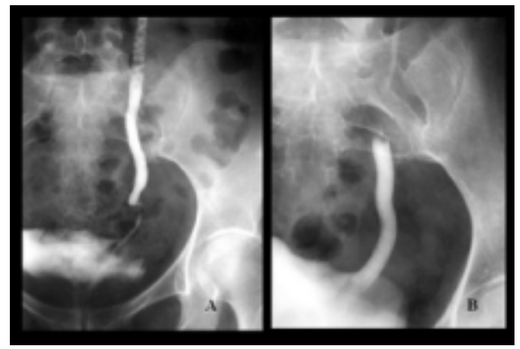
Métodos de colocación

La vía de abordaje usada para su colación puede ser:

– anterógrada, a través de sonda de nefrostomía combinada con fluoroscopia, o
– retrógrada, mediante ureterorrenoscopia (URS) y fluoroscopia. (Foto 2).

En ambos casos la anestesia utilizada es intradural, aunque en algunas ocasiones se hace bajo anestesia general.

Foto 2. Estenosis ureteral a nivel de uréter sacro (A). Repermeabilización ureteral mediante implantación de prótesis ureteral (B).



Indicaciones terapéuticas

Los casos en los que está indicado el uso de estas prótesis son:

– pacientes de edad avanzada y/o considerados como de alto riesgo quirúrgico por su estado general o por patologías asociadas,
– pacientes que presentan estenosis ureterales en distintas localizaciones, previamente tratados sin éxito mediante otras técnicas,
– pacientes con necesidad de portar catéteres «doble J» con carácter permanente,

– en referencia a los transplantados renales, decir que, en aquellos pacientes con una función renal normal y sin comorbilidad asociada, el método de elección en caso de estenosis ureteral es la reimplantación uretero-vesical. Sin embargo, cuando existe un deterioro crónico del injerto con expectativa funcional corta, o bien aparece una reestenosis tras una reimplantación uretero-vesical previa, también están indicadas las endoprótesis ureterales.

Complicaciones generaless

En cuanto a las complicaciones generales que pueden surgir derivadas de la colocación de estas prótesis, podemos destacar principalmente cuatro:

■ 1ª (COMPLICACIÓN). Reestenosis ureteral, motivada por diferentes factores:
– Acodamiento de la prótesis por una dilatación incompleta al colocarla.
– Por presencia de cuerpos extraños, como coágulos o acúmulos calcáreos, que serían fácilmente extraíbles ya que la prótesis permite el paso de un endoscopio a través de ella.
– Por hiperplasia de la mucosa ureteral. Ésta se produce a medio-largo plazo, más frecuentemente en las prótesis no recubiertas. Por calcificación de la cubierta plástica en las prótesis recubiertas con PTFE. Aunque hay que decir que hasta la fecha sólo se ha detectado este problema en el extremo distal de aquellas prótesis que abocaban a vejiga, pero no en el resto de la prótesis.

■ 2ª (COMPLICACIÓN). Riesgo de migración de la prótesis, relacionado con el uso de prótesis con sistema de anclaje (caso de las usadas en la vía biliar) o sin él. Por otro lado, el que durante el proceso de colocación se dilate la prótesis en lugar de resecarla, facilita su posterior anclaje, ya que el propio tejido fibrótico de la estenosis ayuda a fijar la prótesis.

■ 3ª (COMPLICACIÓN). Hemorragias, pero únicamente se han detectado en el postoperatorio inmediato, y no en todos los casos.

■ 4ª (COMPLICACIÓN). Las infecciones ocasionales que pueden afectar a la vía urinaria, sobre todo en pacientes que porten prótesis que desemboquen directamente en vejiga, por el riesgo de que se produzcan reflujos urinarios.

Estudio post-quirúrgico

A pesar de ser técnicas realizadas por el personal médico del servicio, Enfermería no debe permanecer al margen de estos avances terapéuticos, ya que el conocimiento de las técnicas aplicadas, así como de las complicaciones que pueden surgir, es esencial para prevenir complicaciones más graves y para poder adaptar mejor nuestras actuaciones y cuidados a cada situación y a cada paciente.

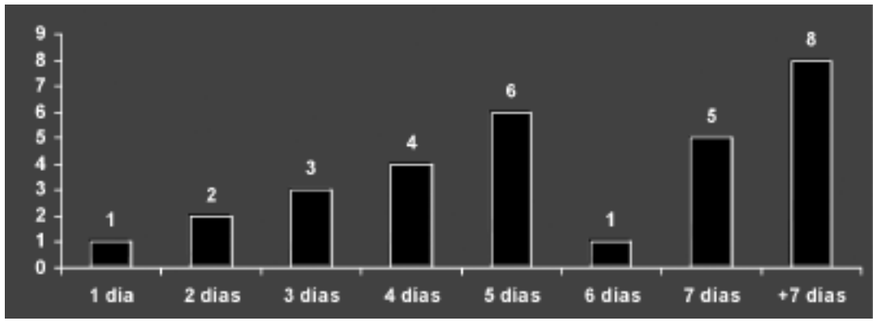
Con este objetivo hemos llevado a cabo el siguiente estudio:

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, en el que como instrumento de recogida de datos se utilizó un cuestionario (con mayoría de preguntas cerradas), completado mediante la revisión de la historia clínica de 30 pacientes (20 hombres y 10 mujeres) a los que se les colocó, al menos, una prótesis ureteral entre enero-2001 y abril-2005, en el Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

La edad media de los pacientes fue de 65 años (Rango 41 a 87 años).

La estancia hospitalaria posquirúrgica fue en el 73,3% de los casos inferior o igual a 7 días (Rango 1-27 días). (Gráfico 1).

Gráfico 1.



Esta estancia hospitalaria relativamente corta es reflejo del escaso número de complicaciones que produce esta intervención en el postoperatorio inmediato. Las más habituales son el dolor, las hematurias, la fiebre y, más a medio plazo, las infecciones ocasionales de la vía urinaria.

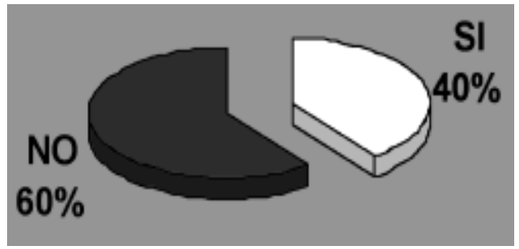
Son pacientes que llegan de quirófano conscientes (en la mayoría de los casos se usa anestesia intradural), con sonda vesical de tres vías con lavado continuo y un acceso venoso para sueroterapia, pudiendo iniciar tolerancia a las 6-8 horas después de la intervención.

La permanencia de la sonda vesical va a depender de la presencia de hematuria, ya que en condiciones normales se retiraría a las 24 horas. En nuestro estudio la permanencia media fue de 4,1 días (Rango 1-15 días). De aquí se deduce que la presencia de hematurias posquirúrgicas no va ser duradera. De hecho, sólo el 50% de los pacientes presentaron hematuria, con una duración media de 3,4 días (Rango 1-10 días). Estas hematurias fueron calificadas como ligeras o moderadas en el 80% de los casos, con sólo 3 episodios de hematuria franca.

No precisó ningún tipo de analgesia el 60% de los pacientes, y aquellos que sí la necesitaron lo hicieron durante un tiempo medio de 2,1 días (Rango 1-7 días). (Gráfico 2)

Únicamente el 23,3% presentó fiebre o febrícula (más

Gráfico 2. Demanda de analgesia



de 37,5º C) durante un periodo medio de 2,7 días (Rango 1-6 días).

Durante el seguimiento a medio-largo plazo se detectó, al menos un caso de infección de la vía urinaria (confirmado mediante análisis microbiológico de una muestra de orina) en 8 pacientes, de ellos hasta esta fecha el rango es de 1-3 episodios.

Conclusión

De todos estos datos podemos extraer la conclusión de que la repermeabilización ureteral mediante prótesis metálicas autoexpandibles, es una técnica eficaz y poco agresiva, que genera un postoperatorio relativamente corto, con complicaciones escasas y de corta evolución, pero ante las cuales debemos estar atentos para prestar mejores Cuidados de Enfermería. ▼

DE TODOS ESTOS DATOS PODEMOS EXTRAER LA CONCLUSIÓN DE QUE LA REPERMEABILIZACIÓN URETERAL MEDIANTE PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES, ES UNA TÉCNICA EFICAZ Y POCO AGRESIVA, QUE GENERA UN POSTOPERATORIO RELATIVAMENTE CORTO, CON COMPLICACIONES ESCASAS Y DE CORTA EVOLUCIÓN, PERO ANTE LAS CUALES DEBEMOS ESTAR ATENTOS PARA PRESTAR MEJORES CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Bibliografía

– Fernández del Busto, F.; Martínez de Iturrate Arín, J., Manual de Enfermería Urológica. Universidad de Valladolid.2000.
– B. Pozo Mengual, F. J. Burgos Revilla, A. Linares Quevedo y Cols. «Estenosis Ureteral post-trasplante renal: Tratamiento con prótesis metálica autoexpandible». Actas Urológicas Españolas. Marzo 2003.
– F.J. Trueba Arguiñarena and E. Fernández del Busto. «Self-expanding polytetrafluoroethylene covered nitinol stents for the treatment of ureteral stenosis: Preliminary report.». The Journal of Urology. August 2004.
– Jiménez Cruz y Rioja Sanz, Tratado de Urología. J.R. Prous Editores. Barcelona.1993.
– Fernández del Busto, E. Compendio de Urología. Universidad de Valladolid. 1993.

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

ELECCIONES A JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA

Por la presente, se convocan elecciones a Junta Directiva, según acuerdo adoptado en la Asamblea de Socios celebrada en la ciudad de Valladolid el día 28 de Octubre de 2005

Según el Artículo 17 de los actuales estatutos de la Asociación:

- Los cargos de la Junta Directiva serán elegidos por la Asamblea General Ordinaria entre los Socios numerarios, con una antigüedad mínima en la Asociación de un año, teniendo cada periodo una duración de cuatro años.
- Serán electores todos los socios numerarios independientemente de su antigüedad y que consten en el censo electoral.
- Se presentaran listas completas y cerradas, a los cargos de:
  - Presidente
  - Vicepresidente
  - Secretario general
  - Tesorero
  - Vocal I
  - Vocal II
  - Vocal III
- El periodo de recepción de Candidaturas se iniciará el 25 de Junio a las 0'00 horas y se cerrará el día 26 de Septiembre a las 24 horas no admitiéndose ninguna candidatura fuera de ese plazo.
- En la convocatoria de asamblea, se incluirán las listas candidatas para conocimiento de todos los socios electores.
- El voto será directo en el transcurso de la Asamblea General Ordinaria a celebrarse el día 26-10-2006, con motivo del XXVIII Congreso Nacional de la Asociación, en la ciudad de Lleida.
- La mesa electoral estará formada por el socio de menos antigüedad, el de más antigüedad de los presentes, junto con un miembro de la Junta Gestora y los representantes de las distintas candidaturas delegadas por estas.
- Las Candidaturas serán remitidas a la siguiente dirección postal C/ Conde de Peñalver nº 96 2º A. 28006 Madrid. Y a la dirección del correo electrónico de la página web: **enfuro@enfuro.org**

PREMIO ENFURO

Durante el acto de clausura del XXVIII Congreso de Lleida se hara entrega del premio «ENFURO» otorgado al mejor trabajo publicado en la revista durante los dos ultimos años (numeros del 91 al 97) ambos inclusive.

El montante economico del mismo será de 1200€

El Jurado estara compuesto por:

Un miembro del consejo de redacción de Enfuro

Tres miembros de la Asociación Española de Enfermería en Urología.

El fallo del Jurado será comunicado a los interesados con antelación al Congreso pudiendo ser recogido por los premiados o persona en quien deleguen.

OTRAS NOTICIAS:

Por la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la Comunidad de Madrid han sido editadas una serie de Guia de Recomendaciones al paciente. De entre ellas se encargo a esta Asociación la referente al Sondaje vesical, cuya elaboración ha sido dirigida por nuestro compañero: Jose Manuel Remirez Suberbiola, teniendo una amplia difusión en esta Comunidad.