

enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 99. Septiembre 2006



XVIII Congreso en Leida, programa definitivo

Manejo de los espasmos vesicales en una unidad de enfermería urológica

Enfermería en la neuromodulación de las raíces sacras. Plan de cuidados

Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica



ENFURO

nº 99 / Julio/Agosto/Septiembre 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:

Catedral de Lérida

Edita: Asociación Española de Enfermería
en Urología

Depósito legal: M-18042-1980

ISBN: 0210-9476

Soporte válido S.V.R. 246

Realización: QAR Comunicación (Madrid)

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

C/ Conde de Peñalver 96- 2º A

28006 Madrid

Correo electrónico: enfuro@enfuro.org

SUMARIO

- Editorial 5
- Desarrollo de una estación de trabajo electrónica multiuso para profesionales de la salud. Blázquez Hernández, R.; Sánchez Ramos, L.; Herrero Cecilia, I. 6
- Manejo de los espasmos vesicales en una unidad de enfermería urológica. Alonso Frias MA, Sánchez Tovar MD, Canovas Tomás MA, Urgoiti Badiola A, Pérez Rastrojo A, Pardo Leal AI. 8
- Enfermería en la neuromodulación de las raíces sacras. Plan de cuidados. Mª ANGELES García Murillo MA; Cid Losada, P; González Burguillos, MA; Rubio Revuelta, J 12
- Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica. Sanguillo Antolín, M 15
- ESPECIAL XXVIII Congreso de Enfermería Urológica (Lleida, 25-28 octubre 2006) 21
- Mejorar la satisfacción del paciente durante su ingreso hospitalario. Viñuela López, R; Franch Llasat, R; Mena Sanch Martí, A; Anento Noya, S. 24
- Noticias 34



La Junta Directiva y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas por los autores en sus artículos. ENFURO tiene la propiedad de los artículos que contiene. Cualquier reproducción total o parcial de sus contenidos deberá ser autorizada por su autor y el Consejo de Redacción, haciendo expresa mención de la fuente.

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Próximos a comenzar a recibir una nueva remesa de trabajos para publicar, presentamos las normas de publicación por las que se rige ENFURO, y a las que nos debemos atener para darle rigor y prestigio a la misma, basadas en las normas internacionales de Vancouver. Se presenta un extracto, recomendamos la lectura de su totalidad en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm

1. La revista ENFURO es el órgano de difusión de la Asociación Española de Enfermería en Urología, y en ella se podrán publicar artículos de opinión, artículos científicos, trabajos de investigación y trabajos presentados a los Congresos Nacionales e Internacionales de la Asociación. Está abierta tanto a los socios como a los que no lo son.
2. **Sistema de revisión por expertos (peer-review).** ENFURO somete la mayoría de los artículos que publica a la evaluación de revisores-asesores, expertos en la materia, y que no forman parte del Consejo Editorial de la revista. Éstos figuran en los créditos y recibirán los artículos para su análisis y evaluación. Podrán variar a criterio del Consejo. El Consejo de Redacción priorizará la publicación de aquellos artículos relacionados con la urología, andrología e incontinencia urinaria y de contenidos eminentemente enfermeros. No se excluyen, en principio, los relacionados con otras especialidades de enfermería.
3. **Artículos en disquete o e-mail.** Los artículos y trabajos se enviarán en soporte electrónico (en disquete o CD) o por e-mail, en procesador de texto Word versiones 97 - 2000. Al presentar los disquetes, los autores deben:
 - Cerciorarse de que se ha incluido una sola versión del artículo en el disquete.
 - Incluir en el disquete solamente la versión última del artículo.
 - Especificar claramente el nombre del archivo.
 - Etiquetar el disquete con el formato y nombre del fichero.
 - Enviar para revisión y cotejo una copia impresa en papel.
 El material se enviará por correo postal (preferentemente certificado) a:
Francisco Estudillo González. C/ Profesor Antonio Ramos, 4-6°. San Fernando (Cádiz). Correo electrónico: pacoestudillo@ono.com
4. **Encabezamiento: título y autores**
 - a) El título del artículo debe ser conciso, pero informativo.
 - b) El nombre de cada uno de los autores, acompañado de su grado académico más alto y su afiliación institucional.
 - c) El nombre del departamento o departamentos e institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
 - d) El nombre y la dirección del autor responsable de la correspondencia.
 Cada autor deberá haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo. El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores deben citarse en la sección de agradecimientos.
5. **Resumen y palabras clave.** Se incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los resultados más destacados y las principales conclusiones. Haciendo hincapié en lo más novedoso o de mayor importancia. Se identificarán de tres a cinco palabras clave que faciliten a los documentalistas el análisis documental del artículo y que se publicarán junto con el resumen.
6. **Método IMRYD y extensión:**
 - Introducción.
 - Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
 La extensión máxima del trabajo será de 10 folios, interlineado sencillo y letra fuente tamaño 12.
7. **Referencias bibliográficas.** Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto.
8. **Ilustraciones (figuras).** Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se deberán enviar preferentemente en disquetes o CD o por e-mail, escaneadas a alta resolución. En caso de ser imposible el escaneado, se enviarán junto con el disquete del texto por vía postal. Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para la ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto.
9. **Abreviaturas y símbolos.** Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.
10. El Consejo de Redacción y la AEEU no se hacen responsables de las opiniones ni de los resultados obtenidos en los trabajos. La alusión y/o fotografías de personas y entidades debe estar controlada por el autor/es, con el compromiso de haber respetado la privacidad, imagen y confidencialidad de los interesados.

EDITORIAL

Es difícil predecir el futuro, pero para nosotros todavía más...

La Enfermería nos vemos siempre obligados a reclamar lo que consideramos nos corresponde. Deseamos una profesión con futuro, sin barreras, adecuada a las necesidades sanitarias de la sociedad en la que vivimos y nos pasamos el día teniendo que demostrar lo que valemos, lo que hacemos, lo importante y necesaria de nuestra labor diaria en el sistema sanitario.

¿Por qué es todo tan difícil?, ¿Por qué les cuesta creer lo que parece tan evidente?

Queremos una titulación sin techo, el desarrollo de unas especialidades, competencias como la prescripción enfermera, en definitiva el desarrollo de nuestra profesión, que no desea otra cosa que responder a la demanda de salud de la sociedad.

Si todo esto es difícil, mantener aglutinado a un colectivo enfermero, como el que realiza su trabajo en unidades de urología, aún lo es más. Somos conscientes que el no haber conseguido que se aprobase la especialidad de Urología hará difícil crear una conciencia de pertenencia a un colectivo como el nuestro, que estará abocado a ser una especialidad quirúrgica más.

Entramos en una nueva etapa. Hemos pasado un periodo de mandato con Junta Gestora que debemos valorar como de normalidad, son vaivenes que pueden suceder en cualquier grupo humano. Celebraremos las elecciones en Lleida. La veteranía, historia y madurez de nuestra asociación se merece que pongamos proa hacia nuevos proyectos, e inquietudes. Esta junta que presido luchará para sacar adelante nuestra asociación y sacarle valor a todo el legado que hemos heredado.

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

BLÁZQUEZ HERNÁNDEZ, RAQUEL; SÁNCHEZ RAMOS, LUZDIVINA; HERRERO CECILIA, INMACULADA.
Falta

Desarrollo de una estación de trabajo electrónica multiusuario para profesionales de la salud

Palabras clave: informática, formularios.

Key words: hospital computer system, formulary.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud español está cambiando rápidamente. En nuestro Hospital, la historia clínica convencional ha sido totalmente reemplazada por una única historia clínica electrónica (HCE) multiusuario.

En el ámbito de los cuidados, ese instrumento pretende sustituir a los registros de enfermería tradicionales. Hasta la fecha, la implantación de ese tipo de registros no se ha popularizado; además de los problemas de naturaleza tecnológica, la tecnofobia que parecen sufrir algunos grupos de usuarios constituye un factor limitante para su generalización (1-3).

Para poder sustituir a la historia clínica tradicional en el ámbito de los cuidados de pacientes hospitalizados, la HCE debería de permitir al personal de enfermería desarrollar, como mínimo, las siguientes actividades: proceder a las valoraciones al ingreso, registrar las constantes vitales, elaborar notas evolutivas, validar las tareas y la prescripción farmacológica, la redacción de un informe de cuidados al alta del paciente y el registro de los cuidados.

El objetivo de este estudio es detallar la integración de una HCE en el ámbito de los cuidados de enfermería en un hospital público de 385 camas que presta servicio a una población de 210.000 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el comienzo de las actividades de este Centro (1-2004) se encuentra disponible una red de comunicaciones interna clínico-administrativa. El sistema de información está construido en torno a un aplicativo central de gestión clínica y asistencial integrado con las restantes aplicaciones de especialización médica y de gestión a través de un motor

de integración. Los entornos de desarrollo utilizados son J2EE de SUN y .NET de Microsoft. Se utiliza la metodología Métrica-3 y la modelización de procesos mediante UML. El sistema consiste en una red electrónica HIS-RIS con base DICOM instalada a través de un servidor web interno y con base en una red mixta alámbrica e inalámbrica. Los subsistemas departamentales (laboratorio, cuidados intensivos, dietética, radiodiagnóstico y anestesia, entre otros) se integran a través del protocolo HL7. La tabla 1 recoge las principales aplicaciones disponibles (4).

En la actualidad, se encuentran instalados 40 servidores, con una capacidad de almacenamiento de 18 Tbytes en línea y 477 Gigabytes en la unidad de almacenamiento óptico. El hospital dispone de 900 tomas de voz y 800 tomas de datos (CAT 6) que permiten el funcionamiento de 1000 ordenadores de sobremesa, 30 ordenadores portátiles y 350 impresoras.

En el momento de su ingreso en el servicio de urología, se realiza al paciente distintos formularios:

- Valoración al ingreso.* (motivo del ingreso, A.P. situación basal, valoración de Patrones Funcionales)
- Grafica de constantes vitales* (F.C., T.A., T^a, Glucemia capilar, Sat de oxígeno...).
- Resumen de ingreso* (nota escrita de motivo de ingreso)
- Niveles de dependencia* (valoración del grado de dependencia del paciente, con respecto a los cuidados de enfermería)
- Registro de sondas y catéteres.*
- Asignación de tareas* (Actuación frente al dolor, actuación ante la hemorragia, apoyo emocional, ayuda parcial-total en los cuidados, cuidados de drenaje, cuidados de la herida quirúrgica, inserción y/o cambio de sonda vesical...)
- Formulario de preoperatorio* (en caso que el paciente ingrese para intervención quirúrgica).

Durante el ingreso, se realizan diferentes formularios:

- Validación diaria de tareas*
- Validación de prescripción médica* (que se vuelca en la Agenda de cada turno).
- Notas evolutivas de enfermería.*
- grafica de constantes vitales.*
- Niveles de Dependencia*
- Formulario de heridas.*
- Formulario de entradas y salidas.*

En el momento del alta, se realizan:

- Recomendaciones al alta de enfermería* (se entrega informe impreso al enfermo y a la vez se envía, vía correo electrónico al Centro de Salud correspondiente).

Actualmente se encuentra en desarrollo la asignación de cuidados de enfermería y la realización de planes de cuidados informatizados.

RESULTADOS

En el momento presente, la parametrización de las áreas de cuidados ha finalizado y el aplicativo ha alcanzado estabilidad, posibilitando una administración de cuidados prácticamente superponible a la que se alcanza con la utilización de historias y registros de enfermería tradicionales.

La incorporación de la HCE a la En este sentido, la administración de cuidados en la unidad de hospitalización de urología de este Centro sigue los principios más tradicionales de la enfermería.

CONCLUSIONES

La integración completa de una HCE en una unidad de cuidados urológicos es posible pero exige un gran esfuerzo de adaptación. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Likourezos A, Chalfin DB, Murphy DG, Sommer B, Darcy K, Davidson SJ. Physician and nurse satisfaction with an Electronic Medical Record system. *J Emerg Med.* 2004 Nov;27(4):419-24.
- Chan T, Brew S, de Lusignan S. Community nursing needs more silver surfers: a questionnaire survey of primary care nurses' use of information technology. *BMC Nurs.* 2004 Oct 7;3(1):4.
- Morris L, Dumville J, Campbell LM, Sullivan F. A survey of computer use in Scottish primary care: general practitioners are no longer technophobic but other primary care staff need better computer access. *Inform Prim Care.* 2003;11(1):5-11.
- <http://www.hospitaldefuenlabrada.org/>.
Ultimo acceso 14/03/2006



Tabla 1. Aplicaciones instaladas en la historia clínica electrónica

APLICACIÓN	PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN
SELENE - Estación Clínica	Siemens	Estación Clínica
SELENE - Gestión Pacientes	Siemens	Gestión de Pacientes
SELENE - Historia Clínica	Siemens	HIS
MEDORA PACS	General Electric	PACS
MEDORA RIS	General Electric	RICS
SERVOLAB	Dade Berhing	Análisis Clínicos
Banco de Sangre	Izasa	Banco de Sangre
TAO	Izasa	Anticoagulación oral
VITRO		Anatomía Patológica
FARMATool	LandTools	Farmacia
PICIS	PICIS	Cuidados Críticos
Partograma	Heliantus - Oxford	Partograma
Identificación Neonatos	ICN	Identificación Neonatos
CARDIOSOFT	General Electric	Cardiología
ENDOBASE	Olympus	Endoscopias
AURORA	Siemens	Quirófano y Dietética
NAVISON Attain - RRHH	Microsoft Business	Planificación Recursos Humanos
NAVISON Attain - Nómina Turnos	Microsoft Business	Nóminas y Turnos
NAVISON Attain - Suministros	Microsoft Business	Suministros y Concursos
NAVISON Attain - Almacenes	Microsoft Business	Almacenes
NAVISON Attain - Contab. Gral.	Microsoft Business	Contabilidad General
NAVISON Attain - Activos Fijos	Microsoft Business	Activos Fijos
GESTCLIF - Contab. Analítica	Savac	Contabilidad Analítica
Datawarehouse	Siemens	Explotación SELENE
Intranet Corporativa	Desarrollo Propio	Intranet Corporativa
Gestión Archivo Digitalizado	Desarrollo Propio	Gestión Archivo Digitalizado
Banco Imágenes Dermatológicas	Desarrollo Propio	Banco Imágenes Dermatológicas
Procesos de Selección	Desarrollo Propio	Procesos de Selección

ALONSO FRÍAS MA, SÁNCHEZ TOVAR MD, CANOVAS TOMÁS MA, URGOITI BADIOLA A, PÉREZ RASTROJO A, PARDO LEAL AI.
falta

Manejo de los espasmos vesicales en una unidad de enfermería urológica

Palabras clave: espasmo vesical, dolor, urgencia miccional.

Key words: bladder spasm, pain, micturition emergency

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como eje analítico, el estudio de los espasmos vesicales en los pacientes urológicos ingresados durante los meses de Junio y Julio de 2005, en la Unidad de Hospitalización de Urología del Hospital Morales Meseguer de la Ciudad de Murcia, hospital público dependiente del Servicio Murciano de Salud.

La presencia de espasmos vesicales es uno de los principales problemas de enfermería en el postoperatorio de la cirugía urológica, debido tanto a la intervención en sí misma, como a la necesidad de portar catéter uretral permanente durante un periodo de tiempo determinado. Desde una perspectiva clínica entendemos el **espasmo vesical** como una contracción involuntaria del músculo detrusor de la vejiga, que tiene lugar de manera intermitente e impredecible y que cursa con *calambres abdominales*, *pérdida de orina* por perisonda, *urgencia de vaciar la vejiga* y *dolor*.

El **tratamiento** de los espasmos vesicales con la finalidad de disminuir el dolor, intensidad y frecuencia, tal como demuestran algunos estudios (Park, 2000; Chiang, 2005), ha sido llevado a cabo mediante la aplicación de ciertos analgésicos, tales como *Ketorolaco*, *Paracetamol*, *Codeína*, *Oxibutinina*..., así como mediante técnicas de relajación (Legarra, 2003).

En nuestra práctica diaria observamos que, en ocasiones, el *masaje abdominal* o el *lavado manual de la vejiga*, no eran suficientes para la disminución del dolor, ante la presencia de espasmos vesicales en los pacientes que portaban sonda vesical permanente. Preocupados por este tema, nuestra pretensión principal ha sido una aproximación al estudio de los espasmos vesicales, con el **objetivo** inicial de describir el manejo de los mismos en los pacientes que fracasaba el masaje abdominal y, de este modo, mejorar los cuidados de enfermería en el tratamiento de los espasmos vesicales en nuestra unidad.

METODOLOGÍA

El estudio ha sido realizado mediante un diseño descriptivo prospectivo. Se incluyó en el mismo a todos los pacientes ingresados en la Unidad de Urología portadores de sonda vesical, en los que fracasaba el masaje abdominal para disminuir el dolor, tras sufrir el espasmo. El estudio se realizó durante los meses de Junio y Julio de 2005, periodo durante el cual, los datos fueron recogidos a través de un cuestionario *ad hoc*, previa información al paciente. (Anexo I)

Estos datos fueron recogidos, siempre que fue posible, inmediatamente después de que el paciente sufriera cada espasmo vesical, demandando en ese momento la atención de enfermería para disminuir el dolor. Del mismo modo, en cada turno de trabajo, se realizó una encuesta a los pacientes con el fin de conocer si habían tenido espasmos vesicales y si éstos habían cedido de modo espontáneo o mediante masaje abdominal.

De otra parte, centramos también nuestro interés en conocer la intensidad del dolor sufrido tras los espasmos. Teniendo en cuenta que el dolor es siempre subjetivo, se pasó a los pacientes una Escala Visual Analógica del dolor (EVA), dado que dicha escala permite una determinación consistente en esa subjetividad.

La escala presenta una puntuación del 0 al 10, donde el 0 significa ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor posible. Así mismo, se mostraban diferentes expresiones faciales que se correspondían con dichas puntuaciones. Después de enseñar todo esto al paciente, se le pidió que pusiera una señal en la zona de la escala que, a su juicio, se correspondía con la intensidad del dolor sufrido durante los espasmos.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se incluyó a 25 pacientes de los cuales el 96% eran varones, con una edad media de

ANEXO I. ENCUESTA REALIZADA AL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA Y AL ALTA

REGISTRO DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____ HORA: _____

PACIENTE INGRESADO POR: CIRUGÍA RETENCIÓN URINARIA HEMATURIA OTROS, ESPECIFICAR: _____

TIPO DE SONDA Y CALIBRE: 2 VÍAS Nº 18 Nº 20 ACODADA SILICONA
 3 VÍAS Nº 18 Nº 22 SILICONA
 RECTA Nº 20 Nº 24
 LATEX

¿EXISTEN PÉRDIDAS PERISONDA? SI NO

¿EL PACIENTE LLEVA LAVADO CONTINUO? SI NO

¿SE HA REALIZADO LAVADO MANUAL? SI NO

EL RESULTADO DEL LAVADO MANUAL HA SIDO: SONDA OBTURADA COÁGULOS IMPORTANTES NINGUNO

EL DOLOR CEDIÓ CON: MASAJE ABDOMINAL ANALGESIA ESPONTANEO

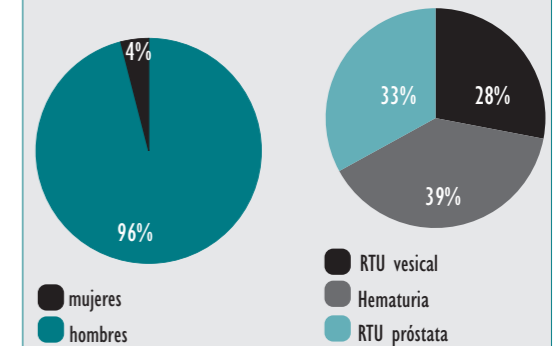
EN CASO DE HABER CEDIDO CON ANALGESIA, TIPO DE ANALGESIA: NOLOTIL ADOLOLITA NIDORUFEN OTROS, ESPECIFICAR CUAL: _____
 BUSCAPINA COMPOSITUM DITROMAN

¿AL ALTA, EN UNA ESCALA DE 0 A 10, SIENDO 0 UN DOLOR INSOPORTABLE Y 10 NO HABER SENTIDO DOLOR ALGUNO, PUNTEE EL NIVEL DE DOLOR QUE HA SENTIDO CON LOS ESPASMOS. MARQUE CON UN CÍRCULO: _____

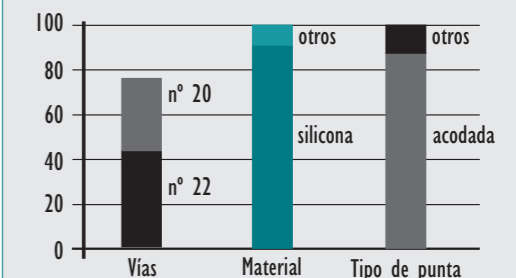
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXO II. RESULTADOS. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

n = 25 pacientes
Edad media = 71,8 ± 9,4 años
Estancia media = 6,7 ± 4,6 días



ANEXO III. RESULTADOS. CARACTERÍSTICAS DE LOS SONDAJES



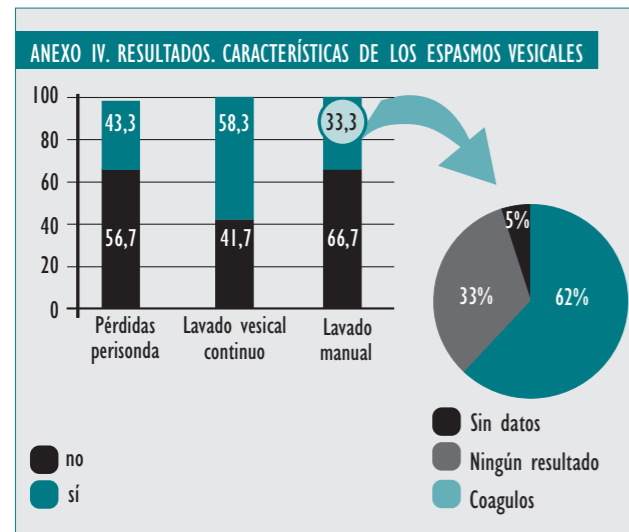
71,8 ± 9,4 años. Los principales motivos de ingreso fueron: Hematuria (28%), RTU de próstata (24%) y RTU vesical (20%). La estancia media fue de 6,7 ± 4,6 días. El número total de espasmos vesicales registrados fue de 60, siendo la media de espasmos vesicales por paciente de 2,4 ± 2,1 espasmos durante su estancia (sufriendo un solo espasmo el 48% de los pacientes). Sin embargo, el dolor medio manifestado por los pacientes fue de 6 ± 2,6 sobre 10. (Anexo II)

El 90% de las sondas vesicales utilizadas eran de tres vías siendo mayoritariamente del nº 22 (43%) y nº 20 (33%), de silicona (91,7%) y con punta acodada (88,3%) (Anexo III).

Dentro de los 60 espasmos vesicales estudiados, en el 56,7% no se produjeron pérdidas perisonda, en el 58,3% se mantenía lavado vesical continuo y en el 66,7% no se realizó lavado manual. Del 33,3% que se realizaron lavados manuales, en el 61,9% se obtuvieron coágulos importantes y en el 33,3% no se produjo ningún resultado. (Anexo IV)

En cuanto al dolor producido por los espasmos vesicales, fue solucionado en el 43,3% de las ocasiones con analgesia (nolotil 61,5% y buscapina compositum 15,4%), en el 41,7% cesó espontáneamente y en el 15% cesó tras el lavado manual. (Anexo V)

DENTRO DE LOS 60 ESPASMOS VESICALES ESTUDIADOS, EN EL 56,7% NO SE PRODUCERON PÉRDIDAS PERISONDA, EN EL 58,3% SE MANTENÍA LAVADO VESICAL CONTINUO Y EN EL 66,7% NO SE REALIZÓ LAVADO MANUAL. DEL 33,3% QUE SE REALIZARON LAVADOS MANUALES, EN EL 61,9% SE OBTUVIERON COÁGULOS IMPORTANTES Y EN EL 33,3% NO SE PRODUJO NINGÚN RESULTADO



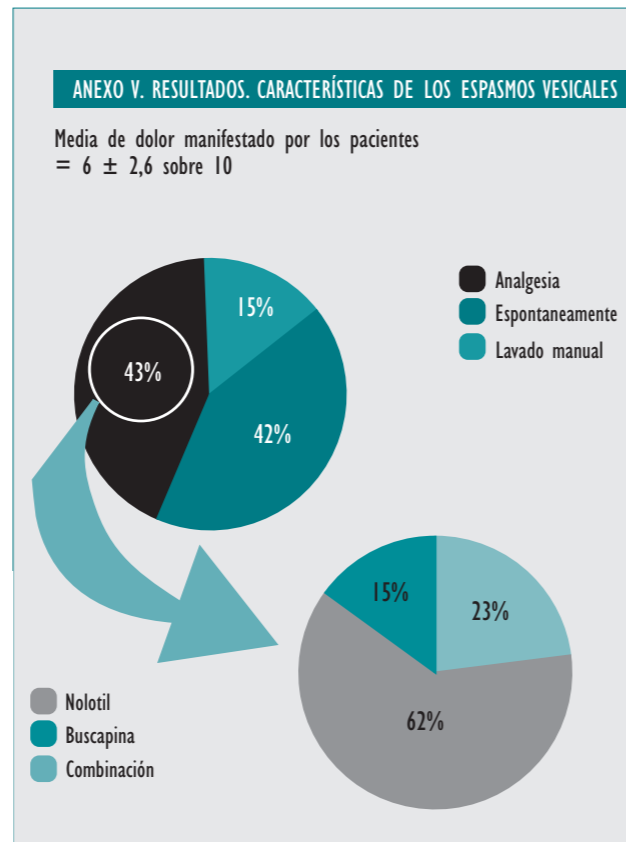
LA INFORMACIÓN OBTENIDA A PARTIR DE LAS DIFERENTES VARIABLES ESTUDIADAS, NOS AYUDA Y ORIENTA PARA CONTINUAR CON EL DESARROLLO DEL ESTUDIO EN UN PERÍODO MÁS AMPLIO QUE NOS DÉ LA OPORTUNIDAD DE PROFUNDIZAR MÁS EN EL ESTUDIO DE DICHAS VARIABLES, Y ASÍ, MEJORAR NUESTRA PRAXIS ENFERMERA EN TORNO AL MANEJO DE LOS ESPASMOS VESICALES

DISCUSIONES

Tras realizar esta primera aproximación al estudio de los espasmos vesicales y obtener los resultados, observamos que el número de los mismos sufridos por los pacientes no es elevado, no obstante, sí lo es el dolor manifestado por ellos.

La realización y el diseño propio de este estudio, nos lleva a poner nuestra atención tanto en los diferentes tratamientos analgésicos para paliar el dolor, así como en los diferentes cuidados enfermeros que los profesionales podemos prestar en el manejo de los espasmos vesicales (masaje abdominal, técnicas de relajación, lavado manual y continuo).

De este modo, la información obtenida a partir de las diferentes variables estudiadas (Anexo I), nos ayuda y orienta para continuar con el desarrollo del estudio en un período más amplio de tiempo, que nos dé la oportunidad de profundizar más en el estudio de dichas variables, y así, mejorar nuestra praxis enfermera en torno al manejo de los espasmos vesicales. ▼



BIBLIOGRAFÍA

CEA, M. (2001). *Metodología Cuantitativa. Estrategia y Técnicas de Investigación Social*. Madrid, Síntesis.

CHEN, Q. et al. (2004). "Tolterodine for bladder spasm caused by the indwelling catheter after prostate operation" en *Zhonghua Nan Ke Xue* 10(5):374-5.

CHIANG, D. et al. (2005). "Management of posoperative bladder spasm", en *Journal Pediatric Children Health* 41:56-58.

FERNÁNDEZ DEL BUSTO, E. y MARTÍNEZ DE IURRATEGUI, J. (2000). *Manual de Enfermería Urológica*. Valladolid, Universidad de Valladolid Secretariado de Publicaciones.

LEGARRA, S. et al. (1993). "Tratamiento de los espasmos vesicales mediante técnicas de relajación" en *Revista de la Asociación de Enfermería Urológica* 49:60.64.

PARK, J. et al. (2000). "Ketorolac Suppresses Postoperative Bladder Spasms After Pediatric Ureteral Reimplantation" en *Internacional Anestesia Research Society* 91(1):11-15.

PAULSON, D.F. (1978). "Oxybutynin chloride in control of post-urethral vesical pain and spasm" en *Urology* 11(3):237-238.

THOMSON, J.M. & LAUVETZ, R. (1976). "Oxybutynin in bladder spasm, neurogenic bladder and enuresis" en *Urology* 8(5):452-454.

WEIN, A.J. et al. (1978). "Effect of Oxybutynin Chloride of bladder spasms following transurethral surgery" en *Urology* 12(2):184-186

YATES, V. et al. (2004). "Bladder spasm following transurethral surgery" en *British Journal Perioper Nursing*. 14(6):259-264.



**En cualquier momento.
En cualquier lugar.**

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 Urotónica, 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 intraducción como en la retirada, para evitar las sorpresas cuando la retiras.



LoFric® Primo™

Sin concesiones

M^a ANGELES GARCÍA MURILLO; PURIFICACIÓN CID LOSADA; JOSÉ ÁNGEL GONZÁLEZ BURGUILLOS; JOAQUÍN RUBIO REVUELTA
falta

Enfermería en la neuromodulación de las raíces sacras

Plan de cuidados

Palabras clave: raíces sacras, Neuromodulación, vejiga inestable, plan de cuidados

Key words: sacrolumbar nerve root, unstable bladder, cares plan

INTRODUCCIÓN

Hace más de veinte años que el grupo Tanagho en USA introduce un nuevo concepto, el de la Neuromodulación de Raíces Sacras (NMRS) como una opción para aquellos pacientes en los que han fracasado los tratamientos conservadores, en patología vesical funcional.

La experiencia en este campo empieza a ser amplia y prometedora. En España se han llevado a cabo más de un centenar de exploraciones de Raíces Sacras, que ante el buen resultado obtenido, han permitido la implantación de un gran número de Neuromoduladores.

Es probable que el Estimulador de Raíces Sacras (SARS) tarde o temprano se conciba como un implante activo inteligente, es decir, con baterías recargables implantadas y amplias posibilidades en cuanto a programas, gobierno por telemetría o diagnósticos de averías a distancia pero esto sin duda precisará de la formación de un extenso equipo multidisciplinar, que asocie profesionales de la medicina, enfermería especializada y la ingeniería con otros diversos campos de la ciencia.

En febrero 2005, unos 700 expertos en Urología, debatieron en Sevilla en el marco del "II Curso Internacional sobre Urología del siglo XX", los últimos avances en el tratamiento y detección precoz de este tipo de patologías, entre las cuales se encuentran los Neuromoduladores.

En el hospital de Valme de donde procedemos se han realizado 9 pruebas de raíces sacras, 8 de pacientes afecto de vejiga inestable y 1 realizado por vejiga neurógena, que no fue efectiva.

Sabemos que son muchos los pacientes a los que se les despertó una ilusión y esperanza que posteriormente se disiparon y otros a los que esta nueva opción terapéutica les ha permitido recuperar sensaciones (miccionales) que habían ya olvidado consiguiendo así una importante mejora en su calidad de vida.

ESTIMULACIÓN DE RAÍCES SACRAS

Procedimiento mediante el que se identifican y localizan los nervios sacros y se verifica su integridad funcional, de tal manera que el paciente podrá notar las sensaciones propias de la estimulación y durante los días de prueba comprobará el efecto de la estimulación eléctrica de las raíces sacras, lo que permitirá averiguar si se podrá beneficiar del tratamiento de la disfunción miccional crónica antes de la colocación de un neuromodulador definitivo.

La realización del procedimiento requiere la anestesia local y consiste en colocar un fino electrodo junto a las raíces sacras mediante punción percutánea a través del tercer agujero del hueso sacro (S3) que es la raíz que más influye en el control miccional. La estimulación eléctrica de los nervios provocará en el paciente sensaciones en la región genital, así, como contracción en los músculos del ano y de la pierna. Si la respuesta es adecuada se dejará un electrodo conectado a un estimulador externo, que deberá llevar durante cinco a siete días para comprobar el efecto de la estimulación eléctrica sobre la micción.

■ Indicaciones

Las principales indicaciones para la (SARS), son pacientes afectados de vejiga inestable rebelde a tratamiento anticolinérgico. Las indicaciones más usuales son:

- Incontinencia urinaria de urgencia
- Síndrome urinario de frecuencia-urgencia
- Vejiga neurógena
- Vejiga atónica (detrusor hipoactivo)
- Dolor pélvico crónico

■ Tratamiento

- Cirugía abierta (colocación definitiva subcutánea)
- Cirugía percutánea



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A UNA EVALUACIÓN DE RAÍCES SACRAS

Presentamos un Plan de Cuidado estandarizados para pacientes sometidos a la (S.A.R.S). Contiene los diagnósticos enfermeros más frecuentes y las complicaciones potenciales que se pueden presentar, incluye así mismo información sobre un procedimiento muy actual para el tratamiento de los desordenes urológicos.

Este Plan de Cuidados abarca desde el ingreso del paciente en la unidad hospitalaria hasta el alta.

En nuestro hospital hacemos una entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas sistemáticas según las necesidades de V. Henderson (HOVI).

Para la elaboración del Plan hemos adoptado el modelo NANDA/NIC/NOC.

El personal de enfermería que cuida al paciente, al que se le ha colocado el estimulador, debe tener una apreciación de las funciones complejas del neuroestimulador sobre los nervios sacros, debe desarrollar actividades de evaluación, comprender y sensibilizarse a la ansiedad y temor que experimenta el paciente. Pueden representarse efectos indeseables, en general, raros y bien tolerados, habiéndose descrito dolor leve en el lugar de la punción, cambios en la sensación percibida "descargas o sacudidas" producidas por el movimiento corporal, desplazamiento del electrodo con pérdida de la estimulación y más raramente, infección cutánea, sangrado en el lugar de micción, alteraciones en el hábito intestinal, alteraciones de la erección o eyaculación o afectación del nervio con parálisis. De ahí la importan-

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE CUIDA AL PACIENTE, AL QUE SE LE HA COLOCADO EL ESTIMULADOR, DEBE TENER UNA APRECIACIÓN DE LAS FUNCIONES COMPLEJAS DEL NEUROESTIMULADOR SOBRE LOS NERVIOS SACROS, DEBE DESARROLLAR ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN, COMPRENDER Y SENSIBILIZARSE A LA ANSIEDAD Y TEMOR QUE EXPERIMENTA EL PACIENTE

cia de enfermería en establecer una serie de cuidados encaminados a la prevención, detección y rehabilitación de las secuelas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

ANSIEDAD (00146)

Se caracteriza por la sensación de malestar o amenaza que advierte de un peligro inminente.

Nuestro objetivo como enfermera es conseguir un control de la ansiedad (1402) y la superación de los problemas que ésta provoca. Para ello nos planteamos las siguientes intervenciones:

Reducir las manifestaciones de estrés, explicando el procedimiento incluyendo las posibles sensaciones que pueda experimentar durante el mismo. Proporcionándole la información objetiva del tratamiento y del pronóstico. Animándolo a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Administrarle medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos y además nos planteamos aumentar la capacidad de comprensión de la información prequirúrgica.

DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046)

Se caracteriza este diagnóstico por alteraciones como:

- Invasión de las estructuras corporales.
- Destrucción de las capas de la piel (dermis)
- Alteración de la superficie de la piel (epidermis).
- Para este diagnóstico establecemos los siguientes criterios de resultados:
- Integridad tisular de la piel y membranas mucosas (1101)

- Estado nutricional, ingestión de alimentos y líquidos (1008)
- Conducta terapéutica, enfermedad o lesión (1609)
- Conocimiento, cuidados en la enfermedad (1824)
- Enfermería va a intervenir :
- Cuidado de la herida (3660). Afeitando el vello que rodea la zona afectada si fuese necesario.
- Atendiendo el lugar de incisión ,según sea necesario.
- Comparando y registrando regularmente cualquier cambio producido en la herida. Enseñando al paciente los procedimientos del cuidado de la herida.
- Cuidado de la piel .Tratamiento tópico (3584)
- Aplicación de apósito limpio si es necesario
- Enseñanza, proceso de enfermedad (5602). Evaluando el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específica. Proporcionando al paciente información acerca de la enfermedad.



DOLOR AGUDO (00132)

Nuestro objetivo está en que el paciente pueda valorar el control del dolor (1605)

Enfermería realizará intervenciones complementarias para el manejo del dolor, las cuales varían enormemente e incluyen técnicas de relajación, de enseñanza y de información .Además de la administración de analgésicos prescritos valorando su eficacia.

DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA (00016)

Realizaremos en este diagnóstico resultados como continencia urinaria (0502)

Conducta terapéutica: enfermedad o lesión (1609)

Eliminación urinaria (0503)

Enfermería debe intervenir en el manejo de la eliminación urinaria (0590) y los cuidados de la incontinencia urinaria (0610)

RIESGO DE INFECCIÓN (00004)

El principal objetivo de enfermería es detectar precozmente las manifestaciones de infección de heridas o puntos de inserción relacionado todo con los procedimientos invasivos, con la destrucción tisular y un aumento de la exposición de agentes patógenos.

Los resultados esperados para este diagnóstico son:

- Conocimiento y grado de comprensión transmitida sobre la prevención y el control de la infección (1807)
- Control de riesgo y acciones personales para prevenir , eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables (1902)

Las intervenciones de enfermería para obtener estos resultados son:

- Control de las infecciones (6540) asegurando una técnica de cuidados de herida adecuada . Administrando una terapia antibiótica ,si procede.

Fomentando una ingesta nutricional adecuada, así como la ingesta de líquidos.

EL PRINCIPAL OBJETIVO DE ENFERMERÍA ES DETECTAR PRECOZMENTE LAS MANIFESTACIONES DE INFECCIÓN DE HERIDAS O PUNTOS DE INSERCIÓN RELACIONADO TODO CON LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, CON LA DESTRUCCIÓN TISULAR Y UN AUMENTO DE LA EXPOSICIÓN DE AGENTES PATÓGENOS

- Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)
- Enfermería informará al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Se instruirá al paciente acerca de la administración, dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

MANEJO EFECTIVO DEL REGÍMEN TERAPEUTICO (00082)

Nuestro objetivo como enfermeras es conseguir :

- Control de los síntomas(1608)
- Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)
- Satisfacción del paciente/usuario en la continuidad de cuidados (3003)
- Satisfacción del paciente /usuario en el control de los síntomas (3011)
- Satisfacción del paciente / usuario en el cuidado físico (3006)
- Enfermería va a intervenir, ejerciendo una enseñanza individual (5006) que viene dada por la planificación puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- “TESIS DOCTORAL”Albert Boreal- UPC2004
Actas urológicas españolas “ Neuromodulación de raíces sacras”
Womang gov – Centro Nacional de información sobre la salud de la mujer
ENFERMERÍA INTEGRAL –68
CURSO BÁSICO PARA ESTANDARIZACIÓN Y MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA –SAS
www.noticias.com (redacción, actualizada 22/02/2005)

MILAGROS SANGUILLO ANTOLÍN. Enfermera Hospital de Móstoles

Humanización y responsabilidad de los cuidados de enfermería en una unidad de enfermería urológica

Resumen:

Debemos de reflexionar sobre la profesión de enfermería, su dimensión moral y las exigencias que su ejercicio lleva consigo, el cuidado como rasgo esencial, las características de un cuidado humanamente excelente y las responsabilidades propias de los profesionales de enfermería tanto individuales como colectivas.

La Humanización de la asistencia ha de apoyarse en dos pilares fundamentales, uno de ellos está constituido por las adecuadas actitudes de los profesionales sanitarios, y el otro por unas estructuras y una organización que favorezca o al menos no dificulte la actuación humanizadora. Humanizarse para Humanizar: Saber, saber hacer y saber ser. La Enfermería tiene la Responsabilidad de una actuación Humanizadora.

Palabras clave: Ética del Cuidado, Humanización, Responsabilidad del Cuidado

SUMMARY: We must reflect on the profession of infirmery, its moral dimension and the exigencies that its exercise takes with himself, the care like essential characteristic, the characteristics of a humanly excellent care and the own responsibilities of the individual professionals of infirmery as as much collective.

The Humanización of the attendance has to lean in two fundamental pillars, one of them this constituted by the suitable attitudes of the sanitary professionals, and the other by structures and an organization whom the humanizadora performance favors at least or does not make difficult. To humanize To know, to know how to make and knowledge be. The Infirmery has the Responsibility of a Humanizadora performance.

Key words: Ethics of the Care. Humanization, Care responsibility

INTRODUCCIÓN

Es necesario que reflexionemos sobre la profesión de enfermería, su dimensión moral y las exigencias que su ejercicio lleva consigo, el cuidado como rasgo esencial, las características de un cuidado humanamente excelente y las responsabilidades propias de los profesionales de enfermería tanto individuales como colectivas.

Curar o cuidar no es un dilema; el dilema se da cuando hay dos y solo dos posibilidades, que además son incompatibles entre sí, de modo que la elección de una lleva necesariamente a la exclusión de la otra, lo que suele darse en la vida son problemas, situaciones difíciles, que por lo general tienen muchas más salidas, aunque ninguna óptima; convertir un problema en dilema suele ser fruto de la pereza intelectual.

Las relaciones entre estos dos términos no pueden tener carácter excluyente sino integrador. El verdadero dilema no se da entre curar y cuidar o entre cuidados y curación, el dilema social se da entre roles con o sin poder social o roles con más o menos poder.

Durante muchos siglos la enfermería ha tenido un papel carente de especificidad técnica, se trataba de ayudar al médico, ejecutando órdenes y teniendo cuidado de todos aquellos aspectos de la atención al paciente, que por care-

cer de especificidad funcional podían ser ejercidos por cualquiera.

La secularización y los ideales cristianos acontecidos durante los siglos modernos devaluó el móvil de la caridad e hizo bajar exponencialmente la estimación social por los roles inespecíficos del cuidado. Esto coincidió en el tiempo con un fenómeno exactamente inverso a la aparición de la medicina moderna, y cada vez más eficaz y poderosa. La curación ganó en prestigio a la misma velocidad que el cuidado lo perdía. Ese fue el origen de la dicotomía que hoy todos vivimos, el hecho evidente es que nuestra sociedad no ejercía los valores de cuidado y solo muestran interés y aprecio por los roles de ayuda técnica.

OBJETIVO

Analizar y Reflexionar la responsabilidad de humanizar nuestros cuidados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Observación Documental.

RESULTADOS

Tres conceptos quiero comenzar destacando: **El Cuidado, Humanizar y Responsabilidad.**

■ **El Cuidado**

Interés y atención que se pone en hacer una cosa. El término cuidado es infinitamente más amplio que el de curación, se puede decir que la curación es un tipo de cuidado, no sólo están a la par sino que uno engloba al otro. El eje de los cuidados es el sujeto que padece la enfermedad, por tanto se refiere a la vida del paciente y a la atención de la persona.

Geovanini (1995) Recuerda que la práctica de cuidar de la enfermería nació como intuición femenina en el seno familiar para después transformarse en una ciencia humanizada, respaldada inicialmente en el conocimiento de otras ciencias y más recientemente procurar fundamentos en teorías propias a lo que se llama enfermería moderna.

Florence Nightingale aparece con la enfermería moderna, la tesis de Nightingale es cuidar para curar.

El cuidado es la mejor terapéutica, la mejor curación. Se trata de tecnificar el cuidado a fin de hacer posible la curación. El objetivo y la razón del trabajo de enfermería es el cuidado, premisa que ha sido aceptada por los profesionales, cuando se define enfermería se dice que ésta es la ciencia y el arte del cuidado. No obstante se sabe que el acto de cuidar es propio de la naturaleza humana de modo que todo ser humano es capaz de cuidar de sí y de otro. Considerando por tanto que todos son cuidadores, la enfermería ha emprendido esfuerzos en el sentido de conceptualizar que es lo que caracteriza como propio los cuidados de enfermería.

Heidegger, dice que la disposición humana está caracterizada por el deseo de ser y estar con otro en el mundo y dentro de esos modos de disposición está el cuidado como una de las características más propiamente humanas. Para este filósofo el cuidado es el celo, desvelo y preocupación.

Por lo tanto puede ser manifestado por dos modos:

El denominado auténtico en el cual la cuidadora considera comprensivamente al ser cuidado ayudándole a escoger sus posibilidades de existir.

También el cuidado se manifiesta de forma inauténtica y es el que ocurre en la mayoría de las veces, cuando la cuidadora se ocupa del otro sin considerar sus deseos de escoger. Esto sucede con más facilidad, pues es más cómodo para los seres humanos permanecer en el mundo cotidiano de la existencia inauténtica por el cual todo es promedio y común. A nadie y a todos se le atribuye la responsabilidad, de tal manera que todos y nadie son verdaderamente responsables.

A través de estos conocimientos es posible develar que el cuidado de enfermería es comprendido como una manifestación auténtica. Cuando alguien presta cuidados de manera eficiente y además lo hace motivado por una actitud de cuidar hablamos de un buen cuidador.

A la vez que han ido especificando y tecnificando sus roles, la enfermería ha recuperado el prestigio y respeto social, acercándose cada vez más al modelo propio de las profesiones, esto es lo que ha permitido ir ganando en reconocimiento social y profesional.

Cuando cuidamos hacemos por otros lo que ellos no pue-

den hacer por si mismos y necesitan o desean hacer. Este pensamiento corresponde a la teoría llamada de suplencia y ayuda de Henderson y Orem que consideran la esencia de la enfermería.

Cuidar de alguien puede tener también el significado de hacerse cargo de su problema, es decir de invitar al otro a transferirnos su responsabilidad y su ansiedad al respecto, es invitar y nunca coaccionar a confiar en nosotros, en poner todos los recursos personales y técnicos y llevar a cabo con esmero todos los procedimientos al servicio del enfermo, el convertirlo en la finalidad principal y el centro de nuestra acción y poner la atención y los medios precisos para lograr su bien.

La meta de la enfermería es “el buen cuidado”, nos introduce dos modos de entender el cuidado, como una finalidad en la labor de enfermería y como medio que permite lograr tal fin.

La enfermería no puede estar basada en meros criterios de eficacia, sino que han de remitirse a valores de comunicación entre los seres humanos. Por otro lado la insistencia en el cuidado tiene sentido siempre que se entienda dentro del marco de otras metas superiores, el cuidado es un medio para lograr algo más radical: La salud de la persona o en su defecto el alivio del sufrimiento o el acompañamiento a la muerte. El buen cuidado marca el nivel de excelencia, que siempre se debe exigir a un buen profesional.

En la sociedad en la que vivimos no se valora demasiado la atención al débil y al necesitado de cuidados. La eficiencia y la competitividad así como la inversión en tecnología, deja muy poco espacio a otros aspectos difíciles de medir y controlar que tienen que ver con las necesidades más específicamente humanas (la calidad humana de la asistencia).

En principio podríamos decir que humanizar es una cuestión ética, tiene que ver con los valores. Hoy cada vez se habla más de humanizar pero no es infrecuente, que detrás de esta palabra cada uno entienda un significado distinto. Hay un sentir generalizado en nuestra sociedad de una necesidad de humanizar. Esta necesidad está justificada diciendo que la enfermedad genera una situación de indefensión que le hace sentirse a la persona desvalida y por lo tanto necesita un sistema sanitario lo más humano posible. La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se siente frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina.

■ **Humanizar**

Si nos detenemos en la palabra humanizar. Cuyo origen exacto se ignora tiene una connotación de cercanía, afabilidad, humildad, etc. Los diccionarios actuales recogen sobre todo el significado de: “Hacer a uno humano”, familiar, afable, refiriendo los significados de sensibilidad, compasión por las desgracias de los semejantes, benignidad, mansedumbre, abajamiento, caridad, generosidad, nobleza, cortesía, indulgencia, cordialidad, consideración, magnanimidad, bondad, etc. Son sinónimos que van apareciendo en diferentes diccionarios referidos a la palabra humano. Otro diccionario dice: Hacer una cosas más humana, menos cruel, menos dura para los hombres.

Hablar de humanización es hablar de relación porque el ser humano es un ser social. Hablar de humanización en el mundo socio-sanitario, de la salud y del sufrimiento es hablar de la persona vulnerable, pero la persona en su globalidad en su dimensión física, intelectual, emotiva, social, y espiritual.

No podemos seguir centrados en el concepto de salud de la OMS que quiso dar un paso adelante en la amplitud de miras, pero que se queda pequeño e inadecuado por definirla como “Estado completo de bienestar físico, mental y social” todos sabemos que tal estado no existe y que uno puede hacer experiencia de salud conviviendo solamente con muchos límites físicos, mentales o sociales.

El deseo de volver al pasado pensando que era más humano puede ser romántico, irrealista e incapaz de hacer progresar a la sociedad.

Intentamos vivir en una sociedad más humana que la del pasado, donde la dignidad de la persona se pretende salvaguardar de una serie de peligros para la vida.

Un plan de humanización será tanto más humano cuanto más a la medida del hombre esté planificado, ejecutado y evaluado.

Por eso, para algunos la palabra humanizar tiene resonancias blandengues o de andar por la nubes, quizás no consideraran que antes que nada tiene que ver con la ética exigible en todo interacción entre personas y tanto más cuando una de ellas está en inferioridad de condiciones, como sucede cuando uno está enfermo.

Humanizarse para humanizar (saber, saber hacer y saber ser). Habilidades relacionadas y centradas en las necesidades del paciente y de la familia y actitudes interiorizadas para que dichas habilidades sean reflejo de tales disposiciones interiores.

Es necesario desarrollar la competencia ética que viene dada por la capacidad de manejar los sentimientos que se producen en nosotros, con ocasión de la relación con los destinatarios de nuestra profesión. Se trata de integrar los propios sentimientos y ser dueños de ellos para que no sean dueños de nuestra conducta.

En la sociedad en la que vivimos no se valoran demasiado la atención al débil y al necesitado de cuidados.

La enfermería es la profesión que está más cerca del enfermo y más constantemente a su lado. Se haya en una posición óptima para detectar sus necesidades de todo orden y procurar que sean satisfechas. La humanización se juega en esa distancia corta del trato personal en donde los enfermos tienen el protagonismo principal, protagonismo que sin duda lleva consigo una gran responsabilidad.

La medicina guiada por el afán de especialización, se ve arrastrada a una dinámica tecnicista y biologicista, perdiendo algunos de sus valores tradicionales, como su preocupación por la calidad humana de la asistencia. La sociedad va tomando conciencia que donde más necesita mejorar el sistema sanitario es en humanización.

La humanización de la asistencia en los pacientes terminales cobra una especial importancia, en el sentido en que ya no hay lugar para esperar mejoras sustanciales del estado de salud y las necesidades específicamente humanas del paciente pasan al primer plano, se produce el paso del predominio

de lo que puede llamarse el “Sistema de Cuidados” frente al habitual “Sistema de Curación”.

El paciente desahuciado despierta sentimientos de aversión y respuestas de evitación y huida, en la medida en que se huye se deja de atender adecuadamente al enfermo. Esta tendencia a marginar al moribundo en el hospital no se da en las Unidades de Cuidados Paliativos, pensados para lograr una atención apropiada a los pacientes en fase Terminal.

Considerar que la humanización/ deshumanización de la asistencia depende únicamente de las actitudes de los profesionales sanitarios no es acertado, hay otros factores que condicionan de manera importante como son los factores estructurales, unas veces de forma directa y otras de forma indirecta, condicionando la calidad humana de la atención que prestan los profesionales.

Cuando buscamos el origen de la deshumanización y los posibles remedios, no podemos mirar solamente al profesional sanitario, individualmente considerado, sino que hemos de atender también aspectos propios del contexto en que la asistencia se realiza.

La enfermería es responsable de la humanización de la asistencia, es una responsabilidad compartida con varios factores a considerar. Hemos hablado de los estructurales, organizativos, falta de recursos etc. pero de alguna manera, se puede contribuir señalando las deficiencias, aportando sugerencias o cooperando en las soluciones que se establezcan.

Otra dimensión de la humanización de la asistencia es el ámbito de la relación entre el profesional y el paciente y que por lo tanto depende casi exclusivamente de actitudes y habilidades de los profesionales que le atienden.

Humanización significa sentirse respetado en la propia intimidad, verse escuchado y comprendido, escuchar la palabra adecuada, notar que se preocupan de verdad por las propias necesidades, por lo cual el agente sanitario es el principal responsable de esos aspectos de la humanización.

En el campo sanitario la humanización es un asunto que desborda la responsabilidad de las personas concretas que realizan la asistencia. Es una verdad a medias pensar que se conseguirá una mejor atención mejorando la organización, sin darse cuenta de que esa mejora es ineficaz mientras no pase por una mejora de las personas. La organización no tiene capacidad de mejorar a las personas, ciertos aspectos de la humanización dependen de la calidad del trato de las personas y la organización no mejora esa calidad; pero hay que reconocer que, sino todas, algunas mejoras en la organización pueden conducir a una mayor calidad de la atención desde el punto de vista humano, no porque tales reformas organizativas tengan la capacidad de mejorar a las personas, sino porque establecen condiciones necesarias para que éstas lleven a cabo una atención más humana removiendo los obstáculos que éstas les estorban.

La Humanización de la asistencia ha de apoyarse en dos pilares fundamentales, uno de ellos está constituido por las adecuadas actitudes de los profesionales sanitarios, y el otro por unas estructuras y una organización que favorezca o al menos no dificulte la actuación humanizadora. En otras palabras, uno de ellos depende de la capacidad y la voluntad de quienes realizan directamente la asistencia, el otro, de factores que escapan a su control, cada uno es insuficiente

sin el otro, pero casi nada se puede conseguir si fallan las personas que llevan a cabo las tareas. La humanización pasa necesariamente por los profesionales que realizan la asistencia, pero no hay que olvidar que ellos realizan su labor en un contexto que la condiciona. La Enfermería tiene la Responsabilidad de una actuación humanizadora.

Tenemos la responsabilidad de actuar en distintas áreas que la sociedad nos demanda:

- Prevención de las enfermedades.
- Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- Educación para la salud.
- Formación, administración e investigación en Enfermería.

Este es un compromiso serio y responsable que nos ha llevado a la participación activa en la sociedad y a su vez a la elaboración de un Código Deontológico que sirviese de marco para el ejercicio profesional, que unificase y delimitase los conceptos que sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería tuviese para su ejercicio.

Así en el Código Deontológico en el Art. 56 y 57 dice: "La enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe de tomar en el ejercicio de su profesión". La enfermera/o debe de ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia.

Según el Código CIE (revisión 2000), la responsabilidad fundamental de la enfermera tiene tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.

La necesidad de responder de sus actos o de dar cuenta de ellos es una cualidad del ser humano ligada al ejercicio de la libertad. Podemos actuar de una manera u otra, y así transformar el mundo a nuestro alrededor en una u otra dirección. En la medida que nos sentimos libres nos sentimos también responsables.

■ Responsabilidad

Cuando buscamos en el diccionario la palabra responsable encontramos: "Persona que debe responder, rendir cuentas de sus actos o de los de los otros". Persona consciente y formal en sus palabras, decisiones o actos. Persona que tiene autoridad, capacidad para tomar decisiones, dirigir una actividad, el trabajo de un grupo, etc.

Podemos entender la responsabilidad desde varios puntos de vista:

- **Desde un punto de vista causal:** la responsabilidad puede atribuirse no sólo a las personas y sus acciones sino también a fenómenos naturales.

- **Desde la conducta:** desde el sentido más básico de responsabilidad en aquel en que decimos que alguien es responsable de una conducta.

Ingarden (1980) dice: "Uno es responsable de la propia acción y de los estados de cosas que resultan de ella".

Se trata de una conducta libre, imputable al sujeto. Desde esta conducta tenemos dos perspectivas, la del agente y la de los demás.

La adopción de una actitud personal frente al agente (de alabanza o reproche, gratitud o resentimiento, admiración o rechazo) como dice Ingarden, si el agente realiza un estado de cosas negativo, carga con un disvalor, y si el estado de cosas que hace es positivo, adquiere un mérito y un valor positivo

- **Desde el deber:** Según el código deontológico, la enfermera/o será responsable de actualizar constantemente sus conocimientos, es decir la enfermería tiene el deber de mantenerse idóneamente preparada.

- **Desde la exigencia:** Se exige la capacidad de reconocer si se ha actuado positivamente o negativamente, y se utilizarán las medidas que exige el caso para premiar o sancionar.

Cuando alguien realiza un estado de cosas valioso, un valor positivo, adquiere un mérito y se impone a los demás la exigencia, al menos de reconocerlo (quizás algunas veces de recompensarlo); pero si el estado de cosas producido es malo o negativo (un disvalor), el sujeto carga con un demérito o una culpa, y en consecuencia se le impone la exigencia de eliminar los daños ocasionados y borrar el disvalor (en el caso de que no haya otras posibilidades, al menos mediante el arrepentimiento).

Dentro de los cuatro puntos de vista anteriormente mencionados me voy a centrar en el de la conducta:

Se es responsable de una conducta cuando se dan tres condiciones:

El sujeto actúa de manera libre, sin coacción, ni manipulación.

La primera condición es que exista una actuación libre, sin coacción ni manipulación de manera que la conducta proceda del sujeto. Casi siempre hay factores externos que limitan nuestra libertad de diversos modos (escasez de recursos).

El sujeto es consciente de lo que está haciendo, es decir es consciente de su conducta. No basta con que el sujeto actúe de manera consciente o que se trate de una conducta intencional, porque una misma conducta puede ser objeto de diversas descripciones.

El sujeto hace algo o bien deja de hacerlo.

No siempre que el sujeto no actúa decimos que omite o deja de hacer algo. Para que la mera inacción constituya un dejar de hacer (una omisión es necesario que consista en abstención o en una omisión negligente). El no hacer algo constituye una omisión negligente cuando aún siendo inconsciente, se opone a lo normal y lo esperado y lo debido.

Somos responsables de nuestra conducta (activa u omisiva), tanto si la acción es correcta como si es incorrecta y tanto si las consecuencias son buenas o malas, siempre que la conducta sea libre e intencional.

La pasividad es mera inacción simple, no genera responsabilidad pero la abstención (el agente es consciente) y la omisión negligente, sí.

Algunos piensan que no somos responsables en el mismo grado de nuestras acciones que de nuestras omisiones; basan su afirmación principalmente en la distinción entre condición necesaria y condición suficiente. Cuando hacemos algo, nuestra acción es condición suficiente del resultado; mientras que cuando dejamos de hacer algo nuestra dejación es sólo condición necesaria, no suficiente. Otros autores no comparten esta cuestión y piensan que una conducta omisiva puede ser condición suficiente.

Se puede decir que somos responsables de nuestras omisiones, pero el que esta responsabilidad sea o no igual que en la acción es un asunto debatible y que podría no tener una respuesta igualmente válida para todos los casos.

Hay que tener en cuenta que ser responsables no es lo mismo que ser culpables de los efectos negativos de nuestra conducta. Aún siendo responsable, uno no es culpable cuando la acción se considera justificada teniendo en cuenta todas las circunstancias. La diferencia entre culpabilidad y responsabilidad tiene que ver con la existente entre la justificación y las excusas. Éstas son formas distintas de defensa frente a una acusación de carácter moral por una determinada conducta, como es una acusación de culpabilidad.

Para poder afirmar la culpabilidad de un agente respecto de una conducta hace falta no sólo que aquel sea responsable de dicha conducta sino además que esta sea injustificable dadas las circunstancias. En consecuencia, ante una acusación de culpabilidad moral, son posibles dos líneas de defensa:

Negar la responsabilidad presentando excusas válidas.

Aceptar la responsabilidad pero presentando algún argumento que niegue la culpa por la vía de la justificación. No debe confundirse la una con la otra. Es posible justificar una conducta sin excluir por ello la responsabilidad.

Nos encontramos con dos tipos de responsabilidad:

- **Responsabilidad ética o moral**
- **Responsabilidad jurídica o legal.**

Tanto la responsabilidad moral como la legal se aplican en actos libres de la persona, actos que le son imputables, pero se diferencian por cuanto la primera viene determinada por la ética y la conciencia y la segunda por la ley y el derecho.

Somos esencialmente sociales y ese carácter social se manifiesta también en el fenómeno de la responsabilidad; cada uno tiene la responsabilidad de realizar bien su función dentro del grupo y a la vez participar de la responsabilidad colectiva. Hay situaciones en las que la responsabilidad individual está claramente delimitada. Vamos a distinguir dos tipos de situaciones y de responsabilidad:

- **Responsabilidad individual,** ésta es plena en el sentido de completa e indivisible

- **Responsabilidad colectiva;** es una responsabilidad compartida, cada uno debe de asumir su parte de responsabilidad y ejercer su papel, lo cual estará condicionado por los otros y a su vez posiblemente condicionará a otros.

Desde la responsabilidad moral nos sentimos obligados a rendir cuentas de nuestros propios actos, ante nuestra conciencia, es la forma primaria de responsabilidad que se caracteriza por tener como juez a la propia conciencia.

Dejo para los expertos la responsabilidad jurídica, aunque en algunos casos pueden coincidir los dos tipos de responsabilidad.

La enfermera, al ofrecer y realizar los cuidados propios de la profesión actúa de manera autónoma; y por lo tanto es responsable de lo que hace, está asumiendo la responsabilidad en la prestación de cuidados, ya que solo se puede exigir responsabilidad a quien actúa de una manera libre.

Tiene la obligación de dar cuenta de sus actos en el ejercicio de la profesión, dar cuentas de ella misma, sin poder mirar a otro lado en busca de alguien a quien adscribir la responsabilidad. También tiene que dar cuenta al destinatario de sus cuidados, al paciente y a la sociedad como beneficiarios potenciales de su actividad profesional; y por supuesto a la institución donde la enfermera/o ejerce su actividad profesio-

sional. Dicha institución tiene sus propios fines a los cuales la enfermera, como parte de la institución, se ve obligada a servir. Lo ideal sería que estos fines coincidieran plenamente con los intereses de los pacientes, pero en muchas ocasiones no es así (aquí surgen muchos conflictos éticos).

Además de ser responsable de su conducta y de los cuidados que presta es responsable de las tareas delegadas de otros y de las delegadas en otros; de llevar a cabo órdenes médicas erróneas que dañarían al paciente, así como tolerar la incompetencia de otros.

Los conflictos en ética resultan inevitables. Si en el terreno que nos ocupa los conflictos dejasen de existir por coincidencia de los fines de la institución con los intereses de los pacientes, entonces entraríamos en la realización de una utopía; sin embargo si dejasen de existir porque las enfermeras/os perdieran de vista su compromiso de defender el bien del paciente entonces la situación sería lamentable.

Los gestores de enfermería tienen una responsabilidad importante en el logro de un ambiente que favorezca la toma de decisiones morales por parte de los profesionales, decisiones que representan una respuesta racional a los problemas sin dejar nunca de lado los intereses de los pacientes. M.A. Mayberry (1986) cita algunos estudios en los que se ha encontrado que las enfermeras tienden a decidir dando prioridad a la obediencia, a la autoridad y a la evitación de tensiones en la institución. Insiste en la responsabilidad de los gestores de enfermería en favorecer las decisiones éticas responsables.

Puntualizando, la enfermera es responsable de su conducta y de los cuidados que presta y debe prestar. Es responsable también al realizar tareas por delegación de otros (médicos) o al delegar tareas en otros (auxiliares, estudiantes) en particular las del daño que de ello se puede derivar. Asume alguna responsabilidad al llevar a cabo órdenes médicas erróneas que dañan al paciente y en general al cooperar en actuaciones que resultan perjudiciales para el paciente e igualmente al tolerar la incompetencia de otros profesionales.

Al decir que debemos ser responsables de los cuidados que prestamos, introducimos que el concepto de "calidad". Los cuidados han de ser de calidad, deben aplicarse con rigor los conocimientos disponibles y ser satisfactorios para el destinatario de manera que dichos conocimientos sean eficazmente utilizados para obtener el máximo beneficio con el mínimo riesgo y el máximo bienestar con el mínimo sacrificio.

La responsabilidad respecto de la calidad puede adquirir tres formas:

- **Responsabilidad individual:** que los servicios prestados por el profesional sean los mejores posibles; debiendo mantenerse un óptimo nivel de preparación. Todo profesional tiene por ello la obligación de mantenerse preparado para responder a las necesidades de los pacientes, desde el punto de vista técnico y desde el punto de vista humano.

Los directores de enfermería deben de estimular y facilitar la formación de los profesionales y procurar destinar a cada uno de ellos a unidades para las que estén debidamente preparados o bien darles el tiempo necesario; de ahí

que puedan surgir algunos problemas entre los recién titulados al incorporarse al mundo laboral (periodo vacacional).

Es preciso una cierta capacidad de organización del propio trabajo; es importante: saber establecer prioridades, delegar tareas y a veces solicitar refuerzo.

– **Responsabilidad del equipo:** tener un sentido de equipo, cooperar y coordinarse para el mejor resultado final en beneficio del enfermo, así como subsanar los errores de otros miembros del equipo o corregirlos de manera que no hagan daño al paciente.

El profesional de enfermería puede verse en actuaciones de otros que causen un perjuicio al enfermo, ello da lugar a situaciones de seria incomodidad moral y puede complicarse si la situación se da en distintos estamentos. Se trata de la cooperación activa o pasiva en actuaciones maleficientes de otros debidas a error o a insensibilidad moral. La enfermera/o tiene también una responsabilidad que dependerá de:

– La gravedad del daño potencial: cuanto más grave, mayor la responsabilidad de evitarlo

– La frecuencia de la situación, si se trata de algo puntual, excepcional o de una práctica habitual. Si es habitual mayor responsabilidad porque mayor es el daño que se puede evitar.

– La participación de la enfermera. Se suele aceptar que una participación activa genera mayor responsabilidad que una participación pasiva. Dentro de la cooperación activa, la responsabilidad es mayor cuanto más directa sea la participación de la enfermera en la actuación.

En otras ocasiones la enfermera/o se puede ver presionada o coaccionada por no llevar a cabo actuaciones que vayan en contra de otro profesional o de lo que la institución espera, coacciones que suelen tomar forma de amenazas y alteran la tranquilidad y la seguridad en su puesto de trabajo.

– **Responsabilidad del colectivo profesional:** elaborar protocolos, vías clínicas que faciliten y optimicen el desarrollo del trabajo. Para conseguir un alto nivel de calidad. Lograr una organización así como unas condiciones y una dinámica de trabajo que propicien igualmente un nivel alto de calidad y también desarrollar y difundir los conocimientos y los avances que permitan ir mejorando ese nivel.

Es importante no aceptar tareas o funciones para las que uno no está debidamente preparado, hay que considerar qué es lo más conveniente para el paciente; pero tampoco se puede rechazar por sistema lo novedoso.

Para finalizar quiero hacer alusión al capítulo XI artículo 73 del Código Deontológico: “La enfermera/o debe de procurar investigar sistemáticamente con el fin de mejorar los cuidados de enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”.

La investigación no es de los campos más florecientes en enfermería y sin embargo, la profesión debe sentirse responsable de investigar como único medio de desarrollar los conocimientos y mejorar sus servicios. Tenemos frente a la sociedad el deber de ofrecer el mejor servicio profesional posible. Se trata de una responsabilidad colectiva que cada

sujeto comparte según sus características personales y sus circunstancias sociolaborales. Son más responsables aquellos que tienen posibilidades de investigar y quienes por el puesto o cargo que ocupan pueden tomar decisiones a favor de la investigación.

De la mano de la investigación siempre va la formación. Es una responsabilidad que la enfermería debe asumir individual y colectivamente y a todos los niveles. Somos responsables de formar a los futuros miembros de la profesión.

Una enfermera/o tendrá el deber de participar en esa formación dependiendo de su competencia, sus habilidades, su disponibilidad de tiempo y sus circunstancias tanto personales como de trabajo; la responsabilidad individual será variable en función de esos factores. Cuando un profesional recibe a un estudiante en prácticas ha de hacer compatible la labor formativa con el mantenimiento del nivel en la calidad de la asistencia.

CONCLUSIONES

La enfermería humanística no es una mera cuestión de hacer sino también de ser. Debemos de tomar conciencia de las deficiencias de la profesión detectarlas y aportar soluciones en beneficio de todos.

Nos debemos esforzar en conseguir una asistencia más humana y de un alto nivel de calidad, evitando cerrar los ojos ante situaciones de pasividad, omisión o abandono de las obligaciones. Los profesionales de enfermería tenemos la responsabilidad de ir en busca de la **excelencia**, es un compromiso de calidad y buen hacer.

“No quieras para otro lo que no quieres para tí”

“Obra de tal manera que puedas querer al mismo tiempo que la máxima de tu conducta se convierta en ley universal”. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Arroyo, M.P., Cortina A. Ética y legislación en Enfermería. Mc Graw Hill Interamericana (1997).
- Bermejo, J.C. Salir de la noche. Por una Enfermería más humanizada. Sal-Térrea, Santander(1999).
- Brusco, A. Humanización de la asistencia al enfermo. Centro de humanización de la salud. Sal-Terrae, Santander (1998).
- Cibanal L. y Arce M.C. La relación enfermera-paciente. Universidad de Alicante. Alicante (1991).
- Código Deontológico de Enfermería Española. Consejo general de Enfermería (1989).
- Cortina, A. Ética aplicada y Democracia radical. Tecnos. (1993).
- Feito, L. Ética profesional de la Enfermería, filosofía de la enfermería como ética del cuidado. PPC(2000).
- Gafo, J. Ética y legislación en enfermería. Universitas S.A. (1994).
- Ingarden, R. Sobre la responsabilidad. Verbo Divino. Madrid (1980).
- Rojas Marcos, L. Nuestra felicidad. Espasa Calpe, Madrid (2000).
- Vuelva, J. Ética profesional de la enfermería. Desclee de Brouwer S.A. (2002).

XXVIII Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología Lleida. 25, 26 y 27 de octubre 2006

PROGRAMA OFICIAL

MIÉRCOLES, 25 de OCTUBRE

13,30 h. Acreditaciones y entrega de documentación

15,00 h. CONFERENCIA INAUGURAL:

La enfermería urológica, ¿aplicadora de saberes o constructora de conocimientos profesionales?

El reconocimiento de la sabiduría práctica de la enfermera.

José Luis Medina. Diplomado en enfermería. Profesor titular de la facultad de pedagogía de la Universidad de Barcelona.

15,30 h. MESA REDONDA:

Registros de enfermería, lenguaje enfermero y estandarización de cuidados. Plan de cuidados incontinencia urinaria de esfuerzo

Delgado Aguilar, H.; Pereda Arregui, E.; Ramirez Suberbiola, M. J.; Delgado Aguilar, M. J. C. S. *Almendrales. MADRID AREA XI.*

Plan de cuidados en las cistoscopias

M. Ángeles Azcona García P. Martínez Soldevilla Unidad de Urología Fundación Hospital Calahorra Moderadora. **Luisa Guitard.** Profesora de enfermería médico quirúrgica de la escuela de enfermería de Lleida

PONENCIA: ¿Qué escribimos en nuestros registros? Implicación legal

Ponente: **Juan Sánchez Montaña.** Médico del Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña. Profesor de medicina legal y psiquiatría forense.

DEBATE

17,00 h. Pausa - café

17,30 h. Inauguración oficial

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 Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

PONENCIA: Trabajar en calidad:

No solo decirlo, además poder demostrarlo. Sistema de organización y Acreditación (SAS)

Ponente: **Luis Aparcero Bernet.** Jefe de bloque de hospitalización del Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla

PONENCIA: La familia como unidad de atención.

Nuestro usuario ¿qué quiere? ¿de qué se queja?

Ponente: **Joan Elies Monclús.** Director General del Instituto de Atención al Cliente y Asesor de Estrategias de Comunicación del Instituto en Global Speakers Management. Licenciado en Ciencias de la Comunicación. Técnico Superior en Relaciones Públicas.

20,15 h. Espacio lúdico

20,30 h. Lunch de bienvenida en el Palacio de la Paeria, sede del Excmo. Ayuntamiento de la ciudad. (Desplazamiento a pie desde la sede del congreso).

JUEVES, 26 DE OCTUBRE EXCURSIÓN AL PIRINEO DE LLEIDA

- 08,45 h.** Salida desde los hoteles oficiales y traslado al hotel NH Pirineos, desde donde se efectuará la salida general
- 09,00 h.** Salida de la excursión.

11,30 h. Llegada a Taüll. Tiempo libre para visitar este encantador pueblo y las iglesias románicas de Sant Climent y Santa María

Nota 1: Los que deben 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. Almuerzo.

15,00 h. Salida hacia Caldes de Boí

15,30 h. Tiempo libre para visitar el entorno de la presa de Cavallers o los jardines con fuentes termales del balneario de Caldes de Boí

17,00 h. Salida hacia El 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 2: Se recomienda calzado cómodo y ropa impermeable de abrigo.

MIÉRCOLES, 25 DE OCTUBRE

20,15 h. Espacio lúdico

20,30 h. Recepción y lunch en el Palaci de la Paeria, sede del Excmo. Ayuntamiento de la ciudad.

JUEVES, 26 DE OCTUBRE

08,45 h. Excursión al Pirineo.

Salida desde los hoteles oficiales del Congreso.

VIERNES, 27 DE OCTUBRE

10,30 h. Visita a la Seu Vella.

Salida desde la sede del Congreso (secretaría)

14,00 h. Almuerzo en la sede del Congreso.

18,00 h. Espacio lúdico.

21,00 h. Cena de gala

SABADO, 28 DE OCTUBRE

SIMPOSIO NACIONAL: INCONTINENCIA Y DISFUNCIONES PELVI-RENALES

VIERNES, 27 DE OCTUBRE

09,00 h. Comunicaciones orales:

SALA 1: Salón de actos. **SESIÓN I**

SALA 2: Sala hall. **SESIÓN II**

10,00 h. Pausa - café

10,30 h. MESA REDONDA: Dónde estamos y hacia dónde vamos

Moderadora: **Amelia Pérez González.** *Enfermera, especialista en trastornos de las vías urinarias en pacientes obstetras y ginecológicas.*

PONENCIA: Formación de grado (Diplomatura actual 2005). Formación postgrado (Master y Doctorado). Convergencia europea

Ponente: **Carmen Nuin Orrio.** *Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Lleida*

PONENCIA: Competencias en enfermería

Ponente: **Eulalia Juve Udina.** *Coordinadora de la división hospitalaria del Institut Català de la Salut*

PONENCIA: Especialidades en enfermería

Ponente: **M^a Paz Mompert.** *Enfermera, profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo.*

PONENCIA: Prescripción enfermera.

Ponente: **Marisa Jiménez.** *Responsable de enfermería del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Barcelona.*

DEBATE: Enfermería en la educación para la continencia.

¿Educadoras para la continencia? ¿Uroterapistas?

¿Comité Nacional para unificación de criterios?

12,30 h. Conferencia de clausura: Autocuidados globales para especialistas en urología

Ponente: **Fidel Delgado Mateo.** *Psicólogo*

13,30h. Presentacion y defensa de pósters

14,30 h. Almuerzo de trabajo (en el edificio polivalente).

16,00 h. Comunicaciones orales

SALA 1: Salón de actos. **SESIÓN III**

SALA 2: Sala hall. **SESIÓN IV**

18,00 h. Presentación XXIX Congreso

18,30 h. Clausura

21,00 h. Cena de gala.

Entrega de premios (Rte. *El Nou Forn del Nastas*)

Simposio Nacional Incontinencia y disfunciones pelvi-perineales

Lleida 28 de octubre 2006

PROGRAMA

07,30 h. Acreditaciones y entrega de documentación

08,00 h. Inauguración

Josep Ricard Recasens. *Urólogo*

Albert Cabero. *Ginecólogo*

Jose Miguel Amostegui. *Fisioterapeuta*

Olga Ruiz. *Matrona*

Pilar Ribes. *Sexóloga*

Ana Quintanilla. *Enfermera, educadora para la continencia.*

08,30 h. INTRODUCCIÓN: Estudio EPICC.

Eduardo Martínez-Agulló

09,00 h. MESA REDONDA: Factores de riesgo, prevención y tratamiento conservador de la incontinencia urinaria

Factores de riesgo no obstétricos:

Deporte, alteraciones lumbopélvicas. Lydia Serra.

Terapias conductuales y modificación de hábitos en las disfunciones del suelo pélvico. Amelia Pérez.

Atención en el embarazo post-parto y menopausia.

Olga Ruiz.

Fisioterapia en la incontinencia urinaria masculina y femenina. Gimnasia abdominal hipopresiva. Sara Esparza.

Farmacoterapia. Agustín Franco

DEBATE

11,00 h. Pausa-café

11,30 h. MESA REDONDA: Sexualidad

Respuesta sexual masculina. Factores riesgo disfunción eréctil. Tratamiento y novedades.

Jordi Cortada.

Guía de atención en la prostatectomía radical.

Ana Quintanilla.

Modelos de respuesta sexual femenina:

Disfunciones y tratamiento. Francisco Cabello.

Parto como factor de riesgo en las disfunciones sexuales femeninas. José Miguel Amóstegui.

Complicaciones de la cirugía de la incontinencia urinaria. Antoni Pesarrodona.

Sexualidad y vejez. José Luis Arrondo.

DEBATE

14,00 h. Conclusiones. Montserrat Espuña.
Presentación de los talleres.

14,30 h. Almuerzo de trabajo (en el edificio Polivalente)

16,00 h. TALLERES PRÁCTICOS:

Taller (01): Valoración uroginecológica y exploración del suelo pélvico. Montserrat Espuña.

Taller (02): Urodinámica: ¿Cómo lo hago? Carlos Errando.

Taller (03): Urodinámica. Trastornos miccionales. Juan Conejero y Pascual Zamora.

Taller (05): Parto, posturas y pujos. José Miguel Amóstegui.

Taller (06): Electroestimulación y biofeedback. Lydia Serra.

Taller (07): Tratamiento hipopresivo. Sara Esparza.

Taller (09): Atención de enfermería en la incontinencia urinaria. Francisco Milla.

Taller (11): Fisioterapia y sexualidad. Jose Miguel Amóstegui.

Taller (12): Terapia psicológica en las disfunciones sexuales. Francisco Cabello.

Taller (13): Juegos eróticos y patología del suelo pélvico. Marina Castro y Patricia López.

Taller (15): Danza del vientre. Escuela de baile El Mirall. Lleida

Taller (17): Cirugía ginecológica de riesgo en la incontinencia urinaria y tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria femenina. Pere Brescó.

Taller (18): Cirugía de riesgo para la incontinencia urinaria masculina y tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria masculina. Pere Arañó.

CUADRO HORARIO	16,00h. Taller	17,00h. Taller	18,00h. Taller	19,00 h. Taller
Sala 1	1	1	1	1
Sala 2	2	2	3	3
Sala 3	5	11	5	11
Sala 4	6-7	6-7	6-7	6-7
Sala 5	9	9	9	9
Sala 6	12	2	13	13
Sala 7	15	15	15	15
Sala 8	17	17	7	17
Sala 9	18	18	18	18

EQUIVALENCIA DE SALAS

Sala 1:	Edif. Biblioteca. Salón de Actos
Sala 2:	Edif. Biblioteca. Aula hall
Sala 3:	Edif. Polivalente. Aula 1.09
Sala 4:	Edif. Polivalente. Aula 1.12
Sala 5:	Edif. Polivalente. Aula 1.01
Sala 6:	Edif. Polivalente. Aula 2.01
Sala 7:	Edif. Biblioteca. Planta sótano
Sala 8:	Edif. Polivalente. Aula 3.01
Sala 9:	Edif. Polivalente. Aula 3.02

ROCÍO VIÑUELA LÓPEZ; RAQUEL FRANCH LLASAT; ADA MENA SANCH MARTÍ; SANDRA ANENTO NOLLA
Falta

Mejorar la satisfacción del paciente durante su ingreso hospitalario



INTRODUCCIÓN

Constituye el ejercicio de la profesión de enfermera/ro todo acto que tiene como objetivo identificar las necesidades de salud de las personas, contribuir en los métodos de diagnóstico, prodigar y controlar los cuidados de enfermería que requieran la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación.

El Hospital de Tortosa Virgen de la Cinta fue construido durante los años 1972-75 en respuesta a la demanda popular en un momento de crecimiento demográfico. En nuestro hospital se ha impuesto un modelo de gestión participativa, basado en la fijación de objetivos, la evaluación de resultados y la corresponsabilización activa de todo el personal.

Desde un principio, la gestión de enfermería se basa en el modelo conceptual de Virginia Henderson, trabajando con las 14 necesidades desde el ingreso del paciente hasta su última valoración en su alta de enfermería que cada servicio realiza cuando el paciente abandona el centro.

Virginia Henderson define al paciente como un ser global, completo e independiente que tiene catorce necesidades básicas influenciadas por condiciones externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

De este modo hemos podido valorar la importancia de tales necesidades que en un proceso constante en el que el paciente va evolucionando a la vez que también nuestra experiencia cree de una manera natural.

Utilizando la medición de la satisfacción del paciente durante su estancia hospitalaria hemos querido realizar este trabajo para poder avanzar en nuestra tarea de cuidar, descubriendo las posibles mejoras en las labores que desempeñamos día a día y la posterior aplicación para poder conseguir nuestro objetivo final, que no es otro que el de mejorar cada día nuestra calidad profesional obteniendo una asistencia hospitalaria que se adapte a cada una de las necesidades del paciente ingresado en la unidad.

OBJETIVOS

Nuestros objetivos eran:

1. Mejorar el grado de satisfacción del paciente en base a las catorce necesidades de Virginia Henderson.
2. Mantener y aumentar la independencia del paciente durante su ingreso hospitalario en base a las catorce necesidades de Virginia Henderson.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboramos unas encuestas con Nosotras desempeñamos nuestra función en una unidad de hospitalización que atiende una media de treinta pacientes en diversas especialidades, como son: Urología, Hematología, Otorrinolaringología y ocasionalmente Traumatología. Con una edad comprendida entre 50 y 85 años.

Están ubicados en habitaciones de dos camas con aseo, calefacción, aire acondicionado, televisor y teléfono.

Hace unos meses, nos planteamos la necesidad de evaluar como se sentían los pacientes de la unidad durante su estancia en el hospital. Durante un periodo de reflexión decidimos elaborar una investigación.

Para empezar, determinamos nuestros objetivos prioritarios y lo primero que hicimos fue profundizar en el estudio de las necesidades básicas de cada persona.

A través de los apuntes proporcionados en el hospital, la bibliografía proporcionada por nuestra supervisora y por la adjunta de formación continuada y el acceso a la biblioteca de la Escuela Universitaria de Enfermería empezamos a trabajar:

Elaboramos unas encuestas con diferentes preguntas en referencia a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson sobre cada persona.

Estas encuestas fueron entregadas al ingreso a un total de 70 pacientes durante el periodo de tiempo de un mes y recogidas al alta.

UTILIZANDO LA MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA HEMOS QUERIDO REALIZAR ESTE TRABAJO PARA PODER AVANZAR EN NUESTRA TAREA DE CUIDAR, DESCUBRIENDO LAS POSIBLES MEJORAS EN LAS LABORES QUE DESEMPEÑAMOS DÍA A DÍA Y LA POSTERIOR APLICACIÓN PARA PODER CONSEGUIR NUESTRO OBJETIVO FINAL, QUE NO ES OTRO QUE EL DE MEJORAR CADA DÍA NUESTRA CALIDAD PROFESIONAL OBTENIENDO UNA ASISTENCIA HOSPITALARIA QUE SE ADAPTE A CADA UNA DE LAS NECESIDADES DEL PACIENTE INGRESADO EN LA UNIDAD

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

1. RESPIRAR:

¿Piensa que el ambiente está ventilado y favorable para respirar?

- SI
 NO

¿Siente algún olor característico en el hospital?

- SI
 NO

¿Qué mejoraría?

.....

2. ALIMENTACIÓN:

¿Tiene usted una dieta especial?

- SI
 NO

¿Se le ha respetado en el hospital?

- SI
 NO

Al ingreso en la planta ¿Le informaron de los horarios de las comidas?

- SI
 NO

¿Usted come solo o necesita ayuda?

- SOLO
 AYUDA

Si necesita ayuda, ¿el personal sanitario se la ha proporcionado?

- SI
 NO

¿Lleva prótesis dental?

- SI
 NO

¿La comida ha sido de fácil masticación?

- SI
 NO

La cantidad de comida es:

- POCA
 NORMAL
 MUCHA

¿Piensa que hay variedad en las diferentes comidas?

- SI
 NO

Al retirarle la bandeja de la comida de la habitación, ¿el personal sanitario le ha preguntado si ha sido de su agrado o si necesita algo más?

- SI
 NO

¿Qué mejoraría?

.....

3. ELIMINACIÓN:

¿Va al lavabo solo o necesita ayuda?

- SOLO
 AYUDA

Si necesita ayuda, ¿se la hemos proporcionado?

- SI
 NO

¿Considera que ha tenido intimidad para realizar sus necesidades?

- SI
 NO

¿Ha dispuesto de papel del WC, jabón y toalla?

- SIEMPRE
 CASI SIEMPRE
 NUNCA

¿Se ha controlado si usted ha defecado durante su estancia?

- SI
 NO

Si durante el ingreso en el hospital ha padecido estreñimiento, ¿el personal de enfermería le ha facilitado medios para solucionarlo?

- SI
 NO

¿Lleva usted sonda vesical?

- SI
 NO

¿Se le ha vaciado la bolsa de diuresis cuando lo ha solicitado?

- SI
 NO

¿Qué mejoraría?

.....

4/5. VESTIRSE Y DESVESTIRSE:

Si necesita ayuda para vestirse, ¿el personal se la ha proporcionado?

- SI
 NO

¿Le ofrecen ropa limpia siempre que la necesita?

- SI
 NO

¿Si tiene frío le han ofrecido mantas?

- SI
 NO

¿Cree que la ropa del paciente es adecuada?

- SI
 NO

6. COMUNICACIÓN:

Al ingreso en la planta, ¿el personal le dijo como se llamaba?

- SI
 NO

¿Conoce el nombre del personal sanitario que mayormente le atiende?

- SI
 NO

El personal sanitario le atendió con amabilidad:

- NUNCA
 POCAS VECES
 CASI SIEMPRE
 SIEMPRE

¿El personal le responde a las dudas que se le presentan?

- SI
 NO

7. MOVILIZACIÓN:

Si no hay contraindicación médica, el personal de

enfermería le ha motivado para caminar o realizar algún ejercicio?

- SI
 NO

¿Le proporcionan la ayuda necesaria?

- SI
 NO

Si no se puede mover, ¿le han facilitado a su alcance lo necesario?

- SI
 NO

¿Ha estado usted todo el día en la cama sin poder levantarse?

- SI
 NO

¿Se le ha cambiado de posición al menos 3 veces al día?

- SI
 NO

¿Qué mejoraría?

.....

8. ESTAR LIMPIO Y ASEADO:

¿Se siente limpio y aseado en el hospital?

- SI
 NO

¿Se puede duchar solo o necesita ayuda?

- SOLO
 AYUDA

¿El personal le ha ayudado cuando lo ha necesitado?

- SI
 NO

¿Le cambian el pijama y la ropa de cama cada día?

- SI
 NO

Si necesita ayuda para asearse, ¿piensa que se realiza correctamente?

- SI
 NO

- ✎ ¿Tiene el personal en cuenta su intimidad cuando se le realiza la higiene?
 - SI
 - NO

- 9. EVITAR PELIGROS:
 - ✎ ¿Piensa que el personal se interesa por su estado anímico?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿Le han enseñado el funcionamiento de los mandos de la cama?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿Le han acomodado la altura de la cama para que se sienta mejor?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿Le han puesto las barandillas de la cama si lo ha necesitado?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿Ha tenido a su alcance el timbre para solicitar ayuda?
 - SI
 - NO

- 10. DESCANSAR:
 - ✎ Ha descansado en el hospital:
 - POCO
 - IGUAL QUE EN CASA
 - MUCHO
 - NADA
 - ✎ ¿Se le respetan las horas de sueño?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿Oye ruidos por la noche que no le dejan descansar?
 - SI
 - NO

- ¿Cuáles?:
 - TRABAJO DEL PERSONAL
 - COMPAÑERO HABITACIÓN RUIDO DEL CARRO POR EL PASILLO
 - OTROS
- ✎ ¿Piensa que la medicación de la noche se da a una hora muy tarde?
 - SI
 - NO

- 11. CREENCIAS:
 - ✎ ¿Se le respetan sus creencias y hábitos?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿Se le ha informado de los servicios que tenemos en el hospital?
 - SI
 - NO

- 12. REALIZACIÓN PERSONAL:
 - ✎ ¿Hecha de menos su actividad cotidiana?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿Cómo podríamos facilitarle ayuda?

.....

- 13. DISTRACCIÓN:
 - ✎ ¿Conoce la sala que disponemos en la planta?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿La ha utilizado?
 - SI
 - NO
 - ✎ ¿Qué mejoraría?

.....

- 14. APRENDIZAJE:
 - ✎ ¿Está satisfecho con la forma en la que se le ha dado la información de la razón del ingreso?
 - SI
 - NO



A PARTIR DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS, PODEMOS CONSTATAR EN UN PRIMER LUGAR QUE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD PRESENTAN DIFICULTAD PARA SATISFACER LA NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR DEBIDO A OÍR RUIDOS EXTERNOS EXCESIVOS. EL DESCANSO ES UNA NECESIDAD VITAL PARA LA REGENERACIÓN DEL ORGANISMO Y EN NUESTRO CENTRO EXISTEN TRABAJOS ENCAMINADOS A INVESTIGAR Y SATISFACER ESTA NECESIDAD

RESULTADOS

Realizamos un estudio observacional a partir de cada necesidad.

De nuestra metodología de trabajo obtuvimos los siguientes resultados:

1. Necesidad de RESPIRAR:

Un 90% de los pacientes de la unidad consideran que el ambiente que se respira en el hospital es favorecedor.

Además están satisfechos con la ventilación del ambiente.

También un 90% de ellos comentan no sentir olores desagradables en la unidad.

2. Necesidad de ALIMENTACIÓN:

Podemos observar que un 80% de nuestros están satisfechos en la variedad de las comidas y en caso de presentar algún tipo de dieta especial se le ha sido respetada.

Un 55% de los pacientes desconocen el horario de las comidas de nuestro centro por no haber recibido suficiente información, en cambio un 40% están satisfechos con este punto.

3. Necesidad de ELIMINACIÓN:

Sobre un 75% de los pacientes están satisfechos con la ayuda que se les proporciona para ir al lavabo. El resto no responden.

Un 65% sienten comodidad para realizar la necesidad de eliminación porque gozan de la intimidad suficiente, en cambio un 15% no están satisfechos.

Algo más de la mitad de ellos se sienten satisfechos porque

se les soluciona el estreñimiento, muy corriente en el hospital, en caso de padecerlo. Un 5% creen que no se les soluciona.

4/5. Necesidad de VESTIRSE Y DESVESTIRSE:

Sobre un 60% de los pacientes ingresados presentan manifestaciones de dependencia en esta necesidad.

Un 70% cree que se le ha proporcionado los medios adecuados para cubrir esta necesidad.

Y un 90% creen que la ropa utilizada en nuestro hospital es la adecuada. En cambio, un 15% opinan que no se le facilitan los medios necesarios.

6. Necesidad de COMUNICACIÓN:

Poco más de los pacientes ingresados en la unidad, concretamente un 65% de ellos, conocen el nombre del personal que normalmente los atiende; el resto un 45% no conocen su nombre.

Un 85% de ellos opinan que el personal sanitario le responde y les ayuda en todas aquellas dudas que se les puedan presentar. Un 9% opinan que no.

7. Necesidad de MOVILIZACIÓN:

Un 70% responden favorablemente a la pregunta; creen que se les ha proporcionado la ayuda que han necesitado.

En caso de movilidad, incapacidad o reposo un 45% opinan que se les ha cambiado de posición al menos tres veces al día. Un 5% responden que no. Un 55% no responden a la pregunta porque no presentan manifestación de dependencia en la movilización.

8. Necesidad de ESTAR LIMPIO Y ASEADO:

Un 92% sigue contestando, al igual que en las necesidades anteriores, que se les presta suficiente ayuda para realizar actividades de la vida diaria como asearse o limpiarse.

Sobre un 88% dicen haber sido respetados íntimamente cuando se les realiza la higiene.

9. Necesidad de EVITAR PELIGROS:

Un 100% de los pacientes cree que el personal sanitario se preocupa por su estado.

Un importante dato que nos refleja es que un 97% han tenido facilidad para solicitar ayuda, en caso de necesitarla.

10. Necesidad de DESCANSAR:

Un 35% presenta manifestación de dependencia en el descanso y sueño debido a escuchar ruidos del personal, acompañantes, ...por lo tanto, no descansan.

Un 87% creen que se respeta las horas de sueño, en cambio un 8% creen que no descansan lo suficiente y no se respetan sus horarios.

11. Necesidad de CREENCIAS:

En esta gráfica podemos observar que en un 44% de los pacientes ingresados en nuestra unidad están satisfechos ante la información recibida sobre los servicios que presta nuestro hospital, respecto a un 31% que están descontentos sobre este punto.

Un tanto por cien bastante elevado (un 22%) no refleja su opinión.

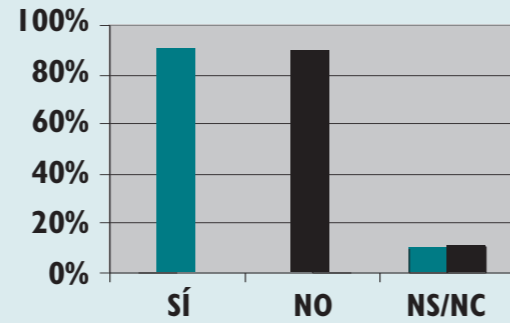
12. Necesidad de REALIZACIÓN PERSONAL:

Se observa en esta gráfica claramente que los paciente ante su ingreso hospitalario echan de menos su actividad cotidiana y así su realización personal con un 74%.

Habría una gran manifestación de dependencia en esta necesidad.

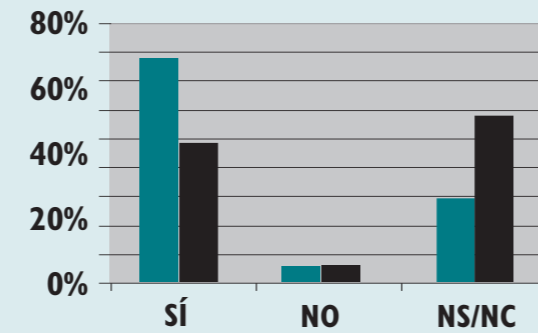
Necesidad de respirar

- ¿Piensa que el ambiente está ventilado y favorable para respirar?
- ¿Siente algún olor característico en el hospital?



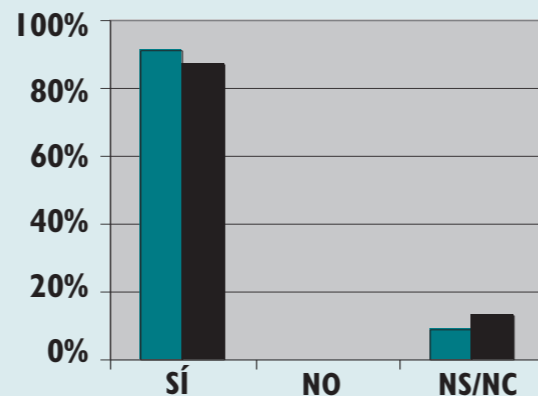
Necesidad de movilización

- ¿Se le proporciona la ayuda necesaria?
- ¿3 veces cambio de posición en situación de encamado?



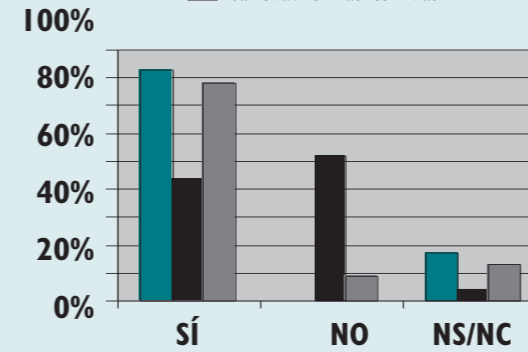
Necesidad de estar aseado y limpio

- ¿El personal le ayuda en las necesidades de higiene?
- ¿Se respeta su intimidad cuando se le realiza la higiene?



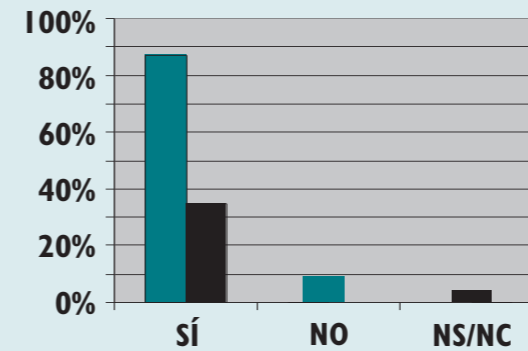
Necesidad de alimentación

- Respecto a la dieta
- Información de horarios de comida
- Variedad en las comidas



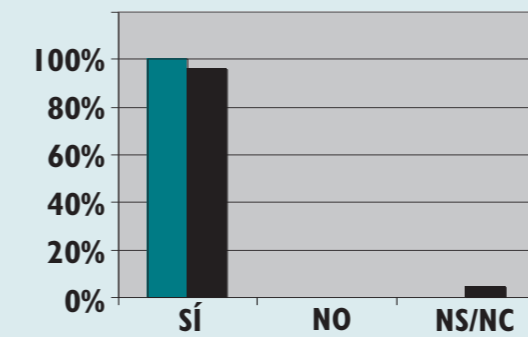
Necesidad de reposo y sueño

- ¿Se le respetan las horas de sueño?
- ¿Oye ruidos por la noche que no le dejan descansar?



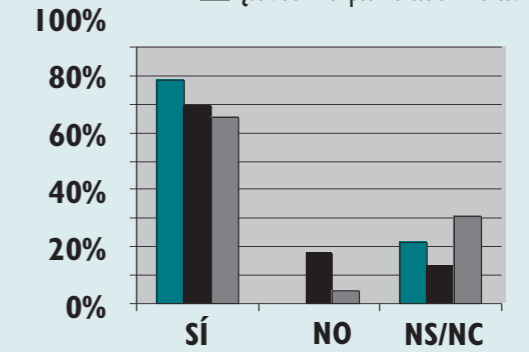
Necesidad de evitar peligros

- ¿Piensa que el personal se interesa por su estado anímico?
- ¿Ha tenido a su alcance el timbre para solicitar ayuda?



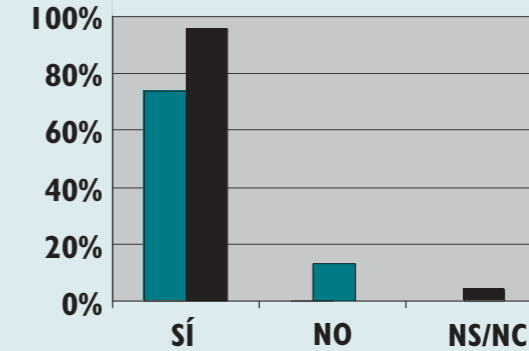
Necesidad de eliminación

- ¿Se le proporciona ayuda para ir al lavabo?
- Obtención de intimidad ¿suficiente?
- ¿Solución del posible estreñimiento?



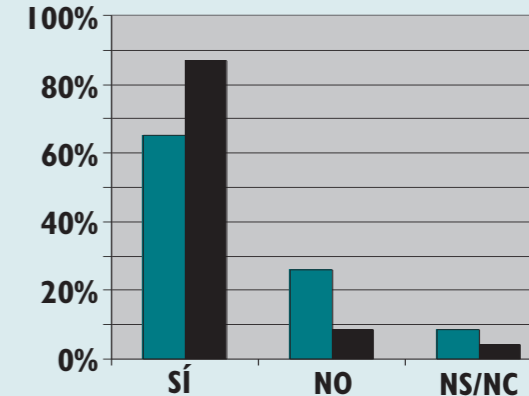
Necesidad de vestirse/desvestirse

- ¿Se le proporciona ayuda si la necesita para vestirse?
- ¿Cree que la ropa del paciente es adecuada?



Necesidad de comunicación

- ¿Conoce el nombre del personal sanitario que normalmente le atiende?
- ¿El personal le responde a las dudas que se le presentan?



13. Necesidad de DISTRACCIÓN:

Tenemos a disposición de nuestros pacientes, una sala de recreo que pueden utilizar siempre que lo deseen y aún así observamos que un 61% no la utilizan respecto a un 22% que sí la han utilizado.

Un 18% no sabe/ no contesta, sin saber si no sabía de su existencia o simplemente no opinan.

14. Necesidad de APRENDER:

Intentamos en nuestro servicio que los pacientes estén informados sobre la razón de su ingreso, sobre su enfermedad y lo que pueden aprender de ella.

Así se destaca en la gráfica con un 65% de la satisfacción de los pacientes.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, podemos constatar en un primer lugar que los pacientes de la unidad presentan dificultad para satisfacer la necesidad de dormir y descansar debido a oír ruidos externos excesivos. El descanso es una necesidad vital para la regeneración del organismo y en nuestro centro existen trabajos encaminados a investigar y satisfacer esta necesidad.

Es muy importante que todo el personal sanitario sea consciente de la importancia del descanso para la salud: averiguar los hábitos del sueño de cada paciente, promover un clima favorecedor del descanso, minimizar ruidos, luces, conversaciones, reorganizar y reagrupar los cuidados para permitir las máximas horas de sueño sin interrupciones. De esta manera podríamos llegar a satisfacer dicha necesidad.

En lo que respecta a la necesidad de comunicación, es un objetivo prioritario en la unidad la presentación de cada uno de los profesionales sanitarios.

En cambio, se observa una gran deficiencia porque la mitad de los pacientes dice no conocer el nombre del personal sanitario que lo atiende habitualmente durante su estancia hospitalaria.

Deberíamos mejorar este aspecto fundamental, presentarnos con nuestro nombre y darlo como punto de referencia y en caso conveniente recordarlo a lo largo de los turnos posteriores.

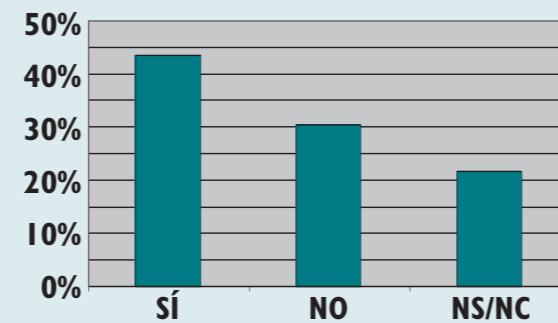
También deberíamos, en referencia a la comunicación, mejorar la información respecto al horario de las comidas, debido a que muchos de los pacientes, en concreto 52%, la mitad de ellos no llega a situarse en el tiempo respecto al horario de comidas. Es un dato importante porque así pueden distribuirse su propio tiempo (pasear, hacer la siesta...).

En caso necesario, es importante hablar con el paciente y escucharle para conocer y afrontar sus preocupaciones, miedos, tratar el dolor y el malestar, si apareciera, y prevenirlo.

Seguramente la presentación se podría mejorar con cursos de comunicación, trabajar con escenificación de situa-

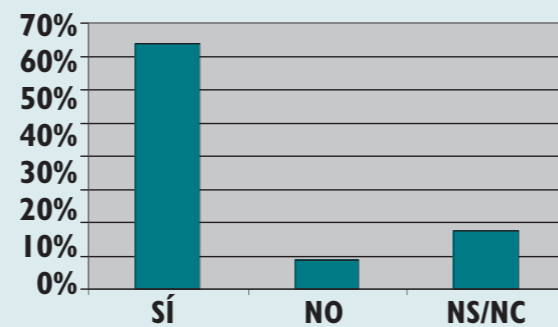
Necesidad de vivir según creencias y valores

■ ¿Se le ha informado de los servicios que tenemos en el hospital?



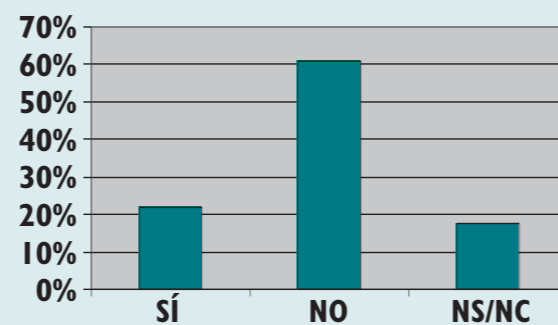
Necesidad de realización personal

■ ¿Hecha de menos su actividad cotidiana?



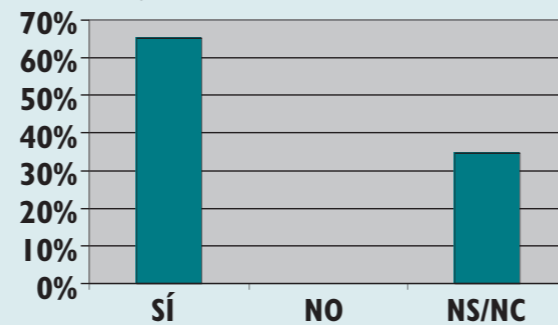
Necesidad de distracción

■ ¿Ha utilizado la sala que tenemos en la planta?



Necesidad de aprendizaje

■ ¿Está satisfecho con la forma en la que se le ha dado la información de la razón del ingreso?



ciones; ponernos en la situación del enfermo y la enfermera, realizando diferentes ejercicios para poder perder la timidez... Desde hace bastantes años, nuestro hospital realiza cursos de este tipo, se debería insistir y facilitar los medios posibles para que todo el personal sanitario pueda realizarlos.

Sin embargo, los pacientes presentan un buen grado de satisfacción en la necesidad de evitar peligros. Se sienten protegidos física y psicológicamente; opinan que el personal que los atiende se preocupa por su estado emocional y les facilita la ayuda y el apoyo necesarios para poder satisfacer esta necesidad.

La necesidad de actuar según sus creencias y valores se ve también alterada. Deberíamos ampliar el horizonte ya que normalmente se nos hace difícil hablar sobre las creencias personales de cada uno, tratar de respetar al máximo, informarles de los servicios del hospital. (Un 30% responden no haber sido informados sobre estos servicios).

Satisfacción de la necesidad de realización personal: un 74% de los pacientes ingresados echa de menos su actividad cotidiana y todo lo que conlleva. En la medida de lo posible, tendríamos que ofrecerles todas las posibilidades que tengamos a su alcance, siempre en la medida de lo posible, porque hablamos de pacientes que se encuentran convalecientes y en fase de recuperación.

Distracción y ocio, tendríamos que plantearnos como afrontar esta necesidad con los pacientes que realmente pueden moverse, como es el caso de los pacientes urológicos, ya que en el segundo o tercer día después de la intervención ya puede satisfacer esa necesidad, informarle de la existencia de la sala de recreo, con la TV, juegos, periódicos, revistas, etc... y al mismo tiempo les favorecemos la necesidad de movilización, también encuentran su espacio tan necesario de relación con los demás y de compartir las preocupaciones sobre su enfermedad. Es evidente que tenemos que mejorar la información en esta necesidad, ya que más de la mitad de los pacientes que residen en la unidad no ha utilizado la sala de recreación en el momento de la encuesta.

En último lugar, deberíamos mejorar la necesidad de aprendizaje sobre su propio proceso, sería importante, ya que solo un 65% de los pacientes tiene cubierta esa necesidad. Hay que destacar que el 35% restante, la respuesta que nos dan es no sabe/ no contesta.

Debemos tener en cuenta que hay pacientes que no les interesa saber ni mucho menos aprender sobre el proceso de la patología. Otros que delegan la información totalmente a la familia, quienes deciden por si mismos no decirles nada sobre el proceso o minimizar la información.

CONCLUSIONES

En base a los objetivos que nos habíamos propuesto para poder llegar a mejorar el grado de satisfacción de los pacientes de nuestra unidad, llegamos a las siguientes conclusiones:

- Debemos mejorar diferentes puntos en los que debemos insistir para aumentar su satisfacción:
- Intentar mejorar la necesidad de reposo y sueño.
- Mejorar la información: respecto a los horarios de las comidas y sobre todo el proceso quirúrgico y de la enfermedad.
- Mejorar la presentación del personal sanitario.
- Mejorar también la necesidad de actuar según sus creencias y valores.
- Mejorar la necesidad de realización personal.
- Ampliar la información en la necesidad de ocio.

Si conseguimos mejorar y desarrollar todos estos puntos destacados para poder satisfacer las necesidades de los pacientes, entonces el segundo objetivo que nos habíamos propuesto en el trabajo, mantener y aumentar la independencia del paciente durante su ingreso hospitalario, creemos que se dará por si mismo.

El haber trabajado mediante metodología científica, facilita el seguimiento del paciente, una obtención de resultados y una unificación de criterios de todo el personal de la unidad para poder trabajar sobre estas líneas básicas. Esta unificación de criterios, permitirá una mejor calidad asistencial y también aumentará el grado de satisfacción del usuario al igual que el de los propios profesionales: NOSOTROS! ▼

EL HABER TRABAJADO MEDIANTE METODOLOGÍA CIENTÍFICA, FACILITA EL SEGUIMIENTO DEL PACIENTE, UNA OBTENCIÓN DE RESULTADOS Y UNA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS DE TODO EL PERSONAL DE LA UNIDAD PARA PODER TRABAJAR SOBRE ESTAS LÍNEAS BÁSICAS ESTA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS, PERMITIRÁ UNA MEJOR CALIDAD ASISTENCIAL Y TAMBIÉN AUMENTARÁ EL GRADO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO AL IGUAL QUE EL DE LOS PROPIOS PROFESIONALES: NOSOTROS!

BIBLIOGRAFÍA

“TESIS DOCTORAL” Albert Boreal- UPC2004

Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica.. B.Kozier , G. Erb, K.Blais, J.M. Wilkinson.

5ª Edición, Volumen 2.

Normalización de las intervenciones para la práctica de la Enfermería. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo

Protocolos hospitalarios de Enfermería del Hospital Virgen de la Cinta.

NOTICIAS

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

Recordamos a todos los socios que durante la Asamblea de la Asociación a celebrar en Lleida en el transcurso del XVIII Congreso, tendrán lugar las elecciones a la Junta Directiva cuyo plazo para presentar candidaturas esta a punto de concluir. De las candidaturas presentadas a esta cita electoral tendrán los socios cumplida información por correo postal así como fecha y hora de dicha Asamblea.

PREMIO ENFURO

De igual modo os recordamos que durante el acto de clausura del XXVIII Congreso de Lleida se hará entrega del premio "ENFURO" otorgado al mejor trabajo publicado en la revista durante los dos últimos años (números del 91 al 97) ambos inclusive.

El montante económico del mismo será de 1200€

El Jurado estará 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.



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

