

enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 78. Junio 2001



ENFURO formación: cómo publicar artículos en revistas científicas

Conocemos a: El servicio de urología del Juan Canalejo, A Coruña

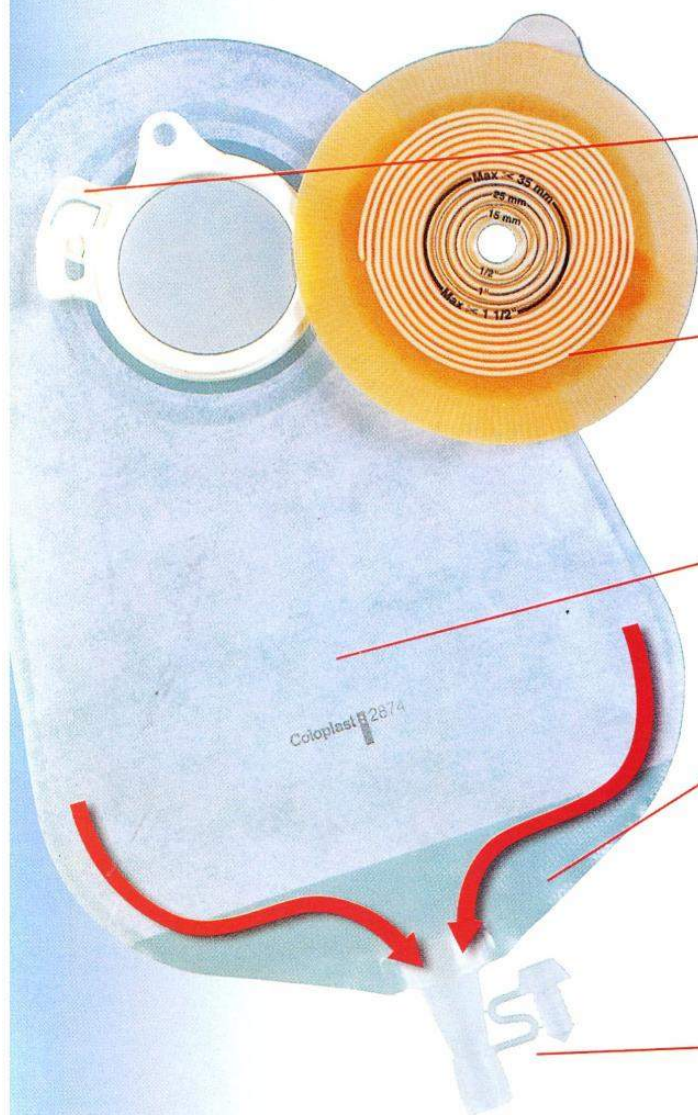
El Consejo Nacional ampara a las sociedades científicas de enfermería. Se crea una Federación

Valencia 2001: formación, docencia e investigación en enfermería urológica

Coloplast : Alterna

Urostomías

Cuidamos hasta el último detalle



1 Clipper de seguridad

- Máxima seguridad y facilidad de utilización

2 Adhesivo **SWISS ROLL (L.D.)**

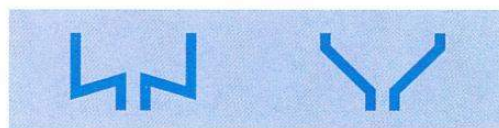
- Elevado poder de fijación
- Elevado poder de absorción

3 Válvula antirreflujo

- Evita el retorno de la orina

4 Extremo inferior sin ángulos

- Ausencia de residuos miccionales



Otras bolsas

Bolsa Coloplast: Alterna

5 Nueva válvula de vaciado

- con estrías de seguridad
- Estanqueidad total
- Facilidad de manejo

6 Disponible en 1 pieza y 3 piezas

- Adaptable a cualquier necesidad



Por y para los pacientes ostomizados

Para mayor información llame



900 21 04 74

¡Llamada gratuita!



**ENFURO**

nº 78 / Abril-Mayo-Junio 2001
Segunda Etapa

JUNTA DIRECTIVA DE LA AEEU

Presidenta: Mercedes Martín Valenciano
Vicepresidente: Ricardo Lequerica Llopis
Secretaria General: Paloma González de la Hoz
Vicesecretario: Fernando Navarro Sánchez
Tesorero: Vicente Carrasco Rozalén
Contadora: Helena Guerra Peñaricano
Secretario de Actas: Gabriel Belenguer Civera
Vocal 1º: Ascensión Crespo García
Vocal 2º: Luis Cortés Ridaura
Vocal 3º: Francisco Estudillo González
Vocal 4º: Luis Alfonso Aparcero Bernet

REDACCION

Directora: Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)
Jefe de Redacción: Luis Alfonso Aparcero Bernet (Sevilla)
Consejo de Redacción:
Luis Cortés Ridaura (Valencia)
Francisco Estudillo González (Puerto Real-Cádiz)
Vicente Carrasco Rozalén (Madrid)
Gabriel Belenguer Civera (Xàtiva-Valencia)
Ricardo Lequerica Llopis (Valencia)
Consejo Asesor:
Mª Pilar García Maynar (Zaragoza)
Eduardo Aparcero Rodríguez (Sevilla)
Asunción Garrido Mora (Elche-Alicante)
Cecilia Piquer Bosca (Valencia)

Nuestra portada:

El Hemisferi. Ciudad de las Ciencias Príncipe Felipe.
Valencia

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)

Avenida de Menéndez Pelayo, 93 – 3ª planta
Teléfono y Fax: 91 552 93-88- e-mail: enfuro@terra.es
28007 Madrid

SUMARIO

- Editorial. 5
- II Reunión Europea de Enfermería en Urología.
Ascensión Crespo García. 6
- El Servicio de Urología del Hospital Juan Canalejo,
A Coruña.
Sagrario del Corral Gómez. 8
- Por dónde comenzar para poder publicar un artículo
en una revista científica.
Mª Pilar García Mainar. 10
- Plan de cuidados estandarizados para pacientes con cáncer
de vejiga terminales.
F. Lombardía Fernández, L. López Castelao,
P. Morado Qiñoa, L. López Arias. 12
- Cuidados de enfermería intra y extrahospitalarios
dirigidos a pacientes urostomizados.
C. Gracia, M.L. Regueira, R. García, D. Zabalza,
E. Martínez, A. Sánchez. 15
- Acuerdo para impulsar las especialidades y la creación de
la Federación de Sociedades Científicas de Enfermería. 22
- Próximas convocatorias de congresos, cursos y
jornadas de enfermería. 23
- Neuromoduladores: Experiencia en el Hospital
Universitario de Canarias.
Mª Laudelina Falcón, Mª Dolores Chaves,
Mª Milagros Romera. 24
- Mejora de la calidad asistencial al paciente uro-oncológico
terminal.
E. Pereda, J. Ramírez, N. Juárez, E. Blaya. 28
- Un caso para la reflexión.
M. Sagüillo Antolín, N. Gómez Mazo. 32
- Aspectos históricos en la aplicación de cuidados
paliativos. Nuestra experiencia personal y expectativas
de futuro.
A. Sianes Blanco. 34
- Valoración inicial psicofísica del paciente urológico
terminal.
C. García Asuero, L. López Rodríguez. 38

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

Presentamos las normas de publicación por las que se regirá ENFURO, 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. Estos 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 correo postal (preferentemente certificado) a:

Unidad de Formación Hospital Universitario Nra. Sra. de Valme, 10ª planta. Carretera de Cádiz, s/n. 41014 SEVILLA. Correo electrónico: enfuro@terra.es y/o apalope@supercable.es

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 los autor/es, con el compromiso de haber respetado la privacidad, imagen y confidencialidad de los interesados.

EDITORIAL

¡Hemos arrancado!

CON un gran esfuerzo, ¡HEMOS ARRANCADO! Cuando llega a vosotros este número 78 de la revista, segundo de la nueva etapa, queremos haceros partícipes de las dificultades que nos hemos encontrado para hacer realidad lo que ahora tenéis entre las manos.

No ha sido fácil. Esta Junta ha tenido que empezar prácticamente de cero al hacerse cargo de la Asociación, y de la revista. Cambios de formato, nuevos contactos con proveedores, reanudación de contactos con anunciantes y mejora de las condiciones, actualización del censo, dificultades en las bases de datos, etc.

Pero aquí estamos de nuevo, intentando ser fieles a los socios, a los que nos debemos y a los profesionales de Enfermería, nuestros lectores.

Por ello os pedimos sepáis comprender las

deficiencias que hayáis podido notar en este «arranque». Estamos trabajando con más esfuerzo y voluntad que posibilidades. Pero para eso estamos y ese es el compromiso que tenemos.

NUESTRA Asociación es una entidad modesta, con pocos medios y que todo se tiene que hacer a base de esfuerzos personales, administrando lo poco y digno que tenemos, y para ello hace falta trabajo, tiempo e imaginación. Pero repetimos que para eso estamos.

ENFURO ha soltado amarras del puerto, usando el símil marinero que más adelante las compañeras de A Coruña nos presentan. Hemos introducido alguna novedad, no serán las únicas.

Como siempre, estamos a vuestra entera disposición. ▼

Para hacer más ágiles las comunicaciones con la AEEU, se ha instaurado una dirección de correo electrónico. Los asociados que así lo deseen pueden desde ahora hacer uso de ella. Igualmente, podéis hacernos llegar la vuestra, donde recibiréis puntual información de las distintas actividades.

enfuro@terra.es

Movimientos de Secretaría

Movimiento de altas y bajas desde la publicación del número 76 de la revista hasta el cierre de la actual

ALTAS

Nº SOCIO	NOMBRE	CIUDAD
581	Carlos Alberto Grillo Macro	Miranda (Portugal)

BAJAS

Nº SOCIO	NOMBRE	MOTIVO	CIUDAD
508	Manuel Gago Fornells	Petición propia	Murcia
138	Mª José Contreras Castello	Petición propia	Valencia
494	Cristina Castro Yuste	Petición propia	Cádiz

Rogamos a los socio/as que hayan tenido alguna variación en sus datos bancarios lo comuniquen a la Secretaría, para evitar gastos y trastornos en las domiciliaciones. Podéis hacerlo por teléfono o e-mail.

Llega a la Secretaría una carta de la SEDENE (Sociedad Española de Enfermería Neurológica), con el deseo de que os hagamos llegar la posibilidad de recibir el «Manual de alimentación del paciente neurológico», elaborado por enfermeras y presentado en las Primeras Jornadas de Enfermería Neurológica de Valencia y Murcia, así como un díptico elaborado por los pacientes y familiares de Parkinson, Alzheimer e Ictus. Esta documentación puede solicitarse de forma gratuita a NOVARTIS CONSUMER HEALTH, Departamento de Comunicación, Srta. Eva Villena. Tel 93 306 41 58.

Su presidente, Antoni Ibarzo, nos saluda, felicita a la presidenta por su nombramiento y se pone a nuestra disposición para colaborar en temas conjuntos.

ASCENSIÓN CRESPO GARCÍA

Vocal de la Junta de AEEU, delegada para asuntos con Europa y miembro de la Junta Directiva de EAU

II Reunión Europea de Enfermería en Urología

Si Bruselas fue, el año pasado, «el banco de pruebas» para el I Encuentro Europeo de Enfermería en Urología, Ginebra, este año, ha sido la confirmación de que el éxito y la ilusión de entonces no eran algo efímero.

Más de 150 enfermeros se inscribieron a estas jornadas, que se desarrollaron durante los días 7, 8, 9 y 10 de abril de 2001 en Ginebra, Suiza.

El lugar del encuentro fue en el Palexpo, centro de congresos y exposiciones, que albergó la impresionante organización de la EAU (European Association of Urology).

Con sus más de 15 salas de conferencias, un hall de exhibición comercial, en el que más de 120 firmas comerciales internacionales se reunieron, un centro de prensa, un centro de vídeo y documentación, puestos de atención al congresista cada 20 metros, dos restaurantes y, por supuesto, la sala exclusiva para el encuentro de Enfermería, el lugar bien parecía una ciudad dedicada a la Urología exclusivamente.

El encuentro se inició el sábado día 7, a las 13 horas, con una bienvenida ofrecida por el Prof. Taillac, secretario adjunto de la EAU.

Tras una presentación de cada uno de los miembros del recién creado Comité de la Asociación Europea de Enfermería en Urología (EAUN), por su presidente, Ronny Pieters (Bélgica), se pasó a la exposición por parte de cada miembro de «La Educación en Enfermería», sus salidas, especialidades y su realidad diaria en Urología (Suecia, Holanda, Gran Bretaña, Suiza, Bélgica y España).

Nuestra delegación tuvo el gran privilegio de representar a nuestro país no sólo como enfermeras de un servicio de Urología, sino también como miembros de nuestra Asociación Española de Enfermería en Urología.

Los siguientes días, con una puntualidad digna del país anfitrión, se desarrollaron las ponencias y comunicaciones establecidas en el programa, y que abarcaron diferentes aspectos de la patología urológica, donde Enfermería desarrolla su trabajo diario. Un repaso breve, conciso y puntual sobre el riñón,

vejiga, próstata y testículos nos fue presentado por diferentes doctores suizos del Comité organizador local, a lo largo de las sesiones, según el tema a tratar.

El último día se clausuró el evento con la presentación de la EAUN, sus objetivos a corto y largo plazo, como pueden ser:

- Difusión de un pliego informativo con la publicación de todos los trabajos presentados en el encuentro, noticias de interés común...
- Redacción de una guía de protocolos europeos sobre diferentes procedimientos.
- Establecimiento de un programa de intercambio de profesionales entre los distintos hospitales miembros del comité.
- Creación de una página Web dedicada a la Enfermería Urológica, con posibilidades de organizar cursos por Internet.

Si el aspecto científico de las jornadas fue relevante, no lo fue menos el aspecto lúdico, con la posibilidad de asistir a la ceremonia de apertura en el museo del automóvil, a una fiesta «dancing» privada exclusivamente para nosotros en una sala de fiestas, o bien a la velada de la EAU en los barcos que surcaban, especialmente para la ocasión, el famoso lago Lemán.

La sensación que se tiene a la vuelta es la de haber participado en algo «grande», diferente, sumamente estimulante para quien, todavía, tiene ilusión y deseo de mejorar no sólo su trabajo diario, sino también su propia formación con el acercamiento a otros profesionales que demuestran el mismo entusiasmo que uno, así como el contacto a una enorme organización como es la EAU.

La próxima cita es Birmingham, del 23 al 26 de febrero de 2002. Los temas se centrarán en el desarrollo de los cuidados de Enfermería, incontinencia, nuevos avances en Urología de interés para Enfermería, Vías Clínicas, cuestionarios de calidad de vida...

Toda la información pertinente sobre el nuevo encuentro, así como sobre la posibilidad de asociarse a la EAUN, será enviada al domicilio de los asociados en cuanto la tengamos disponible.

Para cualquier información inmediata se puede contactar por correo electrónico a la Asociación o directamente con Ascensión Crespo al número de teléfono siguiente: 976 76 55 69.



• Delegación española en el congreso.

«Desde estas líneas quiero animaros personalmente a lanzaros a esta nueva aventura europea, donde el idioma no pone barreras para impedir el entendimiento entre enfermeros que comparten la misma preocupación: aprender cada día para crecer personalmente más».



• Nuestra delegación, con participantes de otros países europeos.

NUESTRA APORTACIÓN COMO SOCIEDAD CIENTÍFICA

Para este primer encuentro realizado como Junta Directiva recién creada, y como delegada de la Junta para asuntos internacionales, preparamos un trabajo sobre la carrera de Enfermería en nuestro país, definir su situación actual y sus posibilidades, así como describir las competencias diarias de la Enfermería Urológica. El trabajo se tituló «Nursing in Spain». La Ponencia tuvo el siguiente contenido:

Una breve introducción haciendo relevancia sobre la evolución de la Enfermería desde los tiempos en que estaba a cargo de religiosos, pasando por la figura del ATS cumpliendo órdenes médicas hasta lo que hoy en día es el Diplomado en Enfermería.

El trabajo, propiamente dicho, se estructuró como sigue:

A) Estructura del sistema educativo español: Para la comprensión de nuestra carrera se describió brevemente la estructura del sistema educativo español, haciendo hincapié sobre la diferenciación entre Técnico Sanitario y Diplomado de Enfermería.

B) Diplomatura de Enfermería: Se informó sobre el número de horas lectivas y créditos necesarios para la obtención del título, su reparto en horas de seminario, prácticas, temas opcionales y de libre elección. Se recaló en que era una carrera universitaria sin ayudas institucionales de ningún tipo.

C) Distintas opciones al finalizar la carrera, como son: la posibilidad de estudiar una especialidad (explicando que actualmente sólo se puede estudiar la de Matrona y Salud Mental), de iniciar un segundo nivel universitario (con la licenciatura en Antropología) o la de entrar en el mundo laboral (con contratos temporales o fijos tras unas pruebas de oposición).

D) Funciones de Enfermería: Función asistencial, docente, de investigación y de administración.

E) Actividades de Enfermería en el servicio de Urología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza: Se tomó como ejemplo el de nuestro servicio por ser el que conocemos a fondo. Presentó la unidad geográficamente, humanamente y técnicamente. Se repasó sobre las actividades desarrolla-

das durante los tres turnos rotatorios, recalando todas las técnicas y procedimientos que estamos en condiciones de realizar en España.

La conclusión que se pretendió presentar fue centrar la importancia que la Enfermería española tiene actualmente en un equipo multidisciplinar, tanto por su alta preparación académica como por su gran competencia, lo que la hace ser solicitada en todos los países europeos.

La parte audiovisual se resolvió con una presentación Power Point, sistema empleado por casi todos los participantes del encuentro.

Al día siguiente, domingo día 8, participé como moderadora de las

comunicaciones de la tarde.

Estas fueron:

- «Quimioterapia en cáncer testicular, implicación de Enfermería» (Holanda).
- «Fertilidad e infertilidad tras quimioterapia en cáncer de testículo» (Holanda).
- «Cuidados de Enfermería en terapia intravesical para cáncer superficial de vejiga» (Bélgica).
- «Cómo asesorar sobre problemas sexuales a los afectados de cáncer de próstata» (Suiza).
- «Diferencia de los cuidados de Enfermería tras prostatectomía radical por vía abdominal y prostatectomía por vía laparoscópica» (Suiza).
- «Braquiterapia en cáncer de próstata» (Italia).
- «Calidad de vida tras una prostatectomía radical» (Suiza).

Todos los temas fueron de gran interés y con alta participación, en el momento del coloquio, de todos los asistentes.

Tras un día intenso de comunicaciones, la delegación tuvo un momento de «confraternización» en una discoteca de la capital, donde tenían preparada una fiesta para los enfermeros. Si en un primer momento el idioma pudo plantear algún problema, es en situaciones distendidas como ésta en la que todos acaban entendiéndose sin dificultad.

Esperamos poder aumentar nuestra presencia y nuestras aportaciones científicas en ediciones sucesivas. La Junta está dispuesta a plantearse seriamente la posibilidad de ayuda a socios que aporten algo de interés y nos representen dignamente en Europa en ediciones futuras. No podemos perder el tren de estar en este tipo de foros, como españoles y sobre todo como profesionales.

Nota de la Redacción

Desde la AEEU y desde ENFURO agradecemos el esfuerzo realizado por las compañeras, especialmente por haberse gestionado personalmente la financiación y los costes de la asistencia, sin ser gravosa para la Asociación, aunque iban representándola.

SAGRARIO DEL CORRAL GÓMEZ
Supervisora de Urología

Conocemos a: El Servicio de Urología del Hospital Juan Canalejo, A Coruña

La Asociación Española de Enfermería en Urología me ha solicitado para su revista ENFURO unas líneas describiendo el Servicio de Urología del Hospital Juan Canalejo de A Coruña, servicio en el que desempeño mi trabajo, como supervisora de Enfermería de la Unidad de Hospitalización.

La satisfacción que sentí al escuchar la propuesta se tornó en miedo al pensar en la responsabilidad que suponía el descubrir un servicio que abarca tanta actividad y que yo hice mío hace ya algunos años. Pero ese miedo lo escondí entre la bruma, nuestra bruma, para poder transmitir nuestro presente en el sol y mi satisfacción por poder participar en él.

Urología nació como servicio en el año 1975, con una dotación de 30 camas, teniendo como responsables de su funcionamiento al Dr. González Martín, al frente de un equipo de tres urólogos, y a la supervisora Dña. Milagros Campos Val, que se responsabilizaba de un equipo de enfermería formado por siete enfermeras y siete auxiliares que, de forma rotatoria, cubrían todos los turnos.

Tenían un quirófano tres días por semana, tres consultas en días alternos, muchas inquietudes y grandes dosis de entusiasmo, que le llevaron a ir creciendo paulatinamente, hasta convertirse en el servicio que es hoy, no sólo por el volumen de trabajo que desarrolla, sino también por la categoría profesional de todos sus componentes.

Hoy en día, Urología, como unidad de hospitalización, está ubicada en la planta undécima del Hospital Juan Canalejo, desde donde vemos llegar todas las borrascas que entran por el noroeste, algunas de las cuales (como este invierno) se quedan a vivir entre nosotros, varadas en inmensas playas y arrulladas por la brisa del mar, esa brisa que infunde nuevos bríos a las velas de Urología y que hace que el servicio avance, aunque haya que sortear muchas veces tempestades antes de llegar a puerto...

Y en el puerto en donde estamos fondeados en este momento tenemos: 17 quirófanos semanales, repartidos en jornada de mañana y tarde, 8 consultas diarias, 1 sala de Urodinamias y 1 sala de Litotricia.

Tiene una dotación de 42 camas, que cuando la presión asistencial es grande, es decir, bastante a menudo, se convierten en 51. Están distribuidas en habitaciones de dos y tres camas; todas tienen baño con ducha y dos de estos baños están adaptados para pacientes con lesiones medulares.

El equipo médico consta de: un jefe de servicio, el Dr. Marcelino González Martín, quien capitanea la nave desde su botadura y que, como los grandes descubridores, es de tierra adentro, pero, como ellos, está siempre dispuesto a descubrir nuevas Américas, y para ello dedica parte de su tiempo libre a investigar sobre Xenotrasplante renal en el quirófano experimental.

Desde el puente de mando de la Andrología, dos contramaestres le ayudan en la dirección como jefes de sección; 12 bravos oficiales que maniobran las velas de Urodinamia, Litotricia, Biopsias de Próstata, etc., y tres guardamarinas como residentes completan la tripulación.

Todos ellos son los responsables de haber realizado en el año 2000, 2.068 intervenciones programadas, 333 urgentes, 28.422 consultas, más de 100 trasplantes renales, 1.050 ingresos programados y 480 urgentes, a los que hay que añadir los 200 ingresos procedentes de otros servicios.

De los 17 días de estancia media en el año 1975, pasamos a 7 días en el 2000 y trabajamos para rebajarlo aún más.

¿Y la Enfermería? El equipo de héroes está constituido por un grupo de profesionales repartidos por el área quirúrgica, consultas externas y hospitalización, que de forma anónima, como sucede casi siempre con la labor de Enfermería, contribuye con su dedicación y esfuerzo a la realización de una perfecta navegación, pero que sin su trabajo, la nave no podría surcar los mares procelosos de

Nota de la Redacción

Iniciamos con este artículo una experiencia tendente a mostrar la actividad, estructura, filosofía, idiosincrasia, etc., de los distintos servicios de Urología de nuestro país, con el único objetivo de conocernos y aproximarnos los unos a los otros. La Redacción se pondrá en contacto con las distintas comunidades para solicitar estos trabajos; no obstante, los servicios interesados en darse a conocer pueden enviar sus artículos por e-mail y fotos escaneadas a las siguientes direcciones de correo:

enfuro@terra.es y apalope@supercable.es

Agradecemos en este número la colaboración de las compañeras de Galicia.

una completa atención sanitaria.

Ocho enfermeras y cuatro auxiliares conforman el grupo encargado de las Consultas Externas, Urodinamia y Litotricia. Son las responsables de las consultas de Enfermería, de la programación de biopsias de próstata, de las sesiones de Litotricia, de efectuar o colaborar en la realización de técnicas diagnósticas, de administración de quimioterápicos intravesicales... En fin, de todas aquellas tareas que son imprescindibles realizar en unas modernas consultas por las que pasan diariamente una media de 30 pacientes en cada una.

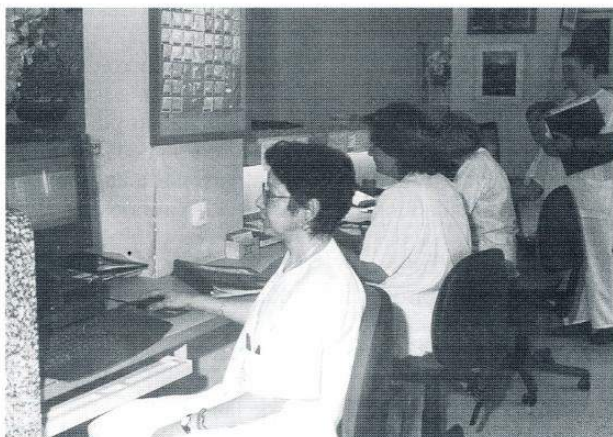
En el área quirúrgica, siete enfermeras y cuatro auxiliares son las encargadas de sacar adelante la programación ordinaria y de formar equipo con otros profesionales del área quirúrgica para la realización de trasplantes renales.

En hospitalización, los héroes son 14 enfermeras/os, quienes son capaces de sobrevivir a la avalancha de ingresos, al fuego cruzado de pacientes que van y vuelven del área quirúrgica, a la tormenta de altas, a la marejada de analíticas, electrocardiogramas, preparaciones quirúrgicas y un sinnúmero de cuidados que requieren la cirugía más avanzada y la edad media cada vez más alta de los pacientes.

Cinco de estos descendientes de Hércules, cuya torre sirve de faro y emblema de la ciudad, cubren las mañanas de toda la semana con una cobertura por día de cuatro enfermeras de lunes a viernes, tres los sábados y dos los domingos, con un horario de 8 a 15 horas.



• Bonita vista aérea del Hospital Juan Canalejo.



• Control de Enfermería.



• El equipo de Enfermería del Juan Canalejo, en plena travesía.

El testigo lo recoge un abanderado con tardes fijas, y cuatro parejas de atletas que completarán el equipo de las tardes y cubrirán el turno de noche, con horarios de 15 a 22 y de 22 a 8 horas.

Diez auxiliares de enfermería con turno rotatorio anti estrés y una con tardes fijas son las encargadas de luchar hasta la extenuación para vencer al enemigo del confort, como herederas del ánimo que la célebre heroína coruñesa María Pita infundió a sus hombres para vencer a los ingleses.

Utilizando el modelo de enfermería de Virginia Henderson, adaptado a la era de la informática, planifican cuidados, previenen complicaciones, resuelven problemas, informan a los pacientes ostomizados a aceptar los cambios habidos en su imagen corporal, adiestrándolos en el manejo de dispositivos que hasta ahora eran desconocidos para ellos, y en general a todos aquellos que, al alta, precisan de nuestros cuidados, reflejado en el informe de alta de Enfermería, las recomendaciones que, de forma verbal, se hicieron al paciente y familia.

Y como para finalizar la singladura, o iniciar una nueva, es siempre necesario la ayuda de un práctico de puerto que facilite la labor de atraque o ayude a la hora de zarpar, esta tarea la realizan dos resignadas secretarías que a veces encontramos perdidas entre una montaña de historias, informes y órdenes de ingreso, pero que no pierden el rumbo, aun cuando, algunas veces, los vientos no sean favorables.

Todos juntos, utilizando las más modernas cartas de navegación, trabajamos para que la

nave de Urología del Hospital Juan Canalejo vaya siempre por delante en la regata de los avances científicos, y yo me siento orgullosa de poder participar en la misma y en donde os esperamos, por si alguna vez deseáis conocer nuestro servicio más a fondo.

M^a PILAR GARCÍA MAYNAR

D.E. Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet

Por dónde comenzar para poder publicar un artículo en una revista científica

Como aconseja un refrán español, hay que ser agradecido; por lo tanto, me gustaría comenzar dando las gracias a la nueva Junta Directiva por haber contado conmigo para formar parte del Comité Científico; aunque dada la amistad que me une a algunos de sus miembros, me creé la obligación de hacerlo, o por lo menos de intentarlo, lo mejor posible.

Es una nueva etapa para la Junta, para la revista y para todos nosotros, que pensamos que publicar y/o leer artículos es parte de nuestra formación y queríamos tener esta posibilidad. Muchos de los socios hemos escrito y publicado en alguna ocasión, pero hay otros muchos que no lo han hecho y que el desconocimiento de cómo hacerlo o dónde publicarlo limitan sus posibilidades. Esta revista, por todos conocida, en su nueva etapa nos ofrece la oportunidad, creo que no habría que desaprovecharla, de escribir de lo que realmente nos gusta. Para comenzar esta nueva andadura, qué menos que hacerlo por el principio, animando a todos a publicar presentando un pequeño resumen de los pasos a seguir para ello, pero cada revista tiene sus propias normas de publicación que hay que tenerlas en cuenta al enviarles los artículos. Además de estas normas, el texto tiene que ser atractivo y estar bien redactado. Cuidado con las jergas, a las que estamos muy acostumbrados pero que no son nada correctas, por ej.: «A propósito de dos casos», cuando lo leemos nos parece tan correcto, ya que es un término al que estamos habituados, caso (episodio de enfermedad) no es lo mismo que paciente (persona que requiere cuidados); sin embargo, solemos convertir a las personas en casos. Si quieres que no publiquen el artículo no hay nada como las faltas de ortografía, expresiones inapropiadas, mala redacción, etc., en cualquier apartado del artículo.

Cuando comencé a escribir pregunté y pregunté, y siempre la contestación era la misma: introducción, material y métodos, resultados y conclusiones. Con el paso de los años se pregunta menos, se lee más y observas que si no te gusta el título, no lees el artículo. Si el título te llama la atención, pasas a leer el resumen; si éste te convence, pasas a conocer a los autores y a situarlos en algún lugar concreto. También observas que la mayoría de los trabajos se pueden agrupar en dos tipos de diseños: estudios descriptivos y estudios analíticos. En Enfermería solemos emplear los estudios descriptivos, ya que los analíticos se acostumbran a utilizar en los trabajos de investigación.

Pero como he dicho antes vamos a empezar por el principio, es decir, por la carta de presentación, en la que tiene que constar:

- Si es la única revista a la que enviamos el artículo; si ha sido publicado anteriormente, ya sea total o parcialmente (si es así hay que mandar fotocopias de lo publicado).
- Si hay algún tipo de interés, ya sea económico o de otra índole, que pueda crear conflictos.
- Declaración firmada por todos los autores de que aprueban el trabajo que se presenta, además del nombre, dirección y número de teléfono del autor que se responsabiliza de estar en contacto con el Consejo Editor.
- Autorización por escrito y firmada de los pacientes a los que se les puede identificar en las fotografías, así como de las personas a las que agradecemos su colaboración.

Después pasamos a la primera página, en la que nos encontramos el título, los nombres de los autores, nombre de la unidad o institución donde se ha desarrollado el artículo, nombre y dirección completa del autor responsable de la correspondencia, procedencia de las subvenciones, si está publicado aunque sea en parte y, en algunas revistas lo piden, un titilillo (de unas 40 pulsaciones) para las cabecezas de las páginas.

Diríamos que un título debe tener atractivo, ser capaz de captar la atención del lector y despertar su curiosidad. Se pueden plantear títulos inmensamente largos o demasiado cortos, lo ideal es emplear el menor número de palabras para describir con exactitud el contenido del artículo. Se aconseja un máximo de 15 palabras. Pero ojo, no pongamos títulos como quien manda un mensaje telefónico, las palabras y la sintaxis tienen que ser correctas. Un buen título debe ser claro, preciso, directo e identificar el tema y los elementos claves del artículo, para ello se pueden incluir las palabras claves correspondientes a los dos o tres aspectos más importantes.

Debemos olvidarnos de títulos que:

- Contengan términos ambiguos, abreviaturas, siglas, jerga, palabras entrecomilladas, expresiones retóricas (como estudio, investigación), títulos partidos, subtítulos, fórmulas químicas y el nombre comercial de cualquier fármaco (a no ser que sea el nombre genérico).
- Abarquen información que no esté incluida en el texto.

Nota de la Redacción

Nos envía M^a Pilar García un artículo muy interesante, que nos ilustra sobre cómo publicar un artículo en una revista científica. Este tipo de trabajos contribuyen a formar de una manera especial a nuestro colectivo y facilita, aportando herramientas, el proceso de publicación para aquellos compañeros que se animen a poner en marcha esta actividad. Pretendemos desde la Redacción dar continuidad a este tipo de trabajos formativos.

- Suenen como una afirmación tajante y dogmática.
- Incluyan conclusiones.

Los autores son todas aquellas personas que pueden defender públicamente la totalidad del trabajo. El Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas permite que en las bibliografías se citen a todos los firmantes del trabajo, siempre que no pasen de seis; si son más, se citarán los tres primeros acompañados de la expresión *et al.* Pero, como hemos dicho antes, cada revista tiene sus propias normas de publicación. En España solemos utilizar los dos apellidos, se recomienda firmar siempre utilizando el mismo número de apellidos. Si se utilizan los dos, es admisible que vayan separados por un guión (sobre todo para las publicaciones extranjeras).

En una segunda página nos encontramos el resumen y las palabras clave.

La extensión del resumen viene dada por cada revista, lo normal son unas 150 palabras. Es, junto con el título, una de las piezas clave; si será importante, que se suele publicar al principio del artículo y en negrita para que destaque. Ha de comprenderse sin leer el resto del artículo, además de que debe tratar los puntos principales, incluir una breve conclusión y no incluir ni nombre de autores, ni bibliografía, ni abreviaturas (a no ser que estén precedidas por la palabra completa). Hay dos tipos de resúmenes: los descriptivos y los informativos; se aconseja que estén estructurados siguiendo el mismo orden que el texto principal.

De tres a diez palabras clave que identifiquen el contenido del artículo. Con ellas se introduce al artículo en la base de datos nacionales e internacionales y en los índices de las propias revistas.

Por fin llegamos al artículo propiamente dicho, formado por la introducción, material y método, resultados, discusión y conclusiones. Todo esto, claro está, dependiendo del tipo de artículo que se quiera publicar, las diferentes revistas los especifican dentro de sus normas de publicación.

La introducción ha de ser breve, alrededor de un folio. Ha de responder al qué y por qué del artículo. Debe terminar con los objetivos (resultado que está previsto obtener en el estudio) o, si es un trabajo de investigación, con la hipótesis planteada.

Dentro del espacio dedicado al material y método debe constar todo el material utilizado y la descripción del método planteado. Cuando decimos todo el material nos referimos a la encuesta presentada, al programa de ordenador utilizado, los aparatos de medición, etc.; es decir, tiene que constar todo lo suficientemente claro como para permitir a otros autores reproducir el estudio.

El texto de los resultados es la expresión de lo que se ha planteado en material y método. Se presentarán los datos más importantes y su análisis se realizará siguiendo el orden establecido en el apartado anterior. Es aquí donde se citarán las tablas, gráficos y figuras.

La discusión resalta el significado de los resultados y nos permite transformarlos en conclusiones. No hay que repetir con detalle ninguno de los datos aportados en otras secciones del artículo. Es aconsejable comparar con otros estudios, similares, que no sea muy extensa y que no se discutan cosas que están en los libros. Hay que evitar realizar afirmaciones rotundas basadas en datos escasos y terminirlas con un resu-

men, o proponiendo la elaboración de otro trabajo sobre el mismo tema.

Normalmente, la discusión y las conclusiones están planteadas por separado, pero algunas veces las conclusiones están incluidas en la discusión, es el párrafo al final y no están escritas en forma de lista de conclusiones. Este modelo suele emplearse en las publicaciones.

Se debe evitar las conclusiones gratuitas y las que no están apoyadas completamente por los datos del trabajo. Pueden ser nuevas hipótesis, pero siempre indicándolo. Las conclusiones serán breves; deben de estar relacionadas directamente con los objetivos o hipótesis, si hay más de un objetivo tiene que haber más de una conclusión, y se presentarán en forma de lista de conclusiones. Se suelen utilizar en congresos y comunicaciones orales.

El apartado de los agradecimientos está situado después de la discusión o de las conclusiones. Muchos de los autores que sólo han colaborado en la recogida de datos, en el asesoramiento, etc., deberían constar en este apartado, junto a la ayuda técnica, la ayuda económica, etc. No podemos olvidarnos de que para publicar sus nombres se necesita la autorización por escrito.

La bibliografía nos indica si el trabajo está realizado de una manera minuciosa o a la ligera. La relación bibliográfica se ha de presentar según las normas de publicación de cada revista. Se numeran las citas bibliográficas en el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. Se identifican con un número volado que puede ir entre paréntesis o no, dependiendo de la revista. También depende de la revista el que sólo se indique la primera vez o que se tenga que repetir cada vez que se utiliza. Aunque se habla de una edad bibliográfica de cinco años, en la actualidad hay revistas que aceptan sólo bibliografía de los dos últimos años.

Una tabla se tiene que comprender sin necesidad de recurrir al texto. Cada tabla irá en una hoja, numerada y con el título correspondiente. Cada revista admite un número determinado de tablas.

Las fotografías serán seleccionadas y de buena calidad, el tamaño será de 9 x 12 cm. Al dorso, mediante una etiqueta adhesiva, irán numeradas, con el nombre del primer autor, y con una flecha se indicará la parte superior. Se mandarán dentro de un sobre.

Estos son los apartados y el orden que tienen que seguir, pero no olvidemos leer las normas de publicación de cada revista; cuanto más seria es la revista, más estrictamente las siguen.

BIBLIOGRAFÍA

- Huth E.J.: *Cómo escribir y publicar trabajos en ciencias de la salud*. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., Barcelona 1992.
- Home P.D.: *Comunicación biomédica*. Bol Of Sanit Panam 1992; 113 (2): 150-5.
- Lience E.: Redacción de un trabajo para una revista biomédica. Med Clin (Barc) 1991; 96: 668-77.
- Bobenrieth Astete M.A.: Partes del artículo científico original. En: *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. R. Burgos Rodríguez (Ed.). Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 1998.
- Pulido M.: El resumen estructurado. Atención Primaria (Barc) 1991; 8: 589-90.

LOMBARDÍA FERNÁNDEZ F., LÓPEZ CASTELAO L., MORADO QUIÑO A P., LÓPEZ ARIAS L.
COLABORADORES: LÓPEZ QUINTELA D., SOTO PIÑEIRO M., REGO DOCANDO M.
Enfermeras de la Unidad de Urología y Nefrología C.H. Xeral Calde de Lugo

Plan de cuidados estandarizados para pacientes con cáncer de vejiga terminales

PALABRAS CLAVE

Cáncer vesical. Plan de cuidados. Diagnósticos enfermeros. Patrón de eliminación

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es uno de los más comunes del sistema urinario, y afecta con más frecuencia a pacientes de 50 a 70 años, aunque un número cada vez mayor de personas diagnosticadas con cáncer logran un control a largo plazo de su enfermedad, una porción considerable no alcanza dicho objetivo. La atención de enfermería en el paciente terminal se centra principalmente en el alivio de los síntomas y medidas de apoyo.

OBJETIVO

Elaboración de un plan de cuidados estandarizados para pacientes con cáncer de vejiga en fase terminal, en una unidad de hospitalización

MATERIAL Y MÉTODOS

Se comienza con la revisión crítica de la literatura sobre planes de cuidados estandarizados, cuidados enfermeros en pacientes en fase terminal y modelo de enfermería de Virginia Henderson

Se realiza revisión de la práctica diaria, utilizando diez historias clínicas de pacientes con cáncer de vejiga terminales, valorando los registros de enfermería y datos obtenidos de los registros médicos. Usando como método el PAE y basándose en las necesidades alteradas que en términos generales manifiestan los pacientes que sufren este proceso.

RESULTADOS

En la valoración detectamos alteraciones en las siguientes necesidades:

RESPIRACION	COMUNICACION
ALIMENTACION	SEGURIDAD
ELIMINACION	VALORES Y CREENCIAS
HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL	

Identificando los problemas de enfermería que a continuación se presentan, así como los objetivos del paciente y las actividades de enfermería correspondientes.

PLAN DE CUIDADOS

D.E.: Patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga manifestado por disnea y taquipnea.

Objetivo: El paciente mantendrá un patrón respiratorio adecuado a la situación.

Actividades enfermeras:

- Posición semi-Fowler.
- Administración de oxígeno si prescripción médica.
- Programar actividades de higiene, aseo, etc., en los momentos de menos dificultad respiratoria.
- Vigilar signos y síntomas de dificultad respiratoria.
- Fisioterapia respiratoria si procede.

D.E.: Alteración de la nutrición por defecto R/C el proceso patológico, presencia de anorexia y manifestado por adelgazamiento, sequedad de piel y trastornos hidroeletrolíticos.

Objetivo: El paciente mantendrá un aporte de alimentos que cubra sus necesidades

Actividades enfermeras:

- Valorar la cantidad y el tipo de alimentos deseados y tolerados.
- Vigilar signos y síntomas de intolerancia a la dieta.
- Aconsejar ingesta de líquidos.
- Proporcionar alimentos en pequeñas cantidades y con buena presencia.
- Dar suplementos ricos en proteínas y calorías.
- Higiene bucal para evitar mal sabor de boca.

D.E.: Estreñimiento R/C disminución de la movilidad, uso de analgésicos, manifestado por la presencia de heces duras y secas.

Objetivo: El paciente no estará más de 48-72 horas sin defecar.

Actividades enfermeras:

- Identificar patrón intestinal previo.
- Controlar frecuencia y características de las deposiciones.
- Fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra de acuerdo con las preferencias individuales.
- Fomentar la ingesta de líquidos, salvo contraindicaciones.
- Establecer un plan de ejercicios, en la medida de lo posible, masajes abdominales, etc.
- Proporcionar intimidad al paciente.
- Si hay fecalomas, extraerlos.

- Administración de enemas de limpieza, si con las medidas anteriores no se consigue un patrón de eliminación adecuado.

D.E.: Alteración del patrón de eliminación urinaria R/C hematuria, manifestado por dolor agudo, rebosamiento y obstrucción de la sonda uretral.

Objetivo: El paciente mantendrá un patrón de eliminación urinaria adecuado.

Actividades enfermeras:

- Control de diuresis cada 48 horas.
- Aumentar la ingesta de líquidos, salvo contraindicación médica o incapacidad del enfermo.
- Valorar grado de hematuria y ajustar el ritmo del suero de lavado con relación a ésta.
- Valorar signos y síntomas de espasmos vesicales y administrar antiespasmódicos y analgésicos según pauta.
- Hacer lavado de sonda uretral ante la sospecha de obstrucción de la sonda.

D.E.: Alteración de la mucosa oral R/C disminución de la ingesta de líquidos manifestado por halitosis, disminución del sabor, dificultad para la masticación o deglución, dolor.

Objetivo: La cavidad oral del paciente se mantendrá libre de suciedad y con grado de humedad adecuado.

Actividades enfermeras:

- Control de ingesta y diuresis para establecer las necesidades individuales de líquidos.

Paciente consciente:

- Cepillado de dientes después de cada comida, con cepillo suave, pasta no abrasiva.

Paciente inconsciente:

- Lavado de boca con antiséptico cada seis horas.
- Mantener grado de humedad adecuado en la habitación.
- Aplicar vaselina en los labios.
- Humedecer los labios con gasa empapada en agua frecuentemente.

D.E.: Ansiedad R/C miedo al dolor, peligro de muerte real o percibido, manifestado por expresión verbal, inquietud, tensión facial, taquicardia, taquipnea...

Objetivo: El paciente manifestará una disminución de la ansiedad hasta su nivel manejable tras la intervención enfermera.

Actividades enfermeras:

- Establecer comunicación con el paciente, promoviendo una atmósfera que permita la libre expresión, presentándose y ofertando disponibilidad de uno mismo y del resto del equipo de Enfermería.
- Valorar grado de ansiedad (leve, moderada, grave, pánico).
- Ayudar al paciente a identificar las fuentes y los signos de ansiedad, averiguando lo que conoce sobre su estado, lo que desea saber y las expectativas que tiene.
- Adoptar actitud de escucha activa.
- Animarle a expresar sus temores y preocupaciones.
- Explicar a la familia que el paciente necesita su confianza, comprensión y ayuda.
- Valorar la necesidad de informar al médico para el tra-

tamiento o derivación del paciente a un psicoterapeuta.

- Observar el proceso emocional del paciente a través de sus acciones, gestos y expresiones.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación.
- Proporcionar medidas de confort y comodidad.

D.E.: Temor R/C la posibilidad de sufrir dolor, amenaza de muerte percibida o real, o pérdida de sensación de control.

Objetivo: El paciente reconocerá sus temores y los comentará tras la intervención.

Actividades enfermeras:

- Valorar grado de temor y la amenaza percibida por el paciente.
- Determinar los factores que contribuyen a los sentimientos de temor.
- Facilitarle la expresión de sus sentimientos.
- Escuchar al paciente de forma activa.
- Controlar las respuestas verbales y no verbales: la irritabilidad, la negación, conductas exigentes, sus respuestas de reacción.
- Identificar el sistema de apoyo y recursos del paciente, confeccionar planes para hacer frente anticipadamente a problemas.
- Dirigir al paciente a profesionales adecuados: psicoterapeuta, sacerdote, grupos de apoyo.
- Ofertar disponibilidad de uno mismo y del resto del equipo.
- Implicarle en la planificación de sus cuidados y hacerle participar tanto como sea posible.
- Proporcionar información veraz sobre su enfermedad, control de síntomas, etc.
- Proporcionarle compañía cuando sea posible, hacerle saber que no está «solo».
- Promover el bienestar.

D.E.: Duelo anticipado R/C enfermedad terminal, proximidad de la muerte manifestado por negación del proceso o de la posible pérdida, alteraciones en el nivel de actividad, alteraciones del patrón del sueño...

Objetivo: El paciente y/o familia expresará su aflicción y participará de las decisiones sobre su futuro (muerte digna).

Actividades enfermeras:

- Valorar y aceptar las respuestas de conducta del paciente y/o familia (incredulidad, negación, culpa, inhibición, depresión, etc.), determinar fase de duelo (protesta, desorganización, reorganización).
- Valorar las expectativas espirituales, religiosas y socioculturales relacionadas con la pérdida. Remitir a servicios religiosos o grupos de apoyo.
- Animar al paciente y/o familia a que compartan sus preocupaciones. Respetar su deseo de no hablar.
- Mostrar empatía y disponibilidad.
- Proporcionar una explicación del proceso de duelo (en determinadas circunstancias) para facilitar al paciente y/o familia una mejor comprensión y conocimiento de sus sentimientos.
- Valorar reacciones de duelo del paciente y/o familia para identificar individuos con un potencial de reacción de duelo disfuncional.

- Fomentar la expresión de las emociones y el contacto físico si el paciente y/o familia lo aceptan.
- Permitir que el paciente y/o familia tomen decisiones siempre que sea posible.
- Proporcionar cuidados *post-mortem* con el máximo respeto y apoyo a la familia después del *exitus*.

D.E.: Afrontamiento familiar ineficaz R/C enfermedad terminal de un miembro de la familia, información inadecuada, incorrecta o mal comprendida, expectativas no realistas, manifestado por verbalización de incapacidad para afrontar la situación, o para solicitar ayuda, expresión de ansiedad, irritabilidad, desánimo...

Objetivo: La familia manifestará sus preocupaciones y participará en el cuidado del paciente y en la búsqueda de recursos externos cuando sea necesario.

Actividades enfermeras:

- Establecer comunicación abierta y honesta en el seno de la familia, identificando a la persona que más apoyo presta al paciente y que sea el nexo de unión con la familia y personal sanitario.
- Ayudarles a manifestar sus sentimientos y compartir sus preocupaciones.
- Instruir a la familia para que conozca y comprenda las etapas por las que puede pasar el paciente: estado emocional, deterioro físico progresivo (astenia, anorexia, ceguera...), fase agónica (pérdida de tono muscular, enlentecimiento circulatorio, cambios de signos vitales, sequedad de mucosas orales, estancamiento de secreciones, afectación sensorial).
- Ofrecer esperanzas que no excedan las posibilidades reales.
- Implicarles en el cuidado según sus habilidades.
- Proporcionar la mayor comodidad posible a las personas que acompañan al paciente.
- Flexibilizar el régimen de visitas.
- Proporcionar información sobre el proceso del paciente con frecuencia y comprobar la comprensión de la familia.

D.E.: A) Dolor crónico R/C el proceso patológico y manifestado por alteración del bienestar, inquietud, sudoración o trastornos del sueño.

B) Dolor agudo R/C retención urinaria, orina hematurica, presencia de coágulos y manifestado por expresión facial, alteración del tono muscular, taquicardia, taquipnea.

Objetivo: El paciente manifestará ausencia de dolor una vez instauradas las medidas analgésicas y/o terapéuticas.

Actividades enfermeras:

- Vigilar tipo, características e intensidad del dolor cada 6-8 horas.
- Administrar analgesia pautada.
- Valorar la eficacia de la analgesia administrada y la aparición de efectos colaterales.
- Mantener un enfoque preventivo de cara a la presentación del dolor: administrar analgesia antes de que el dolor aparezca o se haga intenso.
- Mantener sonda uretral permeable.
- Informar de la posible aparición de efectos secundarios relacionados con los analgésicos: náuseas y vómitos.

D.E.: Alteración del patrón del sueño R/C el dolor y la ansiedad, los cambios ambientales (hospitalización, estrés) manifestado por insomnio, fatiga, irritabilidad, agitación, desasosiego, ojeras y quejas verbales.

Objetivo: El paciente recuperará un patrón de sueño que le proporcione un aceptable bienestar.

Actividades enfermeras:

- Identificar factores causales: a) dolor y ansiedad: actuar según plan de cuidados; b) cambios ambientales: establecer y respetar un horario para dormir y descansar de acuerdo con el patrón de sueño previo al ingreso.
- Aumentar siempre que sea posible el nivel de actividad durante el día.
- Animar al enfermo a que exprese sus sentimientos, pensamientos y temores, tranquilizarle con nuestras explicaciones.
- Mantener un ambiente favorecedor del sueño y proporcionar bienestar físico: cama confortable, luz apagada, puerta cerrada, evitar ruidos.
- Evitar en lo posible interrupciones del sueño ajustando los procedimientos terapéuticos.

D.E.: Riesgo de infección R/C catéteres I.V. y sonda vesical.

Objetivo: El paciente no mostrará signos de infección R/C catéteres y sonda vesical.

Actividades enfermeras:

- Vigilar signos y síntomas.
- Aplicar protocolos de cuidados de catéteres I.V. y sondas vesicales.

CONCLUSIONES

La demanda de atención de Enfermería es muy alta en pacientes terminales, por lo que una guía de cuidados estandarizados nos facilitará nuestra labor de Enfermería.

La estandarización de los cuidados en pacientes que presentan problemas similares facilita la elaboración de planes de cuidados individualizados.

En nuestro medio encontramos mayor dificultad a la hora de manejar los aspectos relacionados con las necesidades de comunicación, valores y creencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Luis M.T. Diagnósticos enfermeros, 3ª Edición. Barcelona, Harcourt Brace 1998.
- Riopelle L. Grondin, Phaneuf M. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona, 1ª Edición. Madrid, Interamericana McGraw-Hill 1993.
- Swearnigen P.L. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica, 3ª Edición. Madrid, Harcourt Brace 1998.
- Otto S.E. Enfermería Oncológica, 3ª Edición. Barcelona, Harcourt Brace, 1999.
- Tomás Vidal A.M. Planes de Cuidados de Enfermería. Modelos de Referencia, 1ª Edición. Madrid 1996.
- Henderson V. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. 1971.

GRACIA BERCERO C., REGUEIRA MORANDEIRA M.L., GARCÍA Díez, R., ZABALZA MARTÍNEZ D., MARTÍNEZ LÓPEZ E., SÁNCHEZ MARTÍN A.
Servicio de Urología. Hospital Universitario. La Paz

Cuidados de enfermería intra y extrahospitalarios dirigidos a pacientes urostomizados

RESUMEN

Nuestro proyecto se centra en los pacientes urostomizados, ya que consideramos que por su diagnóstico y pronóstico demandan más cuidados de enfermería intra y extrahospitalarios. A través de la educación sanitaria pretendemos incrementar las habilidades de cuidar del paciente/familia en un intento de disminuir la ansiedad generada y mejorar la calidad de vida. El informe de alta, el manual de adiestramiento, el manual de acogida, la vía clínica y la coordinación con los profesionales de otros niveles serán los instrumentos que nos ayuden a conseguir nuestros objetivos. **Palabras clave:** Manual de adiestramiento. Manual de acogida. Vía clínica. Alta de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vejiga es una de las enfermedades más comúnmente tratadas en los Servicios de Urología. Se presentan en un espectro completo de agresividad desde el carcinoma superficial de bajo grado, de comportamiento prácticamente benigno, hasta el carcinoma anaplásico, frecuentemente infiltrante, altamente maligno. Casi tres veces más frecuentes en el hombre que en la mujer, aparece con mayor incidencia en la raza blanca. Es el responsable del 55% de las muertes por cáncer en el hombre y de un 3% en las mujeres.

Los factores relacionados con la etiología del cáncer vesical incluyen la exposición profesional a sustancias químicas (pinturas, tintes...), el tabaquismo, la ingestión de café, el uso de analgésicos (fenatecina) o edulcorantes artificiales, las enfermedades bacterianas y parasitarias, los cálculos vesicales, la irradiación de la pelvis y los agentes quimioterápicos citotóxicos.

Histológicamente, el más frecuente es el carcinoma urotelial; otros tumores malignos pueden ser el carcinoma epidermoide, el adenocarcinoma, el carcinoma de uraco y el cáncer metastásico (procedente del recto, estómago, endometrio, etc.).

El síntoma principal del cáncer vesical es la hematuria macroscópica, frecuentemente acompañada de pocos o ningún síntoma relacionado con la micción (disuria, polaquiuria, nicturia, urgencia...).

El diagnóstico incluye urografía intravenosa, ecografía, citología urinaria y, sobre todo, cistoscopia. La evaluación vesical bajo anestesia (EBA) para diagnóstico histológico y estadificación incluye tacto bimanual, biopsias vesicales aleatorias, resección transuretral (RTU) del o los tumores y tacto bimanual post RTU. Esta

EL SÍNTOMA PRINCIPAL DEL CÁNCER VESICAL ES LA HEMATURIA MACROSCÓPICA, FRECUENTEMENTE ACOMPAÑADA DE POCOS O NINGÚN SÍNTOMA RELACIONADO CON LA MICCIÓN (DISURIA, POLAQUIURIA, NICTURIA, URGENCIA...)

RTU, cuando el tumor no infiltra el músculo detrusor, es curativa, pero cuando dicho músculo está afectado es preciso realizar tratamiento complementario. Mención aparte merece el carcinoma *in situ*, que siendo superficial, pero altamente agresivo y preinvasor, precisa siempre de tratamiento posterior.

En el caso de que el tumor infiltre músculo (T2 en adelante), hay varias alternativas de tratamiento, como son la cirugía (cistectomía radical o parcial), la radioterapia y la quimioterapia, a veces combinadas entre sí. El tratamiento más eficaz con intención curativa es la cirugía radical, aunque a veces no se puede realizar por comorbilidad, edad avanzada u otras contraindicaciones. Tras la cistectomía radical se intenta, siempre que no haya impedimentos o contraindicaciones, realizar una neovejiga ortotópica con algún segmento del tubo digestivo, con lo que el paciente sigue manteniendo micciones a través del meato uretral.

Pero a veces el tumor se encuentra localmente avanzado (afectación importante de la grasa perivesical o de estructuras adyacentes como próstata, pubis, etc.) en el momento del diagnóstico, con lo que la probabilidad de recidiva local o de aparición de metástasis es elevada. Otras veces ya nos encontramos ante un paciente con metástasis ganglionares o a distancia. En estas situaciones, la cistectomía puede indicarse con intención únicamente paliativa, para un mejor control de las complicaciones locorregionales (hematuria, obstrucción, dolor...).

Cuando la cistectomía se realiza con intención paliativa se suele realizar una derivación urinaria externa. Aunque se puede plantear una neovejiga ortotópica, ésta es una cirugía

de gran envergadura y riesgo, además de presentar problemas en caso de recidiva local del tumor. En cuanto a la derivación externa, en nuestro medio se realizan principalmente dos técnicas: la ureteroileostomía cutánea (Bricker Wallace II) y la tansuretero-ureterostomía cutánea (en el caso de que al menos uno de los uréteres esté muy dilatado y la esperanza de vida sea muy corta).

La anastomosis de Bricker es una anastomosis terminolateral de uréter a intestino delgado que permite el reflujo (Bricker, 1950). La técnica de Wallace (1970) supone la anastomosis de los uréteres con el intestino en forma término-terminal, bien en Y (Wallace I) o con los uréteres enfrentados en la cabeza-cola formando la placa de anastomosis con el intestino (Wallace II).

En lo que se refiere al estoma, puede ser plano o protruyente. El primero se utiliza más en derivaciones externas continentales, que precisan autocateterismos, y el segundo en las incontinentes, que precisan dispositivo de recolección de orina. Los estomas protruyentes tienen menor incidencia de estenosis, hiperplasia epitelial y problemas periostómicos. El punto elegido (preferiblemente antes de la cirugía) para el estoma debe estar situado sobre el músculo recto, al menos a 5 cm. de la incisión programada, con el paciente sentado y en posición supina, evitando cicatrices, ombligo, línea del cinturón y prominencias óseas.

Entre las complicaciones tempranas de los estomas intestinales están la necrosis intestinal, la hemorragia y la irritación de la piel. Entre las tardías están la hemorragia, dermatitis, hernia paraestomal, prolapso, obstrucción, retracción y estenosis.

Las lesiones cutáneas paraostómicas pueden ser irritativas (hipopigmentación, hiperpigmentación y atrofia cutánea), eritematosas y erosivas (maculares, descamativas, con pérdida de epidermis) y pseudocavernosas (Borglund y cols. Classification of peristomal skin changes in patients with urostomy. J. Am Acad. Dermatol. 19:623-628, 1988).

JUSTIFICACIÓN

En nuestra práctica diaria hemos detectado actitudes de rechazo y miedo al alta hospitalaria, probablemente relacionadas con falta de seguridad para afrontar el autocuidado en el domicilio de forma independiente.

Esta situación nos motivó para iniciar un programa de seguimiento que comienza en la hospitalización y que se continúa tras el alta. A través de la educación sanitaria pretendemos incrementar las habilidades de cuidar del paciente/

EL INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA, LOS MANUALES E INFORMES PARA EL USUARIO Y LA COORDINACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE OTROS NIVELES SERÁN LOS INSTRUMENTOS QUE NOS AYUDARÁN A CONSEGUIR NUESTROS OBJETIVOS

ENTRE LAS COMPLICACIONES TEMPRANAS DE LOS ESTOMAS INTESTINALES ESTÁN LA NECROSIS INTESTINAL, LA HEMORRAGIA Y LA IRRITACIÓN DE LA PIEL. ENTRE LAS TARDÍAS ESTÁN LA HEMORRAGIA, DERMATITIS, HERNIA PARAESTOMAL, PROLAPSO, OBSTRUCCIÓN, RETRACCIÓN Y ESTENOSIS

familia en un intento de disminuir la ansiedad que provoca en estos pacientes el abandono del hospital.

El informe de alta de enfermería, los manuales e informes para el usuario y la coordinación con los profesionales de otros niveles serán los instrumentos que nos ayudarán a conseguir nuestros objetivos.

OBJETIVOS

- Disminuir la ansiedad que provoca el alta hospitalaria.
- Cubrir las necesidades de información del paciente/familia.
- Conseguir independencia para el autocuidado.
- Seguimiento adecuado tras el alta hospitalaria.
- Favorecer la adaptación del paciente a su nueva situación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las intervenciones realizadas en el Servicio de Urología del Hospital La Paz en los años 1998-1999 y durante los meses de enero-julio del año 2000. Se seleccionan 31 casos (100% de las intervenciones realizadas durante este período).

1. Revisión de historias clínicas

Se revisan las historias clínicas de los 31 casos seleccionados atendiendo especialmente al análisis de las siguientes variables: edad, sexo, hábitos tóxicos, estancia pre y postquirúrgica, estancia total, procedencia del ingreso, complicaciones postoperatorias inmediatas y complicaciones del estoma.

2. Encuesta telefónica

Se diseña encuesta telefónica, que consiste en la formulación a los pacientes de preguntas abiertas y cerradas para recoger información sobre:

- Grado de dependencia (vive sólo, necesita ayuda para las AVD).
- Grado de aceptación (quién realiza los cuidados del estoma, ha sufrido modificaciones en el estilo de vida; si es así, en qué ha cambiado).
- Grado de información sobre los cuidados del estoma (le han informado sobre los cuidados del estoma, en qué momento, quién).

- Problemas del estoma y de adaptabilidad de los dispositivos (ha tenido fugas de orina, complicaciones de la piel).
- Dónde acudiría si tiene algún problema.

RESULTADOS

De la revisión de las historias clínicas obtuvimos los siguientes datos:

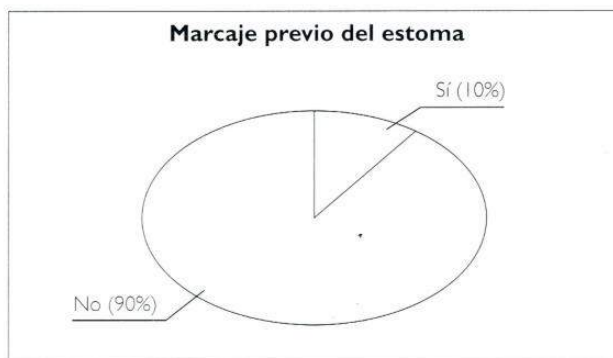
Muestra: 31 casos.

- **Edad media:** 66,19 años (48-82).
- **Sexo:**
Varones: 87,1%
Mujeres: 12,9%
- **Hábitos tóxicos:**
Tabaquismo: 90,3%
Alcohol: 38,7%



- **Procedencia del ingreso:**
Consultas externas: 77,4%
Urgencias: 16,1%
Otros: 6,5%
- **Complicaciones postoperatorias inmediatas:**
No: 61,2%
Sí: 38,8%

Las complicaciones más frecuentes fueron:
Neumonía: 16,57%
Ileo paralítico: 16,57%



Fístulas: 8,25%
Eventraciones: 24,92%
Diarrea: 24,92%
Fiebre: 16,57%
Otras: 24,92%

– Complicaciones o problemas hospitalarios derivados del estoma:

Sí: 29,03%
No: 70,97%

De estos datos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

La edad media de los pacientes es alta (66,19 años). Son varones en un alto porcentaje. Los pacientes ingresan el día anterior a la intervención y la estancia postoperatoria es corta (una media de 11 días). Nos parece importante apuntar este dato, ya que la duración de la estancia va a condicionar nuestro plan de adiestramiento al paciente.

Las complicaciones más frecuentes derivadas del estoma son las fugas de orina (77,78%), probablemente debido a la mala adaptabilidad de los dispositivos generada por la no elección previa de la zona donde se ubicará el estoma (no marcaje previo en el 90,33% de los casos). Ninguno de los pacientes a los que se hizo marcaje previo presentó fugas durante la estancia hospitalaria. Otras probables causas pueden ser: obesidad, cicatrices anteriores en el abdomen, dispositivos inadecuados...

De la encuesta telefónica podemos indicar que se realizó en 22 casos, pues 9 de ellos habían fallecido. Analizamos:

– **Grado de dependencia:**

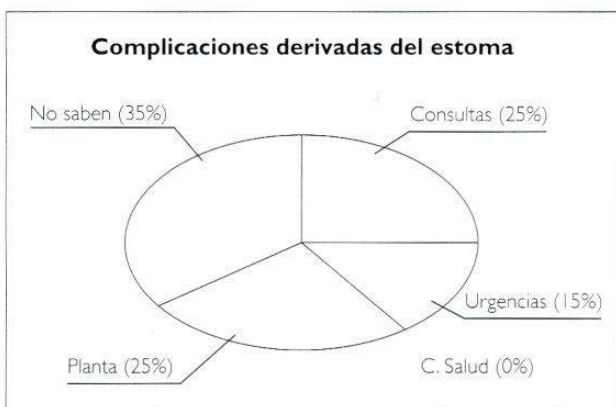
Vive solo: Sí: 13,63%
 No: 86,37%
 Necesita ayuda para A.V.D. No: 63,7%
 Sí: 36,3%

– **Grado de aceptación:**

¿Realiza los cuidados del estoma?
 Sí: 45,5%
 No: 54,5%
 ¿Quién los realiza?
 Pareja: 91,66%
 Enfermera A.P.: 8,33%
 ¿Ha cambiado su estilo de vida?
 Sí: 40,9%
 No: 59,1%
 ¿En qué ha cambiado?
 No sale: 55,55%
 Ha dejado de trabajar: 33,33%
 No relaciones sexuales: 11,11%
 No playa/piscina: 11,11%

– **Problemas o complicaciones derivadas del estoma:**

¿Ha tenido complicaciones?
 Sí: 63,7%
 No: 36,3%
 Tipo de complicaciones:
 Fugas: 71,35%
 Irritación de piel: 28,54%



– **Solución de problemas:**

¿Saben dónde acudir?
 Sí: 36,36%
 No: 63,64%
 ¿Le explicaron dónde acudir?
 Sí: 13,63%
 No: 86,37%

– **Educación sanitaria:**

¿Le explicaron qué es un estoma y sus cuidados?
 Sí: 81,82%
 No: 18,18%

**LAS
 COMPLICACIONES
 MÁS FRECUENTES
 DERIVADAS DEL
 ESTOMA SON LAS
 FUGAS DE ORINA
 (77,78%),
 PROBABLEMENTE
 DEBIDO A LA
 MALA
 ADAPTABILIDAD
 DE LOS
 DISPOSITIVOS
 GENERADA POR
 LA NO ELECCIÓN
 PREVIA DE LA
 ZONA DONDE SE
 UBICARÁ EL
 ESTOMA (NO
 MARCAJE PREVIO
 EN EL 90,33%
 DE LOS CASOS)**

¿Cuándo recibió la información?

Antes de la intervención: 27,27%
 Durante la estancia
 hospitalaria: 90,9%
 Después del alta: 45,45%

¿Quién le dio la información?

90,91% la enfermera.
 9,09% médico y enfermera.

¿Considera suficiente la información recibida?

Sí: 59,1%
 No: 40,9%

La información recibida fue

Oral: 72,72%
 Escrita: 4,5%
 Oral y escrita: 22,69%

Ante la pregunta ¿dónde acudiría si tuviese algún problema?, sólo el 13,63% admite haber recibido información a este respecto, el 36,36% dice saber dónde acudir ante un problema, pero solamente el 9,15% acude a su centro de salud, el porcentaje más alto de pacientes acude a urgencias ante un problema (31,85%), seguido de la planta y la consulta de Urología (22,73%). Un 31,85% señala como segunda alternativa las casas comerciales.

Aunque el 63,67% de los pacientes no necesitan ayuda para las AVD, sólo el 45,55% realizan por sí mismos los cuidados del estoma.

Nos parece importante destacar que el 81,82% dice que recibió educación sanitaria, impartida en la mayoría de los casos por la enfermera (90,91%), de forma oral y durante la estancia hospitalaria. En el 9,1% esta información fue dada conjuntamente por médico y enfermera.

Como se puede apreciar, el 40,9% considera insuficiente la información recibida.

ACTUACIONES

Una vez analizados los datos obtenidos, nos hemos encontrado con unos usuarios que, en su mayoría, desconocen dónde acudir ante un problema relacionado con su estoma y dispositivos colectores, que han recibido una educación sanitaria insuficiente, que disponen de escasa información escrita y que dependen de otra persona para su autocuidado.

No existe además ningún programa de seguimiento al alta.

Se hacía necesario un cambio en los procedimientos que hasta ahora veníamos utilizando con estos pacientes si queríamos conseguir aplicar unos cuidados de calidad y conseguir los objetivos que nos habíamos planteado con este proyecto.

En cuanto a este cambio, podemos decir que contábamos ya con una vía clínica específica para la cistectomía radical con ureteroileostomía tipo Bricker, donde se contemplan aspectos conjuntos para los diferentes profesionales y donde destaca de manera importante las prestaciones de Enfermería en cuanto al marcaje del estoma y preparación prequirúrgica; asimismo, contempla la importancia de la información por parte de los profesionales de Enfermería específica sobre el estoma y los dispositivos, reflejando la existencia de diferentes materiales de apoyo escrito en este sentido (Anexo 1).

Pero carecíamos de soporte escrito para la información dada a los pacientes y familia, para reforzar esta comunicación y permitir el *feed-back* elaboramos diferentes materiales de información escrita:

- **Manual de acogida**, que se les facilita al paciente/familia al ingreso explicando de forma somera los procedimientos de Enfermería. Su objetivo es facilitar la adaptación del paciente y familia al medio hospitalario.
- **Manual para el usuario**. Con un lenguaje sencillo acercamos al paciente y familia al conocimiento sobre la urostomía y cuidados, manejo de dispositivos, hábitos higiénicos, cambios en el vestir, dieta, vida social, vida de relación, de manera gráfica explicamos también las maniobras que deben realizar y que pronto les serán familiares.
- **Informe de alta**. Con el fin de asegurar una continuidad en los cuidados, elaboramos un informe de alta de enfermería dirigido al profesional de Enfermería de atención primaria para conseguir el uso adecuado del sistema y evitar al paciente y familia el peregrinaje inútil en busca de la información (Anexo 2).
- Nuestro objetivo final es garantizar la calidad en la información, por este motivo hemos elaborado una **encuesta** dirigida a recoger en el postoperatorio la opinión del paciente y familia para poder valorar si los cambios en los procedimientos han sido suficientes para conseguir nuestros objetivos de autonomía del paciente. Esta encuesta se realiza al finalizar la hospitali-

**UNA VEZ ANALIZADOS
LOS DATOS
OBTENIDOS, NOS
HEMOS ENCONTRADO
CON UNOS USUARIOS
QUE, EN SU MAYORÍA,
DESCONOCEN DÓNDE
ACUDIR ANTE UN
PROBLEMA
RELACIONADO CON
SU ESTOMA Y
DISPOSITIVOS
COLECTORES, QUE
HAN RECIBIDO UNA
EDUCACIÓN SANITARIA
INSUFICIENTE, QUE
DISPONEN DE ESCASA
INFORMACIÓN
ESCRITA Y QUE
DEPENDEN DE OTRA
PERSONA PARA SU
ACUTOCUIDADO. NO
EXISTE ADEMÁS
NINGÚN PROGRAMA
DE SEGUIMIENTO AL
ALTA**

zación, en el momento del alta, de esta forma podemos acceder al 100% de la población de urostomizados, delimitando tiempos y pudiendo realizar un estudio comparativo con la situación anterior, un nuevo reto (Anexo 3).

CONCLUSIONES

Hemos detectado la necesidad de realizar ciertos cambios de actitud con el fin de adaptarnos a la realidad de nuestros pacientes y/o familia. Queremos destacar que los pasos a los que nos ha conducido este trabajo nos muestran una realidad evidente: «La importancia que los profesionales de Enfermería tenemos en la aseveración de la calidad de los cuidados». También hemos podido apreciar cómo nuestro espacio profesional es admitido y respetado por el resto de profesionales que conforman el equipo multidisciplinar, siempre que nosotros reconozcamos nuestra realidad.

Podemos concluir diciendo que:

- La coordinación entre el equipo nos ha llevado al diseño de un nuevo plan de actuación.
- Los manuales e informes diseñados creemos se convertirán en herramientas de trabajo que aumentarán la calidad en los cuidados y fortalecerán la independencia del paciente.
- El uso de estas herramientas en el trabajo diario acercarán más nuestro trabajo al usuario.

BIBLIOGRAFÍA

- Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología, nº74, enero-febrero-marzo 2000.
- García Caballero, J. Díez Sebastián, J. Chamorro Ramos, L. y otros. Vías clínicas. Unidad de Garantía de Calidad. Hospital Universitario La Paz.
- Núñez Mera, C. Ríos, E. Chamorro, L. De Cabo, M. Tabernero, A. Martínez Piñeiro, L. Implantación de una vía clínica para la prostatectomía radical. *Archivo Arch Esp Urol*. 1999 Dec; 52 (10); 1051-9.
- Martí Ragué, J. Tegido Valentí, M. Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento. Ed. Doyma. Barcelona 1999.
- García Marato, J.M. Derivaciones Urinarias. Cuidados de Enfermería. Eds. Médicos S.A. Madrid 1994.

VÍA CLÍNICA: CISTECTOMÍA RADICAL con URETEROILEOSTOMÍA (BRICKER) SERVICIO DE UROLOGÍA. DR. J. DE LA PEÑA BARTHEL

NOMBRE DEL PACIENTE.....

"La Paz"

	DÍA 1 INGRESO (10 a 12 h) PLANTA UROLOGÍA	DÍAS 2-4 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA URPA/UVI	DÍAS 3-6 PLANTA UROLOGÍA	DÍA 7-8 PLANTA UROLOGÍA	DÍA 9-10 PLANTA UROLOGÍA	DÍA 11 PLANTA UROLOGÍA	DÍA 12 ALTA PLANTA URO
EVALUACIONES Y ASISTENCIAS DETERMINACIONES	Atención Urológico. Verificación estudio preop, preanest y medic previa Valoración de enfermería. Plan Cuidados Asistencia religiosa si procede Cruzar sangre (5 U concentrado hemat)	Atención Urológico: Intervención Quirúrgica Cuidados enfermería quirúrgica Atención en URPA/UVI	Atención Urológico Cuidados de Enfermería	Atención Urológico Cuidados de Enfermería	Atención Urológico Cuidados de Enfermería	Atención Urológico Cuidados de Enfermería	Atención Urológico Cuidado Enfermería Informe provisional de Alta.
TRATAMIENTOS MÉDICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	Cies vitales (FC, Tª, TA) Peso y talla Vía periférica IV Rasado zona de la bolsa ileostomía Adaptación bolsas del estoma Protocolo prequirúrgico enfermería	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Vía central IV Cateterización uretral (2) K-30 Drenaje lecho quirúrgico Sonda nasogástrica (SNG) Ventiloli si procede Sonda Foley opcional	Constantes por turno Cuidados vía central Mantener nutrición parenteral Control drenaje/turno Medir volumen drenaje/24h Inspirometrías incentivadas Si no se retiro dren: Control drenaje/turno Medir volumen drenaje/24h Retirar dren según criterios Retirar SNG según criterios Día 3: Retirar vía IV periférica Comprobación permeabilidad K-30 Días 3-4: control diuresis por turno de ambos K-30 (independientes) Día 5-6: control diuresis por turno mediante colector. Retirar Foley si proc.	Constantes por turno Cuidados vía central Cuidados estoma Comprobación herida quirúrgica Drenaje por turno (colector) Si no se retiro dren: Medir volumen drenaje/24h Retirar dren según criterios Inspirometrías incentivadas	Constantes (12 horas) Cuidados estoma Cuidado herida quirúrgica Diuresis por turno Inspirometrías incentivadas Día 9: Retirar nutrición parenteral y vía central si tolera	Constantes (12 horas) Cuidados estoma Cuidado herida Diuresis por turno Inspirometrías incentivadas	Constantes turno mañana Cuidados estoma Cuidado herida Retirar ventroli al alta Alta (con K-30)
MEDICACION	Fluidoterapia. Máximo 3000 ml/día Glucosado 5% y Salino alternos/4 h Bicarbonato sódico 16M 250cc/12h Continuar medicación previa Preparación intestinal: solución evacuan (neomocina 1g VO + eritromicina 1gr VO) a las 13h, 14h y 23h Anti H ₂ Lexatin® 1 cp de 1,5 mg a las 24 horas HBPM SC a las 20 h	URPA/UVI Día 2: Profilaxis prequirúrgica IV: 2 g Amoxi-clav IV 300 mg Levofloxacino IV 1000 mg Metronidazol IV Antibioprofilaxis postquirúrgica 1g Amoxi-clavulánico IV / 8 h 500 mg Levofloxacino IV / 12 h 500 mg metronidazol IV / 8 h	Días 3-4: Antibioterapia 1g Amoxi-clavulánico IV / 8 h 500 mg Levofloxacino IV / 12 h 500 mg Metronidazol IV / 8 h Días 3-6: Nololif® 1 amp / 8 h IV Toradol® 1 amp/6-8 h IV Continuar Anti-H ₂ HBPM SC a 20 h	Nololif® 1 amp / 8 h IV Toradol® 1 amp/6-8 h IV Continuar Anti-H ₂ HBPM SC a 20 h	Nololif® 1 cp / 8 h VO Continuar Anti-H ₂ si proc HBPM SC a 20 h Continuar medicación prev Emluquien simple® 15 ml zumo naranja (mañana) Día 10: Emluquien simple® 15 ml en zumo de naranja a la tarde	Nololif® 1 cp / 8 h VO Retirar Anti-H ₂ si proc Retirar HBPM SC Continuar medicación previa	
ACTIVIDAD	Habitual	Días 2: Reposo en cama y aseo personal en cama Días 3 y 4: Levantar a salón y aseo en cama Días 5 y 6 inicio deambulación y aseo personal con ayuda	Deambulación aseo personal en cama	Habitual Aseo personal	Habitual Aseo personal	Habitual Aseo personal	Habitual Aseo personal
DIETA	Dieta líquida hasta la comida Después ayuno (sólidos y líquidos)	Dieta absoluta Iniciar en URPA/UVI nutrición parenteral familiares.	Nutrición parenteral Máximo 3000cc/día Día 6: Dieta absoluta Información a paciente y familiares	Día 7: Iniciar tolerancia Día 8: dieta líquida (3). Si tolera disminución NP Información a paciente y familiares Educación sanitaria cuidados estoma por enfermería	Dieta progresión (5)	Recomendar ingesta de líquidos al alta	Recomendar ingesta de líquidos al alta
INFORMACIÓN Y APOYO (Paciente y Familia)	Consentimiento informado: Quirúrgico Anestésico Información mediante vía clínica y tripleco Información de enfermería específica sobre el estoma	Información a paciente y familiares.	Información a paciente y familiares	Educación sanitaria cuidados estoma por enfermería Anticipar posibilidad de alta en 2-3 días con K-30 Información a familiares y paciente de cuidados al alta	Educación sanitaria cuidados estoma por enfermería Información a familiares y paciente de cuidados al alta	Educación sanitaria cuidados estoma por enfermería Información a familiares y paciente de cuidados al alta	Recomendaciones médicas al alta Recomendaciones de enfermería: K-30 y estoma.
CRITERIOS	Paso a planta Urología día 3 o 4 salvo paciente inestable	Paso a planta Urología día 3 o 4 salvo paciente inestable	Criterio retirada drenajes: <50 ml en 24 horas si no sangre ni orina comprobada Criterio retirada SNG: debito >20ml/24h y peristalt abdominal		Crit: alta.No signos de infección, no fiebre, orina clara, control de dolor con medic oral, autonomía mínima del paciente y deposición	Retirada de K-30 y puntos de forma ambulat (CCEE Urol) Informe definitivo tras datos de A. Patológica paciente y deposición	Retirada de K-30 y puntos de forma ambulat (CCEE Urol) Informe definitivo tras datos de A. Patológica paciente y deposición

Esta vía clínica refiere la evolución más habitual de esta patología, las dosis de los medicamentos son de tipo medio, el clínico ha de adaptar las recomendaciones al enfermo que atiende

ANEXO 3

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ENFERMO/ FAMILIAR

Fecha de cirugía: __/__/__ Fecha alta: __/__/__ Fecha actual: __/__/__

Con motivo de mejorar la atención que prestamos, hemos elaborado un cuestionario anónimo para conocer su opinión.

Por favor, marque con una cruz lo que proceda:

	SI	NO
¿Conoce el nombre de la enfermera que le ha atendido?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
¿Qué importancia le da a conocer el nombre de la enfermera que le ha atendido?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

	SI	NO
A su ingreso, ¿le explicó la enfermera los cuidados que iba a recibir durante su estancia?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
¿Que importancia le da usted a recibir información sobre los cuidados que va a recibir?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
¿Cómo cree que le han informado sobre los cuidados del estoma?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

¿Con qué grado de ansiedad ingreso?	1 2 3 4 5
¿Que mejoría tuvo usted con la información recibida?	1 2 3 4 5
¿Que valor tiene para usted el alivio de la ansiedad?	1 2 3 4 5

	SI	NO
¿Le explicó y enseñó la enfermera las recomendaciones de cuidados al alta?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
¿Que importancia le da a las recomendaciones recibidas al alta?	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

¿Que importancia le da usted a la educación sanitaria recibida?	1 2 3 4 5
¿Que valor le da usted a la atención recibida por la enfermera?	1 2 3 4 5

¿Desea hacer alguna sugerencia? Por favor, díganos:

Lo que más le ha gustado

Lo que menos le ha gustado

Sugerencias

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 2

INFORME DE ALTA DE ENFERMERÍA

Datos del paciente: Nombre: _____ Edad: _____ Nº Historia: _____	
Tipo de intervención: Fecha de ingreso: __/__/__ Fecha de intervención: __/__/__ Fecha de alta: __/__/__ Alta ☐ A domicilio ☐ Otros ☐	
Tipo de ostomía: Localización: Tipo de dispositivo: Estado del estoma: ☐ Madurado ☐ Edematoso ☐ Ulcerado Piel periestomal: ☐ Normal ☐ Eritema ☐ Ulceración	
Grado de adaptación: ☐ Negación ☐ Enfado ☐ Negociación ☐ Depresión ☐ Aceptación Nivel de autocuidado: ☐ Compensación parcial ☐ Compensación total ☐ Apoyo/Educación Necesita ayuda para	
Resumen de problemas y evolución	
Recomendaciones de cuidados posthospitalización	
Unidad de enfermería: _____ Nombre enfermero/a: _____ Fecha: __/__/__ Firma: _____	

Acuerdo para impulsar las especialidades y la creación de la Federación de Sociedades Científicas de Enfermería

Probablemente, cuando llegue este ejemplar ya habréis tenido noticias sobre los importantes acuerdos que se han llevado a cabo con el Ministerio de Sanidad y las consecuencias que de él se están derivando, como es el proyecto de unión de las especialidades y sociedades científicas en una federación.

Desde la revista de la Asociación, nos hacemos eco de estos acuerdos y os detallamos los pormenores y los pasos que se han seguido hasta llegar a la situación actual.

La noticia arranca el pasado mes de febrero, cuando se produce en el Ministerio de Sanidad la firma del acuerdo suscrito entre su titular, Celia Villalobos, y el presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado, en base a desarrollar distintas parcelas, algunas de gran trascendencia, como son las especialidades. Sólo el hecho de que Administración y Organización Colegial sienten las bases de un antiguo anhelo de la Enfermería, la dinamización de las especialidades, es un hecho digno de tener en cuenta.

El acuerdo suscrito contiene ocho puntos en los que se recogen distintas aspiraciones enfermeras de los últimos años.

Como punto fundamental, el acuerdo reconoce:

- La importancia de los proyectos para la Normalización de la Intervenciones de la Práctica Enfermera (NIPE) y para el desarrollo de un Núcleo Básico de Información para la Enfermería (NUBINE) que permite establecer un mínimo de datos de Enfermería y el análisis de diagnósticos. Está previsto elevar estas conclusiones y resultados al Consejo Interterritorial para su implantación en el Sistema Nacional de Salud como instrumento para una mayor calidad de la práctica profesional.
- En el campo de las especialidades se abordan en el acuerdo aspectos significativos, como que se modificarán las vías transitorias de acceso a las especialidades para evitar que se produzcan desigualdades. En el RD 992/1987, la vía de acceso prevista era: «para aquellos que hubieran

ejercido la profesión con tal carácter especializado durante cuatro años en los últimos diez». La modificación propuesta del RD recoge que «el acceso será para aquellos que hubieran ejercido la profesión con tal carácter especializado durante cuatro años».

Se añadirán a las especialidades de Salud Mental y Obstetricia las de Cuidados Especiales, Enfermería Pediátrica, Salud Comunitaria, Gerencia y Administración, y se estudiará la posibilidad de cambio de algunas denominaciones. Se crea la especialidad en Salud Laboral.

- Por otra parte, se creará un grupo de cuatro personas, formado por dos del Ministerio y dos del Consejo, para trabajar en los proyectos relacionados con el Estatuto Marco y la Carrera Profesional en lo que afecta a Enfermería y sus especialidades.
- En materia de Formación se estudiarán los planes actuales de formación del colectivo, con especial incidencia en el excesivo número de estudiantes de Enfermería. Esta comisión aportará medidas tendentes a resolver este asunto. Es intención también, según recoge el acuerdo, baremar la formación postgrado realizada a través de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Organización Colegial de Enfermería, en aras a su aplicabilidad a los procesos de selección del Insalud y de los organismos competentes de las Comunidades Autónomas.

Nada más firmado el acuerdo, los representantes de las distintas sociedades científicas de Enfermería y el propio Consejo se pusieron a trabajar planteando la idea de crear una Federación de Sociedades Científicas de Especialistas de Enfermería.

El trabajo de este nuevo ente será el desarrollo legal de las especialidades. Además de potenciarlas, las sociedades científicas apuestan por realizar un análisis de los estudios universitarios de Enfermería e impulsar el proyecto NIPE,

aspectos que forman parte del acuerdo firmado en el Ministerio.

Obra en poder de la AEEU el documento de la reunión del pleno de sociedades científicas de Enfermería con el Consejo, en el que se insiste en los términos del acuerdo, que tiene carácter de contrato, ya que se han dado los pasos jurídicos necesarios de vinculación de contrato. Este proceso ha sido complejo, pero en la labor de facilitar las cosas hay que resaltar el papel de Rafael Lleguet, enfermero, asesor de la ministra para



• La ministra con los presidentes de los Colegios Provinciales.

asuntos de Enfermería y que hizo posible concretar el acuerdo. (Os recordamos que Rafael Lleguet fue la persona encargada de clausurar el Congreso de Sevilla en nombre de la ministra).

Una idea se quiso reforzar en esta reunión de creación de la Federación: «Tenemos la responsabilidad en el desarrollo de todas las especialidades. Este compromiso hay que hacerlo realidad en todas las áreas de especialización».

Es este mismo encuentro, el presidente del Consejo recaló la necesidad de estar juntos las Sociedades y Asociaciones Científicas y el propio Consejo, comprometiéndose este órgano a poner a disposición de los enfermeros las infraestructuras necesarias, pidiendo a las Asociaciones y Sociedades las capacidades científicas e intelectuales que poseen.

Una vez decidido crear la FESCE (Federación Española de Sociedades Científicas de Especialistas en Enfermería), se planteó la elaboración de unos estatutos redactados por el Consejo de Enfermería y Rodolfo Crespo, presidente de la SEDEN (Sociedad de Enfermería Nefrológica) y asesor de Especialidades del Ministerio de Sanidad y Consumo. La Federación trabajará, junto al Consejo y el Ministerio, en la Comisión paritaria para el desarrollo de las especialidades que contempla el Acuerdo Marco con el Ministerio.

De todo ello os mantendremos informados.

Resumen de prensa elaborado por la Redacción. Fuente: Revista del Consejo General de Enfermería. Boletín Colegio Enfermería de Sevilla y Documento elaborado en la reunión de Sociedades Científicas de Enfermería. Foto cedida por el Boletín del Colegio de Sevilla.

Próximas convocatorias de congresos, cursos y jornadas de enfermería

Desde ENFURO pretendemos tenerte informado de los próximos eventos. Igualmente recogeremos todas aquellas convocatorias que nos hagáis llegar.

Nombre actividad	Fecha	Lugar	Direcciones de contactos
Curso de Verano sobre Obesidad	2 al 6 de julio 2001	Plasencia (Cáceres)	www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I UNED
IV Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia	4 al 6 de octubre 2001	Sevilla	954 557886-600/733200 atecsal@supercable.es
XIII Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia	4 al 6 de octubre 2001	Sevilla	954 557886-600/733200 atecsal@supercable.es
XIX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial	26 de octubre 2001	Murcia	968 210684 cedes@nexo.es
IX Congreso Nacional de Enfermería Radiológica	25 al 27 de octubre 2001	Pamplona	948 251243/351 coenav2@ctv.es
XIII Congreso de la Asociación Española de Enfermería en Urología	29 al 31 de octubre 2001	Valencia	686 106949 gdr@eresmas.net
III Congreso Nacional de Terapias Alternativas y Complementarias	2 y 3 de noviembre 2001	Sevilla	Colegio de Enfermería 954 933800
V Congreso Internacional de Alimentación, Nutrición y Dietética	14 al 16 de noviembre 2001	Madrid	http://www.nutricion.org 91 4598553
XII Congreso Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo	20 al 23 de noviembre 2001	Valencia	91 4037000 xiicongreso@mtas.es
Prevención de lesiones de espalda en el trabajo hospitalario	5 al 9 de noviembre 2001	Barcelona	Centro Nac. Condiciones de Trabajo 93 2800102. Ext.: 2315

Más información en la Delegación de Formación de la AEEU y ENFURO: apalope@supercable.es

M^a LAUDELINA FALCÓN LECUONA, M^a DOLORES CHAVES PACHECO, M^a MILAGROS ROMERA CIRIANO
 ENFERMERAS DEL SERVICIO DE UROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. SANTA CRUZ DE TENERIFE

Neuromoduladores: Experiencia en el Hospital Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

El uso terapéutico de la electricidad es muy antiguo. A mediados del siglo XVIII, por primera vez en Europa se realizan experimentos serios sobre utilización de corrientes eléctricas en humanos con fines curativos o paliativos. La gran revolución llega con el marcapasos cardíaco en 1953 por Bakken.

A partir de ahí se empezaron a desarrollar electrodos específicos para estimulación enfocados a nuestro campo. Las técnicas de neuroestimulación se iniciaron a primeros de los sesenta. Sin embargo, es en 1981 en EE.UU. bajo la dirección de Emil Tanagho, cuando se introduce un nuevo concepto «neuromodulación de las raíces sacras», como opción para pacientes con disfunción miccional crónica en los que fracasan los tratamientos conservadores programados.

DEFINICIÓN DEL TÉRMINO

Todos conocemos los mecanismos de la micción, y que está regulada por un complejo sistema nervioso donde se requiere la integración de los sistemas nervioso vegetativo y somático que interactúan entre sí. La complejidad de este equilibrio hace vulnerable el sistema. Esta nueva terapia utiliza la neuromodulación para devolver ese equilibrio necesario para la micción.

La neuromodulación es un tratamiento para la disfunción crónica de evacuación que pretende modular el funcionamiento del sistema neuronal que controla la micción a través de la aplicación de impulsos eléctricos sobre las fibras nerviosas de la raíz sacra S3. Existen varias teorías que intentan explicar los mecanismos de actuación de esta técnica, pero aún no están del todo claros.

SELECCIÓN DE PACIENTES PARA LA ESTIMULACIÓN DE NERVIOS SACROS

Indicaciones

1. Incontinencia urinaria de urgencia: urgencia miccional con incontinencia, detrusor inestable o hiperreflexico (causa no neurógena).
2. Dificultad de evacuación: retención urinaria o trastornos miccionales obstructivos.
3. Síndrome frecuencia/urgencia: polaquiuria, urgencia, nicturia sin aparecer incontinencia con o sin dolor pélvico asociado.

4. Dolor pélvico crónico: referido a pelvis y genitales con o sin disfunción miccional asociada.

Se está investigando la aplicación también en algunas disfunciones miccionales de causa neurógena.

Requisitos que debe cumplir el paciente

1. Funcionamiento normal del tracto urinario superior.
2. Respuesta muscular y sensorial adecuada.
3. Capacidad vesical de al menos 100 cc.
4. Esfínter uretral y uretra aptos, sin patología significativa (integridad nerviosa del esfínter).
5. Edad superior a 16 años debido a la poca experiencia en pediatría.

Contraindicaciones para realizar la técnica

1. Incontinencia urinaria por estrés.
2. Respuesta deficiente a la estimulación de nervios periféricos: ENP.
3. Infección urinaria activa. Una vez controlada se puede implantar.
4. Limitaciones médicas o anatómicas. Anatómicas (malformación o tumor, procesos degenerativos óseos, etc.) que impidan la correcta ubicación del electrodo a nivel sacro, o médicas (enfermedades concomitantes como cardiopatías...) que impidan la cirugía.
5. Embarazo actual o previsto.
6. Síndrome de Reiter. Existencia de una espondilitis u otro proceso degenerativo osteomuscular con anquilosis (no accesos correctos a los agujeros sacros).
7. Diabetes severa o incontrolada y neuropatías.
8. Problemas psicológicos. Psicológicamente, el paciente debe estar preparado para recibir el implante y una capacidad mental adecuada para entender y utilizarlo correctamente.

Se han detectado en muchos pacientes problemas psicológicos importantes, como incestos, violaciones, etc., por lo que es importante la valoración psicológica.

DIAGNÓSTICO: PROTOCOLO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE UN TEST

Es importantísimo estudiar en profundidad a los pacientes con DMC con el fin de alcanzar el diagnóstico correcto para someterlo a este tipo de tratamiento.

1. Historial clínico.
2. Exploración clínica. Descartar causas orgánicas.
3. Evaluación del tracto urinario superior. Ecografía, urografía, cistografía, reflujo vesicouretral, etc.
4. Urinocultivo y sedimento urinario.
5. Estudio urodinámico. Tipo de alteración funcional.
6. Uretrocitoscopia. Descartar patología uretrovesical (tumor, cistitis intersticiales, etc.).
7. Escala dolor.
8. Diarios miccionales. Hora, volumen de cada micción, episodios de incontinencia, absorbentes, líquidos ingeridos.
9. Otras exploraciones: RMN columna, EMG perineal. Si se consideran necesarias para descartar patología orgánica y neurológica.

EVALUACIÓN NERVIOS PERIFÉRICOS (ENP)

Es un test de nervios periféricos que nos va a verificar la integridad neuronal del nervio sacro previa a la implantación del marcapasos urinario definitivo. Esta prueba se realiza en régimen ambulatorio en la consulta de urodinamia. En ella colabora el médico junto con la enfermera.

Consiste en introducir a través del foramen sacro un electrodo que envía impulsos eléctricos a la raíz nerviosa S3 para comprobar el efecto terapéutico del mismo.

– Material preciso:

1. Material necesario para la realización de técnica estéril.
2. Material para aplicar la anestesia local.
3. Rotulador estéril para marcar los orificios sacros y los accidentes óseos.
4. Material específico para la realización: dos agujas de foramen sacro, un electrodo interno, y un kit externo que contiene generador de impulsos, un juego de cables para conexiones y toma de tierra para cerrar el circuito.

– Método:

1. Explicación clara al paciente de la técnica que se le va a realizar.
2. Consentimiento informado y firmado.
3. Colocación del paciente:
Decúbito prono, caderas flexionadas (almohada bajo pubis), y discreta flexión de piernas (para que los pies queden elevados sin contactar con la superficie de la mesa).
Se separan glúteos con cinta adhesiva para observar respuestas anales y de suelo pélvico.
4. Campo estéril.
5. Se realiza mapa óseo marcando orificios sacros y accidentes óseos con rotulador. En ocasiones se necesita Rx para localizarlos.
6. Se coloca toma tierra a nivel lumbar.
7. Anestesia local.
8. Con el trocar de prueba, se accede a foramen en dirección oblicua plano cutáneo unos 60°, y aplicamos la pinza de prueba a su parte proximal, que transmite el impulso a la parte distal en contacto con la vecindad de raíz sacra S3.

9. Valoración de la respuesta.

9.1. Respuesta motora a nivel de pierna o pie: una ligera flexión del pulgar, en ocasiones de los otros dedos; a nivel pared pélvica: elevación de periné y ano.

9.2. La respuesta sensitiva esperada: sensación de presión o tirantez en el recto que se extiende hacia delante, y parestesias en escroto, pene, labios o vagina.

Es muy importante constatar esta respuesta. Si no se consigue, el paciente no es candidato a la técnica.

La estimulación de S2 o S4 dan respuestas motoras y sensitivas distintas que permiten distinguir que no estamos en la adecuada, que es S3.

10. Una vez localizada y comprobada una respuesta adecuada, se introduce a través del trocar el electrodo que permanecerá fijo los cinco o siete días que dura la prueba. Se comprueba de nuevo con el electrodo la respuesta satisfactoria, se procede a retirar el trocar y se fija con apósito adhesivo transparente.
11. Se conecta el electrodo al generador externo y se ajusta frecuencia (Hz), amplitud del impulso (volts), duración del impulso (milisegundos) y polaridad del electrodo de modo continuo 24 horas.

Complicaciones

1. Migración del electrodo.
2. Desconexión electrodo-estimulador.
3. Dolor temporal.
4. Infección y/o irritación cutánea.
5. Cambio en hábitos intestinales.

Recomendaciones a seguir tras la ENP

1. Evitar cambios posturales o movimientos bruscos que aumenten o disminuyan la sensación percibida.
2. Restringir actividades físicas y sexuales para evitar migración del electrodo.
3. No conviene conducir o manejar maquinaria peligrosa.
4. No realizar pruebas de RMN, US.
5. Evitar detectores magnéticos (aeropuertos), pueden modificar la sensación.
6. El estimulador y la zona del electrodo no deben mojarse.
7. El paciente podrá variar la amplitud del impulso según límite programado. Hay que insistir en que debe ajustarse el nivel de la intensidad de la estimulación, que sea efectiva, sin llegar a doler las 24 horas. Si está por debajo del umbral sensitivo no es efectivo.
8. No manipular el control de frecuencia.
9. No hay estudios a largo plazo sobre su seguridad en el embarazo. (Desconectado en este tiempo).
10. Consultar al médico siempre que se observe algún síntoma o signo extraño.
11. El paciente en su domicilio, además de seguir los consejos anteriores, deberá seguir un diario miccional durante este período de prueba.

Al volver a la consulta, siempre acompañado, se retira el electrodo y se compara el diario miccional con el basal. Si existe una mejoría en los parámetros superior al 50%, el paciente se considera candidato al implante definitivo.

IMPLANTE DE UN SISTEMA DE NEUROMODULACIÓN

- La técnica requiere ingreso del paciente por dos o tres días, según evolución postquirúrgica.
- Información al paciente de la técnica y consentimiento informado.
- Profilaxis antibiótica.
- Preparación campo quirúrgico.
- El implante se hará bajo anestesia general. No se deben utilizar relajantes musculares de acción prolongada para obtener la respuesta muscular de las raíces sacras.

El material necesario para la técnica consta de tres componentes principales: el generador, ahora adecuado para ubicarlo internamente en flanco abdominal o cuadrante glúteo supraexterno, el cable de conexión y el electrodo estimulador.

Técnica de implante

Posición decúbito prono (descrita en la prueba), incisión media a través de apófisis espinosas sacras y localización de forámenes respectivos.

Ya seleccionado el plano, se coloca el electrodo y se comprueba con estimulación su posición. Se fija con puntos irreabsorbibles y se pasa al flanco por el subcutáneo con un pasatubo a una pequeña incisión que llamamos tunelización, cerrando entonces la herida dorsal. Se coloca al paciente en decúbito supino, se labra un bolsillo subcutáneo en fosa ilíaca, donde se coloca el generador, fijándolo a la aponeurosis con puntos irreabsorbibles.

A las 24-48 horas del postoperatorio normal se realiza la activación del estimulador con un programador externo, que permite un inicio progresivo de la estimulación y fija los parámetros adecuados a cada caso.

Cuidados postoperatorio

El personal del servicio debe estar informado y preparado para la atención en la unidad del paciente: síntomas, complicaciones..., valoración y resolución de los mismos.

Requiere:

1. Reposo 24 horas.
2. Tratamiento antibiótico.
3. Control dolor analgesia adecuada.
4. Vigilar puntos de incisión sangrando, seromas, etc.
5. Durante su estancia, adiestraremos al paciente en el funcionamiento y control del dispositivo. Nos aseguraremos de que domina el programa y cómo actuar en caso de tener que aumentar o disminuir el impulso o desconectar el sistema.
6. Resolución de todas sus dudas.

El paciente permanecerá ingresado de dos a tres días, según proceda.

Instrucciones al alta

Las recomendaciones son iguales a las que se exponen cuando la prueba previa.

- Llevar siempre consigo su tarjeta identificativa como portador de marcapasos urinario.
- Teléfono de contacto.
- Tener siempre a mano el programador por si tiene que modificar la amplitud o desconectarlo.
- Se programa al paciente para visitas periódicas de control según necesidad: de reajustes de parámetros.
- Necesita ajustes periódicos durante 3-6 meses posteriores a la cirugía.
 - Permanece relativamente constante durante meses o años.
 - Necesita niveles de estimulación cada vez mayores.

LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

La primera prueba de neuromodulación de las raíces sacras se realizó en noviembre de 1998, siendo el primer implante del marcapasos urinario definitivo en febrero de 1999.

La muestra, una vez realizado el diagnóstico, y la selección previa a la prueba ENP ha sido de 9 pacientes, de los cuales 8 son mujeres y sólo 1 es hombre. La edad oscila desde 42 a 71 años.

– Técnicas y seguimiento:

El número de ENP realizadas es de 10, aunque a 9 pacientes.

El número de implantes definitivos es de 5 pacientes. El período de seguimiento va de 1 a 19 meses (entre el primero y el último, en septiembre de 2000).

Las indicaciones para realizar la ENP fueron: la incontinencia de urgencia en 3 casos; el síndrome de frecuencia en 2 pacientes con dolor asociado; la retención crónica idiopática en 2 pacientes (a una de las cuales se le realizaron dos ENP), y el dolor pélvico crónico en 2 pacientes (una mujer por síndrome de dolor en vejiga durante la micción y un hombre por prostatodinia).

En todos estos pacientes concurrían varios tratamientos previos, tanto médicos (antidepresivos 62%, anticolinérgicos 75%, lavados DMSO 25%, rehabilitación 37%) como quirúrgicos (histerectomías 33%, colecistectomías 33%, apendicectomías 33%, colposuspensiones 22%, meatotomías 11%, RTU próstata 11%...).

El tiempo de la sintomatología que presentaban variaba desde 40 a 110 meses, unos 5 años y medio de media, generando un promedio de 6 consultas previas, y se observó que no hay correlación entre el tiempo de la sintomatología y los resultados obtenidos a la solución del problema.

Las causas que desestimaron la colocación del implante definitivo en 4 pacientes fueron:

- No respuesta sensitivo-motora.
- No mejoría clínica.
- Alteraciones psiquiátricas.

El implante definitivo se colocó, como ya hemos dicho, en 5 pacientes. Sus indicaciones fueron: 2 casos de pacientes con incontinencia de urgencia, 2 síndromes de frecuencia/urgencia con dolor y 1 por retención crónica urinaria.

En cuanto a las complicaciones, reseñar que hubo que hacer 2 reintervenciones (40%):

1ª. Recolocación del generador por dolor y molestias en costilla (20%).

2ª. Retirada del mecanismo por dolores sacros y vaginales (20%).

En los cuatro que actualmente están activados no se han observado infecciones, ni fallos mecánicos, ni migraciones de electrodos. Sin embargo, hubo un caso de reacción cutánea al esparadrapo.

CONCLUSIONES

- La ENP es el mejor factor pronóstico de éxito.
- Es una técnica sencilla, reversible, con poca morbilidad,

y que no es incompatible con otros tratamientos posteriores.

- Alto porcentaje de éxito (80%), siempre en pacientes que no hayan respondido a tratamientos convencionales.
- El tiempo fijará las indicaciones y la eficacia: «Es un horizonte abierto».

BIBLIOGRAFÍA

- Actas urológicas españolas: «Neuromodulación: una técnica alternativa terapéutica para los trastornos del tracto urinario inferior». J.L. Ruiz Cerdá - E. Martínez Agulló - F. Jiménez Cruz - S. Arlandis Guzmán.
- Servicio Urología Hospital Universitario de Canarias. Dr. David Castro y Dr. Jordi Postius.

RINCON BIBLIOGRAFICO

Los libros recomendados del trimestre

- MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Marriner, Ann. Editorial Rol
- TRATADO DE ENFERMERIA: DIAGNOSTICOS Y METODOS. Campbell Claire. Editorial Doyma
- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: ADAPTACION AL CONTEXTO ESPAÑOL. Cuesta Zambrana, A. y cols. Editorial Díaz de Santos
- HISTORIA DE LA ENFERMERIA. Patricia Donahue M. Editorial Doyma
- EL CONTROL DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS. Vuori. Editorial Masson

Enlaces Web de interés

- Base de datos de enfermería en español: CUIDEN www.doc6/index/consulta.htm
- Revista Index de Enfermería: index@posta.unizar.es
- Revista ROL: www.readysoft.es/rol
- Revista Metas: www.metas.org
- Pre-programa del V Encuentro de Enfermería, Actividades de Investén: www.isciii.es/investen
Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona. Días 21, 22 y 23 de noviembre. Disponibles formularios de participación.
Este año todas las jornadas están dedicadas a la comunicación de los resultados de la investigación de Enfermería al público y a la comunidad científica. El primer día (21 de noviembre) se realizarán talleres de formación en diversos temas y para profesionales con diferente nivel de formación metodológica. Los días posteriores los dedicaremos al encuentro propiamente dicho, que como en años anteriores tiene por objetivo proporcionar un lugar de encuentro para todos los profesionales interesados en la investigación en Enfermería.

Cursos a distancia

- Atención integral y prevención en drogodependencias. 140 horas lectivas. Doval Consulting. 902 369 379 www.dovall.com
- Diversos temas clínicos: 110 horas. Hospital Miguel Domínguez. 986 840 463 www.cursossanitarios.com
- Anorexia y bulimia nerviosa. 140 horas. Doval Consulting. 902 369 379 www.dovall.com
- Fundación de Estudios y Formación Sanitaria. Cursos desde 5 a 10 créditos. 902 255 552 www.fundaciónysalud.com. Acreditados por la Comisión Nacional de F. Continuada. Ministerio de Sanidad. Baremables en todo el territorio nacional.

Para mayor información puedes ponerte en contacto con Luis Aparcero, vocal para Asuntos de Formación. 955 015 850. Sevilla.

ENRIQUE PEREDA ARREGUI, JOSÉ M. RAMÍREZ SUBERBIOLA, NURIA JUÁREZ RUPERTO, ENRIQUE BLAYA LÓPEZ
Enfermeros Hospital 12 de Octubre. Madrid

Mejora de la calidad asistencial al paciente uro-oncológico terminal

RESUMEN

La atención a los enfermos que padecen una enfermedad en fase avanzada o terminal ha pasado a ser objeto de una mayor preocupación, tanto por parte de los profesionales sanitarios como de la sociedad en su conjunto. Es primordial que en la atención a los pacientes terminales se establezca una coordinación básica consensuada entre los distintos niveles asistenciales. Varios factores han influido en ello: 1. El progresivo envejecimiento de la población. 2. El aumento del número de enfermos con cáncer, SIDA, enfermedades crónicas y degenerativas. **Palabras clave:** Paciente en fase terminal. Paciente oncológico. Nivel asistencial.

INTRODUCCIÓN

El paciente en fase terminal es aquel con enfermedad muy avanzada, activa en progresión y con un pronóstico vital limitado.

Criterios que definen dicha situación:

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva o incurable.
- Escasa o nula posibilidad de respuesta al tratamiento activo específico para la patología de base.
- Presencia de problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, relacionado con la presencia de la muerte.
- Pronóstico vital limitado.

Se considera paciente oncológico en fase terminal a aquel en el que existe un diagnóstico histológico exacto y probado, ha recibido tratamiento oncológico activo si lo hubiera, hay una previsión de evolución a muerte y no recibe un tratamiento activo, sino sólo paliativo.

En los pacientes en fase terminal se deben proporcionar cuidados paliativos, definidos como «el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento con intención curativa. Son de especial relevancia el control del dolor y otros síntomas físicos, así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales» (OMS, 1990). Estos cuidados deben ser dispensados según los máximos principios de equidad, sin tener en cuenta el lugar de atención, estatus social o condición económica.

Tras el alta hospitalaria, es la Atención Primaria (AP) el nivel adecuado para realizar la atención que estos pacientes precisan, con la colaboración de las Unidades de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios y la Atención Especializada (AE), todo ello dentro de la red sanitaria pública.

«LA ATENCIÓN DE
LOS ENFERMOS
TERMINALES ES UN
BUEN ÍNDICE PARA
CONOCER EL
GRADO DE INTERÉS
DE UNA SOCIEDAD
POR LA DIGNIDAD
DE LAS PERSONAS»

X. GÓMEZ-BATISTE

Es fundamental para la atención a pacientes en fase terminal la coordinación entre los dos niveles asistenciales (AP, AE), unidades de apoyo, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros dispositivos de las Comunidades Autónomas para consensuar las orientaciones básicas de actuación.

OBJETIVOS

1. Valoración del seguimiento y calidad asistencial a pacientes oncológicos terminales urológicos a través de:

- Conocimiento de la evolución del paciente en domicilio, a través de la Unidad de AP, comunicando variaciones de su situación desde un punto de vista urológico para realizar las modificaciones de tratamiento o pautando nuevos para situaciones de debut reciente.
- Programación de asistencia al hospital para recibir cuidados de Enfermería, evitando la asistencia por la vía de la urgencia.
- Dar facilidades tanto al paciente como a la familia para realizar consultas directas a la Unidad de Enfermería hospitalaria.
- Valoración de la comunicación de (Enfermería de Atención Especializada-paciente) y (Enfermería AE- Enfermería AP) mediante la cuantificación de demandas de ingresos hospitalarios no justificados, bien por parte del paciente por falta de control de síntomas, o por claudicación familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Contamos para nuestro trabajo con siete pacientes varones de edades comprendidas entre los 65 y 72 años. Ingresados en el Servicio de Urología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, en el período comprendido entre

noviembre de 1999 y junio del 2000 con el diagnóstico de enfermo urológico terminal, siendo la causa del alta hospitalaria.

Para la valoración de las necesidades psicosociales de los pacientes durante su ingreso recurrimos a la hoja de historia de Enfermería hospitalaria (aislamiento social, presencia de cuidador, etc.).

Al alta hospitalaria, todos los pacientes recibieron el informe de Enfermería dirigido a AP y una hoja de recomendaciones al propio paciente.

Actualmente, el informe de Enfermería al alta consideramos que es cerrado, no facilitando la contestación desde AP a AE, por lo que la intercomunicación en nuestros siete casos se realizó por gestión personal entre los profesionales de Enfermería.

En el informe de Enfermería al alta y dado el diagnóstico de nuestros pacientes recibieron especial atención los apartados referentes a:

- Estreñimiento colónico o percibido por el propio paciente.
 - Valorar los hábitos de defecación.
 - Aumentar la ingesta de líquidos.
 - Si es posible, realizar movilizaciones pasivas.
 - Tratar las alteraciones locales para evitar el dolor (hemorroides, fístulas...).
 - Masajes abdominales.
- Incontinencia urinaria funcional o total.
 - Mantener al paciente y su entorno limpio.
 - Ofertar la cuña o ir al servicio periódicamente.
 - Proteger la cama con empapadores y ofertar al paciente empapadores de orina.
 - Uso de colectores de orina.
 - Prevenir alteraciones de la piel.
 - Sondaje vesical solamente si es estrictamente necesario.
 - Retención urinaria aguda o crónica.
 - Asegurar la hidratación.
 - Baños de asiento en agua templada.
 - Prevenir el estreñimiento.
- Dolor.

Para su valoración hay que tomar siempre como referencia la queja del paciente (escala visual analógica) (ver gráfico adjunto, Anexo 1).

- Derivaciones urinarias.

Elaborar los posibles cuidados específicos domiciliarios de nefrostomía, cistostomía, ostomía, ureterostomía cutánea o sonda vesical.

La valoración del resto de bloques del informe recibe la atención de Enfermería sin consideraciones específicas relacionadas con el diagnóstico (urológico).

Previo al seguimiento de nuestros pacientes consideramos significativo, para realizar una mejor atención en el domicilio, que en el informe al alta hospitalaria figurara su estadio respecto a la escala de Sporken, utilizada en los países europeos occidentales, frente a la escala de Kübler Ross, más utilizada en pacientes con SIDA.

- Ignorancia, el paciente no sabe nada de su enfermedad.
- Inseguridad, esperanza y expectativa de curación.

- Negación implícita, se percibe la situación real, pero el paciente la niega.

- Comunicación de la verdad, marcada por el propio paciente.

En cuanto a las recomendaciones para el paciente, éstas se le facilitan en hoja específica para el domicilio, figurando en ella (ver Anexo 2):

- Filiación.
 - Fechas de ingreso y alta.
 - Diagnóstico/s.
 - Autocuidados y/o instrucciones al familiar principal responsable, haciendo especial mención a las medidas de precaución universal (MPU), para evitar el miedo y el riesgo de transmisión de infecciones.
- Teléfonos de contacto de la Unidad.
- Línea de comunicación Feed-Back AE-AP para facilitar la resolución de problemas sin la necesidad de la presencia del paciente: fax, correo interno y teléfono.

RESULTADOS

En cinco de los siete pacientes, la comunicación tanto con la familia como con ellos mismos y con el personal de Enfermería extrahospitalario se pudo llevar a cabo sin dificultad. A estos cinco se les pudo informar con el consentimiento de la familia de su situación (enfermedad grave o cáncer).

En dos de los siete pacientes, la comunicación no se pudo llevar a cabo por deseo expreso de la familia. Aunque en uno se facilitó una información somera, ya que el paciente realizó preguntas acerca de su situación.

En los cinco casos en los que el diagnóstico era conocido por el paciente se registraron en el período de seguimiento (seis meses) tres ingresos hospitalarios por complicaciones urológicas no previstas ni demorables (dos hematurias macroscópicas y una sepsis). Las restantes asistencias hospitalarias fueron pactadas telefónicamente con el paciente o a través de Enfermería de AP.

De estos cinco pacientes, cuatro fallecieron en su domicilio y uno en la Unidad de Cuidados Paliativos hospitalarios por situación familiar que dificultaba la atención.

En los otros dos pacientes, uno de ellos requirió tres ingresos (por deseo expreso del paciente, dolor no controlado y claudicación familiar), falleciendo en Unidad hospitalaria. Y el otro paciente presentó ingreso por sangrado masivo, falleciendo en su domicilio a petición propia.

DISCUSIÓN

La comunicación con los pacientes en fase terminal, al igual que la asistencia profesional continua y no por departamentos estancos, facilita la atención de Enfermería y la aceptación de la misma por parte del enfer-

mo, mejorando la calidad de vida, detectando sus necesidades psicosociales, apoyando al cuidador principal, a la familia y promoviendo la coordinación y colaboración entre las distintas instituciones.

El informe de Enfermería al alta nos ha servido para mejorar la comunicación entre los profesionales, los centros y los pacientes. Asegurando la transmisión de la información acerca de la situación del paciente al alta hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Catalán JF. Evolución del lugar del fallecimiento en enfermos de cáncer: Factores condicionantes. *Revisión en Cáncer*. 1991; 5(3): 101-108.
- Pérez Cayuela P, Valentín V, Rosa J, Ausejo M, Corral C. Programa de Coordinación para la Asistencia Domiciliar al Paciente Oncológico Terminal en el Área XI - Insalud. Madrid. 1992.
- Resultados del Programa Coordinado al POT. Área XI Insalud. Septiembre 1994.
- Comité de Expertos de la OMS. Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el Cáncer. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1990.
- American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Cancer Pain Management. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Cancer Pain Section. *Anesthesiology*. 1996; 84:1243-1257.
- World Health Organization Regional Office for Europe. *Palliative Cancer Care*. Copenhagen. Febrero 1989.
- Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. Morphine in cancer pain: modes of administration. *BMJ*. 1996; 312:823-826.
- Barreto, P y col. Comunicación con el paciente terminal. En: *Protocolos de tratamiento y cuidados paliativos*. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servei Valencià de Salut. 1991; pág. 53-59.
- Benítez Rosario, MA. Cuidados paliativos en Atención Primaria. Apoyo psicosocial. *Medifan*. 1994; 4:186-193.
- Programa de Atención a los pacientes en fase terminal. Insalud. Madrid 1997.
- Doyle D, Hanks GWC, Mac Donald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford University Press. Oxford. 1993.
- Jones R. ¿Qué se debe hacer para atender a los pacientes que fallecen en el hogar a consecuencia del cáncer? *European Journal of Cancer care*. 1992; 1(4): 9-11.
- Guía Metodológica de Enfermería. Sector 11. Atención Primaria. Insalud. Madrid 1996.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Recomendaciones para el control de la infección por VIH, VHB y otros microorganismos de transfusión sanguínea en el medio laboral sanitario. Junio 1994.
- Estudio de morbilidad y mortalidad del Área XI. 1993.

ANEXO I

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR

¿CUAL ES LA INTENSIDAD DE SU DOLOR?

No hay dolor
Dolor insoportable

ANVERSO

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

REVERSO

Mediante la Escala Visual Analógica del dolor (EVA) se intenta cuantificar éste.

El paciente señala en el anverso la intensidad del dolor que presenta según una escala de color gradualmente más oscura u otra escala adaptada.

En el reverso (que el paciente no ve) se encuentra una escala de 0 a 10 relacionada con la escala de color del anverso, con lo que se puede cuantificar el dolor del paciente.

ANEXO 2**MODELO DE INFORME****ANEXO- 2 MODELO DE INFORME:****ENFERMERÍA AL ALTA RECOMENDACIONES
HOSPITAL "12 DE OCTUBRE"**

ETIQUETA

(En su defecto indique nombre del paciente)

ENFERMERA/O DE REFERENCIA : _____

Teléfono de Lunes a Viernes: _____ Teléfono de Urgencias: _____

Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de alta: ____/____/____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

MEDIDAS DE PRECAUCIÓN UNIVERSAL. (MPU):

*Lavado frecuente de las manos.

*Cuidar de no pincharse si manipula agujas y jeringas.

*Usar guantes para la manipulación de fluidos corporales.

*No compartir utensilios personales que pudieran estar manchados de sangre.

*Utilizar lejía para lavar utensilios, recipientes y superficies que estuviesen manchados de sangre, otros líquidos o secreciones corporales.

AUTOCUIDADOS Y/O INSTRUCCIONES AL FAMILIAR PRINCIPAL RESPONSABLE:**MODIFICACIONES: ENFERMERÍA AP**

Fecha:

MILAGROS SAGÜILLO ANTOLÍN, NATIVIDAD GÓMEZ MAZO
Enfermeras. Hospital de Móstoles. Madrid

Un caso para la reflexión

INTRODUCCIÓN

Antes de proceder a la exposición de este tema queremos decir el porqué de la elección de este caso, el analizarlo y reflexionar sobre él.

Las enfermeras que estuvimos al lado de esta enferma hemos sentido una gran frustración, al no haber sabido manejar una situación que podíamos decir que es frecuente en nuestro día a día, pero a la vez compleja, al darse una serie de circunstancias personales y afectivas que complicarían la evolución de la paciente.

Para hacer un análisis racional es muy importante utilizar un método que nos ayude y asesore en la toma de decisiones éticas.

En este caso hemos aplicado el procedimiento de toma de decisiones del profesor Diego Gracia, así como poner en correlación los problemas detectados con el modelo principialista y como último paso la identificación de los principios violados.

HISTORIA CLÍNICA

Caso clínico

– ASPECTOS BIOLÓGICOS

Paciente de 52 años, natural de Cáceres y residente en el mismo lugar. Ingresó el 30/12/98 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Móstoles, por dolor continuo en costado y fosa lumbar izquierda. Fiebre de 40°C, diagnosticada en Cáceres de lumbalgia. Presentaba pérdida de peso en un mes de aproximadamente 7 Kg.

El 31/12/98 se le realiza ecografía abdominal, observándose múltiples lesiones hepáticas, sugerentes de metástasis; el mismo día se le realiza PAAF hepático.

El 2/01/99 en TAC abdominal se aprecia una masa renal que ocupa todo el polo inferior izquierdo que sobrepasa la cápsula. Pasa al Servicio de Urología.

El día 5/01/99 se le realiza nefrectomía radical izquierda por sospecha de hipernefroma, esplenectomía y biopsia hepática.

El resultado de la anatomía patológica es: Ca. urotelial con metástasis hepáticas.

En el cuarto día postoperatorio presenta fiebre de 39°C (se realizan hemocultivos y se modifica antibioterapia).

Al realizar Rx tórax se diagnostica neumonía.

El 13/1/99 se informa tanto a la paciente como a la familia del resultado de la AP y que requerirá tratamiento quimioterápico.

Al día siguiente se avisa al Servicio de Medicina Inter-

na por mal estado general, persistir fiebre, no duerme y está muy cansada; ese mismo día se avisa a Oncología.

El 15/1/99 es vista por Oncología, se repiten los cultivos y nueva rotación de antibióticos. Se piensa que la fiebre puede ser tumoral. Pasa la noche con dolor lumbar que le impide dormir. En este momento el tratamiento consiste en: antibióticos, antiinflamatorios, orfidal por las noches y como analgesia ketorolaco cada ocho horas.

El día 21/1/99 se decide quimioterapia paliativa. El primer ciclo desencadena:

1. Hipertensión 200/110 (le enferma era hipertensa).
2. Palpitaciones.
3. Edemas generalizados que precisaron tratamiento diurético intenso.
4. Astenia, anorexia, mucositis y toxicidad hematológica.

La paciente está encamada por su limitada movilidad y con riesgo de escaras.

El día 27/01/99 aparece epístaxis importante y deposiciones melénicas. Precisa transfusión de 7 unidades de plaquetas y 3 concentrados de hematíes.

El día 29/01/99 se realiza TAC craneal por presentar incoherencia en el lenguaje y desorientación (continúa con fiebre).

El día 3/02/99 se arranca la vía, se avisa a Oncología, se suspende sueroterapia y por la tarde se le pone ampolla de Dolantina.

El día 7/02/99 presenta ligera mejoría y comienza a deambular.

El 9/02/99 es dada de alta.

El día 23/02/99 acude al segundo ciclo de quimioterapia, se observa gran deterioro del estado general, con intensa astenia.

Dada la distancia de su domicilio a este centro, la paciente solicita el ser seguida en su hospital de referencia en Cáceres.

A los 20 días del segundo ciclo, la paciente fallece.

– ASPECTOS HUMANOS

El motivo de ingresar en el Hospital de Móstoles fue por la gran amistad que la paciente y sus familiares tenían con un médico del centro y también con varias enfermeras.

Era una persona muy querida, tanto por su familia como por sus amigos, muy arropada por ellos, siempre había dos o tres personas en la habitación y en ningún momento estuvo sola.

Madre de una hija de 12 años, por la que estaba muy preocupada.

Su nivel cultural y socioeconómico era alto. Se dio una información muy detallada de los resultados de la anatomía patológica, tanto a la paciente como a la familia.

Según fueron pasando los días, su deterioro era cada vez más acusado.

Fue sometida a una gran presión por parte de los familiares y profesionales, tenía que ser una enferma obediente y hacer todo lo que se le dijera. La respuesta fue un rechazo total a la Enfermería y a su familia. Se deterioró la comunicación y fue tomando una postura de aislamiento (se sentía amenazada), nos veía como enemigos.

Se le ofertó cambiar de servicio, ya que tenía el alta en Urología, pero pidió quedarse en la Unidad.

Problemas detectados

Los problemas que detectamos fueron los siguientes:

- No hubo una coordinación de los diferentes equipos médicos que la trataron, motivado por la ausencia de la figura del médico responsable. La intervención del amigo médico entorpeció, y no ayudó a que hubiera un buen hilo conductor; se creó un conflicto de intereses y lealtades.
- Se realizaron medidas terapéuticas desproporcionadas.
- En ningún momento se pensó en cuidados paliativos.
- Hubo una superprotección, lo que provocó un bloqueo de la paciente.
- No nos paramos a pensar qué era lo que la paciente quería o sentía, si sufría, si se sentía indefensa, etc. Nos dejamos llevar por una dinámica puramente de acción, dejando a un lado la comunicación. Se rompió la comunicación y no se llegó a restablecer, pero sí se le siguió dando una información muy detallada de su estado. Incluso a veces, al recibirla desde varios frentes, llegó a crear cierta confusión y desconcierto.

Principios lesionados

– PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Aunque la paciente era competente y con capacidad de tomar sus propias decisiones, no se contó con su opinión. No se respetó el principio de autonomía.

– PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA

Este principio nos dice que la obligación de no hacer el mal es mayor que la de hacer el bien. Excesiva información puede ser a veces maleficiente.

Consideramos que este principio también fue violado.

– PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

El principio de beneficencia se basa en dos reglas:

- 1ª No hacer daño.
- 2ª Extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

Al realizar medidas terapéuticas desproporcionadas, este principio tampoco es respetado.

Resolución de problemas

- Equipo multidisciplinar: apoyo psicológico. Debe ser un equipo que atiende al enfermo, y no sólo la enfermedad y el dolor físico.
- Médico responsable.
- Cuidados paliativos. Su objetivo es la atención integral al enfermo desde los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales.
- Respeto a la autonomía. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que estar presentes en las decisiones terapéuticas.
- Aliviar el sufrimiento. El sufrimiento es un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza.
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo y la familia, mejorando el acercamiento al enfermo.

CONCLUSIONES

Se intentó alargar la vida y lo que se consiguió fue prolongar la agonía.

Debemos pensar que el respeto a la vida implica el derecho a la muerte, y que todo ser humano tiene derecho a una muerte digna.

Agradecemos su colaboración al Comité de Ética del Hospital de Móstoles.

BIBLIOGRAFÍA

- Ética y Legislación en Enfermería. M^a del Pilar Arroyo Gordo. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- Revista Foro Mundial de la Salud. Volumen 16. 1995.
- Cuadernos de Bioética. 1998.
- La Bioética en la encrucijada. I Congreso Nacional. Madrid 1996.
- Revista de Enfermería Clínica. Volumen 7, nº 3.
- Ética Aplicada y Democracia Racial. Adela Cortina. Editorial Tecnos S.A. 1993.
- Procedimientos de Acción en Ética Clínica. Diego Gracia. Editorial Eudema.
- Fundamentos de Bioética. Diego Gracia. Editorial Eudema Universidad.
- El Dominio de la Vida. Dworkin R. Editorial Ariel 1994.
- Ética y Legislación en Enfermería. Javier Gafo. Editorial Universitas S.A.
- La Bioética, una Disciplina Académica. Diego Gracia. Editorial Jano 1987.
- Los cambios en la Relación Médico-Enfermo. Diego Gracia. Editorial Médico-Clínica (Barcelona 1989).

ADRIANO SIANES BLANCO

Enfermero UCP Hospital San Juan de Dios de Sevilla

Aspectos históricos en la aplicación de cuidados paliativos. Nuestra experiencia personal y expectativas de futuro

Desde una visión muy subjetiva de la Enfermería, considero que ésta camina hacia la inminente tecnificación y pérdida de su identidad. Hoy en día, se nos obliga a la formación un tanto forzada de múltiples técnicas, todas ellas instrumentalizadas por medios materiales. La única preocupación que palpo en los futuros enfermeros que realizan las prácticas en los centros hospitalarios es la de aprender lo más rápidamente posible a realizar las técnicas con la mayor destreza posible. Alumnos de Enfermería sobre la disciplina que están estudiando hacen referencia a «cuidar para sanar», «hacer sentir como en casa», «ayudarles en su vuelta a la sociedad», «adaptarme a las situaciones de urgencias», «saber desenvolverse en UCIs»..., frases que se antojan un tanto construidas y que se enseñan en la Universidad. Entonces, pregunto..., ¿y qué papel juega Enfermería con todo lo que esté relacionado con la MUERTE?... A raíz de todo ello me van surgiendo una serie de interrogantes que invaden mi cabeza y entre los que se hallan los siguientes:

¿Qué significa el término Enfermería?... si es que significa algo. ¿Desde dónde proceden y se asientan las bases de dicho término? ¿Hacia dónde camina la Enfermería?

La segunda reflexión que lanzo es... ¿Qué papel tiene la Enfermería en los cuidados paliativos? ¿Y los cuidados paliativos en la Enfermería?

Para comenzar e ir dando respuestas a dichas reflexiones, me dirijo a la literatura y a lo que hay escrito en diferentes enciclopedias de determinado prestigio, apareciendo lo siguiente: en Larousse, ni siquiera se menciona a la Enfermería como disciplina; en el diccionario enciclopédico Dorland de Medicina dice: «prestación de servicios esenciales a diversos niveles de preparación, o de utilidad, para fomentar, conservar y restablecer la salud y bienestar, prevenir las enfermedades de lactantes, enfermos y sujetos traumatizados o de otras personas que, por cualquier razón, no están en condiciones de brindarse ellos mismos estos servicios». Desgraciada-

PARA QUE EL FUTURO DE LA DISCIPLINA DE LA ENFERMERÍA NO SE DESVÍE Y PUEDA CONCEBIRSE TAL Y COMO LAS PRIMERAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA PRECONIZABAN, ES NECESARIO CONECTAR PRESENTE Y FUTURO, Y LA RAMA MÁS CAPAZ DE ANEXIONAR PRESENTE Y FUTURO ES LA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

mente, ni en la Real Academia Española viene reflejada la Enfermería como prestación de cuidados.

Con todo ello adelantaré algo de hasta dónde quiero llegar con este tipo de reflexiones. Para que el futuro de la disciplina de la Enfermería no se desvíe y pueda concebirse tal y como las primeras teorías de Enfermería preconizaban, es necesario conectar presente y futuro, y la rama más capaz de anexionar presente y futuro es la de los cuidados paliativos.

JUSTIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El avance en el número de enfermos que precisan C.P. es imparable, y por ello los objetivos sanitarios deben centrarse más en aquellos enfermos en los que la medicina curativa no es posible. Estos enfermos no tienen por qué sufrir el abandono del personal sanitario hacia ellos tan sólo por el hecho de qué prepotencia les haga tirar la toalla, abocando a pacientes a un alargamiento de su vida, pero en situaciones humillantes y muy dolorosas.

«Encarnizamiento terapéutico». Hay que concienciar a nuestros alumnos de que se encontrarán muchos casos en los que sus cuidados irán encaminados a salvaguardar la dignidad del paciente como persona, y que cuando no existe ninguna posibilidad de curar, realizaremos una de las funciones más hermosas que tenemos como profesionales sanitarios: ofrecer a los enfermos una muerte digna, sin sufrimientos añadidos y gratuitos. Hay que evitar que la muerte se convierta en una etapa mecánica, despersonalizada y extraña. Pero afortunadamente la conciencia va cambiando, y es deber sobre todo de los enfermeros el que así sea, puesto que el verdadero cimiento de la vocación enfermera se sustenta en este tipo de cuidados.

Con respecto a qué papel tiene la Enfermería en los C.P., más adelante me pararé a justificarlos, pero lo más importante que quiero destacar es que es la aparición del término C.P. la que hace bajar de las nubes a la superespecialización

que persigue a nuestra disciplina y que no hace más que evadirnos de algo que, por más que se tecnifique la Enfermería, nunca podrá escaparse, que es la muerte.

En 1879, F. Nightingale funda la primera de las teorías de Enfermería. Es una teoría holística donde la Enfermería su función es la de ayudar a colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.

Así, en 1966, V. Henderson ponía como objetivo primordial la independencia en la satisfacción de las 14 DUE, es mantener o restaurar esas 14 necesidades. De esas 14, quiero destacar como importante para el tema que estamos tratando a dos de ellas: comunicarse y la de ofrecer culto.

King, 1971, exponía en su teoría que Enfermería perseguía el mantenimiento o restauración de la salud para que los pacientes obtengan el máximo de posibilidades de su vida diaria a nivel personal, interpersonal y social. Se aboga por un mantenimiento y restauración de salud, como enfermeros en C.P. vamos a sobreconsiderar el influir más que el proporcionar.

M. Rogers, 1970-1980, en su teoría, considera que Enfermería es ayudar a desarrollar tipos de vida que se acomoden a los cambios ambientales en lugar de enfrentarse a ellos. Ser humano unitario, que es más grande que la suma de sus partes. De aquí ya se extrae un gran concepto para los C.P. (ya que estamos hablando de qué aporta la Enfermería a los C.P.), ayudar a desarrollar tipos de vida, cambios ambientales. Sin duda, es la enfermedad no curativa la que mayores cambios ambientales sufre en la esfera biopsicofísica, y es Enfermería la que debe ayudar a acomodarse a estos tipos de cambios, en lugar de enfrentarse a ellos. Para ello, es muy importante el conocimiento que de su enfermedad posee el enfermo. Es, quizás, de las teorías que engloba en amplio sentido al enfermo que sufre un proceso no curativo.

Ya por fin, la hermana Calista Roy, 1976-1984, establece la mejor definición, desde mi punto de vista, para la disciplina de la Enfermería. Ella argumentaba sobre promover conductas adoptativas mediante manipulación de estímulos focales, contextuales y residuales, bien sea aumentándolos o disminuyéndolos. Hablaba de calidad de vida y muerte digna. Con estos conceptos protegemos el deseo de no prolongar la vida de manera abusiva e irracional en el enfermo, y por ello nuestra conducta profesional debe estar más dispuesta a cuidar la vida por vivir, acompañándola hasta el fin, proporcionando bienestar y ayudando al enfermo a mantenerse personal y socialmente activo. Esta definición de Roy llega a abarcar todo el contexto de enfermo, analizando todos los factores perturbadores de salud.

**SE NOS ANTOJA
COMO
IMPRESINDIBLE LA
EXISTENCIA DE
UCPs, EN TODOS
LOS HOSPITALES
CON UN VOLUMEN
MEDIO DE
PACIENTES, PERO
TAMBIÉN SE NOS
ANTOJA COMO
IMPRESINDIBLE
UNA BUENA
FORMACIÓN POR
PARTE DE TODOS
LOS
PROFESIONALES.
PUEDE LLEGAR A
OCURRIR, Y ESTÁ
OCURRIENDO, QUE
NO SE ATIENDEN
LAS NECESIDADES
DEL QUE SUFRE Y
SE COMIENZAN A
APLICAR
PROTOCOLOS PARA
ENFERMEDADES Y
NO PARA
ENFERMEROS**

No obstante, la Enfermería nace y toma especial relevancia desde principios del siglo XVI, ya que por algo, San Juan de Dios es nuestro santo patrón. Recién fallecido (1550), ya en las primeras constituciones de esta orden (1585), algunos hermanos que la constituyeron comenzaban hablando de otro tipo de necesidades que en ninguna de las anteriores teorías es nombrada, ya que ninguna hace especial mención en la muerte. Así, en estas primeras constituciones del siglo XVI, ya se plantea el término de las necesidades espirituales de los enfermos moribundos, del cómo de la asistencia de los enfermos, del cuidado, aseo, higiene, tratamiento... San Juan de Dios experimentó el sufrimiento humano y esta experiencia hizo que fuera un cuidador integral, a pesar de los pocos medios que éste disponía. Se hace acompañante del sufrimiento y es por ello por lo que fue el mejor enfermero. Daos cuenta que él en ningún momento hizo referencia a las técnicas usadas. Por todo ello ha sido el mejor enfermero de la historia, puesto que con pocos medios lograba que los enfermos descansaran en paz, transmitía compañía, seguridad, compasión y alentaba en el sufrimiento, no huyendo cuando éste aparecía.

APORTACIÓN DE ENFERMERÍA A LOS C.P.

Una vez que hemos paseado un poco por la historia de la Enfermería, ésta aporta y saca en claro para los C.P. que debe actuarse sobre el enfermo, familia, contexto situacional, social y espiritual, no sin pasar por alto a la actuación del equipo sanitario que le asiste para que el enfermo, aun en conocimiento de su enfermedad, pueda percibir ambientes saludables, y sólo actuando en toda la esfera descrita que envuelve al enfermo, solo así será éste capaz de desarrollar un sistema que le proporcione el máximo nivel de bienestar y confianza. Toma especial relevancia también el ámbito familiar, ya que si no se trabaja sobre éste, se condicionará el trabajo realizado sobre el enfermo, ya que si éste nunca percibe tranquilidad, sosiego y seguridad en la familia, por mucho que se haya trabajado sobre él, nunca podrá llegar a sentirse sano. Cuando hablamos de actuación del equipo sanitario, nos referimos a que todo profesional sanitario debe estar preparado para actuar sobre un enfermo en situación de irreversibilidad no sólo para los componentes de las UCP, sino para cualquier sanitario, puesto que en ningún servicio se escapa de poder encontrarnos a enfermos que durante su estancia se les diagnostica una enfermedad terminal. ¿Qué pasa en el equipo sanitario cuando tras alguna prueba diagnóstica sube el diagnóstico de una patología en fase terminal? Surgen los conflictos internos, en los que

la mayoría de las veces ni siquiera se discute entre los componentes del mismo por miedo, temor a enfrentarse a algo para lo que no se está preparado. Por ello, no sólo debe estar preparado para C.P. un enfermo que opere en tal unidad, sino que todos deberían recibir formación de la misma. Se nos antoja como imprescindible la existencia de UCPs en todos los hospitales con un volumen medio de pacientes, pero también se nos antoja como imprescindible una buena formación por parte de todos los profesionales. Puede llegar a ocurrir, y está ocurriendo, que no se atienden las necesidades del que sufre y se comienzan a aplicar protocolo, para enfermedades y no para enfermeros. Saber que ha comenzado clínicamente el proceso de defunción resulta especialmente importante, pues una decisión equivocada en este sentido puede originar actuaciones sanitarias que pasan por alto las necesidades reales del enfermo.

Hay que estar preparados y no olvidar que en esta etapa la persona sigue estando viva, y que como tal, el ser humano, mientras siga vivo, sigue creciendo y madurando.

Si no se está preparado, cada vez irá existiendo una mayor lejanía, con una consecuente renuncia a ejercer compañía por la angustia que va creciendo. Así, el personal no preparado cae en la mayor despersonalización como profesional sanitario por muy bien que esté preparado para otro tipo de asistencia, cayendo como decimos en el fenómeno de huida para evitar presiones internas y en la evitación del contacto con el enfermo. Con todo ello, van apareciendo actitudes de tipo inconsciente que bloquean la afectividad con el enfermo, creando un mayor aislamiento, que siempre es percibido por el enfermo.

Sólo con una buena base en este tipo de cuidados en los que creemos que no es enriquecedor en nuestra profesión (parece que sólo nos enriquece lo que es altamente gratificante para nuestro ego, como puede ser sacar a un paciente de un estado crítico, dar altas sin una alta prevalencia de infecciones nosocomiales..., en fin sólo nos es enriquecedor lo que es gratificado por parte de la sociedad y de las instituciones), pero esa valla ya se va saltando y hoy día el que practica Enfermería y, en definitiva, C.P., sabe lo gratificante que es que un enfermo, aun sabiendo que el final de sus días está próximo, se le administraba la morfina y, mientras tanto, le asegurabas que con lo inyectado ese dolor pasaría y le dabas tu confianza para que si el dolor no desaparecía, volviera a llamarte porque aquí se está para eso... ¿Por qué la muerte ha de significar descanso? ¿Por qué la muerte no puede ser el final de una vida digna y de un proceso de morir vivido con conciencia y dignidad? Atendamos todas las necesidades que como ser humano nos demandan nuestros moribundos.

CON FRECUENCIA, LOS C.P. SUELEN SER LA ÚLTIMA POSIBILIDAD A CONSIDERAR EN LA LISTA DE OPCIONES DE TRATAMIENTOS ANTES DE AGOTAR UNA LARGA LISTA DE POSIBILIDADES. ELLO OCURRE PORQUE LOS PROFESIONALES TIENEN LA IDEA DE QUE CUANDO SE ENTRA EN ESTE TIPO DE CUIDADOS SE LLEGA AL FRACASO EN CUANTO A TRATAMIENTO, SIENDO ESTO UN GRAVE ERROR. EL VERDADERO FRACASO ES NO ESTIMAR A TIEMPO LA POSIBILIDAD DE C.P., DEJANDO EL ENFERMO DE BENEFICIARSE DE LAS TÉCNICAS Y CUIDADOS QUE SE OFRECEN Y QUE APORTAN UN MAYOR CONFORT

damos todas las necesidades que como ser humano nos demandan nuestros moribundos.

En la universidad hemos sido preparados para curar y no para cuidar. Es el actual deterioro de la práctica profesional. Ya se ha pasado de una tridimensionalidad: somática, social, psicológica y espiritual.

Por otra parte, Maslow, en 1970, habla de las necesidades humanas. Me parece de vital importancia el aquí señalarlas para la comprensión de los C.P. en el marco de la Enfermería.

Habla de una pirámide en la cual existen unas necesidades estructuradas desde la base hasta el vértice de la misma. Cada necesidad sustenta a la otra conforme se va subiendo hasta el vértice, necesitando ser cubierta una a una. Así, en la base se encuentran las necesidades fisiológicas, alimento, agua, aire, eliminación, dolor... Justo encima de ésta se halla la de seguridad y protección: sólo nos sentiremos seguros si la anterior necesidad ha sido cubierta. Se habla de seguridad en su entorno, físico y psicológico. Aquí ya no solamente debe estar exento de dolor, sino que se debe sentir con la seguridad de que ante una situación de dolor, el enfermero estará allí y hará lo posible para que ese dolor (sea del tipo que sea) se mitigue. En un tercer nivel se encuentra la necesidad de amor y pertinencia: aquí es bueno tanto dar como recibir amor; el enfermo, una vez que se siente seguro y protegido, está abierto tanto para dar como para recibir ese afecto. Los dos escalones superiores son los de autoestima y el de autorrealización. Para que el enfermo pueda percibirse sano ha de actuar en los cinco niveles, comenzando desde abajo.

Con frecuencia, los C.P. suelen ser la última posibilidad a considerar en la lista de opciones de tratamientos antes de agotar una larga lista de posibilidades. Ello ocurre porque los profesionales tienen la idea de que cuando se entra en este tipo de cuidados se llega al fracaso en cuanto a tratamiento, siendo esto un grave error. El verdadero fracaso es no estimar a tiempo la posibilidad de C.P., dejando el enfermo de beneficiarse de las técnicas y cuidados que se ofrecen y que aportan un mayor confort.

HISTORIA

Frente al espejismo de que la medicina pudiera llegar a curar todo tipo de enfermedades, apareció la necesidad de atender aquellos casos en los que se escapaba la posibilidad curativa, y así va creciendo la conciencia de la necesidad de los C.P.

Así aparecieron los primeros «Hospice's» en 1842 para cuidar a enfermos en situación terminal. Madame Jeanne Garnier fue su fundadora.

Mary Akenhead, en Dublín, fundó «Our lady's Hospice» para enfermos incurables y en

situación terminal. Orden religiosa que fundó otra casa en Londres, «St. Joseph's Hospice», que aún perdura. Mientras tanto, en América se iba estableciendo el movimiento Hospice.

En los años cincuenta, se crea la Fundación Marie Curie en Inglaterra, para la atención de estos enfermos, considerándose un notable desarrollo en cuanto a atención domiciliar se refiere.

Ya por fin, en 1967 se crea el centro de trabajo cuyo objetivo era el de solucionar los problemas que los enfermos en fase terminal tenían. Fue Cicely Saunders quien, en su encuentro con un enfermo terminal y por medio de su asistencia profesional hacia éste, recibe una gran suma de dinero al fallecer el enfermo (David Tasma), dejándole la herencia a ésta y creando el «St. Christopher Hospice». Los enfermos en situación terminal provenían de variadas patologías, así como cáncer, SIDA, procesos neurológicos irreversibles, esclerosis... Ella se encargó de revolucionar los conceptos de tratamiento que hasta la fecha había, reclamando para los enfermos y familia más comprensión y ayuda en la última etapa de sus vidas. El éxito de este hospice permitió que la filosofía paliativa se extendiese a los grandes hospitales, y así, de cuidados «tipo hospice» se pasa al término acuñado en Canadá como «Cuidados Paliativos» en el Hospital Royal Victoria, creándose las primeras UCPs en los hospitales. Ello ha permitido desplazar la atención desde un tumor hacia los síntomas que éste produce, cuidando en vez de curar cuando esto ya no es posible.

La arquitectura pensada para los hospices era con amplios ajardinados, ventanales grandes en las habitaciones, vistas no restringidas... de 12-16 camas para favorecer una relación de atención y cuidados muy personalizados. Justamente todo ello se ajusta a lo que nuestro Hospital de San Juan de Dios tenía, razón por la que la idea de que en 1992 se construyera una unidad de este tipo en nuestro hospital fuese viable, y a día de hoy comentar de exitosa a tenor de lo expresado por todo el que allí llega.

En España, el primer dato de UCPs se tiene en el Servicio de Oncología del Hospital Marqués de Valdecilla en Santander, por el Dr. Jaime Sanz en 1984. Pero habría que esperar hasta 1987 para que fuese reconocida de forma oficial por la dirección de este hospital público. Así, antes, en 1986, en el Hospital de la Santa Creu en Barcelona, se creó la primera UCP española de manera oficial.

APORTACIÓN DE LOS C.P. A LA ENFERMERÍA

Como primera gran reflexión se me antoja que el nacimiento de los C.P. pone a la Enfermería

EN ESPAÑA, EL PRIMER DATO DE UCPs SE TIENE EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA EN SANTANDER, POR EL DR. JAIME SANZ EN 1984. PERO HABRÍA QUE ESPERAR HASTA 1987 PARA QUE FUESE RECONOCIDA DE FORMA OFICIAL POR LA DIRECCIÓN DE ESTE HOSPITAL PÚBLICO. ASÍ, ANTES, EN 1986, EN EL HOPITAL DE LA SANTA CREU EN BARCELONA, SE CREÓ LA PRIMERA UCP ESPAÑOLA DE MANERA OFICIAL

en su sitio, puesto que ésta no hace más que dar cuidados y ante el creciente número de tecnologías la había dejado algo rezagada, tecnificándose y quedando reducida a técnicas y metodología artificial. Con los C.P. ve por fin reconocida su enorme faceta profesional a la hora de luchar por el bienestar de los enfermos. Los pacientes necesitan de nuestros cuidados para poder encontrar alguna esperanza y saber que todo no está perdido y que pueden morir sin dolor, acompañados y comprendidos. Ante la amenazante y creciente aparición de cuidados cada vez más tecnificados y que amenazan nuestra profesión, aparecen los C.P. para hacernos recordar que trabajamos sobre humanos, personas que precisan cuidados de tipo individual, recordando que cada uno es un ser individual y personal, con una historia que lo ha impulsado a convertirse en lo que es.

Los C.P. recuerdan a la Enfermería que el verdadero dueño y señor es el enfermo, situándolo en el centro de nuestra atención, desde una concepción holística (que es la base y fundamento de nuestra profesión), y no las enfermedades, siendo él quien debe tomar la decisión de comenzar, rechazar o interrumpir un tratamiento; eso sí, siempre contando previamente con una adecuada información. La prioridad de los C.P. va encaminada a la calidad de vida, a dar un soporte y confort que potencie la autonomía personal, siempre bajo decisiones del enfermo tras una información objetiva, no traumática y verdadera.

Debe establecer un equipo multi-inter-disciplinar. Con ello se recuerda que Enfermería es un eslabón más en la cadena que forman cuidadores sanitarios-familia-enfermo.

Los C.P. pretenden recuperar desde una perspectiva humanística el acercamiento a una muerte tranquila sin estorbos terapéuticos innecesarios, dentro de un ambiente de intimidad donde la familia recupera un papel esencial como base de apoyo. Tenemos que olvidarnos de la terrible frase de «ya no se puede hacer nada más», ya que ello desgraciadamente lleva al error de que es inútil mejorar la situación en un enfermo terminal.

Para buscar el confort y calidad de vida, he aquí unas frases hechas de gran utilidad para nosotros:

*Si puedes curar, cura.
Si no puedes curar, calma.
Si no puedes calmar, consuela.
«Curar, a veces;
Mejorar, a menudo;
Cuidar, siempre.»*

CATALINA GARCÍA ASUERO, LUIS LÓPEZ RODRÍGUEZ
Enfermeros Área Hospitalaria de Valme

Valoración inicial psicofísica del paciente urológico terminal

PALABRAS CLAVE

Valoración inicial. Registros de Enfermería. Plan de cuidados. Proceso de atención enfermero

INTRODUCCIÓN

La realización de un modelo de valoración inicial, con su correspondiente hoja de registro, que se adapte a todos los Servicios de Urología puede tener poca utilidad. Si nos decantamos por un modelo concreto, no se ajustará al desarrollado en los distintos hospitales, que emplearán modelos diferentes y hojas de registro diseñadas al efecto. Incluso es común que dentro del mismo área hospitalaria nos encontremos con modelos y registros de valoraciones iniciales distintos en diferentes servicios.

Nos gustaría señalar que la valoración inicial de un enfermo urológico terminal no dista mucho de la valoración de cualquier otro enfermo terminal. En cualquier caso, se trataría de profundizar en los trastornos de eliminación que en el urológico se verán seriamente afectados.

La idea básica de esta comunicación sería contestar una serie de preguntas comunes que nos podríamos hacer al realizar una valoración inicial:

- ¿A quién debemos valorar?
- ¿Por qué es necesario realizar una valoración inicial?
- ¿Qué requisitos previos son necesarios para realizar una valoración inicial?
- ¿Cuándo debe realizarse la valoración inicial?
- ¿Cómo se debe estructurar la valoración?
- Modelo de valoración.
- Conclusiones.

1. ¿A QUIÉN DEBEMOS REALIZAR LA VALORACIÓN INICIAL?

El título inicial de la intervención hacía referencia a la valoración inicial psicofísica del enfermo urológico terminal. Sin embargo, si recordamos los principales motivos de ingreso de un enfermo terminal en una unidad de hospitalización:

- Adiestramiento del enfermo y/o familia.
- Control de síntomas.
- Claudicación familiar.
- Agonía/exitus.

Vemos que el papel que desempeña la familia es evidente, sobre todo en el adiestramiento, en la claudicación familiar y en el *exitus*. Si a esto añadimos que la mayoría

de los autores coinciden en señalar el ámbito de actuación de los cuidados paliativos en la unidad familiar, entendiendo por ésta a una unidad susceptible de recibir cuidados integrales, parece lógico plantearse que la valoración inicial debe realizarse a la unidad familiar y no al enfermo terminal de forma aislada. De esta manera, los profesionales de la salud facilitaremos la cobertura de las necesidades a quienes las sufren, es decir al paciente y a su familia.

Teniendo esto en cuenta podríamos modificar el título de la comunicación y plantearlo como «Valoración inicial psicofísica de la unidad familiar donde existe un enfermo urológico terminal».

Por tanto, proponemos que la Valoración inicial (VI) no se limite al enfermo de forma aislada, sino que se incluya a la familia, agentes de cuidados dependientes, cuidadores informales o como queramos denominarles.

2. ¿POR QUÉ ES NECESARIO REALIZAR UNA VI?

Qué nos va a aportar a nosotros como profesionales de Enfermería, al enfermo y a la familia el realizar una valoración inicial. Hemos de tener en cuenta que valoraciones iniciales se realizan en todas las Unidades de Enfermería, empleando un modelo u otro, más o menos completas, con un sistema de registro u otro, etc., pero qué rendimiento se obtiene de estas valoraciones. Consideramos que es mínimo, que en la mayoría de los casos queda limitado a tener una serie de datos en un registro, que probablemente casi nadie vuelva a leer una vez cumplimentado. Una valoración correctamente planteada y realizada debería aportar una serie de ventajas:

1. Unifica criterios profesionales, en el sentido que permite trabajar a todos los miembros del equipo según un modelo común, con terminología, metodología, etc., común.
2. Sistematiza la práctica profesional reduciendo esfuerzos y costes.
3. Brinda autonomía profesional.
4. Mejora sensiblemente la calidad de los cuidados que se prestan.
5. Permite la evaluación, por lo que interviene de forma directa en el control de la calidad asistencial.
6. Facilita la investigación enfermera.

Este sería el rendimiento esperable en una VI; sin embargo, no se corresponde con la práctica clínica habitual. Por qué ocurre esto. Básicamente creemos que porque se contempla la VI de forma aislada, sin incluirla en el Proceso de Atención de Enfermería como la primera de sus fases:

- A) Valoración inicial.
- B) Diagnósticos enfermeros.
- C) Planificación de cuidados, planes estandarizados.
- D) Ejecución de los planes.
- E) Evaluación del proceso.

Para obtener un resultado y rendimiento óptimo de la VI hemos de considerarla como la primera fase del PAE, consistente en la recogida sistemática y organizada de información que concierne a la persona, familia y entorno, tal como la definió Carpenito.

3. ¿QUÉ REQUISITOS PREVIOS SON NECESARIOS PARA REALIZAR UNA VALORACIÓN?

Para poder realizar correctamente una VI es necesario que el profesional de Enfermería reúna una serie de cualidades, unos requisitos previos y que utilice una metodología de evaluación correcta.

a) Características previas del profesional:

- Convicciones profesionales.
- Conocimientos profesionales.
- Habilidades.
- Capacidad de comunicación.
- Observación sistemática.

Las convicciones profesionales conforman la actitud y las motivaciones, lo que piensa, siente y cree el profesional sobre la Enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc., se considera constante a lo largo de todo el proceso.

Por conocimientos profesionales entendemos una base sólida que nos permita realizar una valoración integral del estado de salud del individuo, la familia y el entorno. Hemos de tener en cuenta que durante la VI sólo vamos a recibir la información que seamos capaces de obtener de forma directa, mediante preguntas, e indirecta, mediante la observación. Sólo teniendo buenos conocimientos profesionales obtendremos la información adecuada.

Un factor importante, que no debemos olvidar, es que durante la VI no sólo vamos a recibir información, también tendremos que proporcionarla. Debemos responder a las cuestiones que nos planteen tanto el enfermo como la familia. El papel que desempeñan los conocimientos profesionales en este intercambio de información es fundamental. Si con cualquier enfermo es importante la información que proporcionemos, en el caso de enfermos terminales esta información adquiere mayor protagonismo. Si este proceso de intercambio de información se desarrolla adecuadamente, conseguiremos en gran medida disminuir los niveles de ansiedad de la unidad familiar.

Las habilidades de valoración se adquieren mediante el empleo sistemático de procedimientos y métodos que hacen posible la obtención de información.

La capacidad de comunicación implica conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje. Nos gustaría resaltar que no se aprende la teoría de la comunicación de forma espontánea. La única manera efectiva de conocer los procedimientos de comunicación pasa por incluir en las Unidades de Enfermería planes específicos de formación en este sentido. El manejo de la información con este tipo de enfermo es fundamental. Se debe evitar a toda costa el empleo del método del ensayo y error para aprender a comunicarnos con enfermos terminales.

Para la observación sistemática es fundamental el empleo de formularios, guías, escalas de valoración del dolor, de riesgo de UPP, de disnea, etc., que identifiquen objetivamente los tipos específicos de datos que debemos recoger.

Si el profesional de Enfermería reúne estos requisitos a la hora de realizar la VI, conseguiremos lo que se ha definido como actitud terapéutica. Si en los primeros contactos con la unidad familiar manejamos correctamente la información, tanto a la hora de recibirla como de proporcionarla, este primer contacto será un arma terapéutica en sí misma. De esta forma conseguiremos disminuir los niveles de ansiedad y fomentar la cooperación de los miembros de la unidad familiar. Si a esta actitud terapéutica añadimos un entorno terapéutico, entendiendo por éste el acomodar a la familia correctamente, sin manifestar prisas, etc., habremos dado el primer paso en nuestra relación con la familia.

En definitiva, se trata de evitar la impresión que recibió una amiga de Virginia Henderson al hacer uso del sistema de salud, que ella relataba así:

«Cuando entré en el hospital tuve la impresión de estar en una sociedad secreta de la que desconocía su contraseña».

Hemos querido reflejar esta pequeña anécdota para intentar explicar de forma más gráfica los conceptos de actitud y entorno terapéuticos.

b) Metodología de valoración.

Es necesario que la VI siga un orden en la recogida de información, que se trabaje con un método, que en la práctica se traduzca en no olvidar nada, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible. La sistemática a seguir puede basarse en diversos criterios:

1. *Orden de cabeza a pies.* Sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo, comenzando por el aspecto general desde la cabeza a las extremidades, dejando para el final la espalda.
2. *Por sistemas y aparatos.* Se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema y aparato de forma independiente. Se comienza por las zonas más afectadas.
3. *Por patrones funcionales de salud.* Permite la recogida ordenada de datos para centrarnos en áreas funcionales concretas. Es la empleada por la NANDA y fue desarrollada por Maryori Gordon en 1987. Estableció 11 patrones o categorías en el marco de un sistema holístico humanista de salud. Mediante ellos se obtienen los datos necesarios para la identificación de problemas, se formulan diagnósticos y complicaciones potenciales.

Hemos de señalar que la valoración por patrones funcionales de salud hay que completarla con un examen físico.

Teniendo en cuenta que se puede emplear la metodología que se prefiera, nosotros nos decantamos por la valoración por patrones funcionales, al tratarse de un método netamente enfermero y llevar asociados los diagnósticos de Enfermería correspondientes a cada patrón. Esto implica una mayor facilidad de seguir con las siguientes etapas del PAE.

Los patrones funcionales de salud establecidos por Gordon son:

1. Percepción y mantenimiento de la salud.

2. Nutricional y metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad/ejercicio.
5. Percepción sensorial. Comunicación.
6. Descanso y sueño.
7. Tolerancia al estrés.
8. Autopercepción.
9. Sexualidad.
10. Rol y relaciones.
11. Valores y creencias.

¿Se puede desarrollar un modelo y una hoja de registro que incluya una valoración completa, contemplando todos los patrones más un examen físico y que sea aplicable a cualquier tipo de enfermo en cualquier situación? No. Eso significaría elaborar un documento mastodóntico que requeriría demasiado tiempo para su cumplimentación y donde se recogería información que no tendría utilidad. Pocas cosas tienen en común un enfermo urológico terminal y alguien que acude a un centro hospitalario a intervenir de cataratas, por ejemplo. La información que necesitamos de uno u otro es distinto, por lo que el desarrollo y los contenidos de la hoja de valoración deben también ser distintos.

Para realizar la VI emplearemos:

1. Entrevista clínica.
2. Observación sistemática.
3. Examen físico.

De la entrevista clínica no debe tenerse una visión simplista, equiparando la entrevista con una mera recogida de datos; es eso y mucho más. En la entrevista no sólo se buscan datos, se busca información, lo que significa que pretendemos recoger un conjunto de datos en un contexto determinado. La entrevista es un proceso con una finalidad específica (facilitar la relación enfermera-paciente, obtener información e informar al paciente) y además posee una estructura propia (inicio, cuerpo y cierre). Durante la entrevista vamos a emplear técnicas verbales y no verbales para obtener la información:

Verbales:

- Interrogatorio. Permite obtener información, aclarar respuestas, verificar datos, etc.
- Reformulación o reflexión. Consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente para profundizar en la información.
- Frases adicionales. Estimulan la continuidad del proceso verbal.

No verbales:

Aumentan la efectividad de la comunicación en el desarrollo de la entrevista (expresiones faciales, posición corporal, gestos, contacto físico, forma de hablar, etcétera).

La observación sistemática incluye al paciente, entorno y cualquier otra fuente significativa de información.

El examen físico incluye la inspección, palpación, percusión y auscultamiento.

4. ¿CUÁNDO DEBEMOS REALIZAR LA VALORACIÓN INICIAL?

Para responder esta pregunta hay tantas respuestas como queramos (en las primeras 24 horas, en el turno de mañana, en el momento del ingreso, etc.). La opinión nuestra es

que la VI debe realizarse en el momento del ingreso del enfermo en la unidad, porque de esta forma:

- a) Evitaremos medidas agresivas al conocer el motivo de ingreso y la situación concreta del proceso.
- b) No cometeremos errores de información, como la familia solicitará información. Hemos de respetar su voluntad en lo referente a la información, fundamentalmente en lo que se refiere al motivo de ingreso que proporcionemos sobre el proceso. Debemos conocer las distintas formas de afrontar la coetilla de terminal, según el modelo de comportamiento americano (donde el enfermo conoce el diagnóstico y el pronóstico) o según el modelo de comportamiento europeo (donde el enfermo desconoce el diagnóstico y el alcance del mismo).
- c) Responderemos a las expectativas del enfermo y la familia. Creando lo que hemos definido antes como actitud terapéutica.
- d) Priorizaremos los cuidados en base a nuestros conocimientos, pero también en base a lo que demanden el enfermo y la familia.

5. ¿CÓMO SE DEBE ESTRUCTURAR LA VALORACIÓN?

La estructuración de la información que se recibe en la valoración dependerá del modelo utilizado en cada centro asistencial, pero todos deben incluir:

- a) Datos de identificación. Datos habituales de filiación.
- b) Datos culturales y socioeconómicos.
- c) Historia de salud (diagnóstico médicos problemas de salud, resultados de pruebas diagnósticas, tratamientos, etc.).
- d) Valoración física.

Además, en nuestro caso, que hemos optado por la valoración por patrones funcionales, deberemos incluir éstos.

Es importante señalar que todo el proceso ha de simplificarse lo máximo posible, obteniendo el mejor resultado en el tiempo disponible. Para ello es necesario la elaboración de una hoja registro, que debe ser consensuada entre los profesionales de la unidad, ya que si se impone probablemente tenga poca utilidad.

Además de la hoja de registro debemos acostumbrarnos al empleo de escalas (de medición del dolor tipo analógica visual, de valoración de riesgo de UPP tipo Braden, tipo Norton, de valoración funcional de la disnea, etc.). Son todas escalas comúnmente aceptadas que nos permiten cuantificar datos que de otra forma habría que expresarlos como opiniones subjetivas del evaluador.

6. CONCLUSIONES

1. La valoración inicial hay que realizarla a la unidad familiar.
2. Debe contemplarse y desarrollarse dentro del PAE.
3. El profesional de Enfermería debe estar correctamente formado para realizar la valoración inicial.
4. Se debe emplear una metodología y una sistemática de valoración.
5. Debe realizarse en el momento del ingreso en la unidad hospitalaria.
6. Se debe elaborar una hoja de registro consensuada entre todo el personal, lo más simplificada posible.



XXIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA (UROLOGÍA, ANDROLOGÍA E INCONTINENCIA URINARIA)



Valencia, 29, 30 y 31 de octubre de 2001

Programa

Día 29 de octubre

- 10:00 h a 12:00 h.-** Entrega de documentación.
12:00 h a 12:30 h.- Presentación y acto inaugural.
12:30 h a 13:00 h.- Conferencia inaugural.
13:00 h a 13:45 h.- 1ª Ponencia: «Estado actual de la investigación y formación de la Enfermería».
13:45 h a 14:30 h.- Comunicación a la ponencia y coloquio.
14:30 h a 15:00 h.- Presentación de la página Web de la AEEU.
15:00 h.- Almuerzo de trabajo.
16:30 h a 17:15 h.- 2ª Ponencia: «Protocolos e investigación en la Enfermería Urológica».
17:15 h a 18:15 h.- Comunicaciones a la ponencia y coloquio.
18:15 h a 18:45 h.- Coffe-Break.
18:45 h a 19:30 h.- Mesa redonda: «Atención Primaria y formación urológica».
20:00 h.- Cóctel de bienvenida.

Día 30 de octubre

- 9:00 h a 9:45 h.-** 3ª Ponencia: «Casos clínicos en Enfermería Urológica».
9:45 h a 11:00 h.- Comunicaciones a la ponencia y coloquio.
11:00 h a 11:30 h.- Coffe-Break.
11:30 h a 12:15 h.- 4ª Ponencia: «Psicosexualidad y procedimientos enfermeros».
12:15 h a 13:15 h.- Comunicaciones a la ponencia y coloquio.
13:15 h a 14:15 h.- Presentación y defensa de pósters.
14:30 h.- Almuerzo de trabajo.
16:30 h a 18:00 h.- Comunicaciones libres.
19:00 h.- Desplazamiento y visita a la «Ciudad de las Artes y las Ciencias, Museo Príncipe Felipe».

Día 31 de octubre

- 9:00 h a 9:45 h.-** Mesa redonda: «Innovaciones tecnológicas en la Enfermería Urológica».
9:45 h a 10:45 h.- Comunicaciones a la mesa redonda.
10:45 h a 11:15 h.- Coffe-Break.
11:15 h a 12:00 h.- 5ª Ponencia: «Las especialidades en Enfermería y su desarrollo. Visión de futuro».
12:00 h a 13:00 h.- Comunicaciones a la ponencia y coloquio.
13:00 h a 13:30 h.- Presentación del XXIV Congreso Nacional.
13:30 h.- Acto de clausura.
14:00 h.- Almuerzo de trabajo.
16:30 h.- Asamblea general de la AEEU.
21:00 h.- Cena de gala.

Se admiten comunicaciones a las ponencias, mesas redondas y libres, póster y videos

HASTA EL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2001

Cuotas de inscripción y fechas

	Hasta el 15/9/01	Desde
16/9/01		
Socios	40.000 Pts.	45.000 Pts.
No socios	48.000 Pts.	53.000 Pts.
Acompañantes	30.000 Pts.	35.000 Pts.
Estudiantes y enfermera/os en paro	20.000 Pts.	25.000 Pts.
Sólo actos científicos	25.000 Pts.	30.000 Pts.

Forma de pago:

El importe total de la cuota de inscripción puede efectuarlo mediante:

- Cheque nominal, a favor de: XXIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Urología.
- Transferencia a la cuenta corriente de la CAM (Caja de Ahorros del Mediterráneo) nº: 2090 2802 41 0041050181

Reserva de alojamiento

Hotel	Habitación doble	Habitación individual
Meliá Valencia Palace*****	18.600 Pts.	17.000 Pts.

Incluyendo alojamiento y desayuno.

La cancelación de habitaciones tendrá una penalización, según la fecha en la que se produzca y de acuerdo a la política del grupo Meliá.

Forma de pago:

- Transferencia a la cuenta del Banco Popular nº: 00750091320700658841.

Consultas:

- Srta. Carmen Gracia. Tfno. 963375037. Fax. 963375532
E-mail. comercial.valencia.palace@solmelia.com

Secretaría Técnica y Científica

gdr eventos de Enfermería
 Teléfono: 686106949. Fax: 963673237 (A/A AC 6096).
 E-mail: gdr@eresmas.net
 A. Correos: 6096, 46011 Valencia.

**Seguridad
al primer toque**



ConSecura® Flexible

sistema de dos piezas

con cierre automático **AutoLock®**



Colostomías

35 mm
45 mm
57 mm
70 mm



Ileostomías

35 mm
45 mm
57 mm
70 mm*



Urostomías

35 mm
45 mm
57 mm
70 mm*

El único con **Protector Stomahesive®** de triple acción: Protege, fija y favorece la regeneración.



* No reembolsable

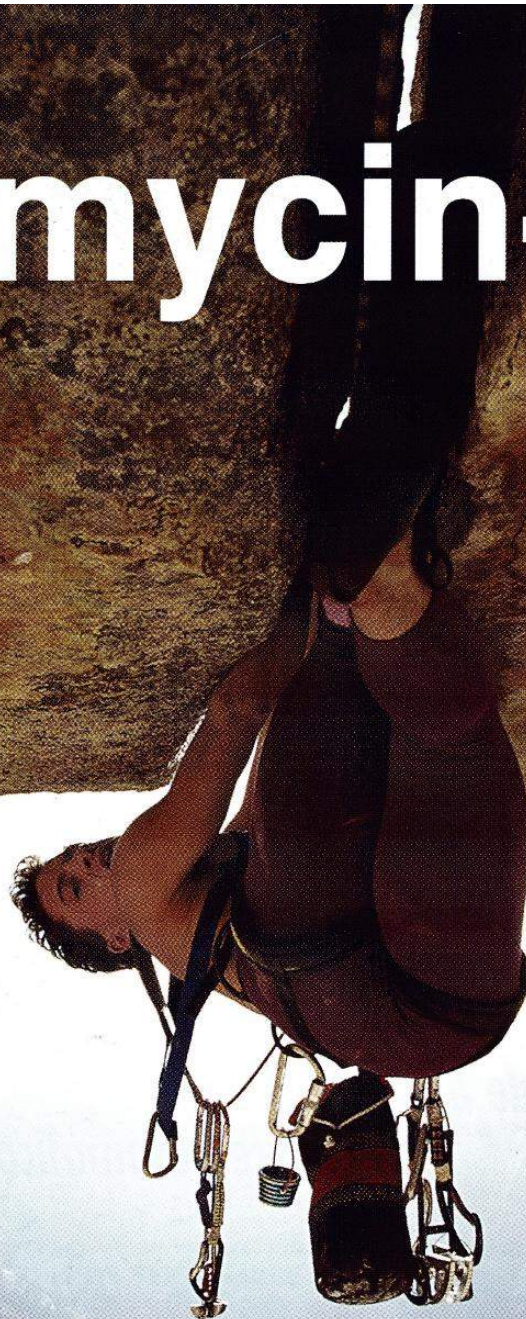
Ahora todavía más protección
NUEVOS apósitos ConSecura® Plus



ConvaTec
Grupo Bristol-Myers Squibb

Constitución, 1, 3º - 08960 Sant Just Desvern - Barcelona - España

Mitomycin-C




INIBSA
LABORATORIOS

Ctra. Sabadell a Granollers, Km. 14,5 - 08185 Lliçà de Vall (Barcelona)
Teléfono: 93 860 95 00 - Fax: 93 843 96 95 - <http://www.inibsa.com> - e-mail: info@inibsa.com

Licencia:



KYOWA HAKKO KOGYO CO., LTD.

MT-01.001