

SANDRA ANENTO NOLLA; M^ª TERESA ESCODA PELLISA; ROCÍO VIÑUELA LÓPEZ IMMACULADA MENASANCH MARTÍ, RAQUEL FRANCH LLASAT, ASUNCIÓN PONS PRATS; LLUÏSA BRULL GISBERT ; CINTA MARSÀ FADURDO

Proceso de atención de enfermería a un paciente con derivación urinaria: cistectomía radical

Palabras clave: Proceso de atención de enfermería - Cistectomía radical

INTRODUCCIÓN

El servicio de Urología de nuestro Hospital Verge de la Cinta de Tortosa, atiende las urgencias y las intervenciones programadas de las comarcas del Baix Ebre, Montsià y la Terra Alta.

Nuestro equipo consta de cinco urólogos, 11 enfermeras, 8 auxiliares, 1 zelador y una supervisora.

Como novedad en nuestra unidad en este año 2006, se han empezado a practicar intervenciones quirúrgicas de derivaciones urinarias tipo Bricker mediante la intervención de la Cistectomía Radical (dependiendo del diagnóstico inicial de cada paciente).

La Ureterostomía cutánea es cuando se exterioriza uno o ambos uréteres en la parte inferior del abdomen.

La derivación tipo Bricker es cuando se extirpa la vejiga (cistectomía) y se sustituye por una porción de intestino delgado (íleon) al cual se unen los 2 uréteres. El extremo de la porción de intestino es lo que se aboca al exterior, formando el estoma. Este estoma, además de evacuar orina también evacuará mucosidad como resultado de la secreción del tramo del intestino (íleon) utilizado.

Durante el mes de febrero de 2006 se realizó la primera intervención quirúrgica de estas características a un paciente varón, de 79 años de edad

El diagnóstico inicial fue de Tumoración vesical infiltrante, al cual en noviembre de 2005 se le realizó una Resección Transuretral (RTU), y tras el estudio de la extensión anatómopatológico que fue negativo y se hizo una sesión uro-oncológica, se decidió practicarle una Cirugía radical + derivación urinaria tipo Bricker + linfadenectomía.

Nuestra unidad, al presentarse el primer caso de este tipo de intervenciones, se pone en marcha y decidimos hacer un plan de curas y cuidados estandarizado, y a partir de aquí presentamos este trabajo del Proceso de atención de enfermería a este paciente.

OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación y mejorar así la práctica interdisciplinaria.

- Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente.
- Disponer de un plan de cuidados estándar para poder hacer el seguimiento de los cuidados y la evaluación del proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro hospital utiliza el marco conceptual de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson, y para el desarrollo de este proceso de atención de enfermería (PAE) hemos seguido también la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

Hemos recogido la información del propio paciente y familia, realizando el protocolo de acogida y los datos de la Historia clínica, y siguiendo la evolución del paciente durante su hospitalización.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

Perfil del paciente

- Paciente de 79 años de edad, viudo, que vive solo.
- Tiene un hijo casado y 2 nietos.
- Es Agricultor, que actualmente está jubilado.
- Tiene como antecedentes personales Hipertensión arterial.
- No alergias farmacológicas conocidas.
- La medicación que toma habitualmente en casa es: EnalaprilÆ 10mg c/24h por la mañana en el desayuno.
- Ingresa a la nuestra unidad el día 13-2-2006 programado para ser operado el 15-2-2006 de Cistoprostatectomía radical + Derivación urinaria tipo Bricker como consecuencia de una tumoración vesical infiltrante (ureteroileostomía).

Día -2: 13-2-2006

Ingresa de forma programada en nuestra unidad, por la tarde, para preparación intestinal.

Se le realiza el protocolo de acogida y recogida de sus datos personales.

Se le pone la pulsera de identificación y se le hace una radiografía de control.

El urólogo informa al paciente de todo el proceso (aunque

ya se le había explicado en la consulta externa de urología y había aceptado la intervención y firmado el consentimiento).

Le damos una dieta sin residuos según el protocolo preoperatorio.

Día -1: 14-2-2006

Ya iniciamos Educación sanitaria por parte médica y de Enfermería del proceso.

Junto con el paciente, médicos y enfermeras se marca con un rotulador la zona a practicar el estoma, según protocolo.

Empezamos el protocolo de preparación intestinal, profilaxis antibiótica y tromboembólica para la intervención programada de mañana.

- Ranitidina 300mg VO a la cena
- Loracepam 1 mg VO a las 23h.
- Profilaxis antibiótica:
- neomicina 1g VO 13h-18h-23h
- eritromicina 1g VO 13h-18h-23h
- Preparación intestinal:
- Solución BohmÆ 14 sobres: 1 sobre cada 30' con 200cc de agua. Se empieza a la 16h.
- Hoy dieta líquida sin residuos, y dieta absoluta a partir de la 24h.
- Profilaxis tromboembólica:
- HBPM 2500 u.i. s/c 20h

Extracción de sangre para la reserva de 2 concentrados de hemáties y control analítico.

La solución Bohm es efectiva, siendo las deposiciones líquidas, la última registrada a las 8h del día 15-2-2006.

Día 0: 15-2-2006. Día de la intervención quirúrgica.

PREOPERATORIO

■ **7 h.** Se prepara para ir a quirófano:

- Ducha con antiséptico
- Realizado protocolo preparación de la piel: rasurado zona a intervenir, aplicación de antiséptico y talla estéril.
- Retirada de prótesis dental
- Colocación de vía venosa brazo izquierdo y comprobada su permeabilidad. Puesto suero fisiológico de mantenimiento.
- Profilaxis antibiótica:
- Gentamicina 240 mg e/v media hora antes de la IQ: 8h.
- Metronidazol 500 mg e/v media hora antes de la IQ: 8h.
- Constantes vitales: T.A.: 140/85 y F.C.: 70x'. Tª: 36'5°C.

■ **8 h 15'.** Sube a quirófano.

INTRAOPERATORIO

Atención de enfermería en el área quirúrgica:

Identificación y preparación correcta del paciente.

Se monitoriza al paciente 8 h 20': TA:163/95 y FC:64x', Saturación de Oxígeno 95%. Se le coloca catéter peridural . Tipo de anestesia: combinada (general + locoregional).

Soporte continuado durante la intervención quirúrgica.

Colocación durante la intervención de sonda vesical foley nº16 (realizado por el urólogo dicho sondaje), Sonda nasogástrica y Drenaje de la herida.

Herida quirúrgica localizada en la zona laparotomía media. Apósito limpio..

Estoma: ureterostomía. De él salen 2 catéteres ureterales procedentes de cada uréter.

Colaboración en la colocación de catéter venoso central vía subclavia izquierda.

POSTOPERATORIO EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN
Soporte y acompañamiento durante el traslado del paciente a la unidad de reanimación post-anestésica, a las 14h45'.

En reanimación se pone analgesia por catéter epidural con elastómero con 190 ml de suero fisiológico + 50 ml Bupivacaína 0'5% + 10ml Fentanest a 2mg.

También se le pone Ondasentron e/v por mareo que cede.

Se le realiza analítica de control y Rx portátil para comprobación vía central, la cual se retira 1'5cm.

POSTOPERATORIO EN LA UNIDAD DE UROLOGÍA

El paciente llega a nuestra planta a las 18h 45'. Se le hace valoración completa: Está consciente y orientado.

T.A.:120/70 y F.C.: 70 x'. Saturación de oxígeno con gafas nasales a 97%. No refiere dolor. Apósito Herida quirúrgica un poco manchado. Se rotula para comprobar que no vaya a más.

Tiene sensibilidad y movilidad extremidades inferiores.

Estoma con buena coloración.

Lleva:

- Bolsa colectora de ureteroileostomía con 300 cc de orina clara.
 - drenaje poco activo, con indicios de contenido hemático
 - SNG a bolsa por declive inactiva.
 - Vía central
 - Catéter venoso central con suero. Conectamos bomba de perfusión para regular el ritmo de infusión.
 - Catéter epidural con analgesia en bomba.
 - Oxígeno con Gafas nasales a 3 litros hasta la noche.
- TRATAMIENTO MÉDICO**
- Suero Glucosado 1000ml c/24 h í 12h y 24 h

TABLA DE CONSTANTES:														
Hora	14'45	15	15'15	15'30	15'40	15'45	16	Hora	16'30	17	17'30	18	18'30	18'40
Sat.O2	99%	100	100	100	98	100	100	Sat.O2	98	97	99	96	97	97
F.C.	53 x'	52	50	51	56	57	54	F.C.	66	65	71	70	69	69
T.A.	127/63	135/68	133/69	142/74	130/71	135/72	143/72	T.A.	122/69	146/71	146/67	145/65	118/74	120/76
Conciencia	Despierto=I	=I	I	I	I	I	I	Conciencia	I	I	I	I	I	I
Dolor	Nul=0	0	0	0	0	0	0	Dolor	0	0	0	0	0	0
Apósito	Limpio	=	=	=	=	=	=	Apósito	Gasa un poco manchada	=	=	=	Gasa un poco más manchada	Gasa un poco más manchada
Drenaje	indicios	=	=	=	=	=	=	Drenaje	20 cc	22	22	22	25	25 cc
Diuresis	50cc	50cc	100cc	100cc	100	100	100	Diuresis	150	150	200	200	250	300 cc
SNG a bolsa	0	0	0	0	0	0	0	SNG a bolsa	0	0	0	0	0	0

Alta de Reanimación a planta a las 18h 40'

- Suero Fisiológico 2000ml c/24 h í 6h-12h-18h y 24 h
- Nolotil cada 8h e/v si dolor.
- Ác.Amoxi-clavulámico 1g e/v cada 8h: 8-16-24h
- Adalat 10 mg s/l si TA>170/90
- Ranitidina 50 mg e/v cada 8h: 8-16-24 h
- HBPM 2500 ui s/c cada 24h: a la 20 h
- Dieta Absoluta hasta nueva orden.
- Diuresis y constantes cada turno.

Por la noche refiere molestias gástricas y sensación de acidez. Aspiramos por SNG jugos gástricos con jeringa, contenido verde oscuro, y luego descansa.

Mantiene constantes normales. Afebril. Precisa analgesia por dolor (nolotil) que es efectiva.

Diuresis durante toda la noche de 800 cc de orina color rosada.

Día 1: 16-2-2006

El paciente pasa el día tranquilo, con dolor controlado con la analgesia prescrita, además se le añade Paracetamol 1g e/v c/8h si precisa y Loracepam 1mg s/l por la noche.

Presenta ruidos intestinales. Continúa con dieta absoluta.

Realizamos la valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

PLAN DE CUIDADOS

A partir de la recogida de datos con las 14 necesidades de Virginia Henderson, detectamos los siguientes diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración.

D.E.: Riesgo de Ansiedad relacionado con la pérdida de la integridad física y alteración de los hábitos de eliminación, y con el déficit de conocimientos sobre el proceso quirúrgico y la hospitalización.

OBJETIVO: El paciente ha de expresar que le ha disminuido la ansiedad.

ACTIVIDADES:

- Aplicar el protocolo de acogida
- Aclarar todas las dudas que tenga el paciente o la familia sobre su proceso quirúrgico y permitirlos que expresen sus preocupaciones
- Informar al paciente de las técnicas y cuidados a realizar
- Transmitir empatía para promover la verbalización de las dudas, miedos y preocupaciones
- Aplicar el protocolo preoperatorio: dieta sin residuos, hidratación, preparación intestinal, educación sanitaria previa a la IQ (explicar procedimientos, aspecto que tendrá el estoma, enseñarle la bolsa, marcar el punto donde la llevará ,etc.)
- Procurar un ambiente cómodo, tranquilo y seguro

D.E.: Déficit parcial de autocuidado relacionado con la inmovilidad secundaria al postoperatorio

OBJETIVO: El paciente ha de mantener cubiertas las necesidades básicas

ACTIVIDADES:

- Ayudar en todas las actividades que requiera y hacer que participe en la medida que lo pueda hacer
- Dejarle el timbre a mano

- Implicar a la familia en los cuidados

PC.: Riesgo de hemorragia

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Vigilar signos y síntomas de hemorragia: palidez cutánea, hipotensión, taquicardia, etc.
- Vigilar la actividad del drenaje , cantidad y características
- Valorar constantes: FR, FC, TA, Tª y PVC cada turno
- Valorar coloración de piel y mucosas

PC: Riesgo de T.E.P.

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Vigilar signos y síntomas: dolor torácico agudo, disnea, taquicardia, hemoptisis, taquipnea, dispepsia, malestar general, etc.
- Administrar profilaxis tromboembólica pautaada
- Enseñarle a hacer movilizaciones de las extremidades, ejercicios activos y pasivos
- Fomentar el aumento de la actividad según prescripción
- Sedestación precoz según prescripción

PC: Riesgo de íleo paralítico

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Vigilar signos y síntomas: náuseas, vómitos, malestar general, etc .
- Valorar la distensión abdominal
- Valorar la presencia de peristaltismo
- Instaurar SNG (puesta ya en quirófano) hasta órdenes médicas

PC: Riesgo de peritonitis secundaria al proceso quirúrgico

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Valorar signos y síntomas de peritonitis:
 - dolor abdominal intenso
 - distensión abdominal
 - rigidez muscular
 - náuseas y vómitos
 - fiebre
 - íleo paralítico
- Controlar las constantes: FR, FC, TA y Tª cada turno

PC: Alteración de la eliminación urinaria relacionada con la derivación quirúrgica

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Controlar la permeabilidad de los catéteres y la sonda de urostomía
- Vigilar y controlar:
 - Volumen de orina, aspecto y color.

- Valorar las características de las secreciones mucosas del estoma
- Valorar hematuria

PC: Riesgo de Sepsis

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Controlar las constantes vitales: FR, FC, TA y T^a
- Aplicar medidas de asepsia siempre al manipular los sistemas de drenaje (sonda, catéteres, etc)
- Aplicar medidas de asepsia al curar la herida
- Aplicar medidas de asepsia al manipular el catéter venoso central

PC: Riesgo de dolor

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Valorar signos y síntomas de dolor: expresiones verbales y no verbales, postura que adopta la persona, expresión facial, taquicardia, hipertensión arterial, etc.
- Valorar las características, localización, intensidad, naturaleza y la duración del dolor
- Administrar la analgesia pautada
- Valorar y anotar la eficacia de la analgesia administrada

PC: Riesgo de infección de la herida quirúrgica

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Valorar signos y síntomas: fiebre, enrojecimiento de la herida, supuración, calor a la herida, dolor, etc.
- Curar la herida cada día con las máximas condiciones de asepsia según el protocolo
- Administrar los antibióticos pautados

P.C.: Riesgo de neumonía / atelectasia

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas: disnea, fiebre, etc.
- Controlar las constantes vitales cada turno
- Enseñarle a hacer respiraciones profundas
- Estimularle la tos

PC: Riesgo de insuficiencia respiratoria secundaria a la intubación

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Controlar las constantes, Frecuencia respiratoria
- Controlar la coloración de piel y mucosas
- Enseñarle a utilizar técnicas de respiración profunda (inspiración-espironación forzada) como el espirómetro, el pick-flow, etc.
- Explicar la importancia de la expectoración de las secreciones
- Si es necesario aportar O₂ según prescripción

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**1. Necesidad de respirar**

El paciente presenta una respiración normal, a 18 respiraciones por minuto, eupneica, rítmica y sin esfuerzos.

En el momento de la valoración lleva oxígeno con gafas nasales por protocolo. Mantiene una saturación del 97%.

Estado de piel y mucosa normal. No palidez ni cianosis.

2. Necesidad de comer y beber

A su ingreso tiene un peso de 80 KG y una altura de 1'79m.

Habitualmente sigue una dieta hiposódica por su hipertensión arterial, y no presenta problemas de masticación, deglución, ni digestión.

Lleva prótesis dental.

Refiere beber la suficiente agua/líquidos al día como para no tener sed y estar bien hidratado. En el momento de la valoración el Sr. A.M.V. está en dieta absoluta. Lleva puesta una sonda nasogástrica en decubi a bolsa. El día de la intervención precisa lavado por la SNG por presentar acidez y molestias gástricas, al cual se le saca contenido biliar.

3. Necesidad de eliminar

El paciente nos comenta que antes de ser operado presentaba episodios de hematuria con coágulos. Solía tener una frecuencia de 6-7 veces al día. En cuanto a la eliminación fecal no presentaba ninguna dificultad.

En el momento de la valoración el paciente es portador de una derivación urinaria tipo bricker a causa de la intervención quirúrgica que le acaban de practicar. Del estoma salen 2 catéteres uno de cada uréter, que son permeables y con la orina clara.

El día de la valoración no ha hecho deposición.

4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

En su vida diaria el Sr. A.M.V. es totalmente independiente y no precisa ninguna ayuda para su marcha, estabilidad y movilidad.

En el momento de la valoración permanece en reposo en cama.

Sus constantes vitales son: TA 160/86 y FC 74 x'

5. Necesidad de dormir y descansar

Habitualmente duerme unas 6-7 horas por la noche y suele hacer una siesta de casi una hora. No precisa de medicación para dormir.

En la valoración nos comenta haber dormido bien, a ratos, pero considera que es normal debido a los «nervios» y dolores propios de la intervención.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse

El paciente comenta no tener ningún problema en esta necesidad.

En el momento de la valoración necesita ayuda parcial para vestirse y desvestirse debido al

PC: Riesgo de Alteración de la nutrición por defecto relacionado con la pérdida del apetito y con su proceso quirúrgico

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Dieta absoluta en el posoperatorio inmediato y hasta nueva orden
- Instaurar SNG (puesta ya en quirófano) hasta orden médica
- Instaurar alimentación enteral por SNG o parenteral según prescripción médica
- Iniciar líquidos según tolerancia y dieta progresiva, según prescripción médica

D.E.: Alteración de la integridad cutánea relacionada con la presencia del estoma

OBJETIVO: Mantener en buen estado la integridad de la piel y del estoma

reposo y a la presencia de aparatos restrictivos (vía central, urostomía y catéteres ureterales conectados a bolsa, herida, SNG, etc.)

7. Necesidad de mantener una Temperatura corporal adecuada

Nos comenta no ser ni muy caluroso ni friolero.

En la valoración presenta una temperatura corporal de 36'8°C.

8. Necesidad de estar limpio y aseado y proteger los tegumentos

El Sr. A.M.V. dice que suele ducharse cada 3-4 días dependiendo de la estación del año y de la actividad, pero que se lava parcialmente todos los días.

Observamos un estado de piel y mucosas adecuado, limpio y aseado, bien hidratada.

Tiene una herida quirúrgica abdominal, con buen aspecto.

Necesita ayuda parcial para vestirse y desvestirse debido al reposo y a la presencia de aparatos restrictivos (vía central, urostomía y catéteres ureterales conectados a bolsa, herida, SNG, etc.)

9. Necesidad de evitar peligros

No tiene alergias medicamentosas. Se mantiene consciente y orientado.

Es portador de aparatos restrictivos tales como: vía central, urostomía y catéteres ureterales conectados a bolsa, herida, SNG, etc.

10. Necesidad de comunicarse

Se muestra en todo momento comunicativo y colaborador.

Su idioma habitual es el catalán.

Expresión no verbal adecuada.

11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Nos comenta que es católico no practicante.

En cuanto a su situación actual de salud, la acepta.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse

Está jubilado. Era agricultor.

13. Necesidad de divertirse

Le gusta pasar ratos con sus nietos, e ir al huerto a recoger frutas y verduras.

En el hospital le gustan las visitas.

14. Necesidad de aprender

Muestra interés por su estado de salud y todo lo que le hacemos nos lo pregunta. Vive sólo y él con la ayuda de su nuera e hijos tendrán que hacer los cuidados del estoma, por eso muestra mucho interés desde su ingreso.

ACTIVIDADES:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de infección: dolor, calor a la zona y aumento de la Tª, enrojecimiento, tumefacción, supuración, etc.
- Higiene del estoma y piel periestomal: limpiar con agua tibia y jabón neutro, con movimientos circulares y secar bien con toallas de papel.
- Valorar color, aspecto del estoma y estado de la piel cada turno.

Complicaciones inmediatas: irritación cutánea, isquemia y necrosis, edema

Complicaciones tardías: infección, retracción o prolapso, estenosis

D.E.: Riesgo de Transtorno de la imagen corporal relacionado con la derivación urinaria

OBJETIVO: El paciente ha de intentar adaptarse al cambio de su imagen

ACTIVIDADES:

- Hacerle una descripción de la apariencia de la herida mientras la curamos
- Valorar si el paciente está preparado para mirarse la herida; si lo está, estimularlo para que se mire el estoma y empiece a convivir con él y a curárselo.
- Favorecer la expresión de sus sentimientos, percepciones sobre la derivación y la repercusión en su vida
- Dar soporte a las manifestaciones para aceptar la nueva situación
- Ayudar a desempeñar estrategias delante de posibles situaciones en la vida social
- Ofrecer contactos con asociaciones de ostomizados

D.E.: Déficit de conocimientos relacionado con la nueva situación de salud, los cuidados al domicilio y los cambios en el estilo de vida

OBJETIVO: El paciente ha de adquirir conocimientos sobre su proceso

ACTIVIDADES:

- Fomentar a que nos haga preguntas y exprese sus dudas sobre la información que se le ha dado
- Enseñarle los signos de alarma o posibles complicaciones: infección, irritación de la piel, dolor, etc.
- Hacer educación sanitaria des del primer día del ingreso al paciente y a su familia sobre:
 - funcionamiento de la derivación
 - limpieza y cura del estoma
 - cambio de placa y bolsa, y cómo vaciar la orina
 - higiene, seguridad y comodidad
 - ingesta hídrica y nutricional adecuada
 - posibles complicaciones
- Darle los trípticos informativos sobre su proceso y cómo llevar a término los cuidados y las actividades de la vida diaria.

PC: Riesgo de infección del punto de inserción del Catéter venoso central (CVC)

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Valorar signos y síntomas: fiebre, enrojecimiento del punto de inserción, supuración, calor a la zona del catéter venoso, dolor, etc.
- Curar y cambiar el apósito del catéter venoso central de manera estéril y según protocolo
- Manipular las conexiones asépticamente
- Cambiar la Nutrición parenteral de forma aséptica según protocolo

D.E.: Riesgo de estreñimiento relacionado con la disminución de la movilidad

OBJETIVO: El paciente ha de recuperar su hábito de eliminación intestinal

- Facilitar laxantes / enemas según órdenes, si no haya ninguna contraindicación

Cuando se instaure la dieta según órdenes:

- Proporcionar una dieta rica en fibra
- Fomentar la ingesta hídrica abundante y de frutas.

- Animar de forma progresiva a la movilidad y la deambulación precoz.

P.C.: Riesgo de descompensación de la tensión arterial 2aria. la HTA

OBJETIVO: Prevención y detección precoz de signos y síntomas

ACTIVIDADES:

- Valorar signos y síntomas: cefalea, mareo, vómitos, etc.
- Toma de constantes vitales cada turno.
- Administrar la medicación antihipertensiva prescrita en caso de HTA, y si es necesario avisar al médico. (Adalat \pm 10 mg S/L si TA >170/90)

SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA

Día 2: 17-2-2006

Estoma con buen aspecto. Diuresis 750cc de orina rosada. Continúa con la perfusión de analgesia del catéter epidural hasta que finalice su contenido. Se cambia la pauta del suero glucosado por glucosalino (1000ml cada 24h).

Se cura herida abdominal, buen aspecto, sin signos ni síntomas de infección. Afebril y constantes normales.

Puede iniciar sedestación, pero se intenta levantar y sentar en la butaca y presenta mareo que cede al acostarlo.

Durante la tarde manifiesta tener náuseas que ceden espontáneamente. Continúa en dieta absoluta.

Por la noche, la orina ya es más clara. La SNG es activa de contenido bilioso-verdoso. Tiene el abdomen un poco distendido. Refiere no expulsar todavía aires.

Drenaje activo: 100cc de contenido hemático

Se termina la perfusión de analgesia del catéter epidural y se retira.

Día 3: 18-2-2006

Continúa estable. Se cura herida quirúrgica, buen aspecto. Se cambia placa del estoma y la bolsa colectora, piel en buen estado, no irritada.

Continúa en dieta absoluta. Se le cambia tratamiento médico: se le aumenta perfusión sueros a 4000 ml de glucosalino con 10 meq-ClK en cada suero por estar bajo de potasio analíticamente.

Dolor controlado con la analgesia pautada.

Hoy se puede levantar, pero dice no querer por si se mareo.

Drenaje un poco más activo: 150cc de contenido hemático

Por la tarde presenta Hipertensión: 184/100 y 68x'. Se le administra Adalat s/l.

Luego TA: 147/85.

Por la noche está nervioso y parece un poco desorientado en espacio y tiempo. Al cabo de la horas vuelve a la normalidad.

Se cambia fijación SNG.

Día 4: 19-2-2006

Continúa estable. Se cura herida quirúrgica, buen aspecto. Estoma, piel en buen estado, no irritada. Ureteroileostomía productiva, orina clara.

Continúa en dieta absoluta. Se le cambia tratamiento médico: se le disminuye perfusión sueros a 3000 ml de glucosalino con 10 meq-ClK en cada suero.

Se le retira el drenaje por orden médica.

Se levanta y permanece sentado en la butaca un buen rato, tanto por la mañana como por la tarde. Tolera muy bien la sedestación.

Tiene el abdomen más blando. Continúa con la SNG productiva.

Hipertenso a las 18 h: 190/99 y 71 x'. Se le administra Adalat s/l.

Luego a las 21h TA: 165/80.

Por la noche se levanta sólo de la cama por episodio de ligera desorientación que cede al hablar con él. Hipertenso 190/120. Se comenta la persistencia con urólogo de guardia. Se le administra Adalat s/l.

Se cambia apósito del punto de inserción del drenaje por supurar líquido sero-hemático. Muy buena diuresis: 5400 cc

Día 5: 20-2-2006

Continúa estable. Se cura herida quirúrgica, buen aspecto. Se cambia placa del estoma y la bolsa colectora, piel en buen estado, no irritada. Se cambia apósito del punto de inserción del drenaje por supurar líquido sero-hemático. Continúa con la perfusión de sueros a 3000 ml de glucosalino con 10 meq-ClK en cada suero.

Continúa en dieta absoluta. Muy buena diuresis: 4000cc

Dolor controlado con la analgesia pautada.

Continúa hipertenso por la noche 175/100 y se le administra Adalat s/l por orden médica.

SNG productiva 300 cc.

Día 6: 21-2-2006

Continúa estable. Se cura herida quirúrgica, buen aspecto. No se destaca el apósito del drenaje por orden médica. Tiene el apósito seco.

Se deja SNG pinzada, y si tolera mañana empezará a beber agua.

Durante todo el día no ha presentado náuseas y por lo tanto ha continuado con la SNG cerrada.

Episodio de hipertensión por la noche 170/107y Se le administra Adalat s/l.

Día 7: 22-2-2006

Continúa estable. Se cura herida quirúrgica, buen aspecto. Se cambia placa del estoma y la bolsa colectora, piel en buen estado, no irritada. Ya no drena más líquido serohemático por el punto de inserción del drenaje.

Está muy animado y no presenta ni náuseas ni vómitos.

Bebe agua y la tolera bien. Se retira SNG.

Prueba con dieta líquida poco a poco que también tolera bien.

Se disminuye la perfusión de sueros a 2000 ml de glucosalino cada 24 h. Resto de tratamiento igual

Continúa hipertenso por la tarde 161/99 y por la noche 175/100 y se le administra Adalat s/l en ambos casos por orden médica.

Sentado durante el día, buena tolerancia. No mareos.

Día 8: 23-2-2006

Bien. Curada herida y estoma, buen aspecto. Se retiran sueros y se deja vía central heparinizada. Muy animado.

Se pasa tratamiento a vía oral: augmentine \pm 500 mg vo c/ 8 h.

Por la tarde se retira el catéter central por orden médica y se cura el punto de inserción.

Sentado y deambula durante el día. Buena tolerancia.

Tensión arterial dentro de la normalidad.

Día 9: 24-2-2006

Se cura la herida y se retiran la mitad de las grapas por orden médica. Se cambia placa del estoma y la bolsa colectora con la presencia de un familiar (su nuera), piel en buen estado, no irritada. Se hace educación sanitaria para la próxima alta, de los cuidados de la piel y el cambio de la placa y bolsa. Parecen entenderlo bien tanto el paciente como su familiar (su nuera).

Por la tarde pasea por el pasillo.

Está muy animado y contento por la próxima alta mañana.

Tensión arterial dentro de la normalidad.

Día 10: 25-2-2006

Se le cura la herida. Por orden médica le dejamos la mitad de grapas, y ya se le retirarán en la consulta externa de urología dentro de cuatro días que le han citado.

La familia junto con su colaboración muy activa, le cambian la bolsa de la urostomía y la placa sin problemas.

El Sr. A.M.V. está muy animado. Constantes normales.

Se le da el alta con informe de enfermería y médico.

RESULTADOS

Se obtuvieron a partir de la evaluación de las actuaciones de enfermería, observando si se habían conseguido los objetivos propuestos, para mejorar los problemas que iban apareciendo a lo largo de la estancia del paciente en nuestra unidad durante todo el proceso postoperatorio hasta el alta.

Sabemos que los resultados ideales serían aquellos en que los objetivos se consiguen en un 100%. Lo importante precisamente de la evaluación, es poder corregir o discutir en un momento concreto una actuación de enfermería, o también del personal médico si es un problema de colaboración.

Como ya hemos expuesto en la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, éstas se fueron cubriendo y satisfaciendo a medida que se iban solucionando los problemas que aparecían durante todo el proceso.

DISCUSIÓN

Los diagnósticos de enfermería nos proporcionan las bases para la obtención de las mejores intervenciones de enfermería, con la finalidad de llegar a unos resultados óptimos de profesionalidad, que es la responsabilidad máxima de enfermería. Podríamos justificar su utilización por razones obvias:

- La primera es la necesidad de un lenguaje común y coherente.
- La segunda es la gran ayuda que esto representa para poder definir el cuerpo de conocimientos de enfermería, y en este caso, de la enfermería urológica.
- La tercera es la gran autonomía profesional que esto nos atorga.

- Y la cuarta, es la continuidad de participación y alto nivel de calidad en los cuidados que recibe el paciente.

En definitiva, podemos decir que la utilización de la taxonomía diagnóstica puede ser una valiosa aportación en el campo de la atención a pacientes del servicio de urología, y puede favorecer la mejora de la práctica enfermera para llegar a unos resultados excelentes y con cuidados de mayor calidad; y lo podemos decir, a partir de trabajar con este método instaurado en nuestro servicio des de 1994, con protocolos estandarizados de cuidados de enfermería a pacientes urológicos, como : cólico nefrítico con i sin catéter, nefrectomía, adenomectomía, resección transuretral, hidrocele, y ahora, en 2006 hemos hecho el de la Derivación Urinaria:

Cistectomía Radical.

Quedan siempre abiertas nuevas vías de investigación referente a los procesos en general.

Por ejemplo, cómo mejorar el protocolo de acogida para que se vean fácilmente reflejadas las necesidades de los pacientes, a simple vista con una primera valoración.

También cómo mejorar las clasificaciones diagnósticas, para que se vean más fáciles de manejar

Estudiar más profundamente cómo planificar y ejecutar los cuidados enfermeros

Y sobre todo, futuros trabajos sobre la evaluación de todo el proceso, cómo mejorarlo. Cómo hacer que realmente el paciente asuma también su rol autónomo como responsable máximo de su salud, y cómo mejorar la coordinación Hospital-Atención Primaria para que esto sea posible; ya que en este paciente en concreto, al que le hemos aplicado un plan de cuidados en el hospital, los cuidados deberían continuar en su domicilio, tanto como por su parte, como por parte de enfermería de atención primaria para continuar su evaluación.

CONCLUSIÓN

El hecho de haber trabajado mediante metodología científica, nos facilitó el seguimiento del paciente, ya que ha habido una unificación de criterios de todo el personal de enfermería de nuestra unidad, y esto nos permitió una mejor calidad asistencial y un aumento del grado de satisfacción de los pacientes y de nosotros, ¡los profesionales de la salud! ▼

BIBLIOGRAFÍA

- M.T. Luis Rodrigo. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. 2ª Edición. Ed. Masson. Barcelona.
- Enriqueta Force Sanmartín, Isabel Oto Caverro. *Enfermería Médico-Quirúrgica. Necesidad de nutrición y eliminación*. Ed. Masson. 2000. Barcelona.
- Protocolos hospitalarios de Enfermería del Hospital Virgen de la Cinta.