

se introdujeron los siguientes diagnósticos:

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

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

Objetivos:

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



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

CONCLUSIONES

1. Los registros de enfermería son fundamentales para la práctica, la evolución y la investigación en estudios posteriores

2. Los diagnósticos de enfermería son necesarios para la creación de un plan de cuidados y para establecer un lenguaje común y unificar criterios.

3. La introducción del sistema informático en la profesión de enfermería facilita la valoración de los cuidados y su continuidad, favoreciendo la consecución de los objetivos marcados en el plan de cuidados. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Patricia W. Iyer «Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente». Nursing Abril 92. Volumen 10 nº 4. Pag 32. Editorial Staff.
- Guerrero Castillo, Juan José «Registros de enfermería: La Historia del paciente» Index enfermería digital 2004 44 - 45. www.neumosurenfermeria.org/aaa/almeria/textos/a
- Temes, JL y cols «Gestión Hospitalaria» 3ª edición. Mc.Graw-Hill Interamericana.

Autores-Coordinadores: MUÑOZ RUBIO, P.L. Y MADRIGAL ORTEGO, E.

Autores-Colaboradores: RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ, F.; CALVO DOMÍNGUEZ, E.; CUADRILLERO RODRÍGUEZ, F.Y FERNÁNDEZ SAMANIEGO, E.

Agradecimientos: F.J. TRUEBA ARGÜIÑARENA Y E. FERNÁNDEZ DEL BUSTO.

ENDOPRÓTESIS URETERALES

Palabras clave: Endoprotesis ureteral, dilatación, modelaje, endoscopia

Key words: Bioprosthesis ureteral, dilation, endoscopy

INTRODUCCIÓN

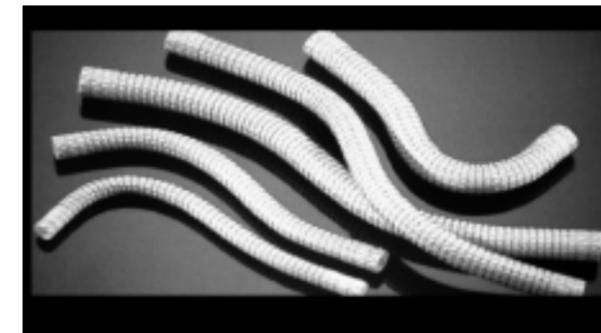
A lo largo de los últimos años se han desarrollado y perfeccionado diferentes técnicas para el tratamiento de las estenosis ureterales, como pueden ser:

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

Existen dos tipos de endoprótesis:

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

Foto 1. Endoprótesis ureterales autoexpandibles recubiertas de PTFE.



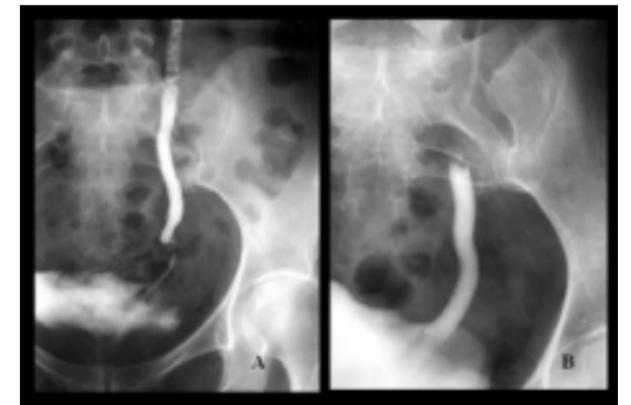
MÉTODOS DE COLOCACIÓN

La vía de abordaje usada para su colocación puede ser:

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

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

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



INDICACIONES TERAPÉUTICAS

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

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

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

COMPLICACIONES GENERALES

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

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

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

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

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

ESTUDIO POST-QUIRÚRGICO

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

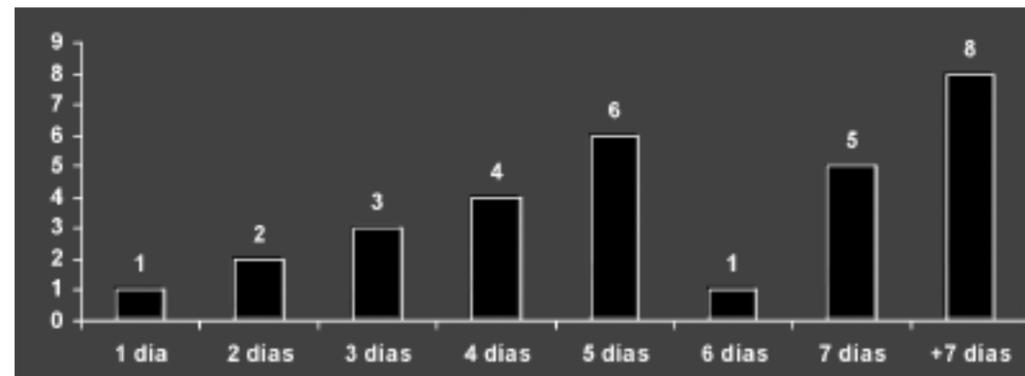
Con este objetivo hemos llevado a cabo el siguiente estudio:

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

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

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

Gráfico 1.



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

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

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

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

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

Gráfico 2. Demanda de analgesia



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

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

CONCLUSIÓN

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

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

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

Editores. Barcelona.1993.

– Fernández del Busto, E. Compendio de Urología. Universidad de Valladolid. 1993.

BIBLIOGRAFÍA

– Fernández del Busto, F.; Martínez de Iturrate Arín, J., Manual de Enfermería Urológica. Universidad de Valladolid.2000.

– B. Pozo Mengual, F. J. Burgos Revilla, A. Linares Quevedo y Cols. «Estenosis Ureteral post-trasplante renal: Tratamiento con prótesis metálica autoexpandible». Actas Urológicas Españolas. Marzo 2003.

– F.J. Trueba Arguiñarena and E. Fernández del Busto. «Self-expanding polytetrafluoroethylene covered nitinol stents for the treatment of ureteral stenosis: Preliminary report». The Journal of Urology. August 2004.

– Jiménez Cruz y Rioja Sanz, Tratado de Urología. J.R. Prous

Nuestra página web

>>> LA ASOCIACIÓN CAMBIA LA WEB: CAMBIA .net por .org

Para hacerla más operativa, e incluso poder gestionarla nosotros mismos, hemos cambiado el diseño de la página web. Debido a unos inconvenientes técnicos nos hemos visto obligados a cambiarla de servidor y de dominio; por tanto a partir de ahora nuestra dirección será: **www.enfuro.org**

Este cambio nos va a facilitar acceder a los contenidos pudiéndolos actualizar nosotros mismos, ya que se ha dispuesto de un sistema de Gestor de Contenidos que la hará más ágil y operativa.

Queremos que sea ahora una herramienta de comunicación importante, estaba en nuestro ánimo colgar protocolos, planes de cuidados, experiencias, artículos, que en la anterior era difícil por su diseño y costoso por la supeditación a la empresa web-master. Ya sabéis, cuando queráis visitar nuestra web>>>

www.enfuro.org