

TOBALINA QUIJANO, I.; ARRIBAS ARAUZO, E.; CASTRO AMOR, M.C.
Enfermeras. Servicio Urología. Hospital San Eloy. Baracaldo

Estandarización de los cuidados de Enfermería en RTU vesical

RESUMEN

Ante el aumento de la incidencia acumulada del tumor vesical en la zona, en el Servicio de Urología del hospital de San Eloy hemos decidido realizar un plan de cuidados estandarizado adaptado al usuario sometido a una RTU vesical con el fin de: unificar criterios de actuación y establecer normas de calidad; optimizar recursos humanos y tiempo; disminuir el grado de ansiedad y miedo en el usuario, aumentando así su grado de satisfacción; proporcionar una base de conocimientos que permita que la enfermería conozca en todo momento la actividad asistencial que debe desempeñar facilitando la toma de decisión clínica y administrativa.

Como resultado hemos realizado un plan de cuidados dividido en tres etapas: preoperatorio, postoperatorio y alta.

Consideramos que la estandarización de cuidados es imprescindible para evaluar el proceso y los resultados, siendo imprescindible revisar dicho plan periódicamente para conseguir unos cuidados integrados e integrales.

Palabras clave: RTU, estandarización, cuidados de enfermería.

SUMMARY

Before the increase of the accumulated incidence of the bladder tumor in the zone, in the Urology Service of the San Eloy's Hospital we have decided to make a plan of cares standardized adapted to the user put under a vesical RTU with the purpose of: to unify performance criteria and to establish quality norms; to optimize human material resources and time; to diminish the degree of anxiety and fear in the user; thus increasing its degree of satisfaction; to provide a knowledge base that allows that the infirmary at any moment knows the activity welfare that must carry out facilitating the clinical and administrative decision making. Since result we have made a plan of cares divided in three stages: preoperative, postoperative and alta. We considered that the standardization of cares is essential to evaluate the process and the results, being essential to review this plan periodically to obtain integrated and integral cares.

Key words: RTU, standardization, nurse cares.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en el Servicio de Urología del hospital de San Eloy se ha comprobado un aumento de la incidencia acumulada del tumor vesical (64-67 casos al año), gracias al diagnóstico precoz que se realiza en la zona, donde la industria siderometalúrgica ha sido muy importante (recordemos que las anilinas, utilizadas en esta industria, están asociadas con el desarrollo de este tumor; sin olvidar el alquitrán, componente del tabaco).

En consecuencia, la RTU vesical es un procedimiento de elevada frecuencia en la actividad del Servicio de Urología del hospital, bien para tratar el cáncer superficial de vejiga, bien para diagnosticar histológicamente el cáncer con infiltración muscular.

En la actualidad utilizamos planes estandarizados informatizados (ZAINERI) con el objetivo de cubrir las necesidades del usuario. Existe un plan propio para RTU sin especificar vesical o prostática.

Consideramos de interés, realizando una revisión de dicho plan, crear uno propio para la RTU vesical.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados estandarizado adaptado al usuario sometido a una RTU vesical con el fin de:

- Unificar criterios de actuación y establecer normas de calidad que permitan la evaluación y detecten los aspectos a mejorar.
- Atender adecuadamente al usuario, optimizando recursos materiales humanos y tiempo, coordinando criterios entre el equipo médico y el de enfermería.
- Disminuir el grado de ansiedad y miedo presentes en el usuario ante un proceso quirúrgico proporcionándole la mayor comodidad y tranquilidad posible desde su ingreso hasta el alta, y aumentando así su grado de satisfacción.
- Proporcionar una base de conocimientos que permitan que la enfermería conozca en todo momento la actividad asistencial que debe desempeñar facilitando la toma de decisión clínica y administrativa, así como la incorporación del personal nuevo a planta.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica: protocolos y procedimientos existentes en Osakidetza, PAE, taxonomía de la NANDA...

Puesta en común de conocimientos y experiencias personales.

RESULTADOS

Elaboración de un plan de cuidados estandarizado en el que diferenciamos tres momentos en la estancia del usuario en planta: preoperatorio, postoperatorio y alta.

a) Preoperatorio

En este apartado incluimos:

- Protocolo de acogida, en el que se explica la actuación de la enfermera de hospitalización ante la llegada del usuario procedente de su domicilio (anexo I).
- Hoja de información iconográfica. Pensando siempre en la tranquilidad y comodidad del usuario se le entregará al ingreso una hoja de información iconográfica donde podrá seguir la evolución habitual de la intervención quirúrgica a la que se le va a someter.
- Proceso de atención de enfermería en base a las necesidades de Virginia Henderson (anexo IV). A la hora de realizar el PAE hemos tenido en cuenta los problemas más comunes en los usuarios que van a ser sometidos a una RTU vesical, no olvidando que cada persona es un ser bio, psico, social único por lo que debemos valorar individualmente a cada uno de ellos para adaptar el plan estandarizado a sus problemas de salud, e incluso detectar problemas que no figuren en el plan y dar así una atención integral al usuario.

b) Postoperatorio

El usuario pasa las primeras horas del postoperatorio en la unidad de cuidados especiales desde donde, tras la valoración del anestesista, será trasladado a planta. A partir de este momento el usuario requerirá una serie de cuidados que hemos englobado en los siguientes apartados:

- Protocolo de acogida postoperatoria en planta (anexo III).
- Proceso de atención de enfermería en base a las necesidades de Virginia Henderson y Problemas de Colaboración (anexo IX).
- Procedimientos de enfermería: Cuidados de vía periférica (anexo V); Cuidados de sonda vesical (anexo VI); Irrigación de la vejiga utilizando sonda de tres vías (anexo VII); Irrigación manual de la vejiga (anexo VIII).

c) Alta

La media de estancia actual es de 5 días. En el momento del alta nuestro objetivo es que el usuario adquiera unos conocimientos sobre los cuidados que debe seguir en su domicilio y a quién debe consultar ante posibles complicaciones; facilitarle, en caso necesario, el traslado a su domicilio; y conocer su grado de satisfacción para poder mejorar la atención prestada, para lo cual se le entregará una encuesta.

Anexo I. PROTOCOLO DE ACOGIDA PREOPERATORIA

- Asignación de cama, comprobando el buen estado de la habitación y el buen funcionamiento de los distintos dispositivos existentes.
 - Llegará a planta la mañana de la intervención (si es programada), acompañado de celador quien portará la historia más la hoja de ingreso (añadir hoja de urgencias si se trata de intervención quirúrgica urgente).
 - Identificación del paciente.
 - Identificación del personal responsable de los cuidados.
 - Explicar normas de funcionamiento de la unidad (entregar hoja informativa del hospital).
 - Entregar hoja informativa del proceso evolutivo post-RTU vesical (anexo II).
 - Verificar ayunas desde 12 h antes.
 - Valorar conocimientos que tienen el paciente y la familia acerca de la intervención quirúrgica prevista y sobre las repercusiones.
 - Aclarar las dudas que se planteen en la medida de lo posible.
 - Realizar:
 - Entrevista: Alergias conocidas, antecedentes (enfermedades diagnosticadas, intervenciones quirúrgicas previas, antecedentes familiares de interés), tratamiento farmacológico habitual, factores precipitantes (café, tabaco), sintomatología, historia social, entorno del paciente (exposición a cancerígenos químicos).
 - Exploración física y toma de constantes (T/A T³, Fc).
 - PAE preoperatorio (anexo IV).
 - Retirar joyas, prótesis, esmalte de uñas, confirmar baño y proporcionar ropa adecuada.
 - Colocar medias de compresión en extremidades inferiores (forma parte del protocolo de prevención de trombosis).
 - Comprobar pruebas diagnósticas preoperatorios (analítica de sangre con hematimetría, bioquímica y estudio de coagulación; pruebas cruzadas y reserva de sangre; ECG; Rx de tórax).
 - Comprobar la existencia del consentimiento informado para intervención debidamente cumplimentado y firmado.
 - Notificar cualquier dato o información imprevista al urólogo.
 - Comprobar y realizar prescripciones médicas preoperatorios si existen (por urólogo y/o anestesista).
 - Tramitar al celador el orden del traslado al quirófano y garantizar su adecuada preparación.
-
- Protocolo de alta (anexo X).
 - Cuidado a domicilio tras una intervención quirúrgica de vejiga (anexo XI).
 - Cuidados a domicilio para usuarios portadores de sonda vesical (anexo XII).
 - Encuesta de satisfacción (anexo XIII).

PUBLICIDAD

Anexo III. PROTOCOLO DE ACOGIDA POSTOPERATORIA EN PLANTA

- Asignación de cama, comprobando el buen estado de la habitación y el buen funcionamiento de los distintos dispositivos existentes.
- Trasladado por el celador, transcurridas unas 6 h aproximadamente del final de la intervención y tras ser valorado por anestesista, portando historia con órdenes médicas pautadas por urólogo y/o anestesista.
- Comprobar la identidad.
- Identificarse como el responsable de los cuidados de enfermería en la unidad de hospitalización.
- Comprobar el estado de conciencia y orientación.
- Control de constantes: T/A; Fc; Tª. (Durante los días sucesivos se tomará T/A y Fc c/24h, y la Tª c/12 h, excepto otra indicación médica).
- Aplicar órdenes médicas prescritas.
- Control y cuidados de catéteres:
 - VENOSO
 - Tipo y zona de punción.
 - Permeabilidad.
 - Puesta en marcha del procedimiento de cuidados de la vía venosa (anexo V).
 - VESICAL
 - Tipo y calibre de sonda vesical.
 - Permeabilidad.
 - Velocidad de goteo y efectividad del lavado vesical continuo (ver anexo VII: Procedimiento de enfermería irrigación de la vejiga utilizando sonda de 3 vías).
 - Realizar lavado manual si fuera preciso (ver anexo VIII).
 - Registrar aspecto y cantidad de la diuresis.
 - Puesta en marcha del procedimiento de cuidados de la sonda vesical (anexo VI).
- Aclarar, siempre y cuando sea posible, cuantas dudas se presenten de forma clara y concisa.
- Puesta en marcha de PAE Postoperatorio y Problemas de Colaboración (anexo IX).
- Mantener puestas medias de compresión hasta comienzo de la deambulación.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tras la realización de este plan de cuidados nos hemos planteado las siguientes cuestiones:

La estandarización de los cuidados es imprescindible para realizar una evaluación del proceso y de los resultados y así mejorar en nuestra actividad diaria.

Aunque se ha logrado un plan de cuidados que nos ayude en nuestro trabajo, no debemos olvidar el trato individualizado que debemos proporcionar.

La necesidad de revisar periódicamente los planes estandarizados con el fin de conseguir unos cuidados integrados e integrales. ▼

Anexo IV. PAE PREOPERATORIO EN BASE A LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

I. ALIMENTACIÓN

1. Diagnóstico de enfermería:

- Deterioro de la dentición relacionado con falta total o parcial de los dientes y manifestado por uso de prótesis dental.

Actividad: Retirada de prótesis dental.

VIII. HIGIENE Y PIEL

1. Diagnóstico de enfermería:

- Deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad física y manifestado por la alteración de la superficie cutánea.

Objetivo: Control del riesgo y curación de la herida por segunda intención.

Actividades: Prevención de úlcera por presión.
Cuidados de úlcera por presión.

2. Diagnóstico de enfermería:

- Déficit de autocuidado, baño-higiene relacionado con el deterioro perceptual o cognitivo y manifestado por la incapacidad para lavar total o parcial el cuerpo.

Objetivo: Cuidado personal, baño/higiene.

Actividades: Enseñanza.

Ayuda con el autocuidado baño/higiene.

IX. SEGURIDAD

1. Diagnóstico de enfermería:

- Ansiedad relacionada con amenaza de cambio en el estado de salud manifestado por temor, nerviosismo y miedo de consecuencias inespecíficas.

Objetivo: Control de la ansiedad.

Actividades: Disminución de la ansiedad.

Técnicas de relajación.

Información sobre la intervención quirúrgica.

2. Diagnóstico de enfermería:

- Riesgo de respuesta alérgica al látex.

Objetivo: Prevenir y/o tratar la posible respuesta alérgica al látex.

Actividades: Valorar alergias a frutas como plátano, kiwi, aguacate y frutos tropicales.

Valorar antecedentes de reacciones al látex.

Puesta en marcha del protocolo de prevención de reacciones alérgicas al látex instaurado en el hospital ante sospecha de posible alergia.

XIV. APRENDIZAJE

1. Diagnóstico de enfermería:

- Conocimientos deficientes relacionado con la mala interpretación de la información manifestado por la verbalización del problema.

Objetivo: Verbalización del proceso.

Actividades: Enseñanza prequirúrgica.

Anexo V. CUIDADOS DE VÍA PERIFÉRICA

OBJETIVO: Prevenir la infección y mantener la permeabilidad de las vías.

- PRECAUCIONES:**
- Controlar una vez por turno signos locales de la zona de inserción (dolor, calor, rubor, tumor).
 - Si el usuario presenta fiebre de origen desconocido o dolor a la palpación, levantar el apósito y observar el punto de punción.
 - Si aparecen signos de flebitis, cambiar el catéter y todo el sistema.
 - Cambiar el apósito, llave de 3 vías y equipo de suero cada 48-72h (o criterio de enfermería), y siempre después de administrar sangre y/o sus derivados y emulsiones lipídicas.
 - Evitar desconexiones innecesarias.
 - Siempre que vaya a manipular los equipos lávese las manos con la máxima asepsia.
 - Cerciorarse de la permeabilidad del catéter.
 - Controlar con frecuencia la velocidad de flujo y reajustarla si fuera preciso.
 - En caso de obstrucción, aspirar con una jeringa comprobando si se libera la vía, en caso contrario retirarla.
 - No pinchar en el látex, utilice llave de 3 vías.
 - En caso de rotura de catéter, pinzarlo y avisar al médico; si la parte proximal del catéter queda dentro, colocar inmediatamente un compresor por encima de la zona de punción.
 - Evitar acodamientos del catéter y del equipo.

Anexo VI. CUIDADOS DE SONDA VESICAL

OBJETIVO: Prevenir infección y mantener la permeabilidad de la sonda vesical.

- PRECAUCIONES:**
- Lavarse las manos con la máxima asepsia siempre que se vaya a manipular la sonda vesical.
 - Enseñar al usuario a que se lave la zona que rodea la sonda (el pene bajando el prepucio), con agua y jabón, una o dos veces al día. (Si no pudiera hacerlo, ayudar a realizarlo).
 - Evitar parafimosis.
 - Evitar tirar de la sonda.
 - Mantener un buen drenaje de la orina, comprobando con frecuencia que el tubo no presente acodaduras ni pliegues.
 - Mantener la bolsa de orina siempre debajo del nivel de la vejiga.
 - Si hay que elevar la bolsa, pinzar para evitar el reflujo.
 - Si hubiera retención urinaria, no vaciar nunca más de 500 ml. de orina de una vez. Hay que hacer pinzamiento de sonda cada 10 minutos aproximadamente hasta vaciar completamente la vejiga. Esto podría evitar hemorragias ex-vacuo.
 - Si hubiera obstrucción de la sonda vesical, realizar el procedimiento de irrigación manual de la vejiga.
 - Evitar al máximo desconexiones bolsa-sonda. Si las hubiera, impregnar ambos extremos con gasa empapada en povidona yodada antes de la conexión.
 - Mantener la sonda y el tubo de conexión siempre por encima de la pierna.

Anexo VII. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IRRIGACIÓN DE LA VEJIGA UTILIZANDO SONDA DE TRES VÍAS

OBJETIVOS: Lavado de la vejiga. Evitar o reducir al mínimo la formación de coágulos. Aplicación terapéutica. Conservar un sistema de drenaje vesical estéril.

- PRECAUCIONES:**
- Cambio diario del sistema de irrigación.
 - El sistema o alargadera no deben rozar nunca el suelo; si ello ocurre, cambiar el sistema.
 - Cuando se cambie el sistema, impregnar la zona de conexión de sonda con povidona yodada.
 - Comprobar la permeabilidad del sistema de drenaje.
 - Observar las características del drenaje urinario.
 - Comprobar, en cada cambio de suero lavador, que se retire como mínimo tanto líquido como el que se ha introducido.
 - Mantener la intimidad del usuario.

PERSONAL: DUE y/o auxiliar de enfermería.

MATERIAL: Sonda vesical de 3 vías. Pie de goteo. Sistema de goteo.

- TÉCNICA:**
- Lavado higiénico de manos.
 - Explicar la atención que se le va a realizar.
 - Colocar el sistema de goteo en la bolsa de solución para irrigación y purgar para expulsar el aire. Colocar la bolsa de irrigación en el pie de goteo.
 - Conectar el sistema a la luz de la sonda vesical expresa para ello.
 - Conectar la bolsa colectora a la luz de la sonda vesical expresa para ello.
 - Iniciar el ritmo de goteo en función del grado de hematuria, siendo mayor cuanto mayor presencia de sangre en orina exista con el objetivo de evitar la formación de coágulos.
 - Al cambiar la bolsa de irrigación se cerrará la llave del sistema de goteo evitando así la entrada de aire en la vejiga.
 - Tras el cambio de la bolsa de irrigación se vaciará la bolsa colectora de orina.
 - Se anotará la hora y cantidad de entradas y salidas con el fin de seguir un control exacto del líquido suministrado y expulsado así como de la diuresis realizada.
 - Ante un episodio de dolor, antes de administrar analgesia pautada, comprobar la permeabilidad del drenaje.
 - Un dolor intenso o espasmo puede estar ocasionado por un coágulo que esté obstruyendo la sonda vesical, provocando una distensión vesical al seguir entrando la solución de irrigación. En este caso sería necesaria la extracción manual de coágulos con jeringa.
 - Comprobar que la bolsa colectora esté por debajo del nivel de la vejiga, y que no haya acodaduras en los distintos tubos.
 - Hay que considerar el riesgo de infección que conlleva esta técnica, por lo que se cumplirá técnica aséptica.

Anexo VIII. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA: IRRIGACIÓN MANUAL DE LA VEJIGA

OBJETIVO: Desobstrucción de la sonda vesical por posibles coágulos, mucosidad, que impidan el flujo normal de la orina. Lavado vesical.

PRECAUCIONES:

- El extremo del tubo recolector de la bolsa no debe tocar o rozar nunca el suelo, la cama...
- Controlar rigurosamente el líquido introducido —extraído para evitar posible estallido vesical o por la posibilidad de una fistula vesical.
- Detener la entrada de líquidos si hay dolor.
- Mantener la intimidad del usuario.

PERSONAL: DUE y auxiliar de enfermería.

MATERIAL:

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Frasco estéril para depositar la solución lavadora.
- Batea para depositar el líquido extraído.
- Jeringa de 50 cc cono catéter.
- Suero fisiológico.
- Pinza de Kocher de plástico estéril.
- Un paño resistente a la humedad.

TÉCNICA:

- DUE se lava las manos y prepara el equipo.
- Explicará la atención que se va a prestar.
- Colocar el paño resistente a la humedad sobre la cama al lado de la cadera del usuario, debajo del extremo de la sonda.

Anexo IX. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

1. PROBLEMA DE COLABORACIÓN: Infección urinaria.

Objetivo: Vigilar signos/síntomas de infección (hipertermia, orina turbia, disuria, escozor).

Actividades:

- Control temperatura corporal.
- Cuidados de sonda vesical (anexo VI).
- A partir del tercer día postoperatorio retirada de sonda vesical cuando valore su médico (previa toma de antibiótico prescrito por su médico).
- Valorar y registrar primeras micciones tras retirada de sonda vesical.

2. PROBLEMA DE COLABORACIÓN: Flebitis.

Objetivo: Vigilar signos/síntomas de infección (hipertermia, calor, dolor, rubor, tumor en zona de punción).

Actividades:

- Control de la temperatura corporal.
- Cuidados de vía venosa periférica (anexo V).

3. PROBLEMA DE COLABORACIÓN: Hemorragia.

Objetivo: Vigilar signos/síntomas de hemorragia (hematuria, hipotensión arterial).

Actividades:

- Observar y registrar las características de la hematuria.
- Según desaparezca la hematuria, retirar el sistema lavador endovesical continuo, según valoración médica.

4. PROBLEMA DE COLABORACIÓN: Ileo paralítico.

Objetivo: Detectar signos y síntomas de íleo paralítico (vigilar ruidos intestinales, vigilar distensión abdominal y vómitos).

Actividades:

- Tolerancia a líquidos transcurridas 6 horas de la intervención (salvo anestesia general y/o contraindicación médica).
- Primer día postoperatorio y posteriores aumentar la dieta progresivamente teniendo en cuenta la apetencia y presencia de ruidos intestinales.
- Dieta rica en residuos.
- Incentivar la ingesta de 2-3 litros de agua al día (salvo contraindicación médica).

5. PROBLEMA DE COLABORACIÓN: Trombosis venosa.

Objetivo: Detectar signos y síntomas de trombosis venosa (vigilar dolor, ausencia/presencia de pulsos).

Actividades:

- Medias de compresión desde el ingreso hasta el comienzo de la deambulación.
- Profilaxis antitrombótica prescrita por su médico.

6. PROBLEMA DE COLABORACIÓN: Dolor.

Objetivo: Detectar signos y síntomas de dolor (informes verbales; respuestas autónomas como diaforesis, cambios en la respiración y en el pulso; y conductas expresivas como agitación y gemidos).

Actividades:

- Vigilar tipo y características del dolor.
- Enseñar posturas antiálgicas.
- Valorar la eficacia de la analgesia administrada.
- Realizar ejercicios respiratorios de relajación (muy eficaz en el caso de los espasmos).

Anexo IX. PAE POSTOPERATORIO EN BASE A LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**II. ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN**

1. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la dentición y uso de prótesis dental.

Actividades: • Adecuar la textura de la dieta a las necesidades.

III. ELIMINACIÓN

1. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de estreñimiento relacionado con la disminución de la actividad y con factores farmacológicos.

Objetivo: Mantendrá su patrón de evacuación previo a la hospitalización.

Actividades: • Dieta rica en fibras.
• Aumentar ingesta de líquidos (excepto contraindicación médica).

2. Diagnóstico de enfermería: Retención urinaria relacionada con obstrucción de sonda vesical.

Objetivo: No presentará signos de retención urinaria.

Actividades: • Vigilar permeabilidad de sonda vesical.
• Confirmar funcionamiento óptimo de sistema de irrigación continua.
• Realizar lavados vesicales manuales si fuera preciso.
• Aumentar ingesta de líquidos (excepto contraindicaciones médicas).

3. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de incontinencia urinaria funcional tras retirada de sonda vesical, relacionado con debilidad de la estructura pélvica de soporte y manifestado por la pérdida de orina antes de llegar al inodoro.

Objetivo: No presentará signos de incontinencia urinaria.

Actividades: • Realizar ejercicios para reforzar los músculos perineales. Ej. Apretar las nalgas una contra otra, mantener esta posición unos segundos y luego relajar. Repetirlo 10 veces sucesivas varias veces al día.

IV. MOVILIZACIÓN

1. Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física relacionado con dolor, miedo al iniciar el movimiento, y con la falta de conocimientos respecto al valor de la actividad física; y manifestado por comunicación verbal.

Objetivo: Progresivamente recuperará la movilidad previa a la intervención.

Actividades: • Incentivar ejercicios de dorsi-flexión plantar.
• El primer día postoperatorio iniciar sedestación.
• El segundo día postoperatorio iniciar la deambulación asistida. Tras ello se podrán retirar las medias de compresión.
• Dar información sobre la importancia de la actividad física.

2. Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado higiene, eliminación, alimentación, movilidad relacionado con la situación derivada de la intervención.

Objetivos: Participará en la medida de lo posible en su autocuidado.

Tendrá cubiertas sus necesidades básicas en todo momento.

Actividades: • Planificar el nivel de ayuda con el paciente.

V. REPOSO Y SUEÑO

1. Diagnóstico de enfermería: Deterioro del patrón de sueño relacionado con inactividad diurna, ansiedad y factores ambientales (desvelo relacionado con otros usuarios, interrupciones para procedimientos terapéuticos, estimulación excesiva); y manifestado por dificultad para conciliar el sueño y quejas verbales de no sentirse bien descansado.

Objetivo: Fomentar el sueño.

Actividades: • Terapia de relajación.
• Manejo ambiental (confort).
• Valorar la necesidad de que su médico prescriba medicamentos para inducir el sueño.
• Valorar la eficacia de los medicamentos administrados.

VIII. HIGIENE Y PIEL

1. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad física manifestado por alteración de la superficie cutánea.

Objetivo: Control del riesgo.

Actividades: • Prevención de úlceras por decúbito: Higiene general diaria e hidratación de la piel; valoración diaria de factores de riesgo; vigilar puntos de presión y pliegues cutáneos; informar que avise cuando se note mojado.

IX. SEGURIDAD

1. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de accidente relacionado con confusión, desorientación leve.

Objetivo: No presentará accidente durante su estancia.

Actividades: • Realizar valoración de riesgo de accidentes (estabilidad-movilidad, audición, visión, nivel de conciencia, historia de caídas anteriores, dificultades de comunicación-comprensión).
• Aplicar medidas de prevención según causa (barras laterales, vigilancia nocturna, vigilancia de somnolencia, confusión, orientación y respuesta a estímulos, ayudar en los desplazamientos...).

2. Diagnóstico de enfermería: Riesgo de traumatismo relacionado con camas altas.

Objetivo: No presentará ninguna lesión durante su hospitalización.

Actividades: • Uso de barras laterales en la cama.
• Administrar ayuda necesaria para levantarse, acostarse.

XIV. APRENDIZAJE (en caso de alta con sonda vesical)

1. Diagnóstico de enfermería: Déficit de conocimientos relacionados con los cuidados en su domicilio y las medidas de prevención.

Objetivo: El paciente y su familia han de adquirir los conocimientos sobre los cuidados en su domicilio (anexo XI).

Anexo X. PROTOCOLO DE ALTA

- Proporcionar alta de enfermería si procede.
- Proporcionar hoja de los cuidados a domicilio tras IQ de vejiga (anexo XI).
- Proporcionar hoja de los cuidados a domicilio de sonda vesical si procede (anexo XII).
- Verificar que se le haya entregado el alta médica y cita en la consulta de Urología.
- Entregar encuesta de satisfacción, y recordarle que puede entregarla cuando la haya realizado en la planta, en atención al usuario, o en la consulta de urología (anexo XIII).
- Verificar que lea todos los documentos y responder a las dudas planteadas.
- Facilitar traslado al domicilio si procede.

Anexo XI. CUIDADOS A DOMICILIO TRAS UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE VEJIGA

Estimado usuario, como sabe, acaba de ser sometido a una intervención quirúrgica de vejiga. Tener en cuenta los siguientes consejos facilitará y acelerará su recuperación.

Léalos, y si tiene alguna duda hable con su enfermera o su médico. Después, cuando se vaya a casa, ponga especial interés en seguir las pautas aquí indicadas.

- Restrinja su nivel de actividad; por ejemplo, dé paseos cortos y no suba más de dos tramos de escalera de una vez. Aumente la actividad poco a poco.
- Durante las 3-4 primeras semanas vaya en coche lo menos posible y no levante objetos pesados.
- Coma su dieta habitual, que sea variada y rica en fibras (verduras y frutas) para evitar el estreñimiento.
- Beba abundantes líquidos (2-3 litros/día), preferentemente agua (entre 8 y 10 vasos, como mínimo), a no ser que haya alguna contraindicación médica para ello.
- No se alarme si ve sangre en la orina durante las dos semanas siguientes a la intervención. Si la observa, aumente la ingesta de líquidos y disminuya el nivel de actividad, cederá espontáneamente. Si el sangrado es muy intenso y con coágulos, notifíquelo al médico.
- Si el chorro de orina se reduce mucho, o no puede orinar, notifíquelo a su médico.
- No se preocupe si pierde cierto control sobre la micción, si nota dolor o tiene necesidad de orinar con frecuencia; estos síntomas desaparecerán con el tiempo.
- Para reforzar los músculos perineales y así mejorar la micción (la forma de orinar), haga este ejercicio: apriete las nalgas una contra otra, mantenga esta posición unos segundos y luego relájese. Repítalo 10 veces sucesivas varias veces al día.
- No haga esfuerzos al hacer de vientre. Si tiene estreñimiento, tome una dieta rica en fibra; y si no es suficiente, consulte con su médico.
- Consulte con su médico si su temperatura es superior a 38°C y/o si observa pus en la orina.
- Evite la actividad sexual hasta al menos 4 semanas tras la intervención.
- Siga tomando el tratamiento habitual, lo que tomaba antes de la intervención, y empiece con la nueva medicación que le será prescrita en el informe médico.
- Procure evitar hábitos tóxicos (consumo de tabaco y exposición a agentes cancerígenos).
- Le darán una cita al alta para revisión en la consulta y en otras pruebas si así lo requiere.
- Recuerde en su próxima visita al médico consultarle todas las dudas que le surjan en este periodo postoperatorio.

Anexo XII. CUIDADOS A DOMICILIO PARA USUARIOS PORTADORES DE SONDA VESICAL

Estimado usuario, como sabe, va a ser usted dado de alta hospitalaria portando sonda vesical.

Se trata de un tubo que vacía la orina desde su vejiga a una bolsa de drenaje. Un balón situado en la punta de la sonda la mantiene fija dentro de la vejiga.

Tener en cuenta los siguientes consejos le ayudará a cuidar mejor de ella, y por lo tanto, de usted mismo.

Léalos, y si tiene alguna duda, hable con su enfermera o su médico. Después, cuando se vaya a casa, ponga especial interés en seguir las pautas aquí indicadas.

- Lávese las manos siempre antes y después de manipular la sonda vesical.
- Lave la zona que rodea a la sonda (el pene bajando el prepucio), con agua y jabón, una o dos veces al día. Esto ayudará a prevenir la irritación e infección.
- Evite tirar fuertemente de la sonda.
- Mantenga un buen drenaje de la orina controlando con frecuencia que el tubo no presenta acodaduras ni pliegues.
- Mantenga siempre la bolsa más baja que la sonda. Recuerde que la orina no irá hacia arriba contra la fuerza de la gravedad.
- Cada vez que tenga que cambiar la bolsa de orina, hágalo rápidamente y teniendo cuidado de que los extremos de la bolsa y de la sonda no toquen nada de lo que haya alrededor.
- Todas las personas que llevan una sonda vesical corren el riesgo de presentar infecciones urinarias. Consulte con su médico si observa alguno de estos síntomas: dolor en la región inferior de la espalda o vientre; orina turbia; orina con sangre; escalofríos o fiebre; material arenoso (sedimento) en la orina.
- Consulte, igualmente con su médico, si hay gran fuga de orina entre la sonda y el pene, o si no sale orina por la sonda.
- En algunos casos podrá utilizar bolsas de orina más pequeñas, que van sujetas a su pierna y no se notan, con las que podrá realizar cualquier actividad. Consulte con su enfermera.
- En otros casos, ni siquiera necesitará llevar una bolsa de orina, bastará con un tapón que cerrará la sonda y mantendrá la orina en la vejiga hasta que usted sienta ganas de orinar. En este momento quitará el tapón y la orina fluirá al exterior. Pregunte a su enfermera.
- En ambos casos es conveniente utilizar bolsas de orina grandes durante la noche.
- Coma su dieta habitual, que sea variada.
- Beba abundantes líquidos (2-3 litros/día), preferentemente agua (entre 8 y 10 vasos como mínimo), a no ser que haya alguna contraindicación médica para ello.
- Al alta se le dará cita para revisión y fecha aproximada de cambio de sonda vesical. Notifíquese a su médico y enfermera de su centro de salud.

Anexo XIII. HOJA DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Fecha de ingreso: Fecha de alta: Fecha actual:

Nos gustaría que nos dedicase unos minutos y contestase a las siguientes preguntas. Nuestra intención es poder conocer su opinión para mejorar nuestra labor y garantizar una asistencia cercana y de calidad.

Marque con una "X" lo que proceda. En las preguntas puntuadas de "1" a "5", "1" es el nivel más bajo y "5" el más alto.

- | | | | | | |
|---|----------------|---------------------|----------------|-------------------|--------------|
| 1. ¿Qué valor le concede a conocer el nombre del personal que le atendió? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Cree usted que recibió una información correcta sobre cómo sería la evolución de su proceso durante la estancia en el hospital? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. ¿Cómo valora que le informen de las atenciones que va a recibir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Cuando la enfermera le realizaba cualquier procedimiento (una cura, sacarle sangre, ponerle una medicación...), ¿le explicaba lo que le iba a hacer? | <i>Siempre</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>A veces</i> | <i>Casi nunca</i> | <i>Nunca</i> |
| 5. Durante su ingreso, cuando usted tuvo alguna duda sobre cualquier problema que se le presentó, ¿la enfermera se mostró dispuesta a ayudarle a resolverla? | <i>Siempre</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>A veces</i> | <i>Casi nunca</i> | <i>Nunca</i> |
| 6. ¿Cree que se han respetado su opinión y preferencias? | <i>Siempre</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>A veces</i> | <i>Casi nunca</i> | <i>Nunca</i> |
| 7. Cuando le realizaban la higiene, una cura o cualquier otro procedimiento, ¿cree usted que se le respetaba su intimidad, es decir, le tapaban con respeto y decoro? | <i>Siempre</i> | <i>Casi siempre</i> | <i>A veces</i> | <i>Casi nunca</i> | <i>Nunca</i> |
| 8. Cuando precisó alguna atención específica, por ejemplo analgesia por dolor, ¿cómo valora la atención recibida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. ¿Qué opina sobre la comodidad e infraestructura de la habitación en la que estuvo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. ¿Desea hacer alguna sugerencia? | | | | | |

Muchas gracias por su colaboración

BIBLIOGRAFÍA

- Aldrey Rey D, Bahamonde Sanluis D. «Cuidados de enfermería en pacientes con circuito de lavado vesical continuo». *AE ATS Urológica*. 43:35-36.
- Bears-Myers. *Principios y práctica de la enfermería médico quirúrgica*.
- Callis Auger C, Escañuela D, Huertas M, Cazorla Losillas A, Costa I Plana M.A, Gómez Hernández N. «Cuidados de enfermería ante un paciente programado para intervención RTU de vejiga». *AE Enfermería Urológica*. 50:18-21.
- DAE. *Enfermería médico quirúrgica*.
- Kozier B, Erb G. *Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica*.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004.
- Ortiz de Guinea A, Díaz de Sarralde A.I., Busto S. «Aspectos éticos de la práctica enfermera desde el punto de vista del paciente ingresado». IV Jornadas de Enfermería del País Vasco.
- Osakidetza. Planes de cuidados estandarizados de enfermería.
- Pereira Arias J.G. *Aproximación al diseño de un proceso: Resección transuretral de tumor vesical*.
- Solar Gutiérrez C. del, Iglesias Ruso R, Agudo Domínguez F.J. «Informe de continuidad de cuidados en el paciente operado de RTU vejiga-próstata». *Enfuro*. 2003; 85:37-38.