

# Implantación y análisis de la Guía Clínica: resección transuretral del tumor vesical superficial

## RESUMEN

Se nos muestra en este artículo la implantación y análisis de una Guía Clínica para los pacientes intervenidos de tumor vesical superficial con la técnica de resección transuretral en el Hospital Clínico de Barcelona, para unificar los cuidados de enfermería y mejorar la eficacia global de la asistencia de los pacientes basada en la evidencia.

Analizamos los resultados obtenidos de la Guía Clínica durante los seis primeros meses de implantación, para ello se hace una revisión retrospectiva de historias clínicas para determinar los parámetros necesarios de los cuidados que precisan los pacientes intervenidos de resección transuretral.

Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar para llevar a cabo la elaboración, implantación y análisis de la Guía Clínica del tumor vesical.

Se realiza el análisis de su implantación de manera retrospectiva desde junio hasta diciembre de 2001.

**Palabras clave:** Guía Clínica, tumor vesical superficial, resección transuretral.

## SUMMARY

One is to us in this I articulate the implantation and analysis of Clinical Guide for the taken part patients of superficial vesical tumor with the technique of transuretral resección in the Clinical Hospital of Barcelona, to unify the cares of infirmary and to improve the global effectiveness of the attendance of the patients, cradle in the evidence. We analyzed the results obtained of Clinical Guide during the six first months of implantation for it is made a retrospective revision of clinical histories to determine the necessary parameters of the cares that need the taken part patients transuretral resección. A work group is created to multidiscipline to carry out the elaboration, implantation and analysis of Clinical Guide of the bladder tumor is made the analysis of their implantation of retrospective way from June to December of the 2001.

**Key Words:** Clinical guide, superficial bladder tumor, transuretral resección.

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Clínico, en su trayectoria para mejorar la calidad asistencial, ha incorporado la Guía Clínica como un instrumento de gestión clínica para optimizar las variables críticas en la asistencia a los pacientes, permitiendo aplicar la medicina basada en la evidencia y adaptando la estancia hospitalaria a las necesidades de los pacientes.

Una de las intervenciones más frecuentes en nuestra unidad es la resección transuretral (RTU) por tumor vesical superficial.

Los trabajos de Guía Clínica en nuestra unidad se iniciaron en 1997 bajo la supervisión de dirección desarrollándose en varias fases previas a la implantación.

- Vía clínica.
- Estudios de puesta en funcionamiento.

Por este motivo, en el año 2001 uno de los objetivos de nuestra Unidad y del Instituto Clínico de Nefrología y Urología fue actualizar los estudios que deberían de concluir en la Guía Clínica para los pacientes intervenidos de RTU, su puesta en práctica y el análisis de la misma.

Una vez transcurrido seis meses desde su implementación, podemos exponer algunas conclusiones:

- Es muy positivo el trabajo realizado con las guías clí-

nicas y muy útil la información que proporcionan; consideramos adecuado continuar con la implementación y uso de la misma.

- En general, el seguimiento protocolizado de los pacientes mejora la calidad de la asistencia y reduce los recursos empleados.

En adelante pasamos a desarrollar la experiencia de la Guía Clínica de RTU, en lo que respecta a material, método y conclusiones.

## MATERIAL Y MÉTODO

La Guía Clínica se realiza conjuntamente con un grupo de profesionales, que integra cirujanos, enfermeras, anestesiólogo y asistente social.

La primera tarea consistió en revisar en forma retrospectiva las historias clínicas para determinar los parámetros necesarios de los cuidados que precisan los pacientes intervenidos de resección transuretral. Para ello se elaboraron unos ítems, en forma de cuestionario, para valorar las decisiones médicas más habituales y los cuidados más frecuentes de enfermería en este tipo de pacientes.

Estos ítems son:

Tratamiento prescrito por el servicio de anestesiología al ingreso.

Cuidados específicos y generales en el pre y postoperatorio de RTU.

Día que se suspende la irrigación vesical continua.

Día que se retira la sonda vesical e incidencias.

Estancia en días del proceso desde el ingreso hasta el alta.

Adaptamos estos ítems al diseño de Guía Clínica de nuestro hospital. Dicho diseño se presenta en una hoja DIN A3. En la primera hoja se debe realizar un análisis de la evaluación de los resultados esperados en la Etapa I, que consta del día -1 al día +1; la Etapa II, del día +2 al +4, y los resultados esperados al finalizar el proceso el día del alta, si no hay complicaciones, el día más 6.

Cualquier cambio o variación médica o del equipo de enfermería también se debe especificar en esta hoja nº 1. Anexo I.

En la parte interna se describen todos los ítems que agrupan los cuidados multidisciplinarios y la información del seguimiento estandarizado del paciente.

**El día -1.** El paciente, procedente de su domicilio, ingresa a las 12:00. Se realiza la ubicación del paciente en la unidad según protocolo y se valora si el paciente está informado de la intervención quirúrgica que le van a realizar y de los cuidados que debe tener post intervención; por ejemplo, de ser portador de sonda vesical.

Un 80% de los pacientes tienen las pruebas del preoperatorio y la visita del médico de anestesiología realizada de forma ambulatoria con la prescripción del tratamiento, que habitualmente consta de:

- Diacepan 5 mg VO. Se debe administrar a las 22:00 horas y 7:00 horas en dosis únicas.
- Heparina de bajo peso molecular SC c/24 horas.
- Protector gástrico tipo Ranitidina c/12 h. VO.

El médico responsable del paciente le prescribe el tratamiento habitual de las patologías asociadas.

Por la tarde se realiza la preparación quirúrgica según protocolo específico. A partir de las 0:00 horas permanece en ayunas.

**Día 0.** Es el día que se realiza la intervención quirúrgica de RTU vesical. El paciente regresa a la unidad por la tarde procedente del box de reanimación, siendo portador de:

- Sonda vesical tipo Foley de 3 vías con irrigación vesical continua (IVC) de suero fisiológico al 0,9%. El ritmo de irrigación dependerá de la intensidad de la hematuria en la orina.
- Catéter venoso periférico con sueroterapia.
- Se informa al paciente de la sintomatología derivada de la intervención quirúrgica de RTU y se realiza los cuidados y controles propios del proceso.

A las 20:30 se inicia la dieta habitual del paciente y, si es bien tolerada, por la noche o a primera hora de la mañana se suspende sueroterapia procediendo a permeabilizar con suero fisiológico el catéter venoso, según protocolo

En el año 2001 uno de los objetivos de nuestra Unidad y del Instituto Clínico de Nefrología y Urología fue actualizar los estudios que deberían de concluir en la Guía Clínica para los pacientes intervenidos de RTU, su puesta en práctica y el análisis de la misma.

de la unidad. Se realiza valoración del dolor con la escala de analgesia ENO y administración de analgésicos prescritos.

**Días +1, +2, +3 y +4.** El paciente realiza deambulación al día siguiente de la intervención.

En función de diferentes variables, como el tamaño y estadio del tumor, de los resultados de las pruebas de coagulación, del tiempo de resección y de la experiencia del cirujano, la orina será más o menos hemática y de ello depende la suspensión de la irrigación vesical continua que habitualmente se realiza entre los días +1 y +2. Este aspecto también está muy relacionado con la retirada de la sonda vesical y el alta del paciente. La Guía Clínica contempla estas variaciones en los diferentes días del proceso.

La detección precoz de las necesidades sociales del paciente facilita la solución de los problemas antes del alta.

Si la IVC se suspende el día +1, la sonda vesical se retira el día +2 y si el paciente no tiene problemas con la micción se procede al alta el día +3, cumpliendo la estancia de 5 días.

En caso de que el día +1 se deba continuar con la IVC porque la orina es hemática o hay presencia de coágulos, el proceso se realiza con una estancia de 6 días.

Al retirar la IVC se aconseja al paciente de la necesidad de beber 2 o 3 litros de agua al día, salvo contraindicación específica, para que la orina sea clara y no se formen coágulos. Anexo II.

Siguiendo el modelo de V. Henderson, se formulan tres diagnósticos de enfermería como resultado de los problemas más frecuentes en la patología de tumor vesical superficial:

- Dolor y espasmos vesicales secundarios a patología e intervención quirúrgica.
- Obstrucción sonda vesical secundario a presencia de coágulos por sangrado activo de la vejiga.
- Ansiedad relacionada con el desconocimiento del proceso y su evolución. Ansiedad: Leve – Moderada – Grave. Anexo III.

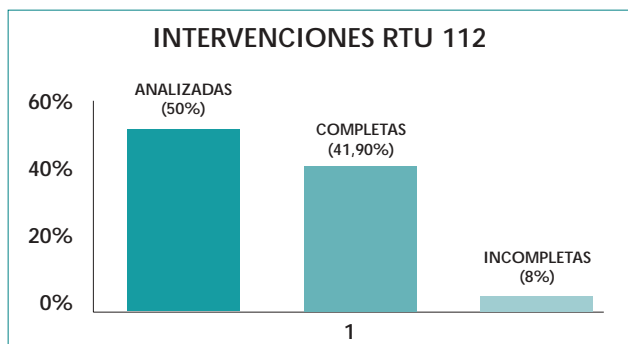
Durante los días del proceso se facilita educación sanitaria al paciente y familiares de los cuidados que debe tener en su domicilio, y junto con el alta de enfermería se adjuntan las recomendaciones para mayor información. Anexo IV .

El día 17 de junio de 2001 se inició la cumplimentación de la Guía Clínica de RTU. Se rellenó una única Guía Clínica por día para uno de los pacientes de intervención RTU vesical y se ha ido incrementando el número de forma paulatina desde entonces. En la actualidad se incluyen todos los pacientes de tumor vesical superficial.

**RESULTADOS**

A los seis meses de la implantación se revisaron 56 guías clínicas escogidas aleatoriamente de entre el primer grupo de 112 y se descartaron 9 por diferentes anomalías que destacaremos posteriormente.

Las restantes 47 guías clínicas componen un material suficientemente completo para hacer un análisis homogéneo de los datos. Aun teniendo en cuenta que no es un número elevado, nos ofrece una buena indicación de las tendencias en las desviaciones y de las incidencias más habituales en las intervenciones electivas de tumor vesical.

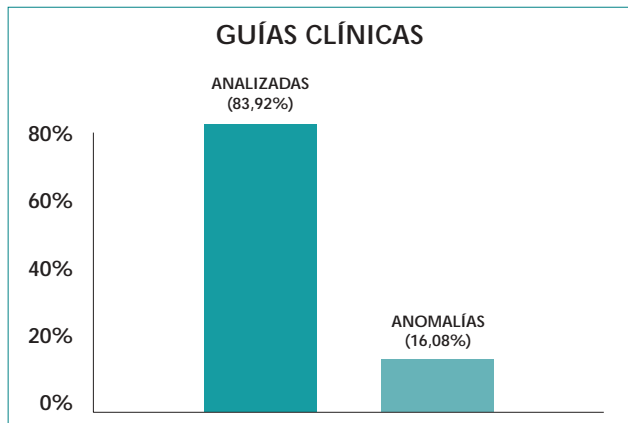


**Anomalías**

Disponemos de datos referidos a 9 intervenciones en las que se ha cumplimentado la Guía Clínica, pero que no se han incluido en el análisis general. Consideramos que se trata de anomalías específicas que no deben ser valoradas dentro de la estadística porque tienen su origen en causas ajenas y diferentes a la cirugía electiva de tumor vesical.

En todo caso, relacionamos lo que consideramos causas de situación atípica de los pacientes:

- 3 casos de RAO (retención aguda de la orina) que precisaron nuevo sondaje vesical.
- 3 casos de tratamiento con anticoagulante tipo Sintrom, lo que alargó la estancia de los pacientes a más de seis días.
- 1 caso de paciente que regresa de quirófano con sonda nasogástrica en aspiración continua con aspirado en «poso de café».



- 2 casos de estancia de sólo 3 días porque no se trataba de TM vesical sino de biopsias vesicales múltiples y que se incluyeron por error en la guía.

De acuerdo con las cuestiones previas que hemos establecido, analizaremos datos o grupos de datos concretos para obtener información sobre:

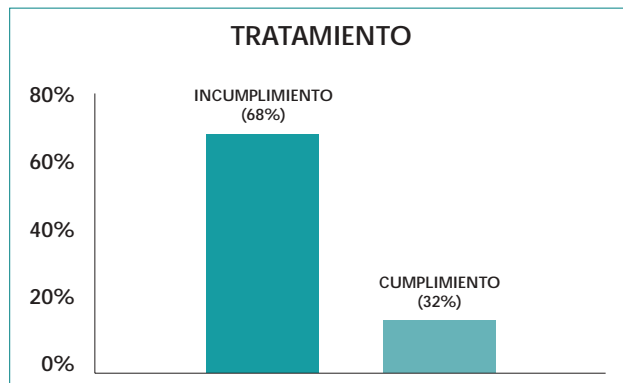
1. Prescripción del tratamiento.
2. Incidencias.
3. Estancia.

**1. Cumplimiento del tratamiento**

De las 47 guías clínicas analizadas, en 32 casos no se ha cumplido el tratamiento médico previsto. Las causas de falta de cumplimiento son:

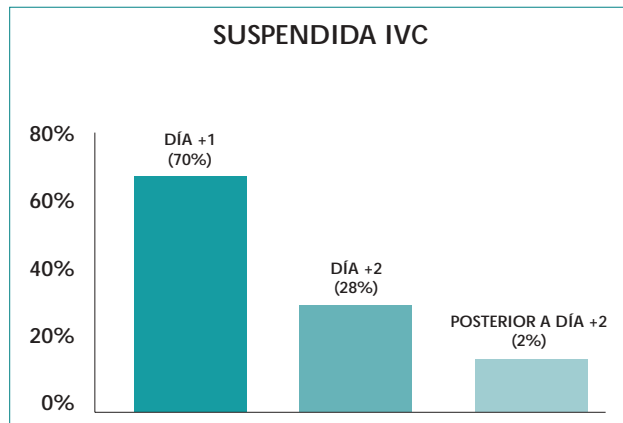
- No se prescribe Heparina.
- No se prescribe suero fisiológico.
- No se prescribe Valium a las 22:00 horas.
- No se prescribe protección gástrica.

Hay un incumplimiento del tratamiento en el 68% de las guías analizadas.



**2. Pacientes a los que se ha retirado la IVC**

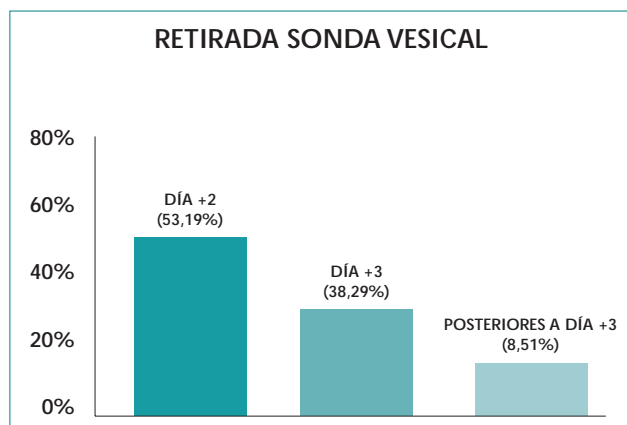
De las 47 guías clínicas analizadas, en 30 casos se ha retirado la IVC día +1 (70%), en 13 casos el día +2 (28%) y 2 casos con posterioridad al día +2 (2%).



## 2.1. Retirada de sonda vesical

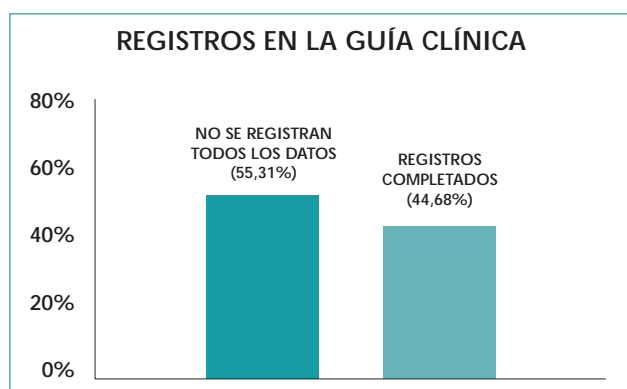
De las 47 guías clínicas analizadas, en 25 casos se ha retirado la sonda vesical el día +2, 18 casos en día +3 y 4 con posterioridad al día +3.

Dependiendo del aspecto de la orina, el equipo médico retira la IVC.



## 2.2. Corrección de los registros de enfermería en la Guía Clínica

De las 47 guías clínicas analizadas, en 26 se observa algún incumplimiento en los registros de enfermería; esto supone un 55% sobre el total de guías analizadas.

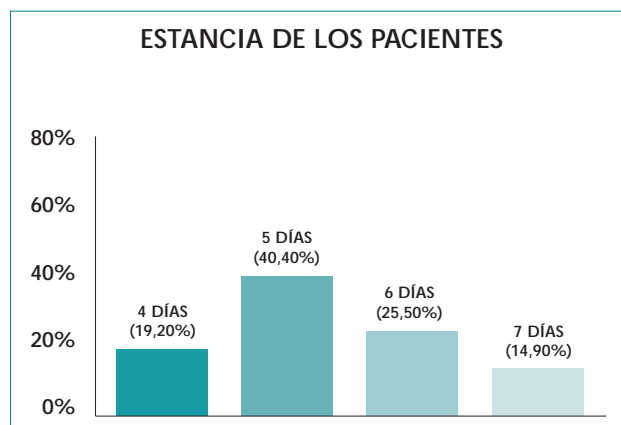


## 3. Estancia media

Los días de estancia de los pacientes se han distribuido de la siguiente forma:

- 4 días (9 pacientes) = 19,2 %.
- 5 días (19 pacientes) = 40,4 %.
- 6 días (12 pacientes) = 25,5 %.
- 7 días (7 pacientes) = 14,9 %.

Se observa que hay una ligera tendencia a reducir la estancia a 5,3 días en contra de la expectativa inicial, que establecía la estancia media en 6 días.



## CONCLUSIONES

Los objetivos que nos marcamos al inicio de este trabajo fueron los siguientes:

- Crear una pauta uniforme y completa que se podrá utilizar en todas las intervenciones de TM vesical superficial.
- Incrementar la información disponible y hacerla accesible a los diferentes equipos que intervienen en la cirugía de RTU por TM vesical, en el pre y en el postoperatorio.
- Conocer las prescripciones médicas que en cada momento del proceso se deban tener en cuenta.
- Identificar rápidamente cualquier cambio en la evolución de un paciente que pueda indicarnos una complicación o similar.
- Disponer de información sistematizada que permita una valoración estadística amplia, una identificación de las tendencias y una mejora de los procedimientos.

A la vista de nuestro trabajo podemos concluir que para los profesionales de enfermería ha sido de gran ayuda el contar con pautas estandarizadas del proceso. La sistematización de la información ha permitido hacer más accesible los datos de pre y postoperatorio. Las posibles incidencias que se producían se identificaban con rapidez y permitían una acción inmediata.

Destaca el hecho de observar cómo en el día +1 se retira la IVC en el 70%. Este dato permitirá más tarde estandarizar el tiempo de estancia prevista.

En un porcentaje importante de los casos (59,60%) se consigue una estancia inferior o igual a 5 días. El tiempo estándar es de 6 días y en ese período se registran 25,50%. En conjunto, el 85,10% de los pacientes salen con una estancia inferior o igual a 6 días.

Hay, sin embargo, algunos aspectos a mejorar.

En primer lugar se observa una deficiente adecuación entre las prescripciones de las órdenes médicas y el tratamiento a seguir de la Guía Clínica. Esa disfunción puede

provocar confusión y descoordinación entre profesionales de enfermería.

En segundo lugar hay que mejorar la cumplimentación de las guías, ya que en buena parte de ellas la información aparece incompleta, esto es debido a la dificultad en el cambio de hábitos con el nuevo procedimiento y en ocasiones se produce por falta de formación del personal sanitario y por el exceso de anotaciones en diferentes registros, pero es bien cierto que la Guía Clínica en nuestra Unidad funciona gracias a la buena voluntad del personal de enfermería. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

- Lang Chang, P; Min Wang, T; Tsung Huang, S. «Effects of implementation of 18 clinical pathways on costs and quality of care among patients undergoing urological surgery.» *J. Urol*, 61: 1858, 1999.
- Johnson, S; Kitchiner, D; Ellis, B. «Pathways of care», pp 1-55. De Blackwell Science Ltd. Oxford, 1997.
- Zaspé M C. «Información a los familiares de pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos». *Enfermería Intensiva* 1996; 7 (4): 147-151.
- Marín B. «Los familiares: un elemento más del equipo terapéutico». *Notas de Enfermería* 1991; 521-525.
- Carpenito LJ. «Diagnóstico de enfermería; aplicación a la práctica clínica». Madrid: Interamericana/ McGRAW-Hill, 1986.
- Carpenito LJ. «Diagnóstico de enfermería, 5ª de». Madrid: Interamericana/ McGraw-Hill, 1995.
- Luis M.T. *Diagnósticos Enfermeros*. Tercera edición. Harcourt Brace, 1999.
- Hoyle E. «Professionalization and Deprofessionalization in Education». En: Hoyle E, Megarry J (de). *Professional Development of Teachers*. London: Kogan Page, 1980; 42-54.
- Reich WT. «Contemporary Ethics of Care». En: Warren Reich (ed) *Encyclopedia of Bioethics*, 2ª Edición, Vol. 1. Nueva York: Simon & Shuster/ MacMillan, 1996; 8-13.
- McCance TV, McKenna HP, Boore JRP. *Caring: dealing with a difficult concept*. *International Journal of Nursing Studies* 1997; 34(4): 241-248.
- Harder I. *The World of the Hospital Nurse: Nurse, Patient Interaction*. Aarhus, Denmark: Sygeplejerskenojskole ved Aarhus Universitet, 1993.

# Buscadores de temas de enfermería

Nuestro habitual colaborador en temas de investigación, Luis López Rodríguez, nos aporta una interesante lista de links correspondientes, la mayoría de ellos, a buscadores de información y páginas que contienen información de enfermería, por si es de vuestro interés.

**BUSCADORES.** Son direcciones de buscadores de enfermería y otros que no lo son propiamente, pero que contienen información interesante.

- ▶ Base de datos CUIDEN <http://www.index-f.com/> Es la mejor base de datos de enfermería en español, la más completa. Se pueden localizar los artículos publicados en una larga lista de revistas de enfermería y algunas de medicina. Es gratis y la edita la Fundación INDEX de Granada, cuyo director es Manolo Amezcua.
- ▶ Pub-Med, la mayor base de datos en ciencias de la salud, en inglés: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi> La edita la biblioteca del Congreso de los EEUU. Esta dirección corresponde a su versión online gratuita. De las revistas españolas de enfermería de más difusión sólo está indexada ROL.
- ▶ Base de datos del Instituto de Salud Carlos III <http://www.isciii.es/INVESTEN/> Es la página del instituto, del grupo INVESTEN (Investigación de enfermería) y a partir de aquí se puede ir navegando hacia la base, que se llama BDIE.
- ▶ Base de datos de la Universidad Rovira i Virgili <http://teledoc.urv.es/cuidatge/> Está en catalán, pero los descriptores los admite en español y se entienden bien los resúmenes que proporciona.
- ▶ Base de datos de la Universidad Complutense <http://inicia.es/de/maricg/> Es un acceso a través de otra página, pero funciona bien.
- ▶ Buscador de matronas, en inglés, <http://www.midirs.org/>
- ▶ Página personal de José Dacal, la más completa con enlaces de enfermería <http://www.enfersalud.com/> No es un buscador pero contiene una relación de links de enfermería ordenados por secciones que aportan valiosa información. Está constantemente actualizándose.
- ▶ Base de datos CINAHL. Es la más completa base de datos de enfermería específicamente, pero es de pago y el hospital no está suscrito. Permite usarla durante unos días de prueba <http://www.cinahl.com/>
- ▶ Base de imágenes de la historia de la medicina <http://www.ihm.nlm.nih.gov/>
- ▶ Base de datos de la Universidad de Valencia <http://www.bdcsic.csic.es:8084/IME/BASIS/ime/imewww/docu/SF>
- ▶ Web del dolor de Oxford <http://infodoctor.org/dolor/#Acute>. Una página muy buena en español monográfica sobre dolor.
- ▶ Bandolier, edición española <http://www.infodoctor.org/bandolera/> Es la edición en castellano de la revista *Bandolier*. Contiene información interesante para enfermería.
- ▶ Buscador general Terra <http://www.terra.es/>
- ▶ Buscador general Google <http://www.google.com/>
- ▶ Etiquetas diagnósticas de la NANDA <http://leo.worldonline.es/aentde/taxonomia.html>

**ANEXO I**

Evaluación Resultados esperados <b>Etapa I (Día -1 - +1)</b>	Evaluación Resultados esperados <b>Etapa II (Día +2 +3 +4)</b>	Evaluación Resultados esperados <b>Al alta</b>
Fecha .....	Fecha .....	Fecha .....
<input type="checkbox"/> Estable HDM. <input type="checkbox"/> RTU sin signos de sangrado activo. Continúa el plan previsto. <input type="checkbox"/> Analgesia adecuada según sus necesidades. <input type="checkbox"/> Reconoce la sintomatología urinaria e identifica los signos de alerta de ser portador de sonda vesical. <input type="checkbox"/> Descanso nocturno según sus hábitos. <input type="checkbox"/> El paciente ha comprendido todas las dudas respecto a su intervención. <input type="checkbox"/> Sedestación y deambulación por habitación bien tolerada. <input type="checkbox"/> Dieta progresiva con buena tolerancia.	<input type="checkbox"/> Estable HDM. <input type="checkbox"/> Después de retirar IVC, no signos de sangrado. <input type="checkbox"/> Tolera analgesia VO. y es efectiva. <input type="checkbox"/> Micción espontánea con sintomatología normal en el contexto de la RTU. <input type="checkbox"/> Reconoce la sintomatología urinaria e identifica los signos de alerta al retirar sonda vesical. <input type="checkbox"/> Descanso nocturno según sus hábitos. <input type="checkbox"/> Deambulación libre. <input type="checkbox"/> Dieta habitual con buena tolerancia. <input type="checkbox"/> Se habitúa a beber 2 litro, de agua al día.	<input type="checkbox"/> Estable HDM. <input type="checkbox"/> Micciones espontáneas según sintomatología prevista. <input type="checkbox"/> Dolor controlado con analgesia VO. Ha sido efectivo y no ha presentado incidencias. <input type="checkbox"/> No ha presentado flebitis ni extravasación en el lugar de inserción del catéter venoso periférico. <input type="checkbox"/> Conoce y comprende los signos de alarma de sintomatología urinaria y recomendaciones al alta. <input type="checkbox"/> Conoce y comprende la medicación que debe tomar y el seguimiento en consultas externas. <input type="checkbox"/> Ausencia de incidencia de caídas. <input type="checkbox"/> Ha cumplido la estancia prevista de ..... días.
Enfermera. T.T. ....	Enfermera. T.T. ....	Enfermera. T.M. ....

**SEGUIMIENTO VARIACIÓN DIARIA**

FECHA	TIPO DE VARIACIÓN	PROBABLE CAUSA	ACTITUD TOMADA	FIRMA

## ANEXO II

Guía Clínica: Resección Transuretral del Tumor Vesical superficial

DGR. 188 Fecha ingreso: ..... Fecha alta: .....

H.C. en la unidad  SÍ  NO Equipo médico responsable DR .....

Ítem	Día -1 Ingreso .....	Día 0 Intervención quirúrgica Q .....
<b>Inf. quirófano</b>		<input type="checkbox"/> Hora de llegada a la unidad..... <input type="checkbox"/> Informe hoja operatoria <input type="checkbox"/> Informe anestesia y D.E.
<b>Vigilancia y Controles</b>	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h.  <input type="checkbox"/> Deposiciones	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h. <input type="checkbox"/> Control movilización EEII <input type="checkbox"/> EVA / Hora - <input type="checkbox"/> Valoración características de la orina más <input type="checkbox"/> Balance c/ 24. <input type="checkbox"/> Deposiciones
<b>Exámenes complementarios</b>	<input type="checkbox"/> Reserva de sangre duración 72 h. <input type="checkbox"/> Hemograma, bioquímica, coagulación <input type="checkbox"/> ECG, RxTórax	<input type="checkbox"/> Mantenimiento reserva de sangre
<b>Tratamiento</b>	<input type="checkbox"/> Enema Casen® <input type="checkbox"/> Valium VO 22 h.  <input type="checkbox"/> Continuar medicación previa <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC.	<input type="checkbox"/> <b>Unidad de Urología preoperatorio</b> <input type="checkbox"/> Enema Casen® <input type="checkbox"/> Valium VO 7 h.  <b>Pautado en quirófano</b> <input type="checkbox"/> Continuar medicación previa <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC. <input type="checkbox"/> Analgesia EV VO <input type="checkbox"/> Sueroterapia <input type="checkbox"/> S. fisiológico de irrigación vesical
<b>Catéteres Drenajes Sondas</b>		<b>Postintervención portador de:</b> <input type="checkbox"/> Vía CVP nº..... Lugar..... <input type="checkbox"/> Sonda vesical Foley 3 Vías nº
<b>Dieta</b>	<input type="checkbox"/> Dieta habitual <input type="checkbox"/> Famis 0h	<input type="checkbox"/> 19 h Agua 20H30..... <input type="checkbox"/> Ingesta tolerada
<b>Actividad Movilidad</b>	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Reposo Sedestación	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Reposo absoluto postintervención
<b>Higiene</b>	<input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.	<input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Rasurado genitales 6 h AM <input type="checkbox"/> Bata y gorro para quirófano
<b>Prevención de riesgo</b>	<input type="checkbox"/> Alergias  <input type="checkbox"/> Prevención caídas	<input type="checkbox"/> Hematuria intensa <input type="checkbox"/> Obstrucción S.V. <input type="checkbox"/> RAO <input type="checkbox"/> U.P.P.  <input type="checkbox"/> Prevención caídas
<b>Plan de alta y nec.</b>	<input type="checkbox"/> Valoración social	
<b>Educación e información</b>	<input type="checkbox"/> Protocolo de acogida en la unidad <input type="checkbox"/> Información preoperatorio <input type="checkbox"/> Consentimiento intervención <input type="checkbox"/> Consentimiento transfusión	<input type="checkbox"/> Información postoperatoria familiares
<b>Variaciones y excep.</b>		
<b>Identificación D.E.</b>	<input type="checkbox"/> T.M.....T.T.....T.N.....	T.M.....T.T.....T.N.....
<b>Abreviaturas</b>	CVP Catéter venoso periférico SNP Según necesidades del paciente	AP Autónomo parcial UPP Úlcera por presión
<b>Cancela</b>	<input type="checkbox"/> 1 Decisión médica	<input type="checkbox"/> 2 No disponibilidad quirófano

## ANEXO II (cont.)

## IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Día + 1 Postinterv.....	Día +2 .....	Día +3..... Pasará a +4 si alta	Día +4 .....
<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h. <input type="checkbox"/> Deposiciones <input type="checkbox"/> EVA / Hora - <input type="checkbox"/> Valoración de la orina: <input type="checkbox"/> Con IVC <input type="checkbox"/> Micción <input type="checkbox"/> Balance c/ 24. <input type="checkbox"/> Deposiciones	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h. <input type="checkbox"/> Deposiciones <input type="checkbox"/> EVA / Hora - <input type="checkbox"/> Valoración de la orina: <input type="checkbox"/> Sin IVC <input type="checkbox"/> Micción <input type="checkbox"/> Balance c/ 24. <input type="checkbox"/> Deposiciones	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h. <input type="checkbox"/> Deposiciones <input type="checkbox"/> EVA / Hora - <input type="checkbox"/> Valoración de la orina: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Micción <input type="checkbox"/> Balance c/ 24. <input type="checkbox"/> Deposiciones	<input type="checkbox"/> TA/FC c/.....h. <input type="checkbox"/> Tax. c/.....h. <input type="checkbox"/> Fresp. c/.....h.
<input type="checkbox"/> Finaliza reserva de sangre a las 0 h			
<input type="checkbox"/> Continuar medicación previa <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC. <input type="checkbox"/> Analgesia VO <input type="checkbox"/> Stop Sueroterapia <input type="checkbox"/> IVC con S.F. : <input type="checkbox"/> Mantener <input type="checkbox"/> Suspender	<input type="checkbox"/> Continuar medicación <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC. <input type="checkbox"/> Analgesia VO  <input type="checkbox"/> Stop S.F de IVC	<input type="checkbox"/> Continuar medicación <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Heparina BPM SC. <input type="checkbox"/> Analgesia VO	<input type="checkbox"/> Continuar <input type="checkbox"/> Ranitidina VO <input type="checkbox"/> Stop Heparina <input type="checkbox"/> Analgesia VO
<input type="checkbox"/> Vía CVP Sellar con S.F.	<input type="checkbox"/> Retirar Vía CVP		
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical.F. 3 Vías  <input type="checkbox"/> Dieta habitual <input type="checkbox"/> Aporte hídrico 2 l	<input type="checkbox"/> S.Vesical : <input type="checkbox"/> Mantener <input type="checkbox"/> Retirar <input type="checkbox"/> Dieta habitual <input type="checkbox"/> Aporte hídrico 2 l	<input type="checkbox"/> Retirar S.V.F. 3 Vías  <input type="checkbox"/> Dieta habitual <input type="checkbox"/> Aporte hídrico 2 l	<input type="checkbox"/> Desayuno
<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Reposo        Sedestación <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Reposo        Sedestación <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> Reposo        Sedestación <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.	<input type="checkbox"/> Autón. <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.  <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Higiene c/24 h. <input type="checkbox"/> Autón. <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> D.
<input type="checkbox"/> Hematuria intensa <input type="checkbox"/> Obstrucción S.V. <input type="checkbox"/> RAO  <input type="checkbox"/> U.P.P. <input type="checkbox"/> Prevención caídas	<input type="checkbox"/> Hematuria intensa <input type="checkbox"/> Obstrucción S.V. <input type="checkbox"/> RAO  <input type="checkbox"/> Prevención caídas	<input type="checkbox"/> RAO  <input type="checkbox"/> Prevención caídas	<input type="checkbox"/> RAO  <input type="checkbox"/> Prevención caídas
	<input type="checkbox"/> Valoración social	<input type="checkbox"/> Valoración social	
<input type="checkbox"/> Evolución del proceso <input type="checkbox"/> Educación sanitaria apaciente/familia	<input type="checkbox"/> Evolución del proceso <input type="checkbox"/> Educación sanitaria paciente/familia	<input type="checkbox"/> Evolución del proceso <input type="checkbox"/> Educación sanitaria aciente/familia <input type="checkbox"/> Recomendaciones generales	<input type="checkbox"/> Alta médica <input type="checkbox"/> Alta de enfermería  <input type="checkbox"/> Recomend. alta alta
<input type="checkbox"/> No se suspende IVC		<input type="checkbox"/> No se retira sonda vesical	<input type="checkbox"/> No alta paciente
T.M.....T.T.....T.N.....	T.M.....T.T.....T.N.....	T.M.....T.T.....T.N.....	T.M.....
D: Dependiente SVF: Sonda vesical Foley	IVC: Irrigación vesical continua	EVA: Escala valoración analgesia Analgésica ENO.	
<input type="checkbox"/> 3 Especificar			



### ANEXO III

**Problemas del paciente/ Diagnóstico de enfermería:** Resección transuretral del tumor vesical.

1. Dolor secundario a patología e intervención quirúrgica.
2. Obstrucción sonda vesical secundario a presencia de coágulos por sangrado activo de la vejiga.
3. Ansiedad relacionada con el desconocimiento del proceso y su evolución.

Día:..... Día:.....

<p>Problema 1 <b>Dolor y espasmos vesicales secundarios a patología e intervención quirúrgica.</b></p> <p><i>Objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La enfermera valorará el grado de dolor y facilitará al paciente expresarlo de forma verbal o codificada: EVA.</li> </ul> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar permeabilidad de la sonda vesical y realizar lavado si existen coágulos.</li> <li>- Explicar al paciente que el dolor es normal postintervención y que es importante que avise antes de que éste se haga intenso.</li> <li>- Enseñar métodos de relajación.</li> <li>- Administrar analgesia antes que el dolor aparezca o se haga intenso.</li> <li>- Valorar la respuesta a la medicación.</li> </ul>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días -1, 0, +1)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días 2- 3 - 4)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p>
<p>Problema 2 <b>Obstrucción sonda vesical secundario a presencia de coágulos por sangrado activo de la vejiga.</b></p> <p><i>Objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuperar la permeabilidad y correcto funcionamiento de la sonda vesical.</li> </ul> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar al paciente sobre los cuidados que le vamos a realizar.</li> <li>- Respetar la intimidad del paciente.</li> <li>- Realizar lavado sonda vesical hasta la extracción total de los coágulos.</li> <li>- Lavado vesical continuo con suero fisiológico a ritmo rápido para evitar la formación de nuevos coágulos.</li> </ul>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días -1, 0, +1)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días 2- 3 y 4)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p>
<p>Problema 3 <b>Ansiedad relacionada con el desconocimiento del proceso y su evolución.</b> Ansiedad: Leve – Moderada - Grave</p> <p><i>Objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente expresará durante la estancia en la unidad la disminución del nivel de ansiedad.</li> <li>- El paciente comunicará sus temores y preocupaciones.</li> </ul> <p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar sobre el funcionamiento de la unidad y familiarizarlo con el entorno hospitalario.</li> <li>- Crear un ambiente seguro que permita y favorezca la libre expresión de sus sentimientos.</li> <li>- Escuchar al paciente con serenidad e interés.</li> <li>- Proporcionar información respecto a la intervención y sintomatología postoperatorio, adaptándonos a las necesidades de cada paciente.</li> <li>- Emplear un lenguaje asequible y sin tecnicismos.</li> <li>- Facilitar la compañía de familiares y amigos.</li> <li>- Fomentar la participación en los cuidados de la sonda vesical de acuerdo con su capacidad y habilidad.</li> </ul>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días -1, 0, +1)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p> <p>ENF. T.T.....</p>	<p><b>Evaluación:</b> Etapa I (Días 2- 3 y 4)</p> <p>Objetivo cumplido:</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Comentarios:</i></p> <p>ENF.T.M.....</p>

## ANEXO IV

### Recomendaciones al paciente intervenido de resección transuretral vesical

Durante los días que Ud. ha estado ingresado en nuestra unidad, le hemos informado de lo que debe conocer y tener en cuenta cuando vuelva a su domicilio. A continuación se lo resumimos.

Síntomas **normales** que Ud. puede presentar durante los 15 o 20 primeros días después de la intervención:

- Urgencia miccional.
- escozor al orinar.
- Episodios de incontinencia (escape involuntario de orina).

**Evite** durante las 2 primeras semanas:

- Llevar objetos pesados.
- Realizar esfuerzos al defecar.
- Tener relaciones sexuales.
- Realizar viajes largos.

**Aconsejamos:**

- Si no existe contraindicación, debe beber de 2 a 3 litros de agua al día.
- Debe tomar la medicación según las indicaciones de su médico.
- Puede continuar su dieta habitual.
- Debe controlar los espasmos vesicales respirando hondo y relajándose.

he eliminado la frase que habia aqui ya que se repite mas abajo

**Higiene:**

- Es importante ducharse cada día, realizando una minuciosa higiene de los genitales.

*Avise a su médico o acuda al Servicio de Urgencias, cuando:*

- No pueda orinar y tenga intenso dolor abdominal.
- La orina esté muy teñida de sangre con abundantes coágulos.
- Temperatura superior a 38° C.

*Al entregar el alta, le informarán del día que tiene visita en  
Consultas Externas de nuestro hospital*

## Próximas convocatorias de Congresos

### ◆ VI CONGRESO NACIONAL Y I INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

Alcalá de Henares (Madrid), 3, 4 y 5 de abril de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: No consta. Inscripción: 275 euros.  
Información: Tel: 91 280 58 25. Fax: 91 280 57 40.  
Correo-e: enfermeria2003@fgua.es  
www.fgua.es/congresos/enfermeria/principal.htm

### ◆ IV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA DE ENFERMERÍA

Oviedo, 3, 4 y 5 de abril de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 14 de marzo. Inscripción: 330 euros.  
Información: 985 23 25 52.  
Correo-e: congreso@serie-es.es

### ◆ III CONGRESO EUROPEO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

«Del mito a la Evidencia»  
Creta (Grecia), del 10 al 13 de abril de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: No consta. Inscripción: 330 euros.  
Información: 93 317 84 44. Fax: 93 317 86 82.  
Correo-e: goticrp@wanadoo.es

### ◆ IV CONGRESO NACIONAL DE BIOÉTICA

«Bioética, derechos y sociedad»  
Valladolid, del 24 al 26 de abril de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 10 de marzo de 2003.  
Inscripción: 100 euros.  
Información: 983 21 77 60. Fax: 983 21 77 34.  
Correo-e: COLEG47@enfermundi.com, chusladron@hotmail.com, legal@med.uva.es

### ◆ XIII CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Valencia, del 6 al 9 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 15 de marzo de 2003.  
Inscripción: No consta.  
Información: 963 135 182. Fax: 963 134 710.  
Correo-e: sanicongress@XIIIcongresohospitales.com  
www.XIIIcongresohospitales.com

### ◆ CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

«Mejorando los cuidados enfermeros»  
Torremolinos (Málaga), del 8 al 10 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: No consta. Inscripción: 250 euros.  
Información: Tel: 954 50 11 09. Fax: 954 56 46 21.  
Correo-e: Faecapasanec@grupoeoca.net

### ◆ VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA

Valencia, del 8 al 10 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 5 de abril de 2003.  
Inscripción: 205 euros.  
Información: Tel: 961 197 200 0/1, ext: 52119. Fax: 961 972 130.  
www.hguv.org  
Correo-e: dermatologia\_hgv@gva.es

### ◆ IX CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

«Calidad de vida, esperanza de futuro»  
Oviedo, del 14 al 17 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 30 marzo 2003.  
Convocatoria de Premios especiales: Certámenes de Pintura, Relatos y fotografía para los que asistan a este congreso. Cuantía

de los Premios: 1º Efectivo y trofeo, 2º y 3º trofeo.  
Inscripción: 410 euros.  
Información: 98 527 38 75. Fax: 98 525 24 76.  
Correo-e: eurolangs@teleline.es.  
E.mail inscripción: teletour@retemail.es

### ◆ XXVII CONGRESO DE ENFERMERÍA EN NEUROCIENCIAS

Zaragoza, del 14 al 17 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 31 marzo 2003.  
Inscripción: 340 euros.  
Información: 976 22 96 60. Fax: 976 23 70 39.  
Correo-e: caravasar@caravasarviajes.com.

### ◆ CONGRESO INTERNACIONAL: COMPETENCIA, AUTONOMÍA Y LIDERAZGO, CLAVES PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

Pamplona, del 15 al 16 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos: Hasta el 15 de marzo de 2003.  
Inscripción: 240 euros.  
Información: 948 42 56 45 Fax: 948 42 57 40.  
Correo-e: aurdanoz@unav.es www.unav.es/enfermeria

### ◆ X CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA. I CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Alcalá de Henares (Madrid), del 22 al 24 de mayo de 2003.  
PREMIO MEPENTOL A LAS COMUNICACIONES CIENTÍFICAS  
Cuantía del premio: 1.500 euros.  
Información: Laboratorios Bama-Geve: 93 415 48 22.  
Fax: 93 415 37 92.  
Correo-e: laboratorio@bamageve.es

### ◆ X CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

«Innovar en salud»  
Santander, del 27 al 30 de mayo de 2003. Presentación de trabajos hasta: 10 de febrero de 2001. Inscripción: 450 euros.  
Información: 942 37 56 12. Fax: 942 23 58 75.  
Correo-e: santander@geyseco.com

### ◆ X CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA VASCULAR

A Coruña, del 28 al 31 de mayo de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 7 de marzo de 2003.  
Inscripción: 365 euros.  
Información: 91 310 43 76. Fax: 91 319 57 46.  
Correo-e: unicongmad@unicongress.com

### ◆ CONGRESO NACIONAL DE SALUD EN EL TRABAJO

Barcelona, del 5 al 7 de junio de 2003.  
Presentación de trabajos hasta: 15 de abril de 2003.  
Inscripción: 400 euros.  
Información: 93 510 10 05. Fax: 93 510 10 09.  
Correo-e: congresosbarcelona@viajesiberia.com  
www.muniversal.net

### ◆ V EUROPEAN CONGRESS OF GERONTOLOGY

Barcelona del 2 al 5 de julio de 2003.  
Información: Tel: 91 781 87 90. Fax: 91 781 87 91.  
Correo-e: barcelona2003@biotur.es  
www.eriag.com

# PUBLICIDAD