

SÁNCHEZ SANZ, MC; MATEO SÁNCHEZ, MA; DIONISIO MORENO, S; LACASA PINILLA, S.
DUE Servicio de Urología Mutua de Accidentes de Zaragoza

Vía clínica fotovaporización prostática por láser

RESUMEN

Tras la incorporación de una nueva técnica quirúrgica en nuestro servicio de urología, fotovaporización prostática por láser; consideramos necesario realizar una vía clínica de actuación sobre la misma.

Las vías clínicas son planes asistenciales para una determinada patología con un curso clínico predecible; siendo su objetivo facilitar la labor asistencial, mejorar la calidad de los cuidados y minimizar costes mediante un proceso estandarizado, proporcionando así una mayor seguridad a pacientes y profesionales. Aunque en ningún caso reemplazan el juicio clínico de los profesionales ante el paciente.

Palabras clave: fotovaporización prostática por láser y vía clínica.

SUMMARY

After the incorporation of a new surgical technique in our service of urology, prostatic photoselective vaporization with laser; we consider necessary to carry out a clinical pathway of performance on it.

Clinical pathways are welfare plans for a specific pathology with a predictable clinical course; being their goal to facilitate welfare work, improving the quality of cares and minimizing costs through a process standardized, providing this patients and professionals with greater safety. Although, in no case do they replace the clinical judgment of the professionals about the patient.

Keywords: Photoselective vaporization of the prostate with KTP laser; clinical pathway.

INTRODUCCIÓN

La fotovaporización prostática por láser es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva, en la que a través de un endoscopio y mediante una fibra de láser se vaporiza el tejido prostático. A diferencia de la resección transuretral prostática convencional, la fotovaporización presenta ausencia o mínimo sangrado y un tiempo muy inferior de sondaje y de estancia hospitalaria. No obstante, como cualquier intervención, conlleva una serie de riesgos y complicaciones, como son las propias de la anestesia intradural y las derivadas de la intervención (hematuria, obstrucción de sonda vesical, inflamación e infección).

Con esta vía quedan reflejadas todas las actuaciones necesarias desde el día del ingreso hasta el alta del paciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Para elaborar la vía clínica creamos una matriz temporal tiempo/actividad. El tiempo se reduce a dos días, que es el tiempo de estancia hospitalaria habitual; en el caso de precisar prolongarse la estancia, se dan indicaciones inmediatas de actuación, pero se da por finalizada la aplicación de esta vía (figura 1).

El primer día incluye ingreso-acogida-preparación del paciente, intervención quirúrgica y postoperatorio.

Se recibe al paciente en el control de enfermería, una vez identificado se le recoge toda la documentación que

aporta (pruebas preoperatorias y consentimientos) y se verifica la misma, se le entrega el díptico informativo del proceso (figura 2) y se procede al montaje de la historia clínica mientras el paciente es acompañado a la habitación por una auxiliar.

Una vez en la habitación realizamos la entrevista-valoración de enfermería, toma de constantes vitales, entrega del camisón para quirófano e información del funcionamiento del servicio y medios técnicos. Se le explica detalladamente toda la preparación a la que va a ser sometido y se resuelven todas las dudas que tenga al respecto.

La preparación se inicia con el rasurado de la zona a intervenir, posteriormente el paciente procede a ducharse y dos horas antes de la intervención programada se canaliza una vía periférica, según protocolo (figura 3), en la que se administra el antibiótico profiláctico.

A lo largo de la mañana el paciente recibe las visitas del anestesista y del urólogo que van a realizar su intervención.

La intervención (recepción en quirófano, anestesia y acto quirúrgico) tiene una duración aproximada de dos horas. Después de la cual la familia es informada y el paciente pasa a la sala de despertar, en la que permanece aproximadamente una hora.

En la llegada a planta el paciente será portador de sonda vesical (aplicando el protocolo de cuidados de sonda vesical, figura 4, y de lavado vesical manual si precisa, figura 5). Si por indicación médica precisa lavado continuo, hasta ceder sangrado, el paciente llevará conectados sueros lavadores temporalmente (aplicando protocolo de

Figura 1

VIA CLINICA FOTOVAPORIZACION POR LASER				firma	firma
1er día	Aoogida	recepción del paciente comprobación de preoperatorio:	analítica con coagulación ecg rx tórax	Preparación	rasurado a lo largo de la mañana ducha posterior al rasurado
		recojida de consentimientos de:	intervención anestesia		2h antes de la intervención: canalización de vías s/prot: sf 500 pmv admon de antibiótico rígoran 200 i.v.
		entrega de información escrita de fotocoagulación por laser		Visitas médicas	pasará por la habitación antes de la intervención el anestesiólogo y el urólogo
		montaje de Historia Clínica con la documentación aportada más historia pro colorizada de laser		Quirófano	duración aproximada de 2h.
				Despertar	permanecerá en la sala aproximadamente 1h.
	En habitación	entrevista con enfermería y toma de constantes vitales (TAFC y TP) información del funcionamiento de medios técnicos (cama, tve y tf.) información del funcionamiento del servicio (horario de comidas aseo...)		Postoperatorio	será portador de sonda vesical: tratamiento médico: control de constantes y micción c/ 6h
		entrega del camión para quirófono			si indicación médica sueros lavadores hasta que la orina esté clara después s.v. a bolsa aplicar protocolo de lavado vesical continuo y cuidados de s.v. lavado vesical manual si precisa s/prot
		información de la preparación para quirófono y unas no ropa interior: rasurado ducha canalización de vía antibió terapia			glucosalino 1000 cc 2000/24h clexane 20 sube a las 6h de la intervención voltaren 1 amp al subir a planta nexium 40 v.o. en la cena no lo ti c/6h si tiene dolor
		realización de pruebas preoperatorias si no las aporta el paciente resolución de dudas del paciente			dieta líquida a las 4h. de la intervención, tras comprobar buena tolerancia dieta semiblanda
2º día	A las 7 H:	admon de 1 amp furosemida i.v. si se va a proceder a retirada de sv retirada de vía retirada de sonda vesical s/prot si indicación médica dieta blanda en desayuno		si se prolonga la estancia un día más por indicación médica se pautará:	ciprofloxacino 500 oral de-ce nexium 40 v.o. en ce voltaren retard 75 v.o. De-ce bicarbonato sódico 1 cucharada de-ce seguril 1 comp al día siguiente al retirar sv
	Alta:	micción espontánea de al menos 300 cc de orina si retención tras retirada de sv realizar sondaje s/prot o col si se va con sonda vesical educar al pote y colocar una bolsa de plasma entrega de informe de Alta médica y receta (no pasa urólogo)		observaciones:	si alergia a ciprofloxacino (rígoran) poner augmentine de 2 g iv de premedicación y augmentine 500 v.o c/ 6h al alta o retirada de vía si permanece ingresado si alergia a resto de farmacos no administrar y consultar con médico encargado si se va de alta con sonda dar bolsa de orina de planta y comprar en farmacia de 2l.
comentarios: anotar lo que no se cumple y la causa					

Figura 2

A usted se le va a realizar una intervención quirúrgica, llamada fotovaporización por láser. Es un proceso quirúrgico mínimamente invasivo que consiste, tras la aplicación de anestesia intra o epidural, en introducir una fibra de láser por la uretra, a través de un endoscopio, que permite vaporizar el tejido prostático.

Acudirá al servicio de recepción del Hospital Maz el día de la prueba entre las 8-9 h en ayunas (podrá tomar en desayuno una dieta líquida), donde se procederá a tomarle sus datos para el ingreso en planta indicándole la habitación en la que va a permanecer.

Seguidamente se le acompañará a la habitación donde se le informará tanto del funcionamiento de los medios técnicos de la habitación (timbre de llamada a enfermera, cama, televisión y teléfono) como del funcionamiento de la planta en general

Se le proporcionará un camión para bajar a quirófono y se le informará de la preparación necesaria para antes de la operación (estar en ayunas, bajar sin ropa interior, se le habrá rasurado, se duchará, se realizarán las pruebas del preoperatorio si no lo aporta o si lo indica el médico y se le cogerá un gotero para ponerle un antibiótico).

Las intervenciones comenzarán a última hora de la mañana o primera de la tarde. Si están programadas varias personas para el mismo día, se le indicará el orden a lo largo de la mañana.



También recibirá la visita del anestesiólogo a lo largo de la mañana, pudiendo éste indicar algún relajante según su estado de ánimo

Su intervención durará aproximadamente 2 horas, permaneciendo 1 h en la sala de despertar donde permanecerá con vigilancia médica. Sus familiares serán informados del desarrollo de la intervención al finalizar la misma.

Durante las horas posteriores permanecerá nuevamente en su habitación. Será portador de sonda vesical pudiendo llevar un sistema de lavado vesical hasta que se aclare la orina. Si no ha llevado sueros lavadores o ya se le han retirado por orina clara se conectará la sonda vesical a bolsa de orina, llevando este control por parte de enfermería.



Iniciará dieta líquida a las 4 h de subir a planta y se le irá administrando el tratamiento necesario para que usted no tenga complicaciones ni molestias. Podrá comunicarse con la enfermera en el caso que usted tenga dolor u otro tipo de necesidad.

A las 7 h del día siguiente se le retirará el gotero y la sonda vesical si así se indica. Una vez realizada una micción espontánea sin dificultad se procederá al alta hospitalaria con un informe donde se le darán las indicaciones a seguir y una receta del tratamiento que debe llevar. Si debe permanecer con sonda vesical unos días se le proporcionarán bolsas de orina para casa.

En caso que lo indique el urólogo se quedará hasta que pase el médico visita y decida si permanece ingresado o se va de alta.

ADVERTENCIAS QUE DEBE USTED SABER



La fotovaporización con Láser HPS es una técnica que permite acortar el tiempo de sondaje y estancia hospitalaria. Su principal ventaja es la ausencia de sangrado durante y después de la operación. No obstante sigue siendo una intervención quirúrgica, en la que se elimina una cantidad importante de tejido prostático para que usted logre orinar más confortablemente. Es muy frecuente que los primeros días tenga "irritación" a la hora de realizar la micción o ligeras molestias. Igualmente es frecuente que la orina esté ligeramente teñida de sangre. Su doctor le prescribirá medicamentos para evitar o reducir estas molestias. Será conveniente que usted haga una vida reposada, lleve una alimentación suave, evitando alcohol, café, té y comidas fuertes, picantes o con muchas especias. Es muy importante que usted beba muchos líquidos (agua preferentemente) para que orine mejor y más limpio. No dude en contactar con su médico o con la planta 5ª de este Hospital si tuviera alguna duda o en caso de dificultad al orinar, temperatura elevada o sangrado abundante.

Figura 3

PROTOCOLO DE CANALIZACION DE VIAS PERIFERICAS

OBJETIVOS:

- Unificar criterios de cuidado y mantenimiento de las vías.
- Actualización de los procedimientos.
- Prevención de complicaciones.
- Evitar enfermedades nosocomiales.
- Disminuir el riesgo de accidente laboral y no laboral.

INDICACIONES:

- Para fines terapéuticos y/o diagnósticos.
- En intervenciones quirúrgicas.

MATERIAL:

- Bata.
- Pañal cubre camas.
- Guantes no estériles.
- Maquinilla de rasurar.
- Compresor.
- Gasas estériles.
- Cloruro de benzalconio (cutasep) o clorhexidina 2%.
- Catéter nº 18 o nº 20.
- Sistema conector clave: "sistema intrafix safeset".
- Llave de tres vías con alargadera de 10 cm.
- Dial-a-flu.
- Aposito estéril: Tegaderm 7x9,5.
- Obturador.
- Llave de tres pasos.
- Sueroterapia.
- Conector clave básico.

CONTRAINDICACIONES:

- No utilizar en extremidad afectada si se ha practicado una extirpación ganglionar: "mastectomía".
- No utilizar en extremidad con un proceso arterio-venoso o por quemaduras.
- No utilizar extremidad izda si implantación de marcapasos.
- No utilizar la extremidad en caso de fistula.
- No utilizar extremidad en caso de proceso previo de ACV.
- Tener en cuenta el lado de intervención quirúrgica.

COMPLICACIONES:

- Aparición de flebitis.
- Irritación local.
- Deterioro del catéter.
- Extravasación.
- Reflujo a través del punto de punción.
- Posible transmisión de infecciones.
- Trombosis venosa.

PROCEDIMIENTO:

- Informar al paciente del procedimiento.
- Preparar y trasladar el material al lado del paciente.
- Valorar: comodidad del paciente (evitar zonas de flexión), acceso a vena (calibre del catéter), patología del paciente, tratamiento utilizado, duración del tratamiento, alteración de consciencia y agitación, sea diestro o zurdo.
- Colocar al paciente en la posición adecuada.
- Colocar el pañal cubre camas debajo de la zona de punción.
- Lavado de manos (agua y jabón) antes de ejecutar el procedimiento y cada vez que se manipule el catéter o sistema de perfusión.
- Colocarse los guantes.
- Poner el compresor por encima de la zona de punción.
- Limpieza y desinfección con clohexidina o cutasep del punto de inserción (retirar el vello si precisa).
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con ángulo entre 15°-30° en dirección a la vena. Observar el reflujo, cuando ocurra avanzar con el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.
- Retirar compresor, y posteriormente retirar del todo la guía.
- Conectar el sistema de infusión al catéter, abrir llave de goteo y comprobar permeabilidad (anexo 1).
- Fijar el catéter (anexo 2).
- Desechar la aguja en el contenedor para material punzante.
- Retirar guantes y lavado de manos.
- Anotar el registro: fecha, hora, calibre, complicaciones, lugar de punción y firma de DUE.

Anexo 1
Comprobar la permeabilidad:
Lavar con suero fisiológico (3cc) o bien, comprobamos el reflujo sanguíneo bajando el suero por debajo del nivel cardíaco.

Anexo 2
Fijar el catéter: aposito estéril transparente (tegaderm).
Se fija el catéter con una tira adhesiva por la parte del cono del abocón a la piel dejando visible el punto de punción.
Cubrir con el aposito transparente (tegaderm).
Con la segunda tira del aposito fijar el tubo del equipo de goteo a la piel tras haber buclado el mismo.



Figura 4

CUIDADOS DE SONDA VESICAL

Objetivo: Asegurar el buen funcionamiento de la sonda, prevenir infecciones de la vía urinaria y estimular el flujo urinario a través de la sonda.

ACTUACION:

- ✓ Estimular la ingesta de líquidos al menos 2 l/día a no ser que esté contraindicado por otra patología del paciente (fallo renal o cardíaco)
- ✓ Registrar en Hoja de diuresis la cantidad de orina diaria
- ✓ Colocación de guantes desechables para limpieza y utilización de gasa no estéril
- ✓ Limpieza de zona perineal- genital mañana y tarde con suero salino tibio y jabón retirando prepucio para abajo dejando al descubierto el glande. Retirar incrustaciones en meato y sonda, aplicando seguidamente Betadine
- ✓ Mantenimiento de la permeabilidad de la sonda:
 - Colocar sonda por encima de la pierna y sujeta al muslo con esparadrapo
 - Colocar sistema colector cerrado (Bolsa de grifo)
 - Lavado de sonda vesical según protocolo
 - Vigilar que el sistema colector no esté pinzado a lo largo de su trayectoria
 - Valorar los indicadores de infección urinaria (fiebre, escalofríos, dolor en flanco suprapúbico, orina turbia, orina maloliente, hematuria inesperada)
 - Valorar aparición de infección uretral comprobando que no haya secreción alrededor del meato uretral.
 - Colocar bolsa de orina a nivel más bajo de la vejiga del paciente
 - En caso de pinzar sonda hacerlo en tubo de sist. colector (nunca en la sonda)
- ✓ Indicación de cambio de sonda: obstrucción de la misma, rotura de sonda y cuando lo aconseje la duración máxima (Foley 20 días y Silicona 2 meses) Si el paciente está intervenido por patología urológica consultar con urólogo (nunca cambiar en I.Q. prostatectomía radical)

RETIRADA DE SONDA:

- Explicar al paciente el procedimiento a realizar
- Colocarse guantes no estériles, lavar meato con agua y jabón y pinzelar con Betadine la zona perineal
- Cerciorarse del volumen de llenado del globo (5cc-10cc)
- Conectar jeringa de 10 ml a vía de globo de la sonda y vaciar contenido.
- En caso de no poder vaciar el contenido, avisar a urólogo
- Retirar sonda suavemente y si el paciente es autónomo indicarle que se lave bien la zona, si no lo es proceder a su limpieza
- Anotar en hoja de diuresis la orina existente en la bolsa del drenaje, la característica de la misma y la hora de retirada

Controlar micción después de retirada de la sonda mediante su recogida en

copa

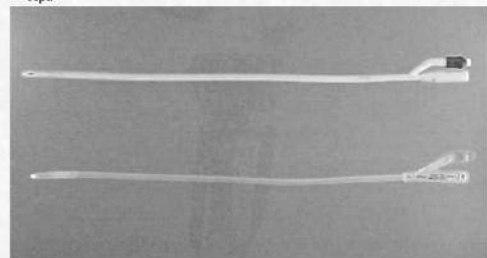


Figura 5

LAVADO DE SONDA VESICAL O LAVADO VESICAL MANUAL

OBJETIVO: *Mantener la permeabilidad de la sonda cuando se sospeche obstrucción de la misma por secreciones, coágulos, restos quirúrgicos, tc.*
Comprobar permeabilidad de la sonda en situación de oligoanuria
Limpiar la vejiga de restos quirúrgicos y coágulos

MATERIAL :

- ✓ Pañal cubrecamas 60 x 60
- ✓ Jeringa estéril de alimentación 60 cc.
- ✓ Klinidrape 75 x 75
- ✓ Solución salina estéril para irrigación (S.F. 100 IPB o S.F. estéril externo 500 cc.)
- ✓ Batea estéril
- ✓ Guantes no estériles
- ✓ Guantes estériles
- ✓ Gasa estéril
- ✓ Betadine
- ✓ Esparadrapo
- ✓ Pean

PROCEDIMIENTO :

- ◆ Lavado de manos
- ◆ Explicar al paciente lo que se le va a realizar
- ◆ Colocación de guantes no estériles
- ◆ Colocar al paciente en decúbito supino
- ◆ Poner pañal sobre la cama y debajo del punto de conexión de la sonda con el sistema colector. Sujetar tubo con Pean al pañal
- ◆ Desinfectar la conexión de la sonda con sist. colector vertiendo Betadine (en caso de sonda de tres vías si se lava por la entrada del s. Lavador hacer lo mismo).
- ◆ Colocación de Klinidrape sobre pañal dejando el pene por encima
- ◆ Echar batea, gasas y jeringa de 60 cc sobre Klinidrape
- ◆ Colocación de guantes estériles
- ◆ Cargar jeringa de 60 cc con 50 cc de Solución salina de forma estéril
- ◆ Cerrar lavador y desconexión de sonda al sist. colector dejando la conexión del sist. colector sobre el paño estéril.
- ◆ Instilar solu. salina por sonda vesical de forma lenta (si lleva lavador continuo cerrarlo antes de la instilación)
- ◆ Retirar la jeringa y dejar fluir por arrastre. Si no fluye aspirar por la jeringa para extraer los coágulos.
- ◆ Instilar nuevamente la sol. salina y aspirar para extraer los coágulos por aspiración activa con la jeringa
- ◆ Repetir hasta que la sonda quede permeable (en caso de sonda no permeable consultar con urólogo cambio de sonda. Nunca cambiar si I.Q. de prostatectomía radical) y la orina sea clara
- ◆ Conectar sonda a sist. colector dejando fija la sonda al muslo con esparadrapo

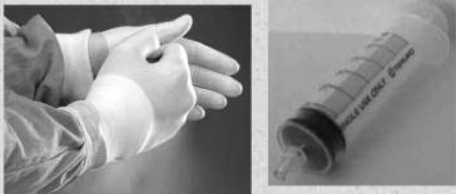


Figura 6

LAVADO VESICAL CONTINUO

OBJETIVO: *Lavar de forma continua la vejiga instilando suero salino isotónico estéril a través de la sonda vesical con el fin de limpiar la vejiga tras hematuria o intervención quirúrgica*

MATERIAL:

- ✓ S. Fisiológico 3000 cc.
- ✓ Equipo de perfusión (eq. Gotero c/ air luer lock "y" cod. 09000098)
- ✓ Sistema recolector (botellones con bolsa de orina cortada por abajo)
- ✓ Palo de gotero
- ✓ Betadine
- ✓ Compresa estéril de metro o venda Mollelast
- ✓ Pañal cubre camas 60 x 60
- ✓ Klinidrape 75 x 75
- ✓ Guantes desechables
- ✓ Guantes estériles
- ✓ Pean
- ✓ Esparadrapo

PROCEDIMIENTO:

- El paciente será portador de sonda vesical de tres vías
- Lavado de manos
- Explicar al paciente lo que se le va a realizar
- Colocación de guantes no estériles
- Colocar al paciente en decúbito supino
- Poner el pañal sobre la cama y debajo del punto de conexión de la sonda con sist. colector. Sujetar con Pean el tubo al pañal
- Colocar 2 S.F. 3000 cc sobre palo de gotero, conectar equipo de perfusión y purgarlo
- Desinfectar ambas conexiones de la sonda (entrada y salida) vertiendo Betadine
- Colocación de Klinidrape sobre pañal dejando el pene por encima
- Colocación de guantes estériles
- Conectar equipo de perfusión a vía de entrada de la sonda vesical abriendo el equipo a ritmo que precise y/o se indique
- Conectar vía de salida de sonda vesical al sist. colector del botellón, cubriendo pene con gasa de metro o venda Mollelast
- Retirar material empleado y arropar al paciente
- Balancear entrada/salida de solución de lavado y mezcla de orina-solución de lavado registrándolo en Hoja de Enfermería protocolarizada
- Comprobar permeabilidad de la sonda, todas las mañanas y cuando existan signos de obstrucción, actuando como se indica en protocolo de lavado vesical manual




Figura 7

PROTOCOLO DE SONDAJE VESICAL	
INDICACIONES:	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Evacuar orina en pacientes con retención urinaria ✦ Recogida de muestra estéril ✦ Control de diuresis ✦ Introducción de medicamentos con fines terapéuticos o exploratorios
MATERIAL:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guantes no estériles para lavado ▪ Foco de luz en caso de sondaje a mujer ▪ Agua, jabón y suero fisiológico ▪ Guantes estériles desechables ▪ Solución antiséptica (Povidona Yodada) ▪ Sonda vesical de calibre adecuado (Foley si < 7 días, resto silicona y evacuación s. Tienam) ▪ Lubricante urológico anestésico (Xylocaina 20%) ▪ Jeringa 10 ml ▪ Ampolla de s. Fisiológico 10 ml ▪ Sistema colector de orina cerrado (bolsa de orina con válvula antireflujo y grifo) ▪ Soporte para bolsa colectora ▪ Gasa estéril ▪ Esparadrapo
CONTRAINDICACION:	Sospecha de rotura uretral
COMPLICACIONES:	Estenosis uretral Formación de falsa vía uretral Infección urinaria Retención urinaria por obstrucción de sonda Hematuria ex vacuo
	PROCEDIMIENTO:
	<ul style="list-style-type: none"> •• Informar al paciente del procedimiento •• Lavado de manos antes de ejecutar el procedimiento •• Colocarse guantes no estériles A.U.X •• Colocar al paciente en posición adecuada (hombres decúbito supino mujeres decúbito supino con rodillas flexionadas y separadas •• Lavado de genitales llevado a cabo por AUX con agua jabonosa y aclarado con suero fisiológico. Secado de la zona con gasa estéril y aplicación de antiséptico (Povidona Yodada) •• DUE colocarse guantes estériles ,preparar el campo (klinidrape) y el material estéril •• Coger el pene con gasa estéril, retirar prepucio hacia atrás, introducción de lubricante por uretra y/o lubricar sonda vesical y ponerlo en posición vertical. En mujeres separar los labios menores con gasas estériles, localizar uretra e introducir la sonda •• Introducir sonda lentamente 7-8 cm y poner pene en horizontal introduciendo lentamente la sonda hasta que fluya la orina (no forzar la introducción por riesgo de producir falsa vía) •• Cubrir glande con prepucio •• Conectar sistema colector a sonda y llenado de globo vesical (8-10 cc) con suero fisiológico . •• Sujetar sonda con esparadrapo al muslo y colocar la bolsa sujeta a la cama con soporte de orina •• Lavado de manos •• Si retención urinaria tras obtener 500 ml pinzar sonda y despinzarla al cabo de 15 mn para evitar hematuria ex vacuo

lavado vesical continuo, figura 6). Se procede a la toma de constantes y control de diuresis cada seis horas y a la administración del tratamiento prescrito.

Se iniciará tolerancia pasadas cuatro horas de la intervención, siempre que se haya realizado con anestesia regional, como es habitual, aumentando progresivamente la dieta.

En el segundo día, a primera hora de la mañana se retira la sonda vesical según protocolo (figura 4), salvo contraindicación, y la vía periférica, administrando el diurético de forma intravenosa previamente cuando la sonda vaya a ser retirada.

Se procederá al alta del paciente una vez que haya realizado micción espontánea de al menos 300 ml de orina no hematúrica y presente buen estado general.

Si presentase retención urinaria realizaríamos un sondaje vesical según protocolo (figura 7).

Si el paciente es dado de alta con sonda vesical se le conectará a bolsa de pierna y se educará en la manipulación y cuidados de la misma.

Se entregará al paciente el informe de alta con el tratamiento e indicaciones a seguir.

CONCLUSIONES/DISCUSSION

Su aplicación, como la de cualquier vía clínica, optimiza la atención sanitaria, disminuye la variabilidad en la práctica clínica al quedar definidos los procesos (secuencia,

tiempo, responsabilidad), adecua la utilización de recursos, mejora los sistemas de registro, podemos usarla como herramienta formadora e investigadora, nos proporciona seguridad al apoyar actitudes terapéuticas, mejora la calidad asistencial y mejora la satisfacción del paciente y familia al proporcionar información del proceso con antelación. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- García Caballero, J.; Díez Sebastián, J.; Chamorro Ramos, L.; Navas Acien, A.; Franco Vidal, A. «Vías clínicas». Unidad de Garantía de Calidad. Hospital Universitario de La Paz (Madrid).
- Carrasco G, Ferrer J. «Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones». Rev. de Calidad Asistencial 2001; 16: 199-207.
- Marzo M; Alonso P; Boufill X. «Guías de práctica clínica en España». Medicina clínica (Barcelona) 2002; 118 (supl. 3): 30-5.
- www.uportal.net/vias_clinicas.htm
- López Alcina, E. «Fotovaporización prostática mediante láser verde. Ventajas quirúrgicas en pacientes de riesgo». Archivos Españoles de Urología, ISSN 0004-0614, tomo 61, nº 9, 2008. Págs. 1029-1034.
- Videos urología.blogspot.com/2007/11/Fotovaporización-lser-hps.html
- Capitán Manjón, C.; De la Morena Gallego, José M.; De la Peña Zarzuelo, E.; Llorente Abarca, C. «Papel actual de la fotovaporización con láser Greenlight HPS». Actas Urológicas Españolas 2009;33 (7): 771-777.