

ASUNCIÓN PONS PRATS; TERESA ESCODA PELLISA; LLUÏSA BRULL GISBERT; SANDRA ANENTO NOLLA; ESTRELLA MARTÍNEZ SEGURA; ELVIRA PORCAR DOMÉNECH

# Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal y hematuria



## RESUMEN

En este trabajo presentamos el proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente que ingresa con diagnóstico de hematuria e insuficiencia renal aguda precisando sesiones de hemodiálisis.

Tras varias pruebas diagnósticas se le detecta Carcinoma Urotelial Papilar y sólido de grado citológico III, infiltrante y con atrapamiento de uréteres.

**Palabras clave:** Proceso atención enfermería, insuficiencia renal, hematuria.

## SUMMARY

In this work we present the process of attention of nursing applied to a patient who enters with diagnosis of hematury and renal acute insufficiency needing specifying meetings of hemodiálisis.

After several diagnostic tests detects to him Urotelial Papilar Carcinoma and solidly of degree citológic IIIrd, infiltrant and with occlusion of ureters.

**Key words:** Nurse attention procedures, Renal acute insufficiency, Hematury.

## OBJETIVOS

- Unificar criterios de actuación y mejorar la práctica interdisciplinaria.
- Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente.
- Disponer de herramientas para la estandarización y evaluación de procesos.

## METODOLOGÍA

El servicio de Urología del Hospital «Verge de la Cinta» de Tortosa atiende las urgencias e intervenciones programadas de las comarcas del Baix Ebre, Montsià i Terra Alta.

Nuestro equipo lo forman cinco urólogos, nueve enfermeras, ocho auxiliares, un celador y una supervisora.

La enfermería de nuestro hospital utiliza el marco conceptual de Virginia Henderson y para el desarrollo del proceso enfermero se sigue la Taxonomía diagnóstica de la NANDA.

## DESARROLLO

Señor 76 años soltero, que vive con su hermana que también es soltera. Agricultor y actualmente jubilado. Tiene antecedentes de EPOC y glaucoma.

Su medicación habitual es:

- Ventolin 2 inhalaciones cada 12 horas.
- Pulmicort 2 inhalaciones cada 12 horas.
- Colirio.

Ingresa en nuestra unidad con diagnóstico de hematuria e insuficiencia renal aguda.

Se le programan sesiones de diálisis a días alternos y se instaure perfusión continua para lavados vesicales (portador de sondaje vesical desde urgencias).

Su estancia la dividiremos en tres etapas:

- 1ª ETAPA: En esta etapa inicial presenta, además de su problema de ingreso, un episodio de abdomen agudo que se resuelve con la instauración de sondaje nasogástrico (SNG) y tratamiento.

También presenta desorientación temporo-espacial.

- 2ª ETAPA: Precisa varias transfusiones sanguíneas por anemia dado que continúa con hematurias francas de forma intermitente, además de continuar con la hemodialización.

Se le practica una Resección Transuretral (RTU) paliativa en un primer tiempo y una segunda RTU a los diez días.

Durante esta etapa también presenta síndrome febril y Edema agudo de pulmón (EAP).

- 3ª ETAPA: En un principio se le practica Nefrostomía Percutánea derecha que permite que se vaya normalizando la insuficiencia renal y posteriormente Nefrostomía derecha, dejando de realizar las sesiones de hemodiálisis.

Ha presentado también deterioro de la movilidad física y úlcera de primer grado en el sacro.

Antes de ser dado de alta es valorado por la enfermera de enlace hospital-Asistencia Primaria para coordinar los cuidados en su domicilio, mientras está en lista de espera para ingreso en hospital de primer nivel para posible cistectomía radical.

#### VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

##### 1ª ETAPA

**1. Necesidad de respirar:** El paciente presenta respiración eupneica, rítmica y sin esfuerzo. Sigue su tratamiento domiciliario habitual y no presenta cianosis, ni palidez de mucosas y piel.

**2. Necesidad de comer y beber:** A su ingreso tiene un peso de 76 Kg. Y mide 1,70 cm.

Habitualmente sigue una dieta normal y no presenta problemas de masticación, deglución y digestión. Es portador de dentadura postiza.

Su ingesta de líquidos es de sólo 500-750 cc al día.

En este periodo del ingreso presenta un episodio de abdomen agudo en el cual permanece con dieta absoluta durante 3 días y además se instaure SNG. Después inicia dieta progresiva con restricción de sodio y potasio, y puede tener una ingesta máxima de 500 cc de agua al día según prescripción del nefrólogo.

**3. Necesidad de eliminar:** El paciente presentaba un patrón miccional de 6 o 7 veces al día, con orina un poco

densa. En cuanto a la eliminación fecal es de 1 vez cada día y de aspecto normal.

En esta etapa se ve afectada la eliminación renal por la insuficiencia renal y la presencia de hematuria.

**4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada:** En su vida diaria es totalmente independiente y no precisa la utilización de material ortopédico para la marcha y su movilidad en general.

Al ingreso debe permanecer en reposo por la hematuria.

Sus constantes vitales son TA: 124/63 mmHg y FC: 78x', considerándose dentro de los parámetros normales.

**5. Necesidad de dormir y reposar:** Habitualmente el paciente duerme de 8 a 10 horas nocturnas, sin interrupción y media hora de siesta. No precisa ningún tipo de medicación inductora del sueño.

En una primera valoración mantiene un sueño parecido al de su patrón habitual y a partir del segundo día aparece un sueño ligero relacionado con un estado de desorientación temporo-espacial.

**6. Necesidad de vestirse y desvestirse:** En la vida diaria el paciente es totalmente independiente y desde que ingresa pasa a ser dependiente parcial y totalmente.

**7. Necesidad de mantener una temperatura corporal adecuada:** Cotidianamente el paciente reacciona de forma equilibrada a los cambios ambientales de temperatura.

En el presente mantiene una temperatura dentro de los límites de la normalidad (Tª 36,7°C).

**8. Necesidad de estar limpio y aseado, y proteger los tegumentos:** Acostumbra a ducharse una vez a la semana y realiza una higiene parcial diariamente. Presenta una coloración e hidratación adecuada y es independiente en su aseo.

Desde el momento del ingreso pasa a ser semidependiente los primeros días y totalmente dependiente a continuación, condicionado por su estado mental, el estar encamado y los aparatos restrictivos que le han sido instaurados.

**9. Necesidad de evitar peligros:** Ingresa consciente y orientado. Al segundo día aparece cuadro de desorientación temporo-espacial.

El paciente es portador de una vía venosa periférica, una vía central por subclavia derecha para las sesiones de hemodiálisis, sonda vesical con lavados continuos y sonda nasogástrica a bolsa.

**10. Necesidad de comunicarse:** En su domicilio y hasta que presenta el cuadro de desorientación es capaz de comprender todo lo que se le explica y se expresa en catalán, en un lenguaje ordenado y comprensible, y su expresión no verbal también es la adecuada.

**11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:** El paciente se considera católico no practicante y toma sus propias decisiones y actúa conforme a ellas.

**12. Necesidad de ocuparse y realizarse:** Actualmente está jubilado y vive con su hermana.

Su problema actual de salud influye en su rol familiar de forma directa.

**13. Necesidad de divertirse:** Su tiempo libre lo emplea mirando la televisión y saliendo a pasear con sus amigos. Le gusta leer libros de historia de la comarca.

Cuando ingresa, dice que no quiere ver la televisión.

**14. Necesidad de aprender:** El paciente tiene interés por conocer su proceso de salud y su evolución. Todo esto mientras se mantiene orientado.

#### 2ª ETAPA

**1. Necesidad de respirar:** Aparece disnea secundaria a un edema agudo de pulmón. Presenta también cianosis en las mucosas y palidez de la piel, FR: 40x', con respiraciones superficiales.

**2. Necesidad de comer y beber:** En la valoración no aparecen nuevos datos.

**3. Necesidad de eliminar:** Continúa presentando hematuria.

**4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada:** Sigue en reposo.

**5. Necesidad de dormir y reposar:** Se le está administrando medicación inductora del sueño (Loracepam).

**6. Necesidad de vestirse y desvestirse:** Es dependiente.

**7. Necesidad de mantener una temperatura corporal adecuada:** Posteriormente a RTU paliativa presenta síndrome febril llegando a una temperatura máxima de 39,2°C.

**8. Necesidad de estar limpio y aseado y proteger los tegumentos:** Es dependiente.

**9. Necesidad de evitar peligros:** Está consciente y orientado. En esta etapa precisa la transfusión de hemoderivados debido a la anemia que padece.

Continúa con vía venosa central y periférica y sondaje vesical con lavados continuos.

**10. Necesidad de comunicarse:** Independiente.

**11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:** Independiente.

**12. Necesidad de ocuparse para realizarse:** Es dependiente.

**13. Necesidad de divertirse:** De vez en cuando mirar la televisión.

**14. Necesidad de aprender:** No pregunta por la evolución de su enfermedad.

#### 3ª ETAPA

**1. Necesidad de respirar:** Mantiene FR normal y continúa con su medicación habitual.

**2. Necesidad de comer y beber:** Sigue con la misma dieta y posteriormente a las nefrostomías inicia dieta normal. Es semidependiente.

**3. Necesidad de eliminar:** Se le practican 2 nefrostomías percutáneas por donde drena la orina y se le retira la sonda vesical, no presentando micción por meato. Finalizan las sesiones de hemodiálisis.

**4. Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada:** Movilidad muy limitada debido al largo periodo de encamamiento. Se cursa interconsulta con el servicio de rehabilitación y empieza la recuperación.

**5. Necesidad de dormir y reposar:** No tiene dificultad para coger el sueño.

**6. Necesidad de vestirse y desvestirse:** Continúa siendo dependiente.

**7. Necesidad de mantener una buena temperatura corporal:** Mantiene la temperatura dentro de la normalidad.

**8. Necesidad de estar limpio y aseado y proteger los tegumentos:** Es dependiente en la higiene.

Presenta úlcera de primer grado en zona sacra.

**9. Necesidad de evitar peligros:** Portador de 2 nefrostomías percutáneas. Se le retira el catéter venoso central y finalmente el periférico, además de la sonda vesical.

**10. Necesidad de comunicarse:** Independiente.

**11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores:** Independiente.

**12. Necesidad de ocuparse para realizarse:** Dependiente.

**13. Necesidad de divertirse:** Independiente.

**14. Necesidad de aprender:** Parece entender todo su proceso de enfermedad y se interesa por las nefrostomías para que su hermana aprenda a cuidarlas.

#### PLAN DE CUIDADOS

- **DE:** Diagnóstico de Enfermería.
- **PI:** Problema Interdependiente.

#### 1ª ETAPA

**DE:** Riesgo de ansiedad relacionada con la falta de conocimientos sobre la hospitalización.

• **Objetivo:** El paciente expresará que le ha disminuido la ansiedad.

• **Cuidados de enfermería:**

- Aplicar el protocolo de acogida.
- Explicar todas las dudas que tenga el paciente y su familia sobre el proceso de hospitalización y permitirles que expresen sus preocupaciones.
- Informar al paciente de todas las técnicas y cuidados que se le vayan a realizar.

**DE:** Déficit en el autocuidado; vestirse y desvestirse, higiene, alimentación y eliminación, relacionado con la disminución de la movilidad física secundaria a la propia patología y a los elementos restrictivos que lleva (6.5).

• **Objetivo:** El paciente se mantendrá limpio y cómodo.

El paciente participará en la medida de lo posible en su higiene, vestido y alimentación.

• **Cuidados de enfermería:**

- Realizar la higiene diariamente.
- Acercarle todo lo necesario para que se realice la higiene y ayudarlo en todo aquello que él no pueda realizar.
- Ponerle el timbre a su alcance para que pueda llamarnos si necesita alguna cosa.
- Acercar al paciente la mesa auxiliar con la bandeja de la comida, acomodarlo y ayudarlo si no es capaz de realizarlo el solo.

**DE:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (1.6.2.1.2.2).

• **Objetivo:** El enfermo mantendrá intacta la integridad cutánea.

• **Cuidados de enfermería:**

- Cambios posturales cada 2-3 horas.
- Hidratación de la piel en la realización de la higiene cada 24 horas.
- Aplicar medidas de protección en las prominencias óseas (talones, codos, sacro...) y controlar que éstas estén en condiciones en cada turno.
- Examinar el estado de la piel y explicarle la importancia de la movilización y de cambiar los puntos de presión c/turno.

**PI:** Hematuria.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Control de constantes vitales como la tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) i temperatura (T<sup>a</sup>) c/6 y h.
- Vigilar el sangrado por sonda vesical y registrarlo en las notas de enfermería c/turno.
- Vigilar el buen funcionamiento de los lavados continuos y la permeabilidad de la sonda c/turno.
- Realizar lavados manuales con suero fisiológico y jeringa si el sangrado es muy importante c/turno.
- Control del hematocrito según prescripción médica.

**PI:** Riesgo de retención urinaria y de espasmos vesicales.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Vigilar y valorar la aparición de distensión suprapúbica y malestar.
- Explicarle al enfermo que no debe hacer fuerza cuando tenga la sensación de ganas de orinar.
- Enseñarle ejercicios de relajación.
- Control de diuresis.

**PI:** Uremia.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Vigilar la aparición de alteración del estado mental, la pérdida de apetito, vómitos, convulsiones, piel pálida...
- Tomar la medicación prescrita por el nefrólogo responsable del tratamiento en hemodiálisis.
- Dieta rica en hidratos de carbono y baja en contenido proteico, en potasio y en sodio.

**PI:** Riesgo de hipervolemia-Edema agudo de pulmón.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Vigilar la aparición de edemas en las partes distales y en la zona sacra, o bien edema generalizado c/turno.
- Observar la aparición de disnea, taquicardia, distensión venosa en el cuello, ruidos respiratorios y tos productiva con esputos espumosos y rosados c/turno.
- Ingestión de un máximo de 500 cc de líquidos por recomendación del nefrólogo.
- Control de la diuresis.

**PI:** Riesgo de desequilibrio hidro-electrolítico.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Controlar la aparición de signos de desequilibrio hidro-electrolítico (debilidad muscular, prurito, arritmias).

**DE:** Riesgo de deterioro de la mucosa oral relacionado con disminución de la hidratación (1.6.2.1.1).

• **Objetivo:** El paciente mantendrá la integridad de la mucosa oral.

• **Cuidados de enfermería:**

- Explicarle al enfermo la necesidad de realizar una higiene bucal minuciosa con cepillo suave después de cada comida.
- Hacer enjuagues con solución antiséptica para que desaparezca el gusto metálico provocado por la uremia y la sensación de sed.
- Vigilar si aparecen aftas bucales, mucositis o cualquier otra complicación oral c/turno.

**PI:** Riesgo de flebitis.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Controlar la aparición de edema, eritema, aumento de la temperatura o dolor en la zona de inserción del catéter periférico c/turno.
- Manipular las desconexiones de forma aséptica c/turno.
- Cambiar el apósito siempre que esté mojado o sucio.

**PI:** Riesgo de infección del catéter venoso central (CVC) utilizado para el tratamiento de hemodiálisis.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Vigilar la aparición de enrojecimiento, edema y aumento de la temperatura o bien supuración del punto de inserción del CVC c/turno.
- Desinfectar con Povidona yodada el punto de inserción y cambiar el apósito cuando sea necesario.
- No manipular dicho catéter y mantenerlo exclusivamente para el tratamiento de hemodiálisis.

**PI:** Dolor.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Valorar y registrar la naturaleza, intensidad y localización del dolor c/turno.
- Administrar Nolotil 2g iv c/8 h por orden del facultativo.
- Valorar y registrar el efecto de la analgesia c/8 h.
- Enseñarle y realizar técnicas de relajación si lo precisa.

**PI:** Náuseas y vómitos.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Cuidados de la sonda nasogástrica (SNG):
- Movilización de la SNG c/8 h.

- Cambio del adhesivo de fijación c/24 h.
- Limpieza de la SNG con agua c/6 h.
- Vigilar la permeabilidad de la SNG c/turno.
- Observar el drenaje y anotar la cantidad, color y consistencia del contenido gástrico y registrarlo en las observaciones de enfermería c/turno.
- Administrar Metoclopramida 10 mg IV c/8 h y Ranitidina 50 mg IV c/6 h.

**DE:** Riesgo de lesión relacionado con la desorientación temporo-espacial (1.6.1).

- **Objetivo:** El enfermo mantendrá su integridad física.
- **Cuidados de enfermería:**
  - Procurar una iluminación suave nocturna para intentar orientarlo en el tiempo y espacio.
  - Poner barandillas en la cama para evitar caídas.
  - Explicarle a la familia la importancia de que le vayan recordando dónde se encuentra y por qué está ingresado, para situarlo en la realidad.

## 2ª ETAPA

En esta segunda etapa deben añadirse además de los anteriores diagnósticos y problemas interdependientes, los relacionados con la anestesia y la intervención quirúrgica de RTU, y que son:

**PI:** Riesgo de náuseas y vómitos.

- **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.
- **Cuidados de enfermería:**
  - Vigilar la aparición de náuseas y vómitos c/turno.
  - Administrar medicación antiemética si se prescribe por parte del facultativo.
  - Iniciar dieta progresiva según la pauta y observar su tolerancia.

**PI:** Riesgo de neumonía/atelectasia.

- **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.
- **Cuidados de enfermería:**
  - Enseñarle a realizar respiraciones profundas y a toser.
  - Facilitar e insistir en la movilización pasiva en la cama, teniendo en cuenta que debe ser leve por la hematuria c/turno.
  - Vigilar la aparición de fiebre, tos, crepitaciones...

**PI:** Riesgo de cefalea y alteraciones motoras y sensitivas en las extremidades inferiores.

- **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.
- **Cuidados de enfermería:**
  - Mantener al enfermo en decúbito supino las primeras 24 horas.
  - Si aparece cefalea avisar al anestesista de guardia.
  - Controlar la aparición de sensibilidad y movilidad de las extremidades inferiores y anotarlos en las observaciones de enfermería.

**PI:** Riesgo de tromboflebitis.

- **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.
- **Cuidados de enfermería:**

- Continuar con la administración de profilaxis tromboembólica con la administración HBPM 2500ui SC c/24 h.
  - Explicarle y recordarle que debe movilizar las extremidades inferiores mientras esté encamado c/turno.
- Independientemente de la intervención quirúrgica, aparecen otros problemas que se ven reflejados a continuación.

**PI:** Anemia.

- **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.
- **Cuidados de enfermería:**
  - Vigilar el aumento de sangrado (hematuria) c/turno.
  - Vigilar la aparición de palidez cutánea, sudoración profusa, taquicardia, hipotensión mantenida..., c/turno.
  - Realizar estudios analíticos según prescripción médica.
  - Administración de derivados sanguíneos (concentrados de hematíes) por prescripción médica.
  - Explicarle al enfermo que no debe realizar grandes esfuerzos.

**PI:** Hipertermia.

- **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.
- **Cuidados de enfermería:**
  - Control y registro de la temperatura c/6 h.
  - Aplicación de métodos externos de refrigeración (compresas frías, duchas con agua templada...).
  - Administración de Paracetamol 500 mg VO c/6 h si tiene fiebre.
  - Administración de Amoxicilina-Clavulánico 1g IV c/8 h.
  - Realizar extracción y/o recogida de muestras para cultivo (hemocultivo, urinocultivo, frotis del punto de inserción del CVC...).

**PI:** Disnea-Edema agudo de pulmón.

- **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.
- **Cuidados de enfermería:**
  - Controlar el aumento de disnea, taquipnea, saturación de oxígeno y coloración de las mucosas c/turno.
  - Observar si se producen esputos y su aspecto (rosados y espumosos).
  - Mantener al enfermo en posición Fowler o semi-fowler para facilitar la respiración.
  - Iniciar tratamiento de oxigenoterapia: O 35% 6lx'.
  - Administrar nebulizaciones de 0'2 cc de Salbutamol +1 cc de Pulmicort +500 mcgr de Bromuro de Ipratropio c/6 h.
  - Enseñarle a realizar ejercicios respiratorios c/turno.
  - Realizar balances hidro-electrolíticos (control estricto de diuresis y entrada de líquidos) c/8 h.
  - Instaurar y controlar perfusión de Nitroglicerina (NTG) 50 mg en 50 cc de suero fisiológico a 4 ml/h.
  - Reducir la velocidad de infusión de NTG 1 ml/h según tensión arterial por indicación médica en la resolución del problema.

## 3ª ETAPA

Derivados de la instauración de dos nefrostomías percutáneas aparecen los siguientes problemas:

**PI:** Alteración de la eliminación renal/infección urinaria.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Estimular la ingesta hídrica a 3.000 cc c/24 h.
- Control de la diuresis, coloración, consistencia y olor de la orina c/turno.
- Vigilar la aparición de signos de obstrucción del catéter y realizar lavados si precisa c/turno.

**PI:** Riesgo de infección del punto de inserción de la nefrostomía percutánea.

• **Objetivo:** Vigilar la aparición de signos y síntomas.

• **Cuidados de enfermería:**

- Vigilar la coloración, aspecto, supuración y dolor del punto de inserción c/turno.
- Vigilar el punto de fijación del catéter a la piel c/24 h.
- Curar con Povidona Yodada c/día.

Ya en esta última etapa aparecen dos nuevos problemas previos a ser dado de alta:

**DE:** Deterioro de la integridad cutánea: Úlcera de primer grado en el sacro (1.6.2.1.2.1).

• **Objetivo:** El enfermo recuperará la integridad cutánea.

• **Cuidados de enfermería:**

- Continuar con los mismos cuidados en el diagnóstico enfermero: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Cura con apósito Hidrocoloide-hidrorregulador y cambiarlo cuando sea necesario.
- Vigilar y anotar la evolución de la úlcera.

**DE:** Deterioro de la movilidad física relacionado con el encamamiento (6.1.1.1.6).

• **Objetivo:** El enfermo recobrará lo máximo posible su capacidad de movilización.

• **Cuidados de enfermería:**

- Identificar qué actividades puede realizar de forma autónoma y cuáles precisan asistencia.
- Animarlo a que haga el máximo de cosas por sí mismo c/turno.
- Realizar ejercicios pasivos c/turno.
- Se cursa petición de interconsulta con el servicio de rehabilitación y se inicia recuperación.

**DE:** Riesgo de alteración del mantenimiento de la salud relacionado con la falta de conocimientos sobre su proceso.

• **Objetivo:** El paciente y la familia adquirirán conocimientos sobre los cuidados a domicilio.

• **Cuidados de enfermería:**

Explicarle y darle información a cerca de:

- La actividad que puede realizar.
- El cambio del apósito y cuidados de los catéteres de nefrostomía.
- Los cambios de la bolsa de diuresis.

Se le pone en contacto con su enfermera de Atención Primaria por medio de la enfermera de enlace.

Se le proporciona la hoja de alta de enfermería, donde van incluidos también consejos y educación sanitaria sobre su proceso.

## RESULTADOS

**SABEMOS QUE LOS RESULTADOS IDEALES SERÍAN AQUELLOS EN LOS QUE LOS OBJETIVOS SE CONSIGUEN EN UN 100%; LO IMPORTANTE PRECISAMENTE DE LA EVALUACIÓN ES PODER CORREGIR O DISCUTIR EN UN MOMENTO CONCRETO UNA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA, O TAMBIÉN DEL PERSONAL MÉDICO (SI ES UN PROBLEMA INTERDEPENDIENTE). COMO YA SE HA EXPUESTO EN LA VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES (SOBRE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON), ÉSTAS SE FUERON CUBRIENDO Y SATISFACIENDO A MEDIDA QUE SE SOLUCIONARON LOS PROBLEMAS QUE APARECÍAN DURANTE TODO EL PROCESO**

Se obtuvieron a partir de la evaluación de las actuaciones de enfermería, observando si se habían conseguido los objetivos propuestos para mejorar los problemas que iban apareciendo a lo largo de todo el proceso de enfermedad.

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

Como ya se ha expuesto en la valoración de las necesidades (sobre el modelo de Virginia Henderson), éstas se fueron cubriendo y satisfaciendo a medida que se solucionaron los problemas que aparecían durante todo el proceso.

Poder dividir el proceso en tres etapas nos ayudó a establecer actuaciones más concretas, pero a la vez a tener una visión más global de todo el proceso.

## DISCUSIÓN

Los diagnósticos de enfermería nos proporcionan las bases para la obtención de las mejores intervenciones de enfermería, con la finalidad

de llegar a unos resultados óptimos de profesionalidad, que es la responsabilidad máxima de enfermería.

Podríamos justificar su utilización por razones obvias:

- La primera es la necesidad de un lenguaje común y coherente.

- La segunda es la gran ayuda que esto representa para poder definir el cuerpo de conocimientos de enfermería, y en este caso de la enfermería urológica.

- La tercera es la gran autonomía profesional que esto nos atorga.

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

En definitiva, podemos decir que la utilización de la taxonomía diagnóstica puede ser una valiosa aportación en el campo de la atención a enfermos urológicos, y puede favorecer la mejora de la práctica enfermera para llegar a unos resultados excelentes, con cuidados de mayor calidad. Y lo podemos decir a partir de trabajar con este método instaurado en nuestro servicio desde 1994, con protocolos estandarizados de cuidados de enfermería a pacientes urológicos, como por ejemplo: cólico nefrítico, nefrectomía, adenomectomía, resección transuretral, hidrocele, etc.

**EN DEFINITIVA,  
PODEMOS DECIR  
QUE LA UTILIZACIÓN  
DE LA TAXONOMÍA  
DIAGNÓSTICA PUEDE SER  
UNA VALIOSA  
APORTACIÓN EN EL  
CAMPO  
DE LA ATENCIÓN A  
ENFERMOS UROLÓGICOS,  
Y PUEDE FAVORECER  
LA MEJORA  
DE LA PRÁCTICA  
ENFERMERA  
PARA LLEGAR A  
UNOS RESULTADOS  
EXCELENTES,  
CON CUIDADOS DE  
MAYOR CALIDAD.  
Y LO PODEMOS DECIR  
A PARTIR DE TRABAJAR  
CON ESTE MÉTODO  
INSTAURADO  
EN NUESTRO SERVICIO  
DESDE 1994,  
CON PROTOCOLOS  
ESTANDARIZADOS  
DE CUIDADOS  
DE ENFERMERÍA A  
PACIENTES UROLÓGICOS,  
COMO POR EJEMPLO:  
CÓLICO NEFRÍTICO,  
NEFRECTOMÍA,  
ADENOMECTOMÍA,  
RESECCIÓN  
TRANSURETRAL,  
HIDROCELE, ETC.**

Quedan siempre abiertas nuevas vías de investigación referente sobre todo a:

1º. Cómo mejorar el protocolo de acogida para que se vean fácilmente reflejadas las necesidades del cliente, con una primera valoración.

2º. Cómo mejorar las clasificaciones diagnósticas para que sean más fáciles de manejar.

3º. Hacer más estudios también sobre la planificación y ejecución de los cuidados enfermeros.

4º. Y, sobre todo, futuros trabajos sobre la evaluación de todo el proceso, cómo mejorarlo, cómo hacer que realmente el cliente asuma también su rol autónomo como responsable máximo de su salud, y cómo mejorar la coordinación hospital-Atención Primaria para que esto sea posible.

#### CONCLUSIONES

El hecho de haber trabajado mediante metodología científica nos facilitó el seguimiento del paciente, ya que ha habido una unificación de criterios de todo el personal de la unidad, lo cual permitió una mejor calidad asistencial y aumento del grado de satisfacción del usuario y de los profesionales. ▼

#### BIBLIOGRAFÍA

- Luis Rodrigo, M<sup>a</sup>Teresa. *Los Diagnósticos Enfermeros*. Ed. Masson; Barcelona 2000.
- Rosa Píriz Campos, Mercedes de la Fuente Ramos. *Enfermería S 21, Volumen Enfermería Médico-Quirúrgica*; Ed DAE (Grupo Paradigma).
- Enriqueta Force Sanmartín, Isabel Oto Cavero. *Master de Enfermería, Enfermería Médico-Quirúrgica*. Ed. Masson.
- Smeltzer Szane, Brenda G. Bare; *Enfermería Médico-Quirúrgica*. Ed Interamericana. Mc Graww-Hill. 2002.

**PUBLICIDAD  
COLOR**

**1 Página  
LOFRIC**

# XXVII Congreso de Enfermería Urológica



Mejoras y Progresos en Cuidados de  
Enfermería Urológica

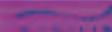
En Valladolid, 26, 27 y 28 Octubre 2005.



ENFURO 05  
VALLADOLID

ASOMATE A  
Valladolid

[www.asomateavalladolid.org](http://www.asomateavalladolid.org)

Organizado por:   
C/Plaza de Armas, 27 - 47002 Valladolid - Tel: 902.000.470 - Fax: 902.226.092  
[asomateavalladolid@asomateavalladolid.org](mailto:asomateavalladolid@asomateavalladolid.org) - [www.asomateavalladolid.org](http://www.asomateavalladolid.org)

## PROGRAMA

### Miércoles, 26 de octubre de 2005.

- 11,00 h. Entrega documentación científica.
- 12,00 h. Inauguración oficial.
- 12,30 h. Conferencia Inaugural: "Mejoras y Progresos en Enfermería Urológica".  
Dr. José María Martínez Segura Ocaja. Jefe de Servicio Hospital Río Hortega de Valladolid.
- 13,30 h. Mesa redonda: "Avances en Planes de Cuidados en Enfermería Urológica". Premio al Mejor "Plan de Cuidados Innovador en Enfermería Urológica".
- 15,00 h. Comida de trabajo.
- 17,30 h. Práctica: "Cuidados de Enfermería en Laparoscopia Urológica".  
Patricia Guerrero Sánchez Hospital Río Hortega (Valladolid).
- 20,00 h. Cóctel de bienvenida.

### Jueves, 27 de octubre de 2005.

- 9,00 h. Presentación de comunicaciones libres.
- 11,30 h. Póster: "Enfermería aplicada a las nuevas tecnologías en Braquiterapia Prostática".  
Joaquín Virela Muñoz - Instituto Castellán de Oncología.
- 13,00 h. Presentación de Comunicaciones libres.
- 14,30 h. Comida de trabajo.
- 17,00 h. Ruta Ribera del Duero.  
Visita al Castillo de Peñafiel, Museo del Vino.  
Cena en bodega.

### Viernes, 28 de octubre de 2005.

- 9,00 h. Presentación de comunicaciones libres.
- 11,30 h. Defensa de Póster.
- 12,00 h. Conferencia de clausura. Sr. D. Alfredo Escalá  
Presidente del Consejo Autonómico de Enfermería de Castilla y León.
- 13,15 h. Presentación del XXVIII CONGRESO.
- 13,30 h. Entrega de Premios. Premio al Mejor "Plan de Cuidados Innovador en Enfermería Urológica". Premios a la Mejor Comunicación y al Mejor Póster.
- 13,45 h. Carrera.
- 14,30 h. Comida de trabajo.
- 17,00 h. Asamblea General Socios de la A.E.U.
- 21,00 h. Cena de Gala.