

PURIFICACIÓN CID LOSADA, JOAQUÍN RUBIO REVUELTA, MILAGROS DE LA CALLE GIL, MANUEL RODRÍGUEZ RÍOS, MANUEL MARTÍNEZ CORDERO, JOSÉ ÁNGEL GONZÁLEZ BURGUILLOS.  
Diplomados en Enfermería. Servicio de Urología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

# Plan de cuidados de enfermería estandarizado para pacientes sometidos a RTU

**Palabras clave:** RTU, Plan de Cuidados, Diagnósticos de Enfermería, resultados, intervenciones, actividades.

**Key words:** RTU, Plan of Cares, Diagnoses of Infirmary, results, interventions, activities.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

RTU. Resección transuretral: intervención quirúrgica que consiste en la introducción de un instrumento óptico, llamado RESECTOSCOPIO, a través de la uretra hasta llegar a la zona a intervenir, que puede ser próstata o vejiga.

### INDICACIONES

- Tumor vesical superficial.
- Adenoma de próstata.

EVOLUCIÓN. Suele ser satisfactoria, con una media de hospitalización de tres a cinco días.

La complicación más frecuente suele ser la hematuria persistente que se corrige con ingesta de líquidos y utilización de lavado vesical continuo.

Con menor frecuencia pueden aparecer:

- ITU.
- Estenosis de meato y cuello vesical.
- RAO.
- Sintomatología sexual (eyaculación retrógrada).

Sobre estas bases médicas nos hemos planteado realizar un Plan de Atención de Enfermería.

Este plan intenta cubrir las necesidades más básicas del paciente sometido a una RTU, considerando tanto su aspecto biológico como psicológico.

## MATERIAL Y MÉTODOS

La forma de elaboración ha sido mediante sesiones de trabajo conjuntas, utilizando técnicas de grupo nominal, *brain storming*, etc.

Se han priorizado seis Diagnósticos de Enfermería, los más comunes en la etapa preoperatoria y postoperatoria.

Para dotar al plan de una coherencia en su estructura, se ha basado en el modelo teórico de Virginia Henderson, por ser uno de los más aceptados y considerar sus fundamentos como los más aplicables a la actividad enfermera actual.

Junto con los diagnósticos se identificaron unos resultados a cumplir y se adjuntaron unos indicadores que consideramos fundamentales para posteriormente poder evaluar el grado de consecución.

A continuación escogimos las intervenciones enfermeras sobre las que queríamos trabajar para lograr los objetivos planteados.

El último paso fue identificar las actividades a realizar propias de cada intervención.

Todo este proceso se apoya en la terminología y taxonomía NANDA-NIC-NOC.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

### Ansiedad

- **Código NANDA:** 00146.

• **Definición:** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

#### • Características definitorias:

##### Conductuales:

- Agitación.
- Movimientos extraños.
- Insomnio.
- Inquietud.

##### Afectivas:

- Irritabilidad.
- Angustia.
- Nerviosismo.
- Temor.

##### Fisiológicas:

- Voz temblorosa.
- Temblor de manos.
- Aumento de la respiración.
- Urgencia urinaria.
- Aumento del pulso.
- Dilatación pupilar.

- Dolor abdominal.
- Trastorno del sueño.
- Aumento de la transpiración.
- Anorexia.
- Diarrea.
- Sequedad bucal.
- Náuseas.
- Frecuencia urinaria.
- Cognitivas:*
- Confusión.
- Preocupación.
- Olvido.
- Deterioro de la atención.
- Tendencia a culpar a otros.
- Dificultad de concentración.
- Disminución de la habilidad para: solucionar problemas y aprender.

• **Factores relacionados:**

- Amenaza de muerte.
- Amenaza al autoconcepto.
- Estrés.
- Amenaza de cambio en: el rol, el estado de salud, el entorno y la situación económica.

• **Resultados esperados:**

**1. Control de la ansiedad**

Código NOC: 1402.

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Autocontrol.

Escala: Nunca manifestado a constantemente manifestado.  
Definición: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificada.

**2. Superación de problemas**

Código NOC: 1302.

Dominio: Salud psicosocial.

Clase: Adaptación psicosocial.

Escala: Nunca manifestada a constantemente manifestada.  
Definición: Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

• **Intervenciones de enfermería:**

**a) Disminución de la ansiedad**

Código NIC: 5820.

Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso.
- Escuchar con atención.
- Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

**b) Enseñanza quirúrgica**

Código NIC: 5610.

Definición: Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación postoperatorio.

Actividades:

- Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programados de la cirugía.
- Informar al paciente y familia acerca de la duración esperada de la intervención.
- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.
- Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, preparación intestinal, pruebas de laboratorio, eliminación de orina, preparación de la piel, terapia IV, vestimenta, zona de espera para la familia y traslado al quirófano), si procede.
- Describir toda medicación preoperatoria, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de su utilización.

**Control de la ansiedad**

Indicadores

	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
140204 Busca información para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	2	3	4	5
140212 Mantiene la concentración	1	2	3	4	5
140214 Refiere dormir de forma adecuada	1	2	3	4	5
140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad	1	2	3	4	5
140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta ansiosa	1	2	3	4	5

**Superación de problemas**

Indicadores

	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
130203 Verbaliza sensación de control	1	2	3	4	5
130204 Refiere disminución de estrés	1	2	3	4	5
130205 Verbaliza aceptación de la situación	1	2	3	4	5
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo	1	2	3	4	5
130216 Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	1	2	3	4	5
130218 Refiere aumento del bienestar psicológico	1	2	3	4	5

- Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visita de familiares) y explicar su objeto.

### Deterioro de la integridad tisular

- **Código NANDA:** 00044.
- **Definición:** Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.
- **Características definitorias:** Lesión por destrucción tisular.
- **Factores relacionados:**
  - Mecánicos.
  - Déficit o exceso de líquidos.

#### • Resultados esperados:

##### 1. Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Código NOC: 1101.

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Integridad tisular.

Escala: Extremadamente comprometida a no comprometida.

Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

##### 2. Conocimiento: Régimen terapéutico

Código NOC: 1813.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud.

Clase: Conocimiento sobre la salud.

Escala: Ninguno a extenso.

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

##### 3. Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión

Código NOC: 1609.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud.

Clase: Conocimiento sobre la salud.

Escala: Nunca manifestada a constantemente manifestada.

Definición: Acciones personales para paliar o eliminar patología.

#### • Intervenciones de enfermería:

##### a) Control de hemorragias

Código NIC: 4160.

Definición: Disminución o eliminación de una pérdida rápida y excesiva de sangre.

Actividades:

- Identificar la causa de la hemorragia.
- Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar si hay sangre franca u oculta en todas las secreciones).

##### b) Cuidados del catéter urinario

Código NIC: 1876.

Definición: Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

Actividades:

- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.
- Irrigar el sistema de catéter urinario mediante técnica estéril, si procede.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera en el meato.
- Anotar las características del líquido drenado.
- Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario.
- Vaciar el dispositivo de drenaje urinario a intervalos especificados.

### Integridad tisular: Piel y membranas mucosas

Indicadores	Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No comprometida
110101 Temperatura tisular en el rango esperado	1	2	3	4	5
110102 Sensibilidad en el rango esperado	1	2	3	4	5
110104 Hidratación en el rango esperado	1	2	3	4	5
110107 Coloración en el rango esperado	1	2	3	4	5
110110 Ausencia de lesión tisular	1	2	3	4	5

### Conocimiento: Régimen terapéutico

Indicadores	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
181301 Descripción de la justificación del régimen terapéutico	1	2	3	4	5
181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	1	2	3	4	5
181304 Descripción de los efectos esperados del tratamiento	1	2	3	4	5
181307 Descripción de la actividad prescrita	1	2	3	4	5

### Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión

Indicadores	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
160901 Cumple las precauciones recomendadas	1	2	3	4	5
160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado	1	2	3	4	5
160903 Cumple los tratamientos prescritos	1	2	3	4	5
160905 Cumple el régimen de medicación	1	2	3	4	5
160907 Realiza cuidados personales	1	2	3	4	5

<b>Nivel del dolor</b>		Intenso	Sustancial	Moderado	Ligero	Ninguno
210201	Dolor referido	1	2	3	4	5
210203	Frecuencia del dolor	1	2	3	4	5
210204	Duración de los episodios de dolor	1	2	3	4	5
210205	Expresiones orales de dolor	1	2	3	4	5
210208	Inquietud	1	2	3	4	5

<b>Control del dolor</b>		Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
160502	Reconoce el comienzo del dolor	1	2	3	4	5
160506	Utiliza los signos de alerta para solicitar ayuda	1	2	3	4	5
160507	Refiere síntomas al profesional sanitario	1	2	3	4	5
160509	Reconoce los síntomas del dolor	1	2	3	4	5
160511	Refiere dolor controlado	1	2	3	4	5

## Dolor agudo

- **Código NANDA:** 00132.

• **Definición:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

- **Características definitorias:**

- Información verbal o codificada.
- Posición antiálgica para evitar el dolor.
- Gestos de protección.
- Conducta de defensa.
- Trastornos del sueño.
- Conducta expresiva (agitación, gemidos, llanto, irritabilidad, etc.).

- **Factores relacionados:**

- Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).
- Obstrucción catéter urinario.

- **Resultados esperados:**

### 1. Nivel del dolor

Código NOC: 2102.

Dominio: Salud percibida.

Clase: Sintomatología.

Escala: Intenso a ninguno.

Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado.

### 2. Control del dolor

Código NOC: 1605.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud.

Clase: Conducta en salud.

Escala: Nunca manifestado a manifestado constantemente.

Definición: Acciones personales para controlar el dolor.

- **Intervenciones de enfermería:**

#### a) Administración de analgésicos

Código NIC: 2210.

Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

Actividades:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia de analgésico prescrito.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento).
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

#### b) Manejo del dolor

Código NIC: 1400.

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Seleccionar y desarrollar medidas farmacológicas y no farmacológicas.
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en las experiencias pasadas del dolor del paciente.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados.

**Deterioro de la eliminación urinaria**

- **Código NANDA:** 00132.
- **Definición:** Trastorno de la eliminación urinaria.
- **Características definitorias:**

- Incontinencia.
- Urgencia.
- Disuria.
- Retención.

• **Factores relacionados:**

- Multicausalidad.

• **Resultados esperados:****1. Continencia urinaria**

Código NOC: 0502.

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Eliminación.

Escala: Nunca manifestada a constantemente manifestada.

Definición: Control de la eliminación de orina.

**2. Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión**

Código NOC: 1609.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud.

Clase: Conocimiento sobre la salud.

Escala: Nunca manifestada a constantemente manifestada.

Definición: Acciones personales para paliar o eliminar patología.

**3. Eliminación urinaria**

Código NOC: 0503.

Dominio: Salud fisiológica.

Clase: Eliminación.

Escala: Extremadamente comprometida a no comprometida.

Definición: Capacidad del sistema urinario para filtrar los productos de desecho, conservar solutos y recoger y eliminar la orina de una forma saludable.

• **Intervenciones de enfermería:****a) Manejo de la eliminación urinaria**

Código NIC: 0590.

Definición: Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

Actividades:

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, volumen y color.
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
- Enseñar al paciente a beber un cuarto de litro de líquido con las comidas, entre las comidas y al anochecer.

**b) Manejo de líquidos**

Código NIC: 4120.

Definición: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.

Actividades:

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.
- Administrar terapia IV según prescripción.
- Favorecer la ingesta oral.

**c) Cuidados de la incontinencia urinaria**

Código NIC: 0610.

**Continencia urinaria**

Indicadores

	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente	
050201	Reconoce la urgencia miccional	1	2	3	4	5
050203	Responde de forma adecuada a la urgencia	1	2	3	4	5
050206	Micción > 150 ml cada vez	1	2	3	4	5
050207	Ausencia de pérdidas de orina entre micciones	1	2	3	4	5
050208	Capaz de comenzar e interrumpir el chorro de la orina	1	2	3	4	5
050211	Ausencia de pérdidas de orina al aumentar la presión abdominal (estornudar, levantar peso, etc.)	1	2	3	4	5

**Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión**

Indicadores

	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente	
160901	Cumple las precauciones recomendadas	1	2	3	4	5
160902	Cumple el régimen terapéutico recomendado	1	2	3	4	5
160903	Cumple los tratamientos prescritos	1	2	3	4	5
160905	Cumple el régimen de medicación	1	2	3	4	5
160907	Realiza cuidados personales	1	2	3	4	5

**Eliminación urinaria**

Indicadores

	Extremadamente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	No	
050301	Patrón de eliminación en el rango esperado	1	2	3	4	5
050303	Cantidad de orina en el rango esperado	1	2	3	4	5
050304	Color de orina en el rango esperado	1	2	3	4	5
050308	Entradas y salidas durante 24 horas equilibradas	1	2	3	4	5
050312	Continencia de orina	1	2	3	4	5

Definición: Ayudar a fomentar la continencia y mantener la integridad de la piel perineal.

Actividades:

- Identificar las causas de los múltiples factores que producen incontinencia.
- Explicar la etiología del problema y el fundamento de las acciones.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, volumen y color
- Proporcionar prendas protectoras, si es necesario.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Enseñar al paciente a beber un mínimo de 1500 cc de líquido al día.
- Enseñar al paciente ejercicios de Kegel, para evitar la incontinencia.

### Riesgo de infección

- **Código NANDA:** 00004.
- **Definición:** Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
- **Factores de riesgo:**
  - Procedimientos invasivos.
  - Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos.
  - Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental.
  - Alteración de las defensas primarias (rotura de piel y membranas, etc.).
  - Alteración de las defensas secundarias (disminución de la hemoglobina, etc.).

### • Resultados esperados:

#### 1. **Conducta terapéutica:** Enfermedad o lesión.

Código NOC: 1609.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud.

Clase: Conocimiento sobre la salud.

Escala: Nunca manifestada a constantemente manifestada.

Definición: Acciones personales para paliar o eliminar patología.

#### 2. **Conocimiento:** Control de la infección.

Código NOC: 1807.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud.

Clase: Conocimiento sobre la salud.

Escala: Ninguno a extenso.

Definición: Grado de comprensión transmitida sobre la prevención y el control de la infección.

#### 3. **Control del riesgo.**

Código NOC: 1902.

Dominio: Conocimiento y conducta en salud.

Clase: Control del riesgo y seguridad.

Escala: Nunca manifestado a manifestado constantemente.

Definición: Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales y modificables.

### • Intervenciones de enfermería:

#### a) **Control de las infecciones**

Código NIC: 6540.

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

### Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión.

Indicadores	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
160901 Cumple las precauciones recomendadas.	1	2	3	4	5
160902 Cumple el régimen terapéutico recomendado.	1	2	3	4	5
160903 Cumple los tratamientos prescritos.	1	2	3	4	5
160905 Cumple el régimen de medicación.	1	2	3	4	5
160907 Realiza cuidados personales.	1	2	3	4	5

### Conocimiento: Control de la infección

Indicadores	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
180701 Descripción del modo de transmisión.	1	2	3	4	5
180702 Descripción de los factores que contribuyen a la transmisión.	1	2	3	4	5
180703 Descripción de las prácticas que reducen la transmisión.	1	2	3	4	5
180704 Descripción de signos y síntomas.	1	2	3	4	5

### Control del riesgo

Indicadores	Nunca	Raramente	En ocasiones	Con frecuencia	Constantemente
190201 Reconoce el riesgo.	1	2	3	4	5
190202 Supervisa los factores de riesgo medioambientales.	1	2	3	4	5
190203 Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.	1	2	3	4	5
190209 Evita exponerse a las amenazas para la salud.	1	2	3	4	5

## Actividades:

- Poner en práctica normas de precaución universales.
- Usar guantes.
- Fomentar el lavado de manos del personal y paciente.
- Manejo aséptico de la vía IV y cambio del lugar de inserción si procede.
- Administrar terapia de antibióticos prescritos, si procede.
- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Enseñar al paciente y familia a evitar infecciones.
- Instruir al paciente y familia acerca de signos y síntomas de infección.

**Déficit de autocuidados****(Baño/higiene, vestido/acicalamiento, uso del WC)**

- **Código NANDA:** 00108-00109-00110.
  - **Definición:** Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene, vestido y arreglo personal y uso del orinal.
  - **Características definitorias:**
    - Incapacidad para:
      - Lavar total o parcialmente el cuerpo.
      - Secarse el cuerpo.
      - Ponerse o quitarse las prendas de ropa necesaria.
      - Mantener el aspecto a un nivel satisfactorio.
      - Llegar hasta el WC.
  - **Factores relacionados:**
    - Dolor.
    - Malestar.
    - Disminución o falta de motivación.
    - Barreras ambientales (catéteres, sondas, etc.).
    - Deterioro de la capacidad para el traslado.
  - **Resultados esperados:**
- 1. Cuidados personales:** Baño, higiene, vestir, uso del inodoro.

Código NOC: 0301-0305-0302-0310.

Dominio: Salud funcional.

Clase: Cuidados personales.

Escala: Dependiente, no participa a completamente independiente.

Definición: Capacidad para limpiar el propio cuerpo, capacidad para mantener la higiene personal, capacidad para vestirse y capacidad para utilizar el inodoro.

• **Intervenciones de enfermería:****a) Ayuda en los autocuidados:****Baño/higiene, vestir/arreglo personal, aseo**

Código NIC: 1801-1802-1804.

Definición: Ayuda al paciente a realizar la higiene personal, con la ropa y el uso del aseo.

Actividades:

- Proporcionar objetos de higiene (jabón, palangana, toalla, etc.) y eliminación (orinal, cuña).
- Facilitar el aseo individual si procede.
- Proporcionar pijama/camisón o prendas personales.
- Ayudar al paciente en el baño/higiene, vestir y uso del aseo si es necesario.
- Mantener la intimidad mientras el paciente se lava, se viste o hace uso del aseo.

**b) Enseñanza individual**

Código NIC: 5606.

Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Valorar las capacidades/incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Instruir al paciente, cuando proceda.

**Cuidados personales: Baño, higiene, vestir, uso del inodoro**

Indicadores	Dependiente	Con ayuda personal y dispositivo	Con ayuda personal	Independiente, con ayuda de dispositivo	Independiente
030107 Se lava en el lavabo	1	2	3	4	5
030109 Se baña en la ducha	1	2	3	4	5
030111 Se seca el cuerpo	1	2	3	4	5
030501 Se lava las manos	1	2	3	4	5
030503 Se limpia la zona perineal	1	2	3	4	5
030506 Mantiene la higiene bucal	1	2	3	4	5
030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	1	2	3	4	5
030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	1	2	3	4	5
030210 Se pone los zapatos	1	2	3	4	5
031003 Entra y sale del cuarto de baño	1	2	3	4	5
031005 Se coloca en el inodoro	1	2	3	4	5
031008 Se levanta del inodoro	1	2	3	4	5
031007 Se limpia después de orinar o defecar	1	2	3	4	5

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Tras la elaboración e implantación del Plan de Cuidados, se observa que nuestro trabajo, ordenado con esta sistemática, garantiza una correcta atención y seguimiento de este tipo de pacientes hasta el alta. ▼

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Conceptos de Enfermería en la práctica, «Modelo de Orem»*. Dorotea E. Orem Edit. Masson-Salvat Enfermería. 1993.
2. *Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA*. Traducción: Mercedes Ugalde Apalategui y Assumta Rigol i Cuadra. Edit. Masson. 1997.
3. Joven Maried, J., Villanoba Artero, C., Juliá Sedá, G., González-Huix Lladó, F. 1993. *Diccionario de Medicina*. Artel. Barcelona.
4. Brunner, Suddarth. *Enfermería Médico-quirúrgica* 7º ed. Interamericana 1994. Madrid.
5. Plan general de intervención enfermera ante pacientes ingresados para intervención quirúrgica programada. Muñoz de Alba. J. HUPR. 1995.
6. *Planes de cuidados de Enfermería. Modelo de referencia, métodos e instrumentos*. Antonia María Tomás Vidal. Edit. Olalla Ediciones. 1996.
7. Planes de cuidados estandarizados. Curso de Calidad, Hosp. Valme. 1998.
8. Urología: Libro del residente. Asociación Española de Urología. 1998.
9. NANDA. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación*. Harcourt. 2001-2002.
10. *Proyecto de Intervenciones IOWA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. Nursing Interventions Classification (NIC). Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Tercera Edición. Harcourt. 2002.
11. *Proyecto de Resultados IOWA. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)*. Nursing Outcomes Classification (NOC). Marion Johnson, Maridean Maas, Sue Moorhead. Segunda Edición. Harcourt. 2002.
12. *Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados*. Carpenito L.S. McGraw-Hill Interamericana. 1994.
13. *Manual Signo II*. Club de Enfermería. Dirección General del INSALUD. Subdirección General Atención Especializada. 1995.
14. *Planes de cuidados de enfermería, modelos de referencia, métodos e instrumentos*. Tomás Vidal A.M. Olalla Ediciones. 1996.
15. *Aplicación del proceso enfermero, guía paso a paso*. Alfaro-Lefevre R. Springer. 1998.
16. *Manual de enfermería médico-quirúrgica*. Pamela L. Swearingen. Harcourt. Brace. 1998.
17. *Enfermería quirúrgica. Planes de cuidados*. Guillemet Lloveras A.; Jerez Hernández J.M. Springer. 1999.
18. *Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica*. Luis Rodrigo M.T. Masson. 2000.
19. *Manual de enfermería urológica*. Fernández del Busto E.; Martínez de Iturrate Arín J. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial. Universidad de Valladolid. 2000.

## Nuestra página web

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

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

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

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

**www.enfuro.org**

