

ARMENDÁRIZ OLALLA, M^ªLUISA; LUQUE GUERRERO, DOLORES N.
Hospital Verge del Toro. Mahón. Menorca

Análisis de las necesidades de los pacientes intervenidos de RTU

RESUMEN

En el presente trabajo los autores realizan un estudio de las necesidades de aquellos pacientes sometidos a RTU, para ello se sientan las bases de sus indicaciones y las complicaciones que pueden surgir. Posteriormente se valoran qué necesidades básicas se ven alteradas en este tipo de intervenciones según el modelo de Virginia Henderson, concluyéndose que la enfermería es la base de los cuidados y de este modo podemos paliar o minimizar las alteraciones que existen en los pacientes ingresados por esta patología, valorándolos, identificando los problemas, formulando los diagnósticos, realizando planes de cuidados y evaluando el nivel de los cuidados prestados.

Palabras clave: Resección transuretral, plan de cuidados, necesidades básicas.

INTRODUCCIÓN

La RTU es un procedimiento terapéutico para solucionar la obstrucción al flujo urinario producida por la oclusión de la luz uretral, debido al aumento de tamaño de la glándula prostática.

Circunstancias que implicarían una cirugía endoscópica

- Adenomas de pequeño tamaño (más o menos de 50 a 60 gr); cuando es mayor, la cirugía es abierta.
- Cuando el crecimiento prostático se produce a expensas del lóbulo medio.
- Cuando la obstrucción prostática está producida por un cuello vesical rígido o escleroso.

Indicaciones

Hay indicaciones absolutas y relativas; en las relativas entraría el disconfort del paciente, siendo las más habituales las absolutas. Dentro de las absolutas:

- Infecciones de orina de repetición producida por la obstrucción.
- Existencia hematórica importante y recidivante.
- Litiasis vesical.
- Cuando existe retención de orina y no se puede sondar debido a un crecimiento prostático condicionando una uropatía obstructiva, existiendo riesgo de deterioro renal.

Complicaciones

Se dividen en Inmediatas y Tardías:

Inmediatas:

- Sangrado.

- Síndrome de reabsorción. El paciente reabsorbe el líquido que se usa para irrigar en la intervención quirúrgica, puede producir: hiponatremia, trastornos vasculares y neurológicos.

- Infección urinaria.

Tardías:

- Estrechez de uretra.
- Esclerosis de celda.
- Incontinencia, rara vez se produce.

Nunca se produce impotencia fisiológica.

NECESIDADES BÁSICAS, SEGÚN VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrolla un modelo de enfermería basado en la teoría de Maslow, pero desglosa las necesidades de éste en catorce necesidades básicas.

En un paciente intervenido de RTU las necesidades básicas alteradas serían:

I. Respiración

Patrón respiratorio ineficaz: Estado en que el patrón de inhalación y/o exhalación de una persona no permite la insuflación o vaciado pulmonar adecuado.

- Relacionado con (R/c):
 - Ansiedad.
 - Deterioro perceptivo-cognitivo (en el postoperatorio inmediato).
- Manifestado por (M/p):
 - Disnea.
 - Falta de aliento.
 - Taquipnea.
 - Coloración de piel y mucosas.



■ Plan de cuidados:

- Ayudar a adoptar una posición de Fowler o semi-Fowler.
- Eliminar cualquier causa adicional que pudiera aumentar o provocar el malestar (arrugas de la cama, ropa seca, ropa no tirante) logrando un entorno adecuado.
- Observar y determinar el nivel de analgesia en caso y alteración del patrón respiratorio.
- Ayudar a realizar ejercicios respiratorios, hiperinsuflar las bases pulmonares y realizar movimientos del diafragma.

2. Alimentarse e hidratarse

Riesgo de déficit de volumen de líquidos: Estado en que la persona está en riesgo de sufrir una deshidratación vascular, celular o intracelular.

■ R/c:

- Pérdida excesiva a través de vías anormales (catéter o sonda vesical).
- Medicamentos que afectan al sistema genitourinario.
- Cambio en la diuresis debido a su hemoconcentración.

■ M/p:

No hay manifestaciones porque es un riesgo y debemos evitarlo para que no llegue a ser «Déficit de volumen de líquidos».

■ Plan de cuidados:

- Administrar líquidos frecuentes y en pequeñas cantidades.
- Asegurar el seguimiento normosódico y normoproteico.

- Control diario de aportes y pérdidas.
- Establecer conjuntamente un programa para aumentar la ingesta de líquidos hasta un mínimo de dos mil mililitros al día si no hay contraindicaciones.
- Tener especial atención en caso de sudoración o temperatura superior a treinta y ocho y medio (38,5°) axilar para reposición de líquidos.

Alteración de la nutrición por defecto. Estado en que una persona experimenta un aporte de nutrientes insuficiente para cubrir sus necesidades metabólicas.

■ R/c:

- Incapacidad para ingerir, digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos y psicológicos.

■ M/p:

- Dolor abdominal.
- Falta de interés hacia los alimentos (comida del hospital).
- Pérdida de peso.

■ Plan de cuidados:

- Identificar conjuntamente los factores que impiden o dificultan el aporte de nutrientes en cantidad o calidad suficiente para cubrir las necesidades corporales.
- Establecer una dieta que cubra las necesidades calóricas y nutritivas así como sus preferencias alimentarias.
- Si hay déficit de salivación, estimularla chupando un trocito de limón antes de las comidas.
- En caso de tener mal sabor de boca, realizar la higiene oral antes y después de las comidas.

3. Eliminación

Estreñimiento: Estado en que la persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por una disminución en la frecuencia y/o por la eliminación de heces duras y secas.

■ R/c:

- Cambios en el estilo de vida (hospitalización, cambio de horarios, estrés, estancia en cama prolongada).

■ M/p:

- Sensación de presión en el recto.
- Esfuerzo excesivo para defecar.
- Frecuencia inferior al patrón habitual.
- Dolor.

■ Plan de cuidados:

- Revisar dieta y fomentar la toma de alimentos ricos en residuos y fibra.
- Establecer un plan de ejercicio diario.

Beca de investigación

Como os comentábamos en el número anterior, al quedar desierto el Premio de Investigación se convoca nuevamente para 2003, admitiéndose trabajos hasta el 30 de septiembre. A continuación volvemos a publicar las bases por las que se rige dicho certamen:

La Junta Directiva de la Asociación Española de Enfermería en Urología, en un intento de fomentar la investigación en el campo de nuestra especialidad, ha aprobado la concesión de una beca de 1.500 euros al mejor trabajo de investigación dentro de las siguientes

BASES

- Podrán optar a la beca los proyectos de investigación que estén relacionados con la asistencia y los cuidados del paciente urológico, andrológico e incontinente urinario. Asimismo, podrán presentarse trabajos relacionados con la gestión de unidades de Urología, la docencia y la formación.
- No se excluyen aquellos que hayan optado o hayan recibido beca por organismos financiadores, FIS, CC.AA., etc., estando excluidos aquellos que hayan obtenido premio en certámenes de iguales características.
- Pueden optar a esta beca todos los socios de la AEEU que estén al corriente de sus obligaciones con la asociación, de forma individual o en equipo (en este caso, el primer autor debe ser socio).
- El jurado, que se constituirá al efecto, valorará:
 - Adecuación a la especialidad: Urología, Andrología e Incontinencia Urinaria.
 - Metodología y diseño.
 - Rigor, interés científico del contenido.
 - Originalidad.
 - Objetivos y aplicabilidad.
- Los trabajos se enviarán en la extensión que se considere necesaria en formato DIN A/4 junto con un soporte informático en programas del paquete de Microsoft Office. No pueden aparecer los nombres de los autores en esta presentación. Es imprescindible facilitar un correo electrónico o postal, no relacionado con los autores, para mandar acuse de recibo del trabajo. Si a los 20 días de enviado el trabajo no se ha recibido acuse de recibo, recomendamos hacer las gestiones oportunas.
- Se adjuntará un sobre precintado con el nombre de cada trabajo, que contendrá los datos del/los autor/es: nombre, lugar de trabajo, domicilio y teléfono de contacto.
- Lugar de envío:
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME.
Unidad de Formación Continuada
(a/a Luis Aparcero: Beca Investigación Enfuro). Ctra. de Cádiz, s/n. 41014 Sevilla.
- PLAZO: Se aceptarán los trabajos enviados hasta el 30 de septiembre de 2003. El fallo del jurado se conocerá durante la celebración del XXV Congreso.
- La decisión del jurado y su composición serán inapelables, siendo necesaria la aceptación de estas bases al participar en la beca. El jurado podrá declarar desierta la beca si el nivel de los trabajos presentados no es el adecuado.
- La AEEU se reserva el derecho de publicar en ENFURO el trabajo premiado y ofrece la posibilidad de publicar aquellos que han optado a la beca.

- Evitar uso de laxantes y aconsejar el uso de ablandadores de heces.

Alteración de la eliminación urinaria: Estado en que la persona experimenta un trastorno en la eliminación urinaria.

- R/c:
 - Sondaje vesical.
 - Retirada del sondaje vesical.
- M/p:
 - Dolor.
 - Hematuria.
 - Obstrucción de la sonda vesical por coágulos y restos de la intervención.
 - Espasmos.
 - Sensación de globo vesical y palpación.
- Plan de cuidados:
 - Valorar cantidad, calidad y frecuencia de la diuresis.
 - Recogida y contabilización de la diuresis.
 - Ingesta diaria de líquidos y valorar estado de hidratación.
 - Mantener la permeabilidad de la sonda vesical (lavados vesicales).
 - Higiene minuciosa de la zona para asegurar la integridad de la piel y los malos olores, así como de la sonda vesical.
 - Educar al paciente al manejo y cuidado de la sonda vesical y a detectar cualquier anomalía.

4. Movilización

Deterioro de la movilidad física (en el post-operatorio inmediato). Estado en que la persona experimenta una limitación de la habilidad para el movimiento físico independiente.

- R/c:
 - Dolor.
 - Malestar.
 - Inserción del sondaje vesical.
- M/p:
 - Limitación de la amplitud de movimientos.
- Plan de cuidados:
 - Si lleva sonda vesical, fijarla de modo que no interfiera en los movimientos y cerciorarse de que no se enredará con las extremidades.
 - Movilización precoz, ayudándole a levantarse, a deambular y/o permanecer sentado el tiempo que tolere.
 - Informar que al deambular ha de mantener la bolsa de diuresis por debajo del nivel vesical (para evitar reflujo).

5. Sueño

Alteración del patrón de sueño: Alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere en el estilo de vida deseado.

- R/c:
 - Alteraciones sensoriales externas (cambios ambientales).

- Alteraciones sensoriales internas (enfermedad, estrés psicológico, intervención quirúrgica).

- M/p:
 - Manifestaciones verbales (expresiones «no he descansado bien»).
 - Signos físicos (bostezos, ojeras...).
- Plan de cuidados:
 - Establecer y respetar un horario para dormir y evitar permanecer mucho tiempo en cama.
 - Tener en cuenta que las necesidades cambian con la edad.
 - Desaconsejar el uso de cafeína o estimulantes cuatro (4) horas antes de acostarse.
 - Si se despierta por la noche, aconsejar que se levante y realice una actividad ligera (pasear, hasta que vuelva a tener sueño).
 - Si hay problemas para conciliar el sueño, aconsejar (técnicas de relajación, cambio de ropa, masaje y toma de una bebida caliente).

6. Escoger la ropa adecuada. Vestirse/desvestirse

Alteración en el uso de la ropa. Estado en que la persona experimenta un cambio en su imagen.

- R/c:
 - Ser portador de sonda vesical.
 - Accesibilidad para realizar técnicas de enfermería.
- M/p:
 - Manifestaciones verbales.
 - Limitación del movimiento.
- Plan de cuidados:
 - Informar del porqué y causas de ofrecerles un camisón y no un pijama.
 - Enseñarle cómo ha de ponérselo y cómo ha de deambular.

7. Temperatura corporal

Riesgo de alteración de la temperatura corporal: Estado en que la persona está en riesgo de fallo en el mantenimiento de la temperatura corporal dentro de los límites normales.

- R/c:
 - Inserción del catéter vesical.
 - Intervención quirúrgica.
- M/p: No hay manifestaciones porque es un riesgo.
- Plan de cuidados:
 - Control y registro periódico de la temperatura corporal.
 - Llevar un registro de aportes y pérdidas asegurando una hidratación adecuada.
 - Adaptar la ropa de vestir y de cama a la temperatura ambiente, la edad y la sensibilidad individual.

8. Higiene corporal e integridad de la piel

Deterioro de la integridad tisular: Estado en que la piel de la persona está adversamente afectada.

- R/c:
 - Presencia de cuerpos extraños (sonda vesical).
- M/p:

- Dolor y escozor.
- Espasmos.
- Lesión de la mucosa.
- Parafimosis.
- Plan de cuidados:
 - Realizar una correcta higiene en informarle de los beneficios de ésta.
 - Educarlo para que sea autónomo en su higiene.

9. Evitar peligros ambientales

Déficit de conocimiento: Ausencia o deficiencia de información cognitiva relacionado con el catéter vesical.

- R/c:
 - Catéter vesical.
 - Deterioro de la movilidad.
- M/p:
 - Limitación de la amplitud del movimiento.
 - Manifestaciones de dolor por el descuido del sondaje.
- Plan de cuidados. Enseñar a moverse con la bolsa de diuresis.

10. Comunicación

Esta necesidad no presenta alteración, a no ser que el paciente tenga un deterioro cognitivo o físico.

Por lo que nuestra labor fundamental sería:

- Estimular al paciente a que formule preguntas acerca de su estado y cómo cubrir sus necesidades básicas.
- Mantener un vínculo enfermero-paciente estable.

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias

Esta necesidad no presenta alteración, porque tanto las creencias como los valores son un estilo de vida propio de la persona.

Nuestra labor principal es:

- El respeto en la medida de lo posible a sus creencias y valores.
- Ofrecer los medios de los que se dispone en el hospital.

12. Realización personal

En este diagnóstico dependen muchos factores y, la actitud que demuestra el paciente respecto a su patología; enfermería debe tener una estrecha colaboración con el paciente para que aprenda a cubrir sus necesidades básicas él solo hasta conseguir ser independiente.

13. Participar en actividades recreativas

**ENFERMERÍA ES LA
BASE DE LOS
CUIDADOS, YA QUE
POR NUESTRA LABOR
PROFESIONAL
ESTAMOS EN
CONTACTO DIRECTO
CON EL PACIENTE,
VALORANDO
CUALQUIER
MANIFESTACIÓN,
ALTERACIÓN O
RIESGO, TANTO
FÍSICO COMO
PSÍQUICO**

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad

El papel de enfermería en relación a estos puntos:

- Ofrecer los medios de distracciones que hay en el centro: biblioteca, cartas, juegos de mesa y tele.
- Cubrir las demandas de información del paciente.

CONCLUSIÓN

Enfermería es la base de los cuidados, ya que por nuestra labor profesional estamos en contacto directo con el paciente, valorando cualquier manifestación, alteración o riesgo tanto físico como psíquico.

Esta es la razón por la que nos parece importante hacer la exposición de las diferentes necesidades que incluye una visión de la persona de forma holística, y así paliar o minimizar las alteraciones que siempre existen en los pacientes ingresados, en este caso por intervención quirúrgica de RTU

Todo ello según el modelo teórico de la enfermera Virginia Henderson, siendo cada diagnóstico un instrumento para la práctica asistencial, basada en un modelo científico.

Enfermería ya tiene cuerpo científico, por lo que ahora cuando realizamos nuestro trabajo de forma subconsciente:

- Hacemos una valoración tanto inicial como a lo largo de toda la estancia en el hospital.
- Identificamos los problemas y las posibles complicaciones.
- La mayoría de las veces, aunque no le pongamos nombre, formulamos los diagnósticos.
- Realizamos un plan de cuidados de forma personalizada.
- Ejecutamos las actividades para minimizar complicaciones poniendo en marcha el plan de cuidados.
- Por último, realizamos una evaluación para determinar el nivel de los cuidados prestados viendo así si se han cumplido nuestros objetivos iniciales. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Barrachina Bellés, L. «Enfermería medicoquirúrgica». Ed Masson, S.A. 1995.
- Luis Rodrigo, M.T. «Diagnósticos enfermeros». Ed. Mosby/Doyma, 1996.
- Fuden. «Fundamentos básicos en la práctica enfermera». Ed. Fuden, 2001.