

Fº JAVIER AGUDO DOMINGUEZ. CLARA DEL SOLAR GUTIERREZ.

Hospital Universitario de Puerto Real. *Comunicación al XXIII Congreso de la A.E.E.U*

**Dirección de contacto:** Fº Javier Agudo Dominguez Avda Ana de Viya 32 10º B. 11009 - CADIZ. Tfno: 956 20 05 78

# Implantación de un protocolo de sondaje vesical en cirugía mayor ambulatoria

## RESUMEN

La cirugía mayor ambulatoria cma supone una transformación irreversible de la actualidad sanitaria. en la última década ha habido un incremento en la cartera de procedimientos y en el número de centros que comienzan a funcionar con cirugía sin ingreso.

Pese a existir una guía de organización y funcionamiento del ministerio de sanidad, comprobamos unas lagunas en cuanto procedimientos que puede surgir tras una intervención en cma.

Basándonos en nuestra evidencia científica planteamos la introducción de un protocolo de sondaje vesical, introduciendo como variables el tipo de anestesia, los sondajes intraoperatorios y los sondajes postoperatorios. facilitando el trabajo en equipo concensuando las actividades.

**Palabras clave:** cirugía mayor ambulatoria. protocolo. sondaje vesical.

## INTRODUCCION

La instauración de las unidades de cirugía mayor ambulatoria ucmas o cirugía sin ingreso, en España a partir de los años 90 ha significado un gran avance por un lado cambios en la mentalidad del sistema sanitarios: usuarios y personal. reducción de gastos sanitarios y listas de espera así como una buena distribución de recursos humanos y materiales <sup>(1)</sup>.

El enfermero puede trabajar con unos estándares de calidad elevados: con valoración de necesidades, actividades, planes de cuidado y evaluación de proceso de atención. pudiendo proyectarse a unos diagnósticos enfermeros que se van a estructurar según especialidades y patologías en consonancia con las necesidades del paciente.

## CIRCUITO DE UCMA

- Claves del buen funcionamiento: selección paciente; anestesia adecuada; cirugía rápida y calidad; control del alta; seguimiento posoperatorio.

- Consultas: selección del paciente y aceptación del procedimiento. Tipo de patología. Vºbº anestésico. Filiación, información y normas.

- Preoperatorio inmediato: preparación para la intervención; admisión, preparación física y psicológica.

- Intervención quirúrgica: normas del procedimiento quirúrgico y anestésico.

- Postoperatorio: Recuperación postanestésica: cama: 2-4 horas. monitorización, heridas, dolor, vías, drenajes. Readaptación al medio: sillón 2-3 hora: alta: criterios

- Domicilio: control postoperatorio telefónico en las primeras 24 h. Los criterios de alta determinan si el paciente tienen una recuperación clínica adecuada para poder regresar a su domicilio.

Existen escalas de criterios mínimos para el alta como la de Kortila <sup>(4)</sup>. Aldrete incluye a cinco variables para acondicionarla a pacientes en cma <sup>(5)</sup>. Chung diseñó el sistema de puntuación de alta postanestésica spap <sup>(6)</sup>.

Pero la más habitual en su uso es la escala de Aldrete modificada para cma.

## ESCALA DE ALDRETE MODIFICADA:

Respiración: capaz de espirar y toser	2
disnea/respiración superficial	1
apnea	0
Circulación (pa preoperatoria).	
pa +/- 20 mmHg del nivel preoperatorio	2
pa +/- 20 a 50 mmHg del nivel preoperatorio	1
pa +/- más de 50 mmHg del nivel preoperatorio	0
Consciencia: despierto	2
se despierta al llamarle	1
no responde	0
Capacidad para mantener la saturación de oxígeno	
> 92% con aire ambiente	2
> 90% necesidad de oxígeno para mantener la saturación	1
< 90% saturación de oxígeno, a pesar de la oxigenoterapia	0
Vestuario: seco y limpio	2
húmedo pero estacionario o marcado	1
área de humedad creciente	0
Dolor: sin dolor	2
dolor leve o controlado por medicación oral	1
dolor severo que requiere medicación parenteral	0
Deambulación	
capaz de permanecer de pie y andar recto	2
vertigo cuando se levanta	1
mareo cuando está en decubito supino	0
Alimentación precoz	
capacidad para beber líquidos	2
náusea	1
náusea y vómitos	0
Diuresis	
ha orinado	2
no ha orinado pero está cómodo	1
no orina y está molesto	0

En la bibliografía revisada no encontramos normas ni

referencia del sondaje vesical en cma, pese a que es una práctica habitual y al menos para nosotros la micción espontánea es condición indispensable para el alta domiciliaria. tras una anestesia espinal la capacidad del paciente para andar hasta el w.c y orinar puede ser la mejor prueba de la recuperación motora<sup>(7)</sup>.

Varias series de estudio y con el objeto de acortar a un mas la estancia en la ucma y modificando la escala de alta ya no consideran necesarios ni la tolerancia a líquidos ni la diuresis espontánea. en la diuresis espontánea es mas comotrovertido planteándose

1) el sondaje domiciliario por atención primaria. valorar costos de desplazamiento o prolongar la estancia.

2) decidir cada unidad sus protocolos y decidir si aquellos pacientes con riesgo de retención urinaria deben ser dados de alta o no sin presentar diuresis espontánea<sup>(8)</sup>.

## OBJETIVO

Un alta precoz o insuficientemente supervisada puede provocar lesiones en el paciente debido a una recuperación psico-motriz incompleta, causando problemas legales. Sin embargo, un protocolo que establezca unos criterios estructurados y especificados suponen una base legal y clínica suficiente para tomar la decisión del alta en cma.

Por la gran incidencia que tiene la anestesia espinal cada vez más usada en cma y al ser un factor de riesgo de retención urinaria cuya resolución es el sondaje vesical, nos proponemos en este trabajo establecer:

**Protocolo de sondaje vesical en la ucma del hospital universitario de Puerto Real.**

Produciendo una atención de calidad que es lo que se busca en cma. Establecemos un indicador de resultados analizando los cambios para definir nuestra forma de actuar en beneficio de la unidad y del paciente.

## MATERIAL Y METODOS:

Tipo estudio: descriptivo longitudinal y retrospectivo.

Criterios de inclusión: pacientes intervenidos en la ucma del hospital universitario de Puerto Real (Cádiz).

Tiempo: septiembre 2000 - agosto 2001.

Universo. 192 pacientes: mujer 132, varón 62. Edad media: 36.7 años. Rango de edad: 16-65 años.

VARIABLES: Tipo de anestesia. Procedimiento anestésico usado: general, espinal o raquídea, local+sedación, local.

Sondaje intraoperatorios: aquellos que se realizan durante el acto quirúrgico por que así lo requiera la técnica quirúrgica.

Sondaje postoperatorio. Realizados el día de la urp o en la zona de adaptación al medio.

## RESULTADOS

Tipo de anestesia:

Con anestesia general se intervenieron 78 pacientes (40,6 %).

Anestesia raquídea: 74 pacientes (38,5%).

Anestesia local más sedación: 24 pacientes (12,5%).

Anestesia local 16 pacientes (8,3%).

Sondajes intraoperatorios: total 62.

Anestesia general en cirugía laparoscópica ginecológica (clg): 58 pacientes (93,5%).

Cirugía artroscópica de rodilla (car) con anestesia raquídea bupivacaína 0,5%: 4 pacientes (6,4%).

Sondajes postoperatorios: total 16.

Con anestesia raquídea y bupivacaína 0,5%: car 8 pacientes (50%). Hernia inguinal 2 pacientes (12,5%). Hallux valgus 2 pacientes (12,5%).

Con anestesia raquídea y bupivacaína hiperbárica. Sinus 2 pacientes (12,5 %). Hernia epigástrica 1 (7,8%).

Con anestesia general 1 paciente (7,8%).

## CONCLUSIONES

Basado en nuestra experiencia establecemos el siguiente procedimiento de sondaje vesical en cma.:

Sondaje intraoperatorio. siempre en:

Cirugía laparoscópica ginecológica.

Anestesia raquídea con bupivacaína al 0,5%.

En el resto de procedimientos valoraremos:

Signos de globo vesical.

Cantidad de volumen perfundido: algún anestésico prefiere medicación a grandes cantidades de líquido.

Orina por rebosamiento es frecuente en la anestesia en silla de montar.

Antecedentes de problemas miccionales

En caso de sondaje evacuador postoperatorio, retiraremos la sonda vesical según:

Con anestesia raquídea: cuando comienza a movilizar los m.m.i.i.

Con anestesia general: cuando están completamente despiertos y preparados para pasar a la unidad de readaptación al medio.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Laza Alonso, A.M<sup>a</sup>, enfermería en ucma «cuidar» todo el proceso. cma. Manual práctico. Capítulo 13. ediciones doyma. página 151-152
- (2) Porrero Carro J. L. Cálculo de espacios. Tipos de unidades. Ventajas e inconvenientes. cma manual práctico. Ediciones doyma. Capítulo 4. página 36-38.
- (3) Díez, A; Labajo J. Recuperación postanestésica en cma. cma manual práctico. ediciones doyma. Capítulo 10. Página 113.
- (4) Kortilla K. Recovery and driving after brief anaesthesia. Anaesthesia 1981; 30:377-382.
- (5) Aldrete J.A. The post-anaesthesia recovery score revisited. J. Clin anaesthesia 1995; 7: 89-91.
- (6) Chung F. discharge requirements, er white pf ambulatory anaesthesia and surgery. Filadelfia; Sanckers 1997; 528-537.
- (7) Carrasco Jiménez M<sup>a</sup> sol y col. anestesia en cma. cma manual práctico. Ediciones doyma. Capítulo 7 pág 74.
- (8) Díez, A; Labajo J. Recuperación postanestésica en cma. cma manual práctico. Ediciones doyma. Capítulo 10. Página 117. ▼