

M^a. DOLORES JIMÉNEZ MENDÍA; M^a. ARÁNZAZU AHEDO VAQUERO; ESTHER GARCÍA GONZÁLEZ; REMEDIOS HILERA RUIZ; M.LUZ ROS ASIAÍN
HUA Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz

Trabajo premiado como mejor comunicación presentada al XXXIII Congreso de la AEEU celebrado en San Sebastián

Cuidados enfermeros al alta tras prostatectomía radical robótica (PRR) mediante una hoja de recomendaciones al alta (HRA) y utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC)

Palabras clave: prostatectomía radical; prostatectomía robótica; cuidados de enfermería al alta; TIC, información de autocuidados.

Keywords: radical prostatectomy, robotic prostatectomy; nursing cares when discharge; ICT's, self care information.

INTRODUCCIÓN

La prostatectomía radical (PR) es la cirugía que tiene como finalidad extirpar toda la glándula prostática, así como los tejidos que se encuentran alrededor de ésta, vesículas seminales y ganglios linfáticos, formando parte del tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata. Hay cuatro tipos principales de cirugía PR: PR retropúbica, PR perineal y PR laparoscópica, PR robótica (PRR), esta última mediante el Sistema Da Vinci.

El sistema quirúrgico Da Vinci constituye la opción menos invasiva en el tratamiento del cáncer de próstata. Incorpora las ventajas de un abordaje laparoscópico, junto con la de una visión tridimensional, una mayor maniobrabilidad y precisión, preservando en mayor medida el control urinario y la función sexual eréctil. Hay una pérdida menor de sangre, significativamente menos dolor, menos complicaciones, una estancia hospitalaria más breve y un regreso rápido a las actividades de la vida diaria.

Nuestro hospital es el de referencia en Álava para la PRR. Desde que adquirió el robot Da Vinci en enero de 2009 hasta mayo de 2011 se han realizado 231 intervenciones. La edad de los pacientes varía entre 56 y 75 años, y la estancia media hospitalaria es de 3-4 días.

Durante el ingreso en nuestra unidad, los cuidados de enfermería se centran en la seguridad del paciente y el control de las complicaciones derivadas de la cirugía y anestesia, principalmente la herida quirúrgica (HQ), la sonda vesical (SV) y el dolor.

El alta médica no coincide con la resolución total de las intervenciones enfermeras, necesitando en las semanas posteriores a la cirugía una continuidad de cuidados que deberá asumir el propio paciente y/o su familia.

La enfermera responsable durante el ingreso le informa y le enseña los cuidados a seguir en su domicilio, realiza el informe de alta de enfermería (IAE) que va dirigido a la enfermera de referencia de Atención Primaria, en el que se detalla la intervención realizada, la existencia o no de complicaciones en el postoperatorio y los cuidados de enfermería pendientes al alta.

El primer contacto que va a tener el paciente con su enfermera de Atención Primaria (AP) es a los 10 días de la cirugía para la retirada de los agrafes. A los 15 días acudirá a la primera consulta de Urología después de la cirugía, para retirar la sonda vesical (SV).

Por lo tanto creemos que el paciente, desde que se le da el alta hasta que se le retira la SV, necesita un apoyo para su autocuidado y la seguridad para entender y manejar las complicaciones que puedan surgir en su domicilio.

OBJETIVO

Elaborar HRA estandarizada para pacientes intervenidos de PRR para reforzar la información oral y personalizada, habilitar un correo electrónico y número de teléfono para la resolución de problemas en las 2 semanas post IQ.

MATERIAL Y MÉTODO

Formamos un grupo de trabajo de 5 enfermeras de la unidad de Urología del H. de Txagorritxu. Realizamos una revisión bibliográfica de mayo a junio de 2011 en las bases de datos: Cochrane, J.B.I., Google académico y en la revista *Enfuro*.

RESULTADOS

Hemos encontrado artículos científicos que hablan de la técnica quirúrgica y de sus beneficios (7,16). La bibliografía señala la importancia de dar información en otras IQ y saber comunicar eficazmente. Sin embargo no se han encontrado HRA ni otros protocolos de información para pacientes intervenidos de PRR. Involucrar al paciente en la toma de decisiones y formar para la prevención y/o el tratamiento de las complicaciones dentro de una atención continuada reduce el impacto en su calidad de vida. La educación sanitaria sobre el manejo del catéter vesical y de la herida quirúrgica durante el postoperatorio, reforzada con un informe escrito de los cuidados, influye positiva y significativamente en los conocimientos del paciente para un óptimo autocuidado en el momento del alta (1,13).

El interés creciente que tenemos los profesionales de enfermería para mejorar la calidad de los servicios prestados, asegurando una continuidad de cuidados entre los distintos niveles asistenciales, nos ha llevado a la realización de un documento llamado IAE, dirigido a AP y que contiene la información precisa para garantizar la continuidad de cuidados. González López define el informe de alta de enfermería como «el vehículo de información fidedigna y cualificada, sobre los problemas y cuidados prestados al usuario durante su estancia en el hospital. Además de servir de información entre enfermería de primaria y especializada». Beare y Myers (8), afirma que «la continuidad de la atención del paciente durante la hospitalización y después del alta es una responsabilidad fundamental de la enfermera». Por ello tenemos que garantizar la coordinación entre niveles asistenciales y una continuidad de cuidados proporcionando las recomendaciones de cuidados que requiere el paciente y la familia para dar respuesta a sus necesidades. Los pacientes confirman la necesidad y utilidad del IAE porque contribuye a una mejor continuidad y equidad en los cuidados enfermeros (2,10,14). Diversos estudios nos hablan de los beneficios de dar a los pacientes la información para su autocuidado a través de una HRA. Cada vez el paciente demanda más información al sistema sanitario. Se deben impulsar acciones que favorezcan la autonomía del paciente y proporcionar una mayor accesibilidad al sistema sanitario utilizando los recursos de manera responsable. Es necesaria la información escrita y oral para reducir la ansiedad del paciente urológico, particularmente por el síntoma autónomo de la frecuencia miccional. Existe una relación clara entre la satisfacción del paciente y la información recibida, percibiendo una mayor calidad del servicio y sintiendo un trato más personalizado. La reducción de la estancia hospitalaria está en relación directa con la actuación de enfermería, objetivable a través de información, protocolo-

EL SISTEMA QUIRÚRGICO DA VINCI CONSTITUYE LA OPCIÓN MENOS INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. INCORPORA LAS VENTAJAS DE UN ABORDAJE LAPAROSCÓPICO, JUNTO CON LA DE UNA VISIÓN TRIDIMENSIONAL, UNA MAYOR MANIOBRABILIDAD Y PRECISIÓN, PRESERVANDO EN MAYOR MEDIDA EL CONTROL URINARIO Y LA FUNCIÓN SEXUAL ERÉCTIL. HAY UNA PÉRDIDA MENOR DE SANGRE, SIGNIFICATIVAMENTE MENOS DOLOR, MENOS COMPLICACIONES, UNA ESTANCIA HOSPITALARIA MÁS BREVE Y UN REGRESO RÁPIDO A LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

lización y evaluación de los cuidados de enfermería, especialmente en el postoperatorio y en la enseñanza del autocuidado (4,5,8,9,12). Los pacientes que reciben la HRA al alta se muestran significativamente más satisfechos que los que no la recibieron. La HRA no se debe dar el último día del ingreso porque el paciente no tiene tiempo de consultar las dudas. El cuidado de la SV es el que ocasionó más dudas, en lo referente a escapes de orina, dolor y tirones (11).

La utilización de las TIC es cada vez más patente en nuestro trabajo. Hay un estudio que ha realizado una revisión bibliográfica para describir el impacto bioético de la telemedicina y señala la importancia de utilizarla como herramienta de apoyo, contribuyendo a mejorar la calidad de la asistencia médica, no menospreciando la importancia de la relación «cara a cara» para no deshumanizar los servicios de salud. Otro estudio señala la necesidad de determinar competencias, registros y protocolos para garantizar la homogeneidad en el servicio que se va a dar cuando utilizamos las TIC. Larson-Dahn determina los componentes esenciales del proceso de cuidados vía telefónica: aplicación del conocimiento clínico y la experiencia, valoración, comunicación, toma de decisiones compartida, asignación de recursos y

evaluación de resultados, y Hunter identifica los criterios clave en un servicio telefónico proactivo (3,15).

Teniendo en cuenta la información encontrada en la bibliografía y dada la importancia de la práctica enfermera basada en la evidencia, hemos elaborado una hoja de recomendaciones al alta (HRA) para pacientes intervenidos de PRR, utilizando criterios de evidencia científica, atendiendo a las necesidades que quedan descubiertas al alta hospitalaria para ayudarles a alcanzar su autonomía. En la HRA abordamos 4 áreas: higiene, alimentación y actividad física, cuidado de la sonda vesical, cuidado de la herida quirúrgica y heparina de bajo peso molecular (HBPM). Hemos incluido una dirección de correo electrónico y un número de teléfono para que los pacientes puedan consultar sus dudas en cualquier momento desde su domicilio y en las 2 semanas posteriores de la cirugía, que es cuando acuden a la primera consulta de urología para ser retirada la SV y desde donde van a ser informados sobre las complicaciones a largo plazo que puedan tener: disfunción eréctil e incontinencia urinaria.

HOJA DE RECOMENDACIONES AL ALTA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

Usted acaba de ser intervenido de próstata mediante la técnica robótica Da Vinci.

Esta hoja le va a ayudar a resolver las posibles complicaciones que le puedan surgir en su domicilio.



Por ello es importante que la lea y nos comunique cualquier duda que tenga antes de irse de alta.

Asimismo y al final de la hoja tiene la dirección de un correo electrónico y un número de teléfono en los que las enfermeras que le hemos cuidado durante su ingreso le atenderemos.

HIGIENE, ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

La higiene diaria es importante para eliminar los malos olores, evitar infecciones y crear un sentimiento de bienestar y salud.

Es recomendable el uso de la ducha teniendo especial cuidado en la zona abdominal por las heridas quirúrgicas y en los genitales (lávese bien la zona con abundante agua y jabón, retirando el prepucio hacia atrás y después volviéndolo a su situación inicial) por llevar puesta una sonda vesical.

Si está acostumbrado a hidratarse la piel después de la ducha, puede hacerlo evitando la zona abdominal por la presencia de las heridas quirúrgicas.

Su alimentación debe ser variada y progresivamente debe alcanzar su dieta habitual.

Debe introducir alimentos ricos en fibra y realizar una ingesta adecuada de líquidos (mínimo 2 litros salvo contraindicación médica) para evitar el estreñimiento y limpiar la orina.

Debe limitar la actividad física tras la intervención aproximadamente un mes, no levantar objetos pesados, no conducir y no realizar actividades que le supongan gran esfuerzo. De manera progresiva irá aumentando la actividad física hasta llegar a la habitual.

IMPORTANCIA DE LA HBPM

El urólogo le ha indicado que debe ponerse una inyección diaria de heparina durante unos días para evitar la formación

de coágulos y que éstos se desplacen a otros lugares del cuerpo pudiendo causar una trombosis.

La enfermera durante el ingreso le ha enseñado cómo hacerlo y le ha hablado de la importancia de ponérsela a la misma hora.

Recuerde que, antes de ponérsela, debe lavarse las manos y al retirar la jeringa de la piel no frotar la zona para evitar hematomas.

CUIDADO DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

Limpie las incisiones quirúrgicas con agua y jabón en la ducha y después séquelas bien y déjelas al aire.

Si desea tomar el sol, proteja sus incisiones quirúrgicas con apósitos o aplíquese crema solar con protección total.

MANEJO DE LA SONDA URINARIA

Usted lleva puesta en la vejiga una sonda que permite la salida de la orina al exterior y para impedir que ésta se salga, lleva inflado un globo con 20 cc o más de agua en el interior de la vejiga. Por ello es muy importante evitar darse tirones y evitar que la bolsa tenga mucha orina.

Lávese las manos antes y después de manipular la sonda y/o bolsa de orina.

Mantenga la sonda limpia de restos de sangre u otros fluidos.

No ponga tapón a la sonda excepto para ducharse y luego conéctela a la bolsa. Mantenga la bolsa de orina por debajo del nivel de la vejiga.

Entra dentro de lo normal que la orina se tiña con sangre realizando algunos esfuerzos (defecar, etc.). En estos casos se recomienda aumentar la ingesta de líquido hasta que la orina vaya aclarándose. También puede tener escapes de orina por fuera de la sonda. El dolor al que llamamos «espasmo», puede estar producido por la irritación

que la sonda provoca en la vejiga o por pequeños coágulos. Puede controlarlos: cambiando de postura, relajándose, realizando masaje abdominal o tomando un analgésico.

A continuación le facilitamos la dirección de correo electrónico y el número de teléfono para que pueda ponerse en contacto con nosotros/as si tiene dudas sobre su recuperación.

e-mail:

Teléfono:

Cuando acuda a la consulta de Urología le explicarán de nuevo los problemas derivados de la incontinencia urinaria y de la disfunción eréctil, así como las posibles soluciones y dispositivos que va a poder utilizar para mejorar su calidad de vida.

DISCUSIÓN

En un futuro debería evaluarse la eficacia de la HRA, así como la demanda y resolución de problemas mediante la utilización del correo y el teléfono facilitado en dicha hoja.

Si tras la evaluación comprobamos la eficacia de estos canales de información, sería interesante aplicarlos al resto de los procesos de nuestra unidad de enfermería.

CONCLUSIÓN

Hasta la fecha no nos consta que se hayan utilizado HRA o TIC para reforzar el autocuidado en las dos semanas posteriores a la PRR. La HRA elaborada y la puesta en marcha de las TIC en la Unidad de Urología del H. Txagorritxu permitirán mejorar la información, seguridad y autocuidado del paciente tras PRR al alta. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Ana Quintanilla Sanz (Clínica de Ponent/ IMT Lleida), M^a Abel Cucurull (Hospital Sta M^a Lleida), Lidia Serra Gabernet (Clínica de Ponent/ Lleida) Estandarización de los cuidados de enfermería en las complicaciones de la postcirugía radical de próstata. *Enfuro* Núm. 96. Octubre/Noviembre/Diciembre 2009.
2. Egea González, S.C; Bravo Esteban, A.M. Fundación Hospital Alcorcón (FHA), Alarcón (Madrid). Opinión y realidad del informe de alta de enfermería en el servicio de urología. *Enfuro*. Núm. 104 Octubre/Noviembre/Diciembre 2007.
3. Mario Joaquín González Fraga y Olga Nicolasa Herrera Rodríguez. Bioética y nuevas tecnologías: telemedicina. *Rev Cubana Enfermer* 2007; 23(1).
4. Agustín Villanueva, Cristina Nebot, Antonio Galán, Gregorio Gómez, Manuel Cervera, Jose Joaquín Mira, Virtudes Pérez Jover y Olga Tomás. Puntos de vista de los pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre como llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(4):196-206.
5. Solar Gutiérrez, C; Agudo Domínguez; Saavedra Fernández, M. Ansiedad en el paciente urológico quirúrgico. *Enfuro*. Núm 106 Abril/Mayo/Junio 2008.
6. Gímez García, E, Herrera Alvarez, A, López, Guerrero, I, Hospital General Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba. Hoja de recomendaciones de enfermería en urología ambulatoria. Un estudio de evidencias. *Enfuro* Núm. 107. Julio/Agosto/Septiembre 2008 (Premio *Enfuro*)
7. www. Aurora Health Care.org. Prostatectomía.
8. Cereijo Gareca C, Pueyo González B, Bazarra Martín A, Fuente Moreno C, Gavin Bouso H, Vieito Estraviz C. Repercusión de las actividades de enfermería sobre la reducción del alta hospitalaria.
9. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, número 2.
10. José Manuel Ubé Pérez, María Urzanqui Rodríguez, Concepción Rodríguez Herce, Mónica Blasco Ros, Sonia Ascarza Rubio, Victoria Musitu Pérez. Área de Salud III de La Rioja (Fundación Hospital Calahorra y centros de salud de Alfaro, Arrendó, Calahorra y Cervera del Río Alhama). Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Investigación*, n° 24, Septiembre-Octubre 06.



EL INTERÉS CRECIENTE QUE TENEMOS LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ASEGURANDO UNA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES, NOS HA LLEVADO A LA REALIZACIÓN DE UN DOCUMENTO LLAMADO IAE, DIRIGIDO A AP Y QUE CONTIENE LA INFORMACIÓN PRECISA PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

LA UTILIZACIÓN DE LAS TIC ES CADA VEZ MÁS PATENTE EN NUESTRO TRABAJO. HAY UN ESTUDIO QUE HA REALIZADO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA PARA DESCRIBIR EL IMPACTO BIOÉTICO DE LA TELEMEDICINA Y SEÑALA LA IMPORTANCIA DE UTILIZARLA COMO HERRAMIENTA DE APOYO, CONTRIBUYENDO A MEJORAR LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA, NO MENOSPRECIANDO LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN «CARA A CARA» PARA NO DESHUMANIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD

11. Efectividad de las recomendaciones al alta en pacientes prostatectomizados del hospital Santiago Apóstol de Vitoria. Núm. 91. Julio/Agosto/Septiembre 2004. *Enfuro*.
12. García Martínez, M. J; Ramos Suárez, J.M; Montes Nieto, I.M; Romero Mora, O; Fernández Romana, M.J. Unidad de gestión clínica urológica-nefrología HH UU Virgen del Rocío (Sevilla). Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de prostatectomía radical asistida por robot. *Enfuro* Núm. 113. Enero/Febrero/Marzo 2010.
13. Corbalán Abril, M^o Dolores y Roldan Valcárcel, M^o Dolores. Enfermeras de la unidad de urología, Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia). Eficiencia de la intervención educativa e informe de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de prostatectomía. *Enfuro* Núm. 108. Octubre/Noviembre/Diciembre 2008.
14. Margarita Merino Ruiz, Tomás Sebastián Viana, M. Carmen Gómez -Díaz y Yolanda del Castillo. Utilidad y dificultades para la realización del informe de enfer-

mería al alta hospitalaria según las enfermeras del hospital de Fuenlabrada. *Enfer Clin*, 2008; 18(2)77-83.

15. Jordi Galimany Masclans, María Rosa Girbau García, Katy Salas Miravittles. Telecuidado, una visión asistencial. *Revista ROL de Enfermería*, ISSN 0210-5020, Vol. 33, N^o. 11, 2010, págs. 17-20.
16. John H, Schmid DM, Frhr JL, Centro de KlinikHirslanden y clínica urológica. Universitätsspital Zürich. *Actas Urológicas Españolas* junio 07. «Prostatectomía extraperitoneal Da Vinci».

BIBLIOGRAFÍA (HRA)

1. Manejo del estreñimiento. Información para la población. Volumen 1, número 4, 2004. ISSN 1832-794X.
2. JIB Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas. Reproducido del *Best Practice*:2006;10(2) ISSN 1329-1874.
3. Solar Gutiérrez, Clara del Javier; Espada Bordes, J. María; Saavedra Fernández, M^a José; Quiles Gómez, Inmaculada; Guerrero Andrades, M^a Carmen; *Agudo Domínguez, Fco. Javier. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. *Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. Recomendaciones para pacientes con sonda vesical. *Enfuro* Núm. 109. Enero/Febrero/Marzo 2009.
4. Arcadio Real Romaguera; Teresa Real Mestre. Propuesta de cuidados del paciente portador de sonda vesical. *Enfermería Integral*. Octubre 08.
5. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario. Reproducido del *Best Practice* 2000;4(1):1-6 ISSN 1329-1874 Actualizado: 20-03-07
6. Prevención de las infecciones del tracto urinario relacionado con las sondas vesicales: resultados de un estudio. *Nursing* Vol. 29 Num 03. Marzo 2011
7. González Linares Rosa M, Antolín Mugraza, Arantxa Salgado Larrea, M^a Victoria Barandiarán Múgica, M Jesús Basurco Celaya, Rosalba, Larrañaga Garaikoetxea, Nerea. Efectividad del apósito en heridas quirúrgicas limpias y limpias contaminadas a partir de las 24-48 h. de la intervención quirúrgica. (*Best Practice* 2007)
8. David Pérez Blanco Barreno, Juan Miguel González González, Estrella Paves Lorenzo, Lavinia Marrero del Castillo. Educación al alta para paciente prostatectomizado radical. *Asociación Española de Enfermería Urológica* n^o 97, 2006.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer de manera especial la ayuda que nos han ofrecido para la realización de este trabajo a: Lucía Garate Echenique (supervisora de investigación del Hospital de Txagorritxu), al Dr A. Arruza Echevarría (jefe del S^o de Urología del H. de Txagorritxu) por darnos su apoyo para poner en marcha la HRA y habernos facilitado la asistencia al congreso, y al Servicio de Calidad de Txagorritxu por ayudarnos en el diseño de la HRA.