

M^a. DOLORES JIMÉNEZ MENDÍA, M^a. ARÁNZAZU AHEDO VAQUERO, ESTHER GARCÍA GONZÁLEZ, FLOR ARBOSA, ASCENSIÓN ORIVE, REMEDIOS HILERA RUIZ HUA Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz

Evaluación del uso del teléfono y email de apoyo tras prostatectomía radical robótica (PRR)

RESUMEN

La prostatectomía radical robótica DaVinci añade al tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata una nueva dimensión a la cirugía mínimamente invasiva, siendo una técnica segura y reproducible y que permite mejorar los resultados oncológicos y funcionales. (1, 2, 3, 4). La primera en España se realizó en 2005.

El autocuidado es una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad, es un gran potencial para influir positivamente en la vida de las personas.

La estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi nos dice que permitir el acceso y compartir información sobre el paciente y los procedimientos de asistencia sanitaria, desde el hospital hasta el centro de atención primaria e incluso en el domicilio del paciente, empieza a ser una necesidad manifiesta del sistema de salud, dada la tendencia a la reducción de la estancia media, la extensión de los procesos ambulatorios y la importancia de perfeccionar el conocimiento del paciente en relación con su autocuidado una vez que se encuentra en casa (12,16).

En la Unidad de Urología de nuestro hospital HUA sede Txagorritxu de Vitoria, la enfermera responsable durante el ingreso informa y educa al paciente en los cuidados a seguir en su domicilio, realiza el informe de alta de enfermería (IAE) 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.

Durante el postoperatorio, le entregamos una hoja de recomendaciones al alta (HRA) para que tenga tiempo de leerla y pueda consultar las dudas que le puedan surgir antes del alta hospitalaria. En la HRA abordamos cuatro áreas: la higiene, alimentación y actividad física, el cuidado de la sonda vesical, el cuidado de la herida quirúrgica y la heparina de bajo peso molecular (HBPM). Además, en ella se facilitan una dirección de correo electrónico y un número de teléfono para que los pacientes puedan consultar con las enfermeras que les han cuidado durante el ingreso sus dudas. Se les invita a hacer uso del teléfono y el correo en cualquier momento desde el alta hasta que acuden a la primera consulta de urología para ser retirada la SV y desde donde serán informados acerca de las posibles complicaciones a largo plazo: disfunción eréctil e incontinencia urinaria (15).

Palabras clave: prostatectomía radical, cuidados, contacto telefónico/e-mail.

SUMMARY

Da Vinci robotic radical prostatectomy adds to surgical treatment of the prostate cancer a new dimension to minimally invasive surgery, being a safe technique and reproducible and that allows improving the oncological and functional results. (1, 2, 3, 4). The first one in Spain was carried out in 2005.

Self-care is an important strategy for health protection and illness prevention, it has a great potential to be positively influential in people life.

The strategy to face the challenge of chronicity in Basque Country explains that allowing the access and sharing information about patients and procedures of health assistance, from the Hospital to the Primary Care centre and even at the patient home, starts to be a declared need of the health system, given the trend of the reduction of the average stay, the extension of the ambulatory processes and the importance of perfecting the knowledge of the patient in relation to their self-care once they are at home (12, 16).

In the urology unit of our hospital HUA headquarters Txagorritxu of Vitoria, the responsible nurse during the admission informs and teach the patients the cares to follow at their homes, carries out the report of discharge of nursing (RDN) addressed to the reference nurse of Primary Care, in which the intervention carried out is detailed, the existence or not of complications in the postoperative and the pending cares of nursing in the discharge.

Following surgery, we deliver a recommendations sheet at the discharge (RSD) so that they have time to read it and can ask us the doubts that can rise before the hospital discharge. In the RSD, we approach 4 areas: hygiene, feeding and physical activity, the care of the vesicle catheter, the care of the surgical wound and the heparin of low molecular weight (HLMW). Besides it, an email address and a telephone number are facilitated so that patients can ask the nurses who have taken care of them during the admission their doubts. They are invited to use the telephone and the mail in any moment from the discharge until they go to the first urology practice to withdraw the VC and from where they will be informed about the possible long-term complications: erectile dysfunction and urinary incontinence (15).

Keywords: radical prostatectomy, cares, telephone/email contact.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar el uso que los pacientes inter-

venidos de prostatectomía radical robótica (PRR) hacen del correo electrónico y el número de teléfono que aparecen en la hoja de recomendaciones al alta (HRA).

Objetivo específico: Valorar la necesidad de modificar y mejorar la HRA con la información recogida.

METODOLOGÍA

1. Diseño: estudio descriptivo y observacional.
2. Población y muestra: todos los pacientes intervenidos de prostatectomía radical robótica en la Unidad de Urología del HUA sede Txagorritxu de Vitoria.
3. Periodo: del 15 de diciembre de 2011 al 30 de mayo de 2012.
4. Recogida de datos: en Excel por el grupo de enfermeras que realizamos el estudio.
5. Variables a estudio:
 - Sociodemográficas: edad.
 - Referentes al ingreso: fecha de ingreso, de intervención quirúrgica, de entrega de la HRA, fecha de alta y de la primera consulta de urología y presencia de complicaciones en el postoperatorio inmediato (hematuria, espasmos, pérdidas de orina, estreñimiento, íleo paralítico, otros)
 - Referentes a situación familiar: convivencia (solo o en familia), Internet (si o no), administración de HBPM (él, familiar o centro de salud)
 - Seguimiento: desde el alta hospitalaria hasta la consulta de urología.
6. Análisis de datos: estadística descriptiva SPSS19.0.

RESULTADOS

Hemos obtenido una muestra de 48 pacientes.

La edad mínima es de 51 años y la máxima de 76, con una media de 65,4 (DE: 5,5).

El tiempo transcurrido desde el alta hospitalaria hasta la consulta de urología es de 12,6 (DE: 5,6)

El 89,6% de los pacientes vive con su familia. Todos disponen de teléfono y un 46,5% de Internet.

El 71,1% de los pacientes se administra él mismo la HBPM, en el resto de los casos es la familia quien se encarga de su administración y en ningún caso acuden a AP (Atención Primaria).

Durante el postoperatorio hospitalario el 14,6% (n=7) presentó complicaciones: hematuria, espasmos, íleo paralítico y hernia inguinal que precisó de una nueva IQ. De estos contactan el 57,1% (n=4). De los que no han tenido ninguna complicación contactan el 30% (n=12).

La HRA se entregó en el 97,9% (n=47) de los pacientes.

Entre el día de la IQ (intervención quirúrgica) y el segundo día postoperatorio se entregó al 79,1% (n=34) y al alta a un 18,6% (n=8).

Tras el alta han contactado con nosotras el 33,3% (n=16) de los pacientes intervenidos. Todos lo hicieron por teléfono. De ellos, el 50% contactó más de una vez.

Los contactos telefónicos han generado 29 motivos de consulta.

El motivo más frecuente es el espasmo y pérdida perianal en un 37,9% (n=11). El resto de los motivos de consulta

Tiempo IQ entrega

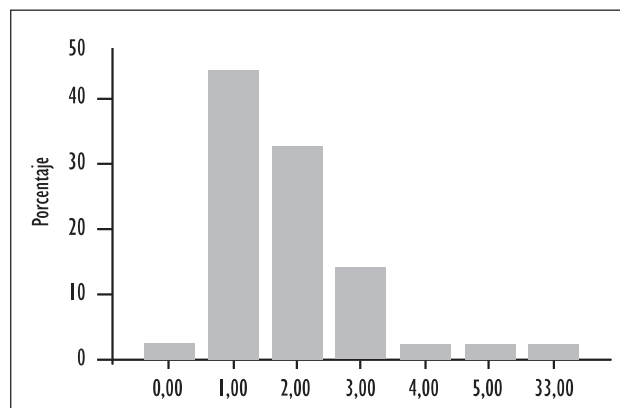


Tabla de contingencia contacto * entrega hoja en día de alta (p= 0,008)

		Entrega hoja en día de alta		
		SÍ	NO	Total
Contacto	Recuento	6	9	15
	SÍ	% dentro de entrega hoja en día de alta		
		75,0	25,7	34,9
	NO	% dentro de entrega hoja en día de alta		
		25,0	74,3	65,1
Total	Recuento	8	35	43
	% dentro de entrega hoja en día de alta	100,0	100,0	100,0

Resolución

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nosotras	9	18,8	56,3	56,3
	Urgencias	4	8,3	25,0	81,3
	Atención Primaria	2	4,2	12,5	93,8
	Espontáneo	1	2,1	6,3	100,0
	Total	16	33,3	100,0	
Perdidos Sistema		32	66,7		
Total		48	100,0		

fueron diversos: hematuria, HBPM, fiebre, edema testicular, manejo de bolsa urinaria, herida quirúrgica (HQ), tratamiento médico, escozor y alimentación.

La enfermera es la que resuelve un 72,4% (n=21) de los motivos de consulta. El 20,7% (n=6) es derivado a urgencias y el 6,9% (n=2) a AP (Atención Primaria).

Los motivos no resueltos por la enfermera fueron: tratamiento médico, edema testicular, fiebre y aumento de hematuria.

CONCLUSIÓN

A pesar de que casi la mitad de los pacientes dispone de Internet, no lo utiliza para contactar con nosotras.

Las dos terceras partes de los pacientes asumen el autocuidado de la administración de HBPM, aunque la mayoría vive en familia y sin necesidad de acudir a AP.

Las complicaciones postoperatorias son poco frecuentes con la PRR. Los pacientes que han sufrido complicaciones generan más consultas telefónicas.

Si se entrega la HRA dentro de los dos primeros días postoperatorios a los pacientes les surgen menos dudas que si se les entrega el mismo día del alta.

La HRA es un documento de enfermería que aporta la información adecuada para los pacientes intervenidos de PRR.

El incluir un teléfono de contacto es útil para resolver las dudas que tienen estos pacientes. Sin embargo, el correo electrónico no lo es, por necesitar una respuesta rápida.

Las enfermeras hemos resuelto la mayoría de los motivos de consulta, evitando que tengan que acudir a urgencias y/o AP.

DISCUSIÓN

A pesar de la edad media de nuestros pacientes y de vivir en familia, estos cada vez son más autónomos en el manejo de sus autocuidados.

El teléfono es la herramienta a través de la cual enfermería ofrece la seguridad que necesita el paciente para resolver los problemas puntuales de su autocuidado.

Vemos necesario ampliar en todas las patologías la entrega de una HRA que incluya un número de teléfono y valorar además la inclusión de otras tecnologías de la comunicación (TIC), dependiendo del tipo de patología y edad de la población a la que afecta, siendo enfermería el referente en el cuidado y seguridad del paciente.

El empoderamiento de la enfermería dentro del sistema sanitario reducirá la utilización de otros niveles asistenciales. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Prostatectomía radical robótica: revisión de nuestra curva de aprendizaje. Villavicencio Mavrich H, Esquena S, Palou Redorta J, Gómez Ruiz J. Servicio de Urología Fundación Puigvert. Barcelona. Actas Urol Esp. 2007; 31(6): 587-592.
2. Prostatectomía radical asistida por robot Da Vinci: un año de experiencia en el Hospital Clínico San Carlos. Jesús Moreno Sierra, Carlos Núñez Mora, M^a Isabel Galante Romo, Sara Prieto Nogal, José López García Asenjo y Ángel Silmi Moyano. Unidad de Cirugía Robótica. Servicio de Urología. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense. Madrid. España. Arch. Esp. Urol., 61, 3(385-396), 2008.
3. Prostatectomía radical robótica: Análisis después de 100 casos en la Fundación Puigvert. Humberto Villavicencio Mavrich, Salvador Esquena Fernández, José Salvador Bayarri, N. de Graeve, Juan J. Gómez Ruiz, P. Escovar Lariva, Juan Palou Redorta. Servicio de Urología. Fundación Puigvert. Barcelona. Actas Urológicas Españolas, 2009; 33(1): 24-29.
4. Incidencias y complicaciones en nuestras primeras 250 prostatectomías radicales robóticas. J.G. Pereira Arias, M. Gamarra Quintanilla, A. Leibar Tamayo, A. Astobiza Odriozola y G. Ibarluzea González. Servicio de Urología, Urología clínica, S.L., Bilbao, España. Actas Urol. Esp. 2010; 34(5): 428-439.
5. Orem. DE. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1993.
6. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa.
7. Colliere MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana; 1993:385.
8. El Sistema Nacional de Salud y las Tecnologías de la Información y Comunicación. Carlos Martínez Ramos. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Hospital Clínico San Carlos. C/ Prof. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina 1 (1): 40-60, 2009. ISSN:1989-5003.
9. Avances en la informatización de los sistemas de salud. R. Cubí Montforta y D. Faixedas Brunsomsb. Aten. Primaria. 2005; 36(8): 448-52.
10. Conferencia: Empoderamiento de los Pacientes e Internet 2.0. *1VU University Medical Center, Amsterdam, (Holanda)*. Nelly van Uden_Kraan Vol. 7, n° 26, 2011. ISSN: 1698-7969.
11. Uso y percepciones hacia las tecnologías de información y comunicación en pacientes con diabetes en un hospital público del Perú. Walter H. Curioso, Ernesto Gozzer, María Valderrama, Juan Rodríguez-Abad, Jaime E. Villena, Arturo E. Villena Rev Perú Med. Exp. Salud Pública. 2009; 26(2): 161-67.
12. Aplicación de las tecnologías de la información y comunicación en los programas de salud en América Latina. Dr. J. M. Avilán Rovira. Individuo de Número. Gac. Méd. Caracas 2009;117(4): 271-272.
13. Salud 2.0: bienvenido al carnaval de la medicina participativa. Fernández García, Jorge Juan (Senior Manager). Antares Consulting. <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article13>
14. La informatización a pie de cama. Desarrollo de un entorno tecnológico de soporte integrado al proceso asistencial de enfermería. Rich Ruiz M; Veredas Ortiz I; Caballero Villarraso MT; Farnós Brosa MG, y Díaz Fernández JL. Hospital Universitario Reina Sofía.
15. 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). M^a. Dolores Jiménez Mendía, M^a. Aránzazu Ahedo Vaquero, Esther García González, Remedios Hileria Ruiz, M. Luz Ros Asiain. HUA Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz. Trabajo premiado como mejor comunicación presentada al XXXIII Congreso de la AEEU celebrado en San Sebastián.
16. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. <http://cronicidad.euskadi.net>