



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Grado en Enfermería**

Curso Académico 2012/ 2013

TRABAJO FIN DE GRADO

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN CASO CLÍNICO DE TRATAMIENTO  
QUIRÚRGICO DE INCONTINENCIA URINARIA

**Autora:** María Pilar Sesé Sanz

**Tutora:** María Antonia Sánchez

# INDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>6</b>
<b>DESARROLLO</b>	<b>8</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>27</b>

## RESUMEN

La disfunción del suelo pélvico, que incluye principalmente la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal y el prolapso pélvico, afecta al menos a un tercio de las mujeres adultas. La etiología del prolapso genital se basa fundamentalmente en factores genéticos y traumáticos. En la mayoría de los casos no se trata de un descenso de un único órgano, sino que suele producirse un prolapso mixto, con predominio de uno u otro compartimento (vesical, uterino, de recto o de asas intestinales)

La incontinencia urinaria femenina es un problema de salud, consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical, que repercute en el bienestar físico, psicológico, social y económico de la mujer e influye en su calidad de vida.

En el caso que nos ocupa, se corrigió tanto el prolapso vesical (cistocele) como la incontinencia de orina (colpoperineoplastia posterior), mediante técnica quirúrgica, teniendo especial relevancia los cuidados de enfermería dada su prolongada estancia hospitalaria debida a complicaciones postquirúrgicas.

En torno a este caso, se ha hecho una revisión bibliográfica sobre incontinencia urinaria en la mujer encontrando tanto en bases de datos como en documentación manual, que se trata de un problema de salud muy frecuente en nuestra sociedad y en el que tienen un papel crucial las intervenciones de enfermería.

## INTRODUCCION

La continencia urinaria en la mujer es el resultado de una compleja interacción entre la vejiga, la uretra y el suelo pélvico<sup>1</sup>.

El suelo pélvico o periné es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión los órganos pélvicos en contra de la fuerza de la gravedad.

Los músculos que lo componen son ocho y se disponen alrededor del dorsal del clítoris, la base de la vejiga urinaria, la apertura vaginal y el recto.

La base pelviana es similar a una hamaca cuya función muscular tiene participación en los mecanismos esfinterianos, uretral y anal, interviene en la progresión del feto durante el parto, tiene un importante papel en la sexualidad y constituye el hiato de la porción terminal de los aparatos urogenital y digestivo.

El debilitamiento del suelo pélvico provoca uno o varios de los siguientes trastornos<sup>2</sup>:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Prolapsos.
- Disfunciones sexuales.

Son diversas las causas que debilitan el suelo pélvico: embarazo (por el peso del feto), parto, postparto (al realizar precozmente actividades abdominales, practicar deportes, llevar pesos o realizar saltos), deportes de "impactos" o "saltos", menopausia (por cambios hormonales que provocan pérdidas de flexibilidad, atrofia e hipotonía), herencia (debilidad innata de los músculos del suelo pélvico), hábitos cotidianos (retener orina, vestir prendas muy ajustadas) u otras como obesidad, estreñimiento, tos crónica y estrés<sup>3</sup>.

La International Continence Society (ICS) define el término incontinencia urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina, que puede ser demostrada objetivamente y que constituye un problema social e higiénico<sup>4</sup>.

La incontinencia urinaria, considerada enfermedad por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1998, es una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical, que ocurre en diversas enfermedades. Presente en todas las edades y en ambos sexos, es mucho más frecuente en mujeres que en hombres con gran repercusión en su bienestar físico, psicológico, social y económico<sup>5</sup>.

El caso clínico que se va a tratar es el de una paciente de 71 años, con diagnóstico de cistocele desde hace 20 años e incontinencia de orina que recientemente se ha hecho más intensa, motivo por el cual solicita la consulta de Ginecología y es diagnosticada de cistocele grado II y enterocele grado I por lo que se decide la intervención quirúrgica.

Se lleva a cabo el seguimiento de los cuidados de enfermería pre y postquirúrgicos, en la planta de cirugía del Hospital Nuestra Señora de Gracia, así como la medición de la calidad de vida mediante el King's Health Questionnaire y el International Consultation on Incontinence Questionnaire, específico para mujeres con IU.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

Describir los cuidados en enfermería de la incontinencia urinaria en un caso clínico quirúrgico.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Aplicar un protocolo a un caso clínico.
- Realizar una actualización de la incontinencia de orina y sus causas.
- Valorar las complicaciones de la cirugía de la incontinencia de orina en la mujer.
- Exponer un protocolo de mejora, para prevenir complicaciones quirúrgicas en dicha cirugía.

## METODOLOGÍA

Se han recogido datos de la historia clínica de la paciente durante su ingreso en la planta de cirugía del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia, así como de su seguimiento en las posteriores consultas de Ginecología de revisión y de urgencia que surgieron los meses posteriores a la intervención.

Para valorar la calidad de vida se utilizó la versión española del King's Health Questionnaire, así como el cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire), ambos validados que identifican a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida, antes y después de la intervención quirúrgica.

Se han manejado así mismo los protocolos existentes en la planta de cirugía del hospital para la preparación previa al quirófano, cuidados postquirúrgicos, inicio de tolerancia oral y paso progresivo de dieta, retirada de sonda vesical y control de micciones valorando posibles supuestos.

Se ha consultado en bases de datos como CUIDEN, Science Direct, Dialnet, Scielo y Pubmed y en distintas fuentes como la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia), la ICS (International Continence Society) así como búsqueda manual relacionada tanto con la especialidad de Ginecología como de Urología.

Se han manejado tanto los diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), como la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

Palabras clave: incontinencia urinaria, complicaciones postquirúrgicas.

Se han encontrado 38 artículos relativos al tema, en español en un período en torno a 10 años de antigüedad, encontrando en éstos referencias de algunos anteriores, sirviendo de revisión y posterior análisis.

Se han incluido 21 artículos, que respondían a las palabras clave y hacían referencia al caso clínico del que trata.

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>Nº ARTÍCULOS OBTENIDOS</b>	<b>Nº ARTÍCULOS INCLUIDOS</b>
CUIDEN	8	4
SCIENCE DIRECT	9	3
DIALNET	7	4
SCIELO	6	2

<b>PALABRAS CLAVE</b>	Incontinencia urinaria Complicaciones postquirúrgicas
<b>LIMITACIONES</b>	Idioma español, período 2002-2013
<b>HERRAMIENTAS DE USO EN ENFERMERÍA</b>	Clasificación de resultados de Enfermería (NIC) Clasificación de objetivos de Enfermería (NOC) Diagnósticos de Enfermería de la NANDA
<b>PROTOCOLOS</b>	Protocolos pre y postoperatorios en pacientes ginecológicas de la planta de cirugía
<b>CUESTIONARIOS VALIDADOS</b>	King 's Health Questionnaire International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF)
<b>ASOCIACIONES</b>	SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) ICS (International Continence Society) OMS (Organización Mundial de la Salud)



## DESARROLLO

La paciente llega a la consulta de la enfermera de Atención Primaria de su centro de salud y se le pregunta si tiene pérdidas involuntarias de orina y problemas miccionales que afectan a su calidad de vida. En el caso afirmativo, se pone en marcha todo el proceso diagnóstico de la Incontinencia Urinaria al derivar a la paciente a su médico especialista <sup>6</sup>.

En la tabla 1 se muestra los tipos de IU más frecuentes en la Consulta Ginecológica<sup>7</sup>.

**Tabla 1. Tipos de IU más frecuentes en la Consulta de Ginecología**

**-Incontinencia Urinaria de Esfuerzo:** Pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal, desencadenado por la actividad física.

**-Incontinencia Urinaria de Urgencia:** Pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente suele acompañarse de aumento de la frecuencia diurna y nocturna.

**-Vejiga Hiperactiva:** Síndrome que engloba a pacientes con síntomas de aumento de la frecuencia miccional y urgencia, con o sin IU. Presumiblemente se debe al mismo proceso patológico que la IU de Urgencia.

**-Incontinencia Urinaria Mixta:** Es la asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de Vejiga Hiperactiva.

El diagnóstico de la IU está basado en una serie de procedimientos: la anamnesis, la exploración física, la exploración urodinámica y las técnicas de imagen del tracto urinario inferior.

Para valorar los síntomas indicativos de cada tipo de IU, se muestran las preguntas clave para el diagnóstico de presunción de la IU, como se indica en la siguiente tabla 2<sup>8</sup>.

## **Tabla 2. Preguntas Clave para el diagnóstico de la IU**

### **-Síntomas de IU de Esfuerzo:**

¿Se le escapa la orina al toser, reír, estornudar, levantar peso?

### **-Síntomas de IU de Urgencia:**

¿Alguna vez se le escapa la orina cuando nota una sensación repentina e incontrolable de ganas de orinar?

### **-Síntomas asociados con la incontinencia:**

¿Alguna vez siente un deseo repentino e incontrolable de orinar?

¿Cuántas veces orina durante el día?

¿Cuánto tiempo, como máximo, aguanta sin orinar?

¿Cuántas veces le despiertan las ganas de orinar durante el sueño?

### **-Síntomas sugestivos de disfunción de vaciado:**

¿Tiene la sensación de que no vacía la vejiga completamente?

### **-Síntomas orientativos de la gravedad de la incontinencia:**

¿Se le escapan gotas o se moja mucho?

¿Utiliza algún sistema de protección para la IU? ¿Cuál?

¿Cuántas veces se cambia diariamente?

El primer abordaje terapéutico de las disfunciones del suelo pélvico en la IU suele ser el **tratamiento conservador**, que debe incluir:

#### -En la incontinencia de urgencia:

**a.** Control de la ingesta de líquidos: Realizando un consumo moderado ( en torno a 1,5l.) . Sabiendo que grandes volúmenes de líquido exacerban dicha incontinencia, pero la restricción puede resultar contraproducente, ya que al producir menor orina, la vejiga no llega a dilatarse hasta su capacidad máxima y con el tiempo, se vuelve más sensible a pequeños volúmenes de

orina. Además, la restricción de líquido también favorece el estreñimiento, que a su vez puede llegar a ser motivo de incontinencia urinaria temporal<sup>9, 10, 11</sup>

**b. Entrenamiento vesical:** consiste en la adquisición de hábitos miccionales para recuperar el control, realizando micciones programadas (con una frecuencia de 3-4h). Existen estudios que demuestran que su efecto en el control de los síntomas urinarios suele ser semejante al del tratamiento farmacológico<sup>10, 11, 12</sup>.

**c. Biofeedback:** Consiste en el empleo de electrodos que se colocan en el abdomen y a lo largo de la zona anal para hacer conscientes funciones biológicas que habitualmente no lo son, haciendo posible su control o modificación por parte de la paciente.

**d. Electroestimulación:** Se refiere a la estimulación de las fibras nerviosas y musculares mediante la aplicación de estímulos eléctricos. Intenta establecer el equilibrio vesicouretral actuando sobre los diferentes elementos musculares implicados y los reflejos miccionales alterados<sup>12</sup>.

**e. Farmacoterapia:** con medicamentos antimuscarínicos y anticolinérgicos, que suprimen o inhiben las contracciones de la vejiga. La Sociedad Internacional de Continencia recomienda cuatro medicamentos: tolteridina, trospium, oxibutinina y propiverina<sup>11</sup>.

-En la incontinencia de esfuerzo:

**a. Entrenamiento de músculos pélvicos (ejercicios de Kegel):** recomendados en mujeres con diagnóstico clínico de IUE leve o moderada, sin antecedentes de cirugía previa para la IUE, ni de enfermedad concomitante que pueda afectar el tratamiento ( neurológica, ginecológica o urológica ). Mejoran el mecanismo del cierre uretral, aumentan la fuerza de los músculos estriados peri y parauretrales y también dan apoyo a las vísceras pélvicas y estrechan la luz de la uretra. Se trata de la realización de contracciones lentas, rápidas y contra resistencia de la musculatura perineal. Es necesario mantener los ejercicios de forma regular, para que no se pierda la mejoría obtenida<sup>12, 13</sup>.

**b.** Dispositivos vaginales (conos): actúan como soporte para el cuello de la vejiga. Su eficacia es menor que la de los ejercicios de Kegel y en ocasiones no son bien tolerados<sup>2, 11</sup>.

**c.** Estrógenos: Pueden mejorar los síntomas de IU en las mujeres menopaúsicas, pero no se recomiendan como tratamiento primario<sup>11</sup>.

**d.** Duloxetina: Es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y adrenalina y a veces también se usa para tratar la IUE<sup>14, 15</sup>

El **tratamiento quirúrgico** se reserva para las pacientes con síntomas graves y anomalías anatómicas identificadas, en quienes el tratamiento conservador no ha dado buenos resultados<sup>9</sup>, como es el caso clínico que comentamos.

El plan de cuidados de enfermería que habría que llevar a cabo para la paciente intervenida de cistocèle más colpoperineoplastia posterior, se basará en las necesidades y Diagnósticos de Enfermería, para una paciente tipo (edad adulta, sin antecedentes patológicos de interés o con patología compensada, consciente y orientada, autónoma, con previsión de 5 días de ingreso y valorando la problemática social al alta). Lo podemos ver en la siguiente tabla 3<sup>16, 17, 18</sup>

**Tabla 3**

<b>NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS</b>	<b>Dde:</b> Temor (00148) <b>NOC:</b> Información enseñanza Autocontrol del miedo (1404) <b>NIC:</b> Control del temor. Disminución de la ansiedad (5820) <b>Dde:</b> Riesgo de lesión perioperatoria (00087) <b>NOC:</b> Control del riesgo (1902) <b>NIC:</b> Preparación quirúrgica(2930) <b>Dde:</b> Dolor (00132) <b>NOC:</b> Refiere dolor controlado (160511) <b>NIC:</b> Manejo del dolor (1400)
<b>NECESIDAD DE ELIMINACIÓN</b>	<b>Dde:</b> Riesgo de estreñimiento (00015) <b>NOC:</b> Eliminación intestinal (050101) <b>NIC:</b> Manejo del estreñimiento/ impactación (0450) <b>Dde:</b> Riesgo de retención urinaria (00023). <b>NOC:</b> Eliminación urinaria (0503) Patrón de eliminación urinaria (050301) <b>NIC:</b> Manejo de la eliminación urinaria (0590)
<b>NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO</b>	<b>Dde:</b> Riesgo deterioro del patrón del sueño (00095) <b>NOC:</b> Calidad del sueño (000404) <b>NIC:</b> Mejorar sueño (1850)/ Manejo
<b>NECESIDAD DE APRENDIZAJE</b>	<b>Dde:</b> Manejo efectivo del régimen terapéutico (0082) <b>NOC:</b> Conocimiento: régimen terapéutico (181316) <b>NIC:</b> Planificación del alta (7370 )

Se valoran los datos previos a la intervención, ese mismo día y los 5 días posteriores, recogiendo datos de control de constantes , administración de medicación, instauración de dieta, control del dolor mediante la escala E.V.A. y si porta sonda vesical, pinzado o retirada de la misma y para concluir, entrega del Informe de Continuidad de Cuidados al alta.

#### **-Preparación preoperatoria:**

Según protocolo del servicio de cirugía en pacientes ginecológicas para esta intervención:

-Revisar las órdenes de tratamiento específicas para comprobar si hay que instaurar algún tratamiento el día del ingreso, o la mañana siguiente antes de ir a quirófano (siendo prioritario dicho tratamiento sobre los protocolos).

-Cumplimentar al ingreso de la paciente la Hoja de valoración de enfermería anotando todos los datos necesarios.

Al realizar entrevista a la paciente, para incrementar la información sobre su caso, se le pide que rellene los cuestionarios relativos a la incontinencia King ´s Health Questionnaire (tabla 4)<sup>19</sup> y ICIQ-SF (tabla 5)<sup>20</sup> )

**Tabla 4 KING ´S HEALTH QUESTIONNAIRE**

¿Cómo describiría su estado de salud en la actualidad?				
Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?				
Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo

Nos gustaría saber cuáles son sus problemas urinarios y hasta qué punto le afectan. De la lista siguiente elija SÓLO AQUELLOS PROBLEMAS que usted tenga en la actualidad. DEJE SIN CONTESTAR los que no correspondan a su caso.

- ¿Hasta qué punto le afectan? Para contestar, marque con una cruz.

<u>FRECUENCIA</u> : ir al baño muy a menudo		
Un poco	Moderadamente	Mucho
<u>NICTURIA</u> : levantarse durante la noche para orinar		
Un poco	Moderadamente	Mucho
<u>URGENCIA</u> : un fuerte deseo de orinar difícil de controlar		
Un poco	Moderadamente	Mucho
<u>INCONTINENCIA POR URGENCIA</u> : escape de orina asociado a un fuerte deseo de orinar		
Un poco	Moderadamente	Mucho
<u>INCONTINENCIA POR ESFUERZO</u> : escape de orina por actividad física, ej. toser, estornudar, correr		
Un poco	Moderadamente	Mucho
<u>ENURESIS NOCTURNA</u> : mojar la cama durante la noche		
Un poco	Moderadamente	Mucho
<u>INCONTINENCIA EN EL ACTO SEXUAL</u> : escape de orina durante el acto sexual (coito)		
Un poco	Moderadamente	Mucho
<u>INFECCIONES FRECUENTES EN LAS VÍAS URINARIAS</u>		
Un poco	Moderadamente	Mucho

DOLOR EN LA VEJIGA

Un poco

Moderadamente

Mucho

Dificultad AL ORINAR

Un poco

Moderadamente

Mucho

OTRO PROBLEMA URINARIO (ESPECIFIQUE)

Un poco

Moderadamente

Mucho

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. Hasta qué punto le afectan sus problemas urinarios.

Nos gustaría que contestara a todas las preguntas. Marque con una cruz lo que corresponda a su caso.

**LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS**

¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej. limpiar, hacer la compra, etc.)

No

Un poco

Moderadamente

Mucho

¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

No

Un poco

Moderadamente

Mucho

**LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES**

¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)?

No

Un poco

Moderadamente

Mucho

¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para viajar?

No	Un poco	Moderadamente	Mucho
----	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

No	Un poco	Moderadamente	Mucho
----	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

No	Un poco	Moderadamente	Mucho
----	---------	---------------	-------

#### RELACIONES PERSONALES

¿Sus problemas pesonales afectan a su relación de pareja?

No procede	No	Un poco	Moderadamente	Mucho
------------	----	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios afectan su vida sexual?

No procede	No	Un poco	Moderadamente	Mucho
------------	----	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

No procede	No	Un poco	Moderadamente	Mucho
------------	----	---------	---------------	-------

#### EMOCIONES

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimida?

No	Un poco	Moderadamente	Mucho
----	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse angustiada o nerviosa?

No	Un poco	Moderadamente	Mucho
----	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo misma?

No	Un poco	Moderadamente	Mucho
----	---------	---------------	-------



## SUEÑO/ENERGÍA

¿Sus problemas urinarios afectan a su sueño?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre
-------	---------	----------	---------

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotada o cansada?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre
-------	---------	----------	---------

## **¿Con qué frecuencia hace o siente alguna de estas cosas?**

¿Lleva compresas para mantenerse seca?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre
-------	---------	----------	---------

¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre
-------	---------	----------	---------

¿Se cambia la ropa interior cuando está mojada?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre
-------	---------	----------	---------

¿Está preocupada por si huele?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre
-------	---------	----------	---------

¿Se siente incómoda por los demás por sus problemas urinarios?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre
-------	---------	----------	---------

**GRACIAS, AHORA COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS**

**Tabla 5 CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF**

Por favor, conteste las siguientes preguntas, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas:

Fecha de hoy:

1. Por favor, escriba su fecha de nacimiento:

2. Usted es (señale cual): -Mujer -Varón

3. ¿Con qué frecuencia pierde orina?(marque sólo una respuesta).

Nunca...0

Una vez a la semana...1

2-3 veces semana...2

Una vez al día...3

Varias veces al día...4

Continuamente...5

4. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada...0

Muy poca cantidad...2

Una cantidad moderada...4

Mucha cantidad...6

5. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene han afectado a su vida diaria? Marque una cruz, en la siguiente lista, 0 (no me afecta nada) y 10 (me afectan mucho).

0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

6. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a usted.

-Nunca.

-Antes de llegar al servicio.

-Al toser o estornudar.

-Mientras duerme.

-Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.

-Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.

-Sin motivo evidente.

-De forma continua.

- Pedimos una dieta semiblanda para cenar.

-Las auxiliares de enfermería realizarán el rasurado completo de genitales (monte de Venus y vulva) y pondrán dos enemas de 250 cc, uno en el momento del ingreso y otro a las 23h.

- Se realiza un lavado vaginal con Povidona yodada vaginal diluido al 50% con suero fisiológico en una jeringa de 50 cc. de cono ancho y una sonda vesical femenina.

Colocaremos un óvulo vaginal de Blastoestimulina después del lavado vaginal.

El día de la intervención a las 7h, recogeremos una muestra de orina para enviar al laboratorio (sistemático de orina y cultivo, si procede).

Se colocan medias de compresión para evitar tromboembolismos debido a la posición de quirófano.

**-Cuidados postoperatorios:**

Cuando la paciente regresa a la unidad, debemos acompañarla a la habitación para comprobar su estado.

-Realizaremos la comprobación de las constantes vitales, control del dolor, vigilancia de sangrado en la compresa colocada en genitales, fluidoterapia,

sonda vesical, tapón vaginal y la medicación que en ese momento se le está poniendo.

**-En las primeras 12h** del postoperatorio realizaremos cada cuatro horas:

- Control de constantes: tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.

- Control de diuresis, valorando la cantidad y posible hematuria.

- Control de sangrado vaginal, cambiar compresa siempre que sea preciso.

- Las pacientes salen de quirófano con:

- Sonda vesical**

- Tapón vaginal**

Salvo indicación en contra, a estas pacientes se les indica reposo en cama **48h**, manteniendo durante estas 48h el tapón vaginal y la sonda vesical.

Tras intervención quirúrgica de acceso vaginal , realizada mediante anestesia intradural y tras una adecuada evolución en la U.R.P.A.( Unidad de Rehabilitación Postoperatoria), la paciente llega a planta con constantes de T.A.: 100/60, F.C:71p.p., saturación de oxígeno 98%, temperatura 36,7°C, fluidoterapia con suero Ringer Lactato de 500cc, sonda vesical con 200cc y compresa limpia , sin referir dolor.

Tras algún episodio de náuseas y vómitos, las primeras 24h discurren con normalidad en un postoperatorio sin complicaciones graves.

Se comienza a pinzar la sonda vesical a las 48h, habiendo retirado el tapón vaginal, despinzándola a demanda de la paciente, para comprobar si refiere reflejo vesical.

Al día siguiente se retira sonda vesical, comprobando cantidad en cada micción tras su recogida en bote de diuresis, esa misma tarde , al no poder orinar , se realiza un sondaje evacuatorio , con el resultado de 500cc de diuresis y 400cc posteriormente con lo que se decide dejar sonda vesical permanente.

Se comienza tratamiento con Ciprofloxacino y Buscapina y 48h después se vuelve a pinzar y despinzar sonda vesical para valorar de nuevo el reflejo miccional.

Al no aparecer dicho reflejo, el personal de enfermería vacía cada 3 ó 4 horas la sonda vesical y el ginecólogo pauta Neostigmina subcutánea (indicado en casos de atonías vesicales postoperatorias).

A las 24h se retira sonda vesical permanente y se continúa el tratamiento de Neostigmina, reflejándose diuresis escasas en un turno de trabajo y refiriendo la paciente "peso" en zona pélvica.

Se realizan sondajes evacuatorios siendo estos de 400cc a 500cc cada vez.

Al final del turno de tarde se vuelve a dejar colocada sonda vesical permanente continuando al día siguiente con el pinzado y despinzado de la sonda vesical recogiendo los datos de cantidad y aparición o no de reflejo miccional.

Se retira nuevamente sonda vesical, realizándole bajo pauta médica sondajes residuales que en ocasiones están dentro de las cifras normales (menos de 100cc) y otras más abundantes llegando incluso a 300cc; siguiendo durante este tiempo con la pauta de Neostigmina.

Tras la última retirada de sonda vesical permanente, pasan 5 días hasta que la paciente se estabiliza y consigue micciones abundantes sin apenas orina residual, por lo que se decide el alta hospitalaria. En este momento se rellena el Informe de Continuidad de Cuidados (tabla 6)\*, basado en la Valoración de las Necesidades Humanas de Virginia Henderson<sup>21</sup>, quedando una copia en la Historia Clínica de la paciente y la otra se la entregamos junto con el Informe de Alta hospitalaria, para que la entregue a la enfermera responsable de su Centro de Salud.

Su estancia hospitalaria ha sido de 15 días cuando lo habitual son 5.

**Tabla 6 INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

<p>Motivo de ingreso:</p> <p>Destino: -Domicilio.</p> <p>-Otros centros.</p> <p>Persona de referencia y tfno. de contacto:</p> <p>Alergias: -Si -No conocidas.</p>
<p><b>NECESIDADES BÁSICAS</b></p>
<p>1. <u>RESPIRACION</u></p> <p>Limpieza ineficaz de las vías aéreas: -No. -Si</p> <p>Patrón ineficaz de respiración:-No -Si</p> <p>Precisa de oxigenoterapia con: -Mascarilla -Gafas</p> <p>Precisa de BIPAP: -No -Si</p> <p>Cánula de traqueostomía: -No -Si tipo/nº</p> <p>Observaciones:</p>
<p>2. <u>ALIMENTACIÓN</u></p> <p>Déficit de autocuidado:-No -Parcial -Total</p> <p>Desequilibrio de la nutrición:-No -Si -Por defecto -Por exceso</p> <p>Deterioro de la nutrición: Riesgo de broncoaspiración:</p> <p>Portador de:-Sonda de alimentación -Estoma de alimentación</p> <p>-Prótesis dental</p> <p>Dieta:</p> <p>Observaciones:</p>

### 3. ELIMINACIÓN

Déficit de autocuidado:-No -Parcial -Total

Estreñimiento:-No -Si

Incontinencia:-No -Urinaria -Fecal

Portador de:-Pañal -Colector de orina

-Sonda vesical: tipo/calibre Fecha:

-Bolsa de ostomía

-Drenaje:-Tipo Fecha:

Observaciones:

### 4.MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Déficit de autocuidado: -No -Parcial -Total

Intolerancia a la actividad:-No -Si

Deterioro de la movilidad física:-No -Si -Especificar:

Traslación(cama/silla/cama):-solo -con ayuda

Deambula:-solo -con ayuda -no deambula

Sube y baja escaleras:-solo -con ayuda -no puede

Precisa de:-Bastón -Bastones ingleses -Andador -Silla de ruedas

Otras ayudas:

### 5.SUEÑO Y DESCANSO

Deterioro del patrón de sueño:-No -Si

Observaciones:

### 6.VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Déficit de autocuidado:-No -Parcial -Total

Observaciones:

<p style="text-align: center;"><u>7.MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL</u></p> <p>Riesgo desequilibrio de la temperatura corporal:-No –Si</p> <p>Observaciones:</p>
<p style="text-align: center;"><u>8.HIGIENE Y ESTADO DE LA PIEL</u></p> <p>Déficit de autocuidado:-No –Aseo –Baño</p> <p>Deterioro de la integridad de la piel:-No –Si</p> <p>Deterioro de la integridad de las mucosas:-No –Si</p> <p>Lesiones por presión:-No –Si</p> <p>Precisa dispositivos de alivio de presión:-No –Si</p> <p>Lesiones por presión:-Localización-Estadio-Cura</p> <p>Herida quirúrgica:-Localización-Estadio-Cura</p> <p>Observaciones:</p>
<p style="text-align: center;"><u>9.SEGURIDAD</u></p> <p>-Consciente –Orientado –Desorientado –Somnoliento –Inconsciente</p> <p>Riesgo de lesión:-No –Si</p> <p>Riesgo de infección:-No –Si</p> <p>Dolor:-No –Si –EVA(1-10) –Localización</p> <p>Ansiedad:-No –Si</p> <p>Hábitos tóxicos:-No –Si</p> <p>Observaciones:</p>
<p style="text-align: center;"><u>10.COMUNICACIÓN</u></p> <p>Déficit sensorial:-No –Visual –Auditivo</p> <p>Dificultad para el habla:-No –Si</p> <p>Dificultad con el idioma:-No –Si –Idioma</p> <p>Vive:-solo –acompañado –valoración de dependencia:-No –Si</p>



Observaciones:
<p align="center"><b>11. <u>CREENCIAS Y VALORES</u></b></p> <p>Documento de voluntades anticipadas: -No -Si</p> <p>Observaciones:</p>
<p align="center"><b>13. <u>ACTIVIDADES RECREATIVAS/OCIO</u></b></p> <p>Ejercicio físico: -Habitual -Escaso -Sedentario -Inmovilizado</p> <p>Actividades: -Participativo -Poco interés -Ningún interés</p> <p>Observaciones:</p>
<p align="center"><b>14. <u>APRENDIZAJE</u></b></p> <p>Conocimientos deficientes: -No -Si</p> <p>Educación para la salud: -Tratamiento farmacológico -Hábitos higiénico-dietéticos -Higiene postural</p> <p>Observaciones:</p>
<p align="center"><b>12. <u>REALIZACIÓN PERSONAL/AUTOESTIMA</u></b></p> <p>-En activo -Incapacitado -Jubilado -Otros</p> <p>Observaciones:</p>
<p align="center"><b>ÚLTIMO TRATAMIENTO ADMINISTRADO</b></p> <p>Hora:</p> <p>Fecha:                      Enfermera:                      Unidad:</p> <p>Hora:                      Firma:</p>

Una vez dada de alta, acude a su consulta de Enfermería de Atención Primaria y entrega dicho Informe de Continuidad de Cuidados.

A los 13 días, la paciente acude a urgencias por dolor intenso en zona perineal. Tras ser valorada en el hospital, se revisa zona indurada de sutura

quirúrgica y se indica tratamiento antibiótico local y antiinflamatorio y se vuelve a citar a la semana siguiente recogiendo analítica de orina.

Se observa mejoría y la paciente vuelve a la consulta el día previsto para revisión, no presenta disuria. Se ha recibido urocultivo y se pauta antibiótico vía oral a la paciente.

Se realizan en este momento las encuestas King's Health Questionnaire y ICIQ-SF sobre incontinencia de orina, nuevamente, para valorar el grado de mejoría tras la intervención quirúrgica, observando con estos datos un aumento en su calidad de vida.

## CONCLUSIONES

Con el seguimiento, por parte de enfermería, de esta paciente en su prolongada estancia hospitalaria se solucionaron complicaciones postoperatorias.

Los planes de cuidados de Enfermería y los protocolos, conseguirán disminuir el tiempo de recuperación de la intervención, así como también las complicaciones postoperatorias, la reaparición de la incontinencia y mejorar la calidad de vida de las pacientes, asignando a cada paciente el tiempo de postoperatorio adecuado dependiendo de su evolución, sobre la base sólida de lo obtenido en una monitorización estrecha.

Con el Informe de Continuidad de Cuidados que se les da a las pacientes al alta, se podrá mantener una colaboración con el personal de Enfermería de Atención Primaria y así hacer un seguimiento y traspaso completo de información.

El incremento en la expectativa de vida y el requerimiento de una mejor calidad de vida hace prever que la demanda de cuidados en las pacientes con una disfunción del suelo pélvico se incrementará en los próximos años. Prever esta demanda ahora podría evitar la falta de recursos y la incapacidad de proporcionar los cuidados apropiados en el futuro, por lo que sería necesario potenciar la creación de equipos multidisciplinarios (médicos de las distintas especialidades relacionadas : urólogos, ginecólogos, cirujanos ,así como fisioterapeutas y personal de enfermería) y desarrollar estrategias que mejoren la identificación, la evaluación y el tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico en los diversos niveles asistenciales.

## BIBLIOGRAFIA

1. Roble JE, Sanchez de la Muela P, Meldaña A, Walker C Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología; 2006. 7:241-61.
2. García Martín AI, Del Olmo Cañas P, Carballo Moreno N, Medina Varela M, Gonzalez LLuva C, Morales de Los Ríos Luna C, Reeducción del suelo pélvico, ENFURO 2010;100: 27-29.
3. Gonzalez Merlo J, Gonzalez Bosquet J, Gonzalez Bosquet E Ginecología 2003; 321-29.
4. Espuña Pons M Incontinencia de orina en la mujer Med Clin (Barc) 2003;120(12):464-72.10-15.
5. Echeandía Valencia B, Napal Ros C. , Lopez de Carlos E. ,Lara Bueno MC et al. De la incontinencia a la continencia: ENFURO 2007;101: 10-15.
6. Actualización del Documento de Consenso sobre Incontinencia Urinaria en la mujer. SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia). Grupo de Estudio del Suelo Pelviano en la Mujer. Coordinadora: Espuña M Barcelona: Pressline 2002.
7. Abrams P, Cardoso L, Fall M et al. The standardization of the terminology of lower urinary tract function . Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 2002; 21: 167-78.
8. Laycock J Patient assessment In Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain. Laycock J and J Haslam (Eds).ISBN1-85233-224-7 Springer.Verlag London Limited 2002: 45-54.
9. Lacima G, Espuña M Patología del suelo pélvico. Progresos en Gastroenterología. 2008; 31 (9):587-95.
10. Piera M Incontinencia urinaria. Consejo y seguimiento. Farmacia Profesional. 2004; 18 (4):53-58.
11. Arango ME Incontinencia urinaria en la mujer. XVII Curso de actualización en Ginecología y Obstetricia: Una visión integral de la mujer. 2009:269-272

12. Carrobles JA, Godoy J. Biofeedback. Principios y aplicaciones. 1987: 121-126.
13. Miller Jm, Ashton Miller JA, De Lancey JO. A pelvic muscle precontraction can reduce cough-related urine loss in selected women with mild SUI. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 870-4.
14. Espuña M, Puig M. Progresos de Obstetricia y Ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2004; 47 (6): 278-290.
15. American Society of Health-System Pharmacists. Duloxetine. 2013.
16. Morread S, Jonson M, Maas M, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).2006; 163,265,266,538,601.
17. McCloskey J,Dochterman G,Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).2006; 345,688,585,589,536,492,654,613.
18. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2003-2004. Editorial Elsevier.
19. Martinez Córcoles B, Salinas Sánchez AS, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Carrión Lopez P, et al. King´s Health Questionnaire. Urología Neurológica y Urodinámica. Arch Esp Urol 2009; 62 (1):22-23
20. Thiel R, Thiel M, Dambros M, Ricetto C, Lopez V, Rincon ME, et al. ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form) Evaluación de la función sexual femenina antes y después de un procedimiento para la corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Actas Urol Esp 2006; 30 (3): 315-320
21. Luis MT, Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona Masson 2003: 8-9

**\*Observaciones no publicadas:** Protocolos del servicio de Cirugía y Ginecología del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza. Informe de continuidad de cuidados al alta.

