

## Plan de cuidados intraoperatorios al paciente intervenido de resección transuretral

**M<sup>a</sup>. Yolanda Morales López. Manuel González Romero.  
Pedro Bas Caro. M<sup>a</sup> José Fresno Ballester.**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3<sup>a</sup> Planta. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid.  
[yolasa@hotmail.com](mailto:yolasa@hotmail.com) [numancho@hotmail.com](mailto:numancho@hotmail.com)  
[pbascaro@med.ucm.es](mailto:pbascaro@med.ucm.es) [mjfresno@hotmail.com](mailto:mjfresno@hotmail.com)

**Tutor**  
**Enrique Pacheco del Cerro**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina, Pabellón II, 3<sup>a</sup> Planta. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid.  
[quique@enf.ucm.es](mailto:quique@enf.ucm.es)

**Resumen:** con este trabajo se pretende hacer un plan de cuidados de enfermería, dentro del proceso de atención continuada, durante el periodo intraoperatorio. Concretamente, se trata de un plan de cuidados personalizado, a una mujer que va a ser intervenida de una Resección transuretral de vejiga (RTU). La participación de la enfermería en todo el periodo perioperatorio, contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías, así como reforzar la seguridad y calidad de los cuidados. La actuación de enfermería irá encaminada dentro del quirófano a la protección, la defensa y la prestación de atención, debido a la mayor dependencia del enfermo durante el período operatorio. El proceso de enfermería proporciona un fundamento sistemático para la valoración del paciente, el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, la identificación de los resultados esperados, la planificación de intervenciones, la implementación de los cuidados y la evaluación del plan enfermero<sup>(1,2)</sup>. Los cuidados enfermeros que nos planteamos del paciente durante el periodo intraoperatorio, se realizarán en base a los datos de la valoración realizada en el momento de la llegada al bloque quirúrgico, así como a lo largo de la intervención, se estructura un plan de cuidados personalizado para definir los diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados propuestos. Para cada diagnóstico de enfermería y complicaciones potenciales proponemos intervenciones enfermeras y resultados, que son presentados siguiendo los criterios de las taxonomías NANDA, NIC y NOC<sup>(3,4,5,6)</sup>.

**Palabras clave:** Resección transuretral-Cuidados. Enfermos hospitalizados-Cuidados-Planificación. Diagnóstico de Enfermería.

**Abstrac:** This work aims to make a plan of nursing care within the care process during the intraoperative period. Specifically, it is a care plan customized to a woman who is to be operated from a transurethral resection of bladder. The participation of nurses throughout the perioperative period, contributing to the surgical process for the patient more comfortable and bearable and would enhance and expedite the surgical management and technical development of the surgeries. The nursing performance in the operating room shall be directed to the protection, defense and the provision of care, due to the increased dependence of the patient during the operative period. The nursing process provides a systematic basis for assessing the patient, establishing nursing diagnosis, identify expected outcomes, intervention planning, implementing and evaluating care nurseplan<sup>(1,2)</sup>. Nursing care that we set the perioperative patient be made based on data from the assessment made at the time of admission, structure a customized care plan for defining nursing diagnoses, interventions and proposed results. For each nursing diagnosis and nursing interventions offer potential complications and results, which are presented following the criteria of NANDA,NIC y NOC<sup>(3,4,5,6)</sup>.

**Key words:** RTU of bladder, Care Plan, Nursing Diagnoses.

## INTRODUCCIÓN

### Cuidados enfermero en quirófano

Gran parte de la actividad asistencial que se desarrolla en los Hospitales está relacionada con la cirugía. En toda cirugía, la presencia de enfermeras hoy día se considera imprescindible; su participación en todas las fases quirúrgicas, en todo el periodo intraoperatorio, contribuye a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías<sup>(2)</sup>.

El bloque quirúrgico (BQ) es un servicio especial que debe cumplir una serie de requisitos. Se trata de un servicio central que, para mantener las mejores condiciones de asepsia, debe estar ubicado en una zona retirada del hospital, y al mismo tiempo debe estar accesible a otros servicios centrales. Se debe mantener un ambiente seguro, tanto para el paciente como para el personal sanitario<sup>(2)</sup>.

Entre los objetivos de la enfermería en el área quirúrgica es la desempeñar una labor de gran responsabilidad en el momento intraoperatorio y todas sus actividades están encaminadas a conseguir un objetivo general: “el de mantener un ambiente seguro tanto para el paciente como para los componentes del equipo quirúrgico”.

La experiencia quirúrgica es estresante para todos los pacientes. Llegando a la antesala del quirófano con la preocupación generada por la alteraciones en su nivel de

salud y quedan en manos desconocidas para ellos, lejos de su entorno familiar habitual.

Es recomendable que la enfermera de quirófano visite con anterioridad al paciente para irle familiarizando con el proceso de disminuir en la medida de lo posible la sensación de indefensión cuando este llegue a la antesala del quirófano<sup>(2)</sup>.

La enfermera debidamente preparada tiene mucho que aportar dentro de los cuidados o intervenciones que se producen en la unidad quirúrgica, conocer y detectar sus problemas, ayudándole a su resolución.

Tras la preparación y evaluación preoperatoria, el paciente entra en el período intraoperatorio, que se inicia con el traslado del paciente al quirófano y finaliza cuando ingresa en la unidad de asistencia postanestésica. La asistencia de enfermería durante este período abarca distintas actividades dirigidas al paciente sometido a cirugía. El centro de atención de la asistencia de enfermería deja de ser la preparación del paciente para la experiencia operatoria y pasa a la protección, la defensa y la prestación de atención, debido a la mayor dependencia del enfermo durante el período operatorio.

En el transcurso de una intervención quirúrgica, en función de su complejidad, las enfermeras tienen que desplegar una importante actividad en torno al paciente, a la cirugía o al equipo de profesionales que intervienen. La actividad de las enfermeras y el rol que desempeñan dentro de los quirófanos se puede encuadrar según la función principal que asume durante la cirugía.

Cuando el paciente llega al quirófano, en éste ya se encuentra el equipo de profesionales que van a participar en la intervención. El cirujano y sus ayudantes, el anestesista y el personal de enfermería deben funcionar armoniosamente para proporcionar al paciente un ambiente seguro, cómodo y terapéutico, ya que éste depende por completo del equipo para su bienestar y seguridad.

Dentro del papel de enfermería en el paciente perioperatorio no debemos de olvidar algo tan importante con la educación del paciente como de la familia. En un análisis de 102 estudios, los pacientes quirúrgicos que recibieron educación o intervención de apoyo tuvieron menos ansiedad y/o dolor, experimentaron menos complicaciones, fueron dados de alta antes, se mostraron más satisfechos con su asistencia y volvieron antes a la actividad normal en relación a los paciente que no recibieron citada educación sanitaria. Queremos entender que estos resultados pueden atribuirse en parte a la sensación de control que el paciente adquiere a través de la educación del paciente y el apoyo emocional tiene un efecto positivo sobre el bienestar físico y psicológico del paciente, antes, durante y después de la intervención quirúrgica<sup>(2)</sup>.

## Objetivo

- Aplicar cuidados de forma individualizada a pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas.
- Asegurar continuidad de cuidados.
- Identificar los posibles diagnósticos posibles y de riesgo en el momento previo a la cirugía, durante la misma y en el postoperatorio inmediato.
- Establecer los criterios de resultados así como las intervenciones de enfermería en cada uno de los diagnósticos descritos.
- Disminuir riesgo de complicaciones durante el periodo intraoperatorio.

## CÁNCER DE VEJIGA

El cáncer de vejiga es el cuarto tumor por orden de frecuencia en los varones, tras los tumores de próstata, pulmón y colon y el octavo por orden de frecuencia en las mujeres. La incidencia está íntimamente relacionada con la edad; así se calcula una incidencia de 142/100.000 varones y 33/100.000 mujeres entre 65 y 69 años que asciende a 296/100.000 varones y 74/100.000 mujeres en mayores de 85 años. Así mismo, el CCT de vejiga es el segundo tumor urológico más frecuente tras el cáncer de próstata. A pesar de ser mucho más frecuente en varones (2,5 veces) su incidencia en mujeres tampoco es desdeñable y debido al cambio en los hábitos que se han experimentado en los últimos años esta diferencia entre sexos está disminuyendo. El CCT de vejiga es uno de los tumores donde existe una clara relación con determinados factores etiopatogénicos, entre los que destaca de forma muy significativa el hábito tabáquico<sup>(7,8,9,10)</sup>.

A diferencia de cualquier otro cáncer de ocurrencia frecuente, el cáncer de vejiga casi nunca se ha comunicado como un hallazgo accidental en autopsia, lo cual implica que casi todos los casos de cáncer de vejiga son diagnosticados durante la vida del paciente y que la latencia preclínica del tumor debe ser relativamente breve, es decir, que el tiempo transcurrido entre el momento en que el tumor adquiere un tamaño suficiente para ser detectado y el momento en que se torna sintomático es relativamente breve.

El cuadro clínico más frecuente será la presencia de síndrome miccional (disuria, polaquiuria y tenesmo) asociado a la presencia de hematuria (macro o microscópica). Como pruebas diagnósticas se incluyen citologías y pruebas de imagen como ecografía y urografía intravenosa y la realización de una cistoscopia para el diagnóstico directo de la lesión. El grado del tumor puede determinarse mediante el examen cistoscópico de rutina, la resección transuretral (RTU) y el estudio histopatológico. Los tumores de grado I-II son considerados de grado bajo-moderado, mientras que los tumores grado III son de alto grado. El estadio del tumor vendrá dado por la infiltración de los diferentes estratos de la pared vesical, así los tumores que afectan la mucosa se

clasifican como Ta, los T1 son aquellos que infiltran la lámina propia sin infiltrar la muscular, puesto que cuando ésta se ve afectada hablamos de estadio T2. Son considerados T3 aquellos que afectan estructuras vecinas y T4 los que presentan metástasis a distancia (Clasificación TNM).

Aproximadamente un 80% de los CCT vesicales son superficiales, es decir, afectan a la capa mucosa y lámina propia sin infiltrar la capa muscular. De estos, un 15% son clasificados como de alto riesgo, entre los que incluimos Ta-T1 de alto grado o Grado III y los carcinomas "in situ" (CIS). Un 55-60% de todos los CCT de vejigas diagnosticadas muestran epitelio de transición papilares superficiales (limitados al urotelio o la lámina propia) bien o moderadamente diferenciados<sup>(13)</sup>.

La mayoría de estos tumores recurre después de la resección endoscópica y en un 16-25% la recurrencia será de alto grado<sup>(15)</sup>. Aproximadamente un 10% de los pacientes con tumores papilares superficiales evolucionan hacia un cáncer invasor o metastático. Con frecuencia se producen recurrencias tardías e invasoras después de una remisión libre de enfermedad prolongada, incluso en pacientes cuyos tumores originales eran bien diferenciados y superficiales. Los pacientes con tumores superficiales de alto grado tienen una mayor probabilidad de recurrencia y una probabilidad mucho mayor de tener una enfermedad invasora y metastásica que los pacientes con tumores superficiales de bajo grado. En consecuencia, las evidencias y el examen histopatológico de la lesión indican que existen dos variantes principales de carcinoma del epitelio de transición: de bajo grado y de alto grado<sup>(10,13)</sup>.

El tratamiento de primera línea para los tumores superficiales serán las instilaciones endovesicales de quimioterápicos (Mitomicina, Epirubicina, etc.), Inmunoterápicos (BCG, Interferon  $\alpha$ , etc.)<sup>(12,14,19)</sup>. Si nos centramos en los tumores de alto grado, el tratamiento de elección será la BCG a dosis de 81mg en varios ciclos. El tratamiento de inducción consiste en la administración de instilaciones endovesicales semanales durante seis semanas. Si bien la pauta de mantenimiento no está estandarizada, una de las más aceptadas consiste en la instilación de la misma dosis en sesiones semanales durante ciclos de 3 semanas a las 3-6-12-18-24-30 y 36 meses. Hay distintas pautas que varían entre los 18 y 36 m de duración.

El tratamiento con BGC ha demostrado en distintos estudios aumentar la tasa de libre de recurrencia de un 25 a un 41%, aumentando también el período libre de recurrencia de 12 a 29 meses. Sin embargo no se ha demostrado de forma estadísticamente significativa la disminución de la progresión a tumores de mayor grado o infiltrantes, si bien hay estudios que informan la disminución de esta progresión en aproximadamente un 27%, aunque estos resultados no han sido validados estadísticamente con estudios randomizados<sup>(21,22,23)</sup>.

Hay descritas en las distintas series aproximadamente un 20 % de intolerancia al tratamiento. Así mismo, aunque este se lleve a cabo de forma correcta hay en torno a un 30-40% de pacientes que presentarán recurrencia al tratamiento. Un 70% una vez

finalizados estarán libres de tumor, pero esta cifra disminuye a un 50% a los dos años de seguimiento, lo cual nos lleva a pensar que no todos los tumores superficiales de vejiga se comportan igual. En aquellos tumores en los que se presenta recurrencia tumoral en menos de un año tras iniciado el tratamiento con BCG la progresión estimada es de un 44%, produciéndose en un 35% de los mismo el fallecimiento a causa de la enfermedad<sup>(15,17)</sup>.

Diferentes estudios muestran que, aproximadamente un tercio de los pacientes que inician tratamiento con BGC tendrán una supervivencia a cinco años con su vejiga intacta, un tercio sobrevivirán a expensas de una cirugía radical y un tercio de los mismo fallecerán a causa de la enfermedad a pesar de haber sido sometidos a un tratamiento quirúrgico más o menos precoz<sup>(11)</sup>.

En aquellos pacientes en los que fracase la profilaxis intracavitaria o no pueda ser llevada a cabo, estaremos obligados a realizar una cistectomía radical. Sin embargo, numerosas series han demostrado que los resultados oncológicos de tumores superficiales de alto grado tras la realización de la cirugía radical, son significativamente inferiores a los obtenidos en pacientes diagnosticados de tumores infiltrantes en un primer momento. A esto debemos sumar la alta morbi-mortalidad de la intervención (5% de mortalidad perioperatoria), considerando la cistectomía radical como una de las intervenciones más agresivas de la oncología urológica. Se ha llegado a informar de un infraestadiaje del 20% al realizar cistectomía radical en pacientes con diagnóstico inicial de tumor superficial.

La supervivencia a 5 años en pacientes intervenidos de cistectomía radical a causa de un tumor superficial de alto grado se estima según algunas series en torno al 38-45%, significativamente menor que la informada en pacientes a los que se realiza cistectomía radical con diagnóstico de inicial de tumores infiltrantes (T2-T3). La duda se plantea sobre la realización de cistectomía precoz y su posible beneficio frente a los tratamientos conservadores. En algunas series se llega a informar un sobretratamiento en el 27% de los pacientes, es decir, en estos pacientes o bien no se encontró lesión tumoral en la pieza quirúrgica o bien ésta fue de menor estadio del que previamente se había diagnosticado. Por lo tanto, la cistectomía radical no puede ser considerada como tratamiento de primera elección en pacientes con tumor superficial de vejiga de alto riesgo, por la probabilidad de estar sobretratando la enfermedad<sup>(18,20)</sup>.

En las últimas décadas se ha estudiado extensamente los posibles factores clínicos relacionados con una mayor probabilidad de recurrencia, entre ellos se ha destacado el tamaño del tumor, sobretudo aquellos mayores de 3 cm, la multicentricidad del mismo, los episodios previos de recurrencia, la afectación de la uretra prostática y el alto grado (G2 alto grado y G3). Sin embargo, se ha comprobado que estos factores pronósticos son muy limitados a la hora de predecir el verdadero comportamiento biológico; y por lo tanto es necesario buscar marcadores con mayor capacidad predictiva, de manera particular en tumores uroteliales superficiales tras resección transuretral (RTU).

En el último año la EORTC (The European organisation for Research and Treatment of Cancer)<sup>(24)</sup> ha desarrollado un sistema de estimación clínica del riesgo de progresión con los principales factores pronóstico mencionados (nº de tumores, tamaño, recurrencia, categoría T, CIS y Grado) que esta disponible en: <http://WWW.eortc.be/tools/bladdercalculator/>

### **Resección transuretral de vejiga (rtuv)**

La resección transuretral de vejiga es una técnica quirúrgica que consiste en la resección del tumor desde el interior de la vejiga, introduciendo para ello un resector a través de la uretra hasta la vejiga. Mediante un sistema de irrigación se llena la misma de solución de glicina; la visión se consigue introduciendo una óptica conectada a una torre de visión, visualizando así toda la pared interna de la vejiga<sup>(25)</sup>.

Una vez colocado todo el aparataje (torre de visión, fuente de luz, puente de trabajo conectado a bisturí eléctrico, sistema de irrigación y recolector de drenado) y el campo quirúrgico, se introduce a través de la uretra el resector con fiador, una vez dentro de la vejiga se retira el fiador y se introduce el puente de trabajo mas la óptica y, siempre bajo visión endoscópica, se va recorriendo toda la pared de la vejiga hasta localizar las células tumorales, reseándolas, para su examen patológico, al mismo tiempo se van coagulando los puntos de sangrado de la pared vesical<sup>(24)</sup>.

Este procedimiento se realiza, generalmente bajo anestesia epidural o raquídea, aunque a veces, requiere de anestesia general.

Complicaciones:

1. Derivados del procedimiento anestésico.
2. Sangrado importante, que obligue a transfundirle sangre.
3. Perforación de la vejiga, dependiendo de donde esté, el tratamiento será sondaje de la misma o abrir la vejiga a través del abdomen para reparar la perforación.
4. Resección incompleta: es posible que el cirujano no pueda quitar el tumor completamente, y deba realizar una nueva resección u otros procedimientos.
5. Estenosis de uretra: dado que se introduce un resector en la uretra es posible que esta se inflame y se cierre, lo que obligará a utilizar otros tratamientos después de la cirugía.
6. Incontinencia: puede ser pasajera o permanente.
7. Infecciones.

### **Conclusiones**

El enfermero/a, durante la estancia de los pacientes en quirófano, debe proporcionar seguridad, tranquilidad y apoyo. El bienestar y seguridad del paciente se confía al enfermero/a desde el momento de su llegada al bloque quirúrgico, hasta la

salida y la transferencia de responsabilidades a otro miembro del equipo profesional de la salud. El enfermero/a se hace legalmente responsable de los cuidados a los pacientes, incluyendo las intervenciones que lo asisten en un estado consciente o inconsciente; identifica sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociológicas; desarrolla e implementa un plan asistencial individualizado que coordina las intervenciones, y evalúa la evolución de la intervención del paciente a través de la aplicación de los procesos de enfermería<sup>(2)</sup>.

La normalización y estandarización del trabajo enfermero se encuentra recogido y representado en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)<sup>(3)</sup>.

Ésta es hoy día un referente internacional de la actividad e intervención de los enfermeros/as en todos los entornos clínicos. Se constituye como una clasificación global del trabajo, abarcando tanto aquellos tratamientos que se realizan como consecuencia de un diagnóstico enfermero, como los que son consecuencia de la colaboración con otros profesionales, generalmente el médico, del mismo modo que contempla aquellas intervenciones realizadas de manera directa (interaccionado con el paciente), como aquellas realizadas de forma indirecta (lejos del paciente pero en su beneficio).

## DESARROLLO

### Objetivo

Valoración del paciente, el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, la identificación de los resultados esperados, la planificación de intervenciones, la implementación de los cuidados y la evaluación del plan enfermero.

Utilizaremos los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon<sup>(26)</sup> como instrumento de valoración enfermero, con estos 11 patrones haremos la valoración de la persona, familia y/o comunidad además de garantizar la selección completa de los datos útiles y necesarios.

Con la valoración de cada patrón obtenemos la información necesaria para conocer los problemas de salud, lo que nos permite realizar las formulaciones diagnósticas basándonos en la clasificación taxonomía II de la NANDA<sup>(3,4)</sup>.

Obtenidos y formulados los diagnósticos enfermeros, detectamos los criterios de resultados NOC<sup>(5)</sup> que pretendemos conseguir tras la aplicación de las intervenciones enfermera NIC<sup>(6)</sup>.



## DESARROLLO DE UN PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

### Valoración

La valoración permite la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos. A la llegada del paciente al bloque quirúrgico confirmaremos la identidad de la paciente así como la técnica quirúrgica planeada. También se confirma la no ingesta de sólidos ni líquidos durante las últimas ocho horas, la retirada de prótesis o objetos metálicos, existencia de alergias, medicación preoperatorio registrada y la preparación de la piel<sup>(27)</sup>.

Revisaremos la siguiente documentación: pruebas preoperatorios, consentimientos informados, etc.

Datos de la paciente:

Mujer de 63 años, 59 kilos, 1,59 cm altura diagnosticada de urotelioma vesical de 15mm con amplia base de infiltración, por lo que va a ser intervenida de una RTU de vejiga bajo anestesia raquídea.

Antecedentes personales de interés:

- Se le practicó una histerectomía hace 20 años por patología familiar.
- Ulcus gástrico tratado con omeprazol.
- Fumadora de 10 cigarros/día.
- Se realiza colonoscopia anual por antecedentes familiares de cáncer de colon.

Datos clínicos:

- Exploración física: Consciente, orientada y buen estado general.
- Constantes vitales: TA 103/50 mmHg, Fc. 72 lpm.
- En la radiografía de tórax se aprecia ateromatosis calcificadas de troncos supraorticos.
- En el estudio urológico se detecta una repleción del suelo vaginal de pequeño tamaño compatible con neofromación intraluminal y una litiasis renal izquierda de pequeño tamaño sin dilatación de vía escretora.

Ingresa en la unidad prequirúrgica, donde tras una breve anamnesis, y toma de constantes vitales, es preparada para ser trasladada al quirófano:

- Proporcionando ropa adecuada.
- Informar sobre la necesidad de retirarse prótesis u objetos metálicos, así como el esmalte de uñas, en este caso se retira prótesis dental superior.
- Se le administran 2 gramos de Kefol intravenosos tras canalizar vía periférica.

## **Valoración por patrones funcionales de salud (Marjory Gordon)<sup>(25)</sup>**

### **Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud**

Paciente consciente y orientada, bien hidratada. Actualmente de baja laboral por la patología actual, lo cual le genera ansiedad, ya que éste es su primer problema serio de salud, y dados los antecedentes familiares de cáncer de colon, ve mermadas sus expectativas de salud.

Su hermana es enfermera de nuestro centro, y ella le lleva todo los temas relacionados con las peticiones de citas, revisiones, etc., y hasta hace un par de meses, en el que la diagnosticaron el cáncer de vejiga y la indicaron la necesidad de la intervención quirúrgica propuesta, no había considerado su estado de salud en peligro.

Salvo el consumo de tabaco, al que refiere que dejará tras este ingreso, no tiene hábitos de riesgos.

Su hermana la acompaña en todo momento, interviniendo en la entrevista de acogida y tranquilizando continuamente a la paciente, que verbaliza nerviosismo y dificultad para la escucha atenta.

### **Patrón 2: Nutricional – Metabólico**

La paciente dice haber perdido el apetito en las últimas semanas, aunque no ha notado pérdida de peso, coincidiendo con la realización de las pruebas preoperatorias.

De manera habitual ingiere unos 2 litros de agua al día, aunque últimamente, desde hace aproximadamente tres meses a aumentado la ingesta de líquidos, relacionándolo con los problemas de eliminación urinaria. Tiene una dieta equilibrada con la ingesta de fruta y verdura, lácteos, carne y pescado, Refiere que no puede comer especias, comidas pesadas y algún que otro alimento por el ulcus gástrico, pero desde que toma omeprazol, hace aproximadamente 3 años, han mejorado los síntomas.

Sobre el hábito de fumar, dice haber intentado dejarlo en un par de ocasiones, consiguiendo bajar la dosis a 10 cigarros, hace cinco años fumaba un paquete diario.

### **Patrón 3: Eliminación**

En cuanto al patrón de eliminación intestinal, no presenta ninguna alteración actualmente, aunque si ocasionalmente episodios de estreñimiento que no han durado mas de unos días y lo relaciona con hábitos alimentarios y viajes de mas de tres días.

Comenzó con problemas de eliminación urinaria hace aproximadamente seis meses, primero fueron infecciones de orina de repetición, después hematuria intermitente y ocasionalmente dolor lumbar bilateral. También refiere, que a veces, cada vez con más frecuencia, siente ganas de orinar de forma incontrolada.

#### **Patrón 4: Actividad – Ejercicio**

La paciente dice llevar una vida normal, trabaja de lunes a viernes en horario de mañana, por las tardes va dos veces a clases de gimnasia de mantenimiento, y los viernes a clase de baile de salón. Vive sola, su hijo de 23 años, estudia fuera de Madrid, lo cual le permite tener mucho tiempo libre habitualmente. Desde que está de baja sale a caminar por las mañanas una hora con una amiga, y aunque ha perdido el interés por las clases, se obliga a ir asiduamente.

#### **Patrón 5: Descanso - Sueño**

Desde hace muchos años tiene problemas para conciliar el sueño, últimamente esto se ha agravado, por que cuando se acuesta, se pone a pensar, y a dar vueltas a todo. No toma ninguna medicación para esto, pero dice intentar hacer ejercicios de relajación, aunque le cuesta conseguir relajarse. Duerme unas seis/siete horas seguidas diariamente, y se despierta despejada, pero a media tarde la cuesta seguir con la actividad, ella lo relaciona con los problemas que tiene actualmente, sobre todos los relacionados con su problema de salud y las expectativas.

#### **Patrón 6: Cognitivo - Perceptual**

Salvo el dolor lumbar que padece actualmente y ocasionalmente el ardor gástrico, no refiere más problemas de salud. Su hermana nos dice después, que últimamente está apática, que le cuesta concentrarse y que pasa muchas horas sola, sin hacer nada.

#### **Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto**

Al realizar la valoración de este patrón, del conocimiento y percepción de su enfermedad, se detecta la ansiedad y el temor que siente ante la propia intervención quirúrgica y los resultados de la anatomía patológica derivada de ella. Hasta hoy no ha solicitado verbalmente mayor información sobre todo el proceso, por que delegaba en su hermana, pero justo antes de entrar en quirófano se plantea muchas preguntas y eso aumenta su nerviosismo, hace preguntas sobre el postoperatorio inmediato, si tendrá que llevar sonda vesical, cuanto tiempo, etc., trasladándose del ahora al futuro sin un esquema claro.

También manifiesta su temor, por el posible deterioro de su situación física, se agudizan sus temores reales e imaginarios, y pasa de un dialogo sencillo al llanto.

### **Patrón 8: Rol – Relaciones**

Se aprecia en este patrón una estrecha unión con su hermana, la necesidad de permanencia físicamente a su lado en todo momento, también manifiesta preocupación por su hijo, con el que tiene muy buena relación, dice que le ha notado mas pendiente de ella en estos últimos días de lo habitual y no quiere que sufra por su enfermedad y esto le afecte a sus estudios.

### **Patrón 9: Sexualidad – Reproducción**

Tiene un solo hijo, tuvo un aborto anterior y ya hace más de diez años que su última menstruación. Hace revisiones ginecológicas periódicas sin ninguna alteración hasta hoy, salvo las infecciones de orina ya citadas.

Es viuda desde hace cinco años.

### **Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés**

En cuanto al afrontamiento de la enfermedad, como ya se ha citado, conoce el proceso, aunque dice que no se ha parado a reflexionar sobre ello pausadamente, si es cierto que últimamente ha cambiado su rol, sobre todo desde que esta de baja laboral. Dispone de más tiempo libre y ha perdido el interés por el ocio, forzándose a asistir a sus clases de mantenimiento y baile de salón.

### **Patrón 11: Valores – Creencias**

Este patrón no es valorable, desde el punto de vista de las prácticas religiosas, no hace mención alguna de ello ni parece que la religión tome un papel importante en su salud.

### **Diagnóstico**

De la interpretación de los datos obtenidos en la valoración y el juicio clínico, se derivan varios diagnósticos de Enfermería posibles y de riesgo, así como algunas complicaciones potenciales.

Los diagnósticos enfermeros dependen en gran medida de la valoración y también la técnica quirúrgica prevista, así como el tipo de anestesia empleada en el proceso.

Desarrollaremos aquí aquellos diagnósticos en los que las intervenciones se puedan y deban realizar durante el periodo intraoperatorio.

Como diagnósticos tenemos:

- Ansiedad
- Temor
- Posibles:
  - ✓ Dolor
- De riesgo:
  - ✓ Riesgo de Infección
  - ✓ Riesgo de lesión postura perioperatoria
- Como complicaciones potenciales:
  - ✓ Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

### **Planificación**

Fase en la que se desarrolla el proceso de enfermería, que implica la toma de decisiones y la solución de problemas teniendo en cuenta la valoración y actuando sobre los diagnósticos para formular objetivos concretos y diseñar intervenciones. Citaremos primero las intervenciones no dependientes de diagnósticos, ya que cronológicamente así se realiza.

### **INTERVENCIONES NO DEPENDIENTES DE DIAGNÓSTICOS**

#### **Campo: Fisiológico complejo**

- Administración de medicación: intraespinal (2319).
  - ✓ Administrar y controlar la medicación a través de una vía epidural o intratecal.
- Administración de anestesia (2840).
  - ✓ Preparación y administración de agentes anestésicos y vigilancia de la respuesta del paciente durante la administración.
- Asistencia quirúrgica (2900).
  - ✓ Asistencia al cirujano/dentista en los procedimientos operatorios y en cuidados del paciente quirúrgico.
- Cambio de posición: intraoperatorio (0842).
  - ✓ Movimiento del paciente o de una parte corporal para favorecer la exposición quirúrgica a la vez que se reduce el riesgo de molestias y complicaciones.
- Control de infecciones: intraoperatorio (6545).

- Prevención de la infección nosocomial en el quirófano.
- Coordinación preoperatoria (2880).
- Facilitar las pruebas de diagnóstico y la preparación preingreso del paciente quirúrgico.
- Precauciones quirúrgicas (2920).
- Minimizar las posibilidades de lesiones yatrogénicas en el paciente involucrado en un proceso quirúrgico.
- Preparación quirúrgica (2930).
- Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.

## **Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés**

### **Ansiedad (00146)**

**Definición:** Sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo) sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

#### **Relacionado con:**

- Cambio en el estado de salud.
- Estrés.
- Amenaza en el estado de salud.

#### **Manifestado por:**

##### Conductuales

- Inquietud.
- Expresión de preocupación, debidas a cambios en los acontecimientos vitales.

##### Afectivas:

- Preocupación creciente.
- Angustia.
- Nerviosismo.
- Temor.
- Inquietud.

##### Fisiológicas:

- Voz temblorosa.

- Aumento del pulso.
- Sequedad bucal.

Cognitivas:

- Bloqueo del pensamiento.
- Dificultad para la concentración.
- Miedo de consecuencias inespecíficas.

### **Criterio de resultados (NOC)**

Afrontamiento de problemas.

- Código NOC: 1302.
- Dominio: Salud psicosocial.
- Clase: Adaptación psicosocial.

**Definición:** Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Control de la ansiedad.

- Código NOC: 1402.
- Clase: Autocontrol.

**Definición:** Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificada.

### **Intervenciones (NIC)**

Disminución de la ansiedad

- Código NIC: 5820.
- Campo: 3 conductual.
- Clase: T.

**Definición:** Minimizar la aprensión, temor, presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Escuchar con atención.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.
- Describir las rutinas/equipos postoperatorios y explicar su objeto.

- Utilizar enfoque sereno que de seguridad.
- Explicar procedimientos y sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

#### Enseñanza prequirúrgica

- Código NIC: 5610.
- Campo 3 conductual.
- Clase. S, clase <sup>a</sup>: J.

**Definición:** Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación postoperatorio.

- Explicar procedimientos y sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía.

#### **Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés**

##### **Temor (00148)**

**Definición:** Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

Relacionado con:

- Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.
- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej. Hospitalización, procedimientos hospitalarios).

Manifestado por:

- Cognitivas.

Identifica el objeto del miedo.

- Conductuales.

Aumento del estado de alerta.

- Fisiológicas.



Sequedad bucal.

### **Criterio de resultados (NOC)**

#### **Autocontrol del miedo**

- Código NOC: 1040.
- Campo: 3 salud psicosocial.
- Clase: O.

**Definición:** Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

### **Intervenciones (NIC)**

Apoyo emocional

- Código NIC: 5270.
- Campo 3 conductual.
- Clase. R.

**Definición:** Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- 140407-Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo, ayudarle a respirar lentamente, imaginando algo relajante mientras es inducido a la sedación
- 140403- Busca información para reducir el miedo, utilizando técnicas de distracción:
  - ✓ Tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
  - ✓ Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
  - ✓ Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

### **Dominio 12: Confort**

#### **Dolor (00132)**

**Definición:** Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor a seis meses.

Relacionado con:

- Proceso quirúrgico.
- Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

Manifestado por:

- Alteración del tono muscular (rigidez).
- Gestos de protección.
- Informe verbal o codificado.
- Respuestas autónomas (diaforesis; cambios en la presión arterial; respiración y pulso; dilatación pupilar.
- Expresiones orales-faciales de dolor

### **Criterio de resultados (NOC)**

Nivel del dolor

- Código NOC: 2102.
- Dominio: Salud percibida.
- Clase: Sintomatología.
- Escala: Intenso a ninguno.

**Definición:** Intensidad del dolor referido o manifestado.

Control del dolor

- Código NOC: 1605.
- Dominio: Conocimiento y conducta en salud.
- Clase: Conducta en salud.
- Escala: Nunca manifestado a manifestado constantemente.

**Definición:** Acciones personales para controlar el dolor.

### **Intervenciones (NIC)**

Administración de analgesia: intraespinal

- Código NIC: 2214
- Dominio: 2 Fisiológico complejo
- Clase: H

**Definición:** Administración de agentes farmacológicos en el espacio epidural o intratecal para reducir o eliminar el dolor.

#### Actividades

- Administrar el anestésico de forma coherente con las necesidades de cada paciente, la evolución clínica y con las Normas de Práctica de Cuidados de Anestesia.
- Asegurar la disponibilidad del equipo de emergencia y resucitación.
- Ayudar en el traslado del paciente desde la camilla o silla hasta la mesa de operaciones.
- Informar al paciente sobre lo que debe esperar de la anestesia, respondiendo a todas las preguntas y atendiendo a todas sus inquietudes.
- Vigilar los signos vitales, suficiencia respiratoria y cardíaca, respuesta a la anestesia y demás parámetros fisiológicos.

#### Administración de analgesia (H)

- Código NIC: 2210
- Dominio: 2 Fisiológico complejo

**Definición:** Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

#### Actividades:

- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Controlar signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos.
- Vigilancia sobre posibles efectos adversos: depresión respiratoria, náuseas, vómitos.
- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos)
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

#### **Dominio 11: Seguridad/ protección**

#### **Riesgo de infección (00004)**

**Definición:** Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Relacionado con:

- Destrucción tisular y aumento de la exposición tisular
- Procedimientos invasivos
- Alteración de las defensas primarias

### **Criterio de resultados (NOC)**

Estado inmune

- Código: 0702.
- Dominio: 2- Salud fisiológica.
- Clase: Respuesta inmune.

Indicadores:

- ✓ Integridad mucosa.
- ✓ Integridad cutánea.

### **Intervenciones (NIC)**

- Control de la infección: intraoperatoria
- ✓ Código: 6545
- Campo: 2 fisiológico complejo
- Clase: J

**Definición:** Prevención de la infección nosocomial en el quirófano.

Actividades:

- Limitar y controlar las entradas y salidas de personas en e quirófano.
- Disponer de asepsia y esterilización.
- Mantener la sala limpia y ordenada para evitar la contaminación.
- Inspeccionar la piel/tejidos alrededor del sitio quirúrgico.
- Mantener la temperatura entre 20 y 24ª C.
- Asegurarse que el personal viste el equipo apropiado.
- Verificar la integridad del embalaje estéril.
- Verificar los indicadores de esterilización.
- Observar la esterilidad de la intervención y suministro de material estéril.

**Dominio 11: Seguridad/ protección**

**Riesgo de lesión postural perioperatoria (00087)**

**Definición:** Riesgo de cambios anatómicos y físicos accidentales como consecuencia de la postura o equipo usado durante un procedimiento quirúrgico/invasivo.

Relacionado con:

- Alteraciones sensitivo-preceptuales debidas a la anestesia.
- Debilidad muscular.
- Inmovilización.

#### **Criterio de resultados (NOC)**

- Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionado.

#### **Intervenciones (NIC)**

- Precauciones quirúrgicas.
- Código NIC: 2920.
- Campo: 2 fisiológico complejo.
- Clase: J.

**Definición:** Minimizar las posibilidades de lesiones iatrogénicas en el paciente involucrado en un proceso quirúrgico.

- Posición quirúrgica designada.
- Colocar material acolchado en las prominencias óseas.
- Vigilancia de la piel.
- Observar su color, pulso, textura, y si hay inflamación.

#### **Dominio 11: Seguridad/ protección. Clase: Termorregulación**

#### **Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005)**

**Definición:** Riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.

Relacionado con:

- Exposición al frío o al calor en ambientes fríos o calientes sin las debidas precauciones.
- Enfermedad o traumatismo que afecta la regulación de la temperatura.
- Sedación.

#### **Criterio de resultados (NOC)**

- Termorregulación.

- Código NOC : 0800.
- Campo: 2 fisiológico complejo.
- Clase: I Regulación metabólica.

**Definición:** Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.

- Comodidad térmica referida.

### **Intervenciones (NIC)**

- Regulación de la temperatura intraoperatoria.
- Código NIC : 3902.
- Campo: 2 fisiológico complejo.
- Clase: M.

**Definición:** Consecución y/o mantenimiento de la temperatura corporal deseada durante la operación.

- Ajuste de la temperatura del quirófano.
- Preparar y regular los dispositivos de calor correspondientes.
- Vigilar la temperatura del paciente.
- Comprobar la temperatura ambiental.
- Comprobar signos de hipotermia.

## **APLICACIÓN**

Fase de acción, realización, y registro de las actividades de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones.

La asistencia de enfermería debe incluir contacto personal que humanice el ambiente del quirófano. Durante la preparación para la anestesia y la cirugía, el personal de enfermería continuará tranquilizando al paciente, reduciendo su ansiedad y proporcionándole comodidad física y medidas de seguridad.

El personal de enfermería debe utilizar sus conocimientos de comunicación, como el tacto, el contacto ocular y una tranquilidad verbal realista para reducir la ansiedad. Esta asistencia de enfermería centrada en el paciente se mantendrá durante toda la intervención. La consciencia intraoperatoria o los recuerdos postoperatorios, son un factor que contribuye al sufrimiento postoperatorio y a la aparición de dificultades emocionales<sup>(28)</sup>.

## EVALUACIÓN

Actividad planificada y continuada con el fin de que los pacientes y los profesionales sanitarios determinen el progreso del paciente hacia la consecución de los objetivos y la eficacia del plan asistencial de enfermería.

Ésta se efectúa antes de trasladar al paciente a la unidad de recuperación postoperatoria y es la última fase del período intraoperatorio. Los objetivos o resultados esperados que deben valorarse pueden consistir, entre otros, en: mantener la integridad de la piel, mantener el equilibrio hidroelectrolítico, evitar los efectos adversos relacionados con la posición, mantener la temperatura corporal, etc.

También se evalúan y documentan las funciones fisiológicas y el estado del paciente. La recogida de datos es importante puesto que representa una continuidad en los cuidados de enfermería y por tanto logra una eficaz atención integral al paciente.

## CONCLUSIÓN

La aplicación de un plan de cuidados personalizado y con lenguaje estandarizado, nos garantiza unos cuidados de calidad y una continuidad en ellos, y además establece objetivos comunes para todo el equipo de enfermería.

El estandarizar los cuidados supone un avance en la incorporación del proceso enfermero en la unidad, al ser una actividad de formación y sensibilización de los profesionales. El contar con un plan de cuidados estándar NANDA, NIC, NOC, (NNN) permite a la enfermería:

- Tener una guía para poder individualizar y planificar sus cuidados sin obviar ninguna rea de importancia.
- Evaluar los resultados (NOC) mejora la continuidad de cuidados mediante la comunicación con los demás profesionales a través de los informes de continuidad de cuidados, teniendo un lenguaje común.
- Realizar cuidados con criterios de efectividad basados en evidencia científica que le den peso a nuestras actuaciones.
- La iniciación de procesos personalizados repercute en una mejora de la calidad de los cuidados prestados en la unidad de quirófano.

Como conclusión diremos que la NANDA, NIC y NOC pueden utilizarse conjuntamente o por separado. Juntas representan el campo de la enfermería en todos sus entornos y todas sus especialidades. La unión de los tres lenguajes relacionados entre los resultados NOC y las intervenciones NIC para los diagnósticos NANDA,

nos proporcionarán ayuda para elegir los resultados y las intervenciones más adecuadas para nuestros pacientes, en relación con los diagnósticos enfermeros que plantearemos en nuestro trabajo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cavanagh SL. Modelo Orem: aplicación práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993 (Massón-Salvat Enfermería).
2. Shoup A. Intervención enfermera. Cuidado intraoperatorio. En: Lewis SM, Heitkemper M, Dirksen S. Enfermería medicoquirúrgica. Vol I. 6ª ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2004.p.388- 403.
3. Herdman TH. editor. NANDA internacional diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid; Elsevier: 2010.
4. Johnson M, Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochtermann J, editores. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e Intervenciones. Madrid: Elsevier; 2007.
5. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
6. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochtermann J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
7. Greelee RT, Murray T. Cancer statistics, 2000. CA Cncer J Clin. 2000;50:7.
8. Herr HW, Donat SM. A re-staging transurethral resection predicts early progression of superficial bladder cancer. BJU Int. 2006 Jun;97(6):1194-8.
9. Gunlusoy B, Degirmenci. Recurrence and progression of T1G3 transitional cell carcinoma of the bladder treated with intravesical bacillus Calmette-Guerin. Urol Int. 2005;75(2):107-13.
10. McHugh LA, Griffiths TR. T1G3 transitional cell carcinoma of the bladder: recurrence, progression and survival. BJU Int. 2004 Jul;94(1):193.
11. Thalmann GN, Markwalder R. Primary T1G3 bladder cancer: organ preserving approach or immediate cystectomy? J Urol. 2004 Jul;172(1):70-5.



12. Thalmann GN, Markwalder R. Primary T1G3 bladder cancer: organ preserving approach or immediate cystectomy? J Urol. 2004 Jul;172(1):70-5.
13. Turner W. T1G3 bladder tumours: the case for conservative treatment. Eur Urol. 2004 Apr;45(4):401-5.
14. Peyromaure M, Zerbib M. T1G3 transitional cell carcinoma of the bladder: recurrence, progression and survival. BJU Int. 2004 Jan;93(1):60-3.
15. Patard JJ, Rodriguez A, Leray E . Intravesical Bacillus Calmette-Guerin treatment improves patient survival in T1G3 bladder tumours. Eur Urol. 2002 Jun;41(6):635-41.
16. Witjes JA. Management of BCG failures in superficial bladder cancer: a review.Eur Urol. 2006 May;49(5):790-7.
17. Herr HW. Restaging transurethral resection of high risk superficial bladder cancer improves the initial response to bacillus Calmette-Guerin therapy. J Urol. 2005 Dec;174(6):2134-7.
18. Huguet J, Crego M, Sabate S, Salvador J, Palou J, Villavicencio H. Cystectomy in patients with high risk superficial bladder tumors who fail intravesical BCG therapy: pre-cystectomy prostate involvement as a prognostic factor. Eur Urol. 2005 Jul;48(1):53-9.
19. Solsona E, Iborra I, Rubio J, Casanova J, Almenar S. The optimum timing of radical cystectomy for patients with recurrent high-risk superficial bladder tumour. BJU Int. 2004 Dec;94(9):1258-62.
20. Sylvester RJ, Van der Meijden AP, Lamm DL. Intravesical bacillus Calmette-Guerin reduces the risk of progression in patients with superficial bladder cancer: a meta-analysis of the published results of randomized clinical trials. J Urol. 2002 Nov;168(5):1964-70.
21. Herr HW, Sogani PC. Does early cystectomy improve the survival of patients with high risk superficial bladder tumors? J Urol. 2001 Oct;166(4):1296-9.
22. Lamm DL et al. Maintenance bacillus Calmette-Guerin immunotherapy for recurrent TA, T1 and carcinoma in situ transitional cell carcinoma of the bladder: a randomized Southwest Oncology Group Study.J Urol. 2000 Apr;163(4):1124-9.
23. Witjes JA, Meijden AP. Long-term follow-up of an EORTC randomized prospective trial comparing intravesical bacille Calmette-Guerin-RIVM and mitomycin C in superficial bladder cancer. Urology. 1998 Sep;52(3):403-10.

24. Herr HW. Intravesical bacillus Calmette-Guerin therapy prevents tumor progression and death from superficial bladder cancer: ten-year follow-up of a prospective randomized trial. *J Clin Oncol.* 1995 Jun;13(6):1404-8.
25. Sylvester RJ, Van der Meijden APM, Oosterlinck W. Predicting recurrence and progression in stage Ta, T1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORT trials. *Eur Urol.* 2006;49:466-77.
26. Fernández E , Martínez J. Manual de enfermería urológica. Valladolid: UniversidadValladolid; 2000.
27. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería.11ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2007.
28. Berman A, Dnyder SJ, Kozier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Vol I. Madrid: Pearson Pretince Hall; 2008.
29. Philips N. Técnicas de quirófano. 10ª ed. Madrid: Elsevier-Mosby; 2005.
30. Bulechek, M. Urología: Libro del residente.3ª ed. Harcourt Brace; 2002.

Recibido: 1 octubre 2012.

Aceptado: 8 octubre 2012.