



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**“PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA EVALUAR UN PROTOCOLO DE
ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE
RETENCIONES URINARIAS EN
PACIENTES QUE VAN A SER
INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA
PRIMARIA DE CADERA O RODILLA”**

Autora: BEATRIZ BARROSO MARTÍN.

Tutor: AGUSTÍN MAYO ISCAR.

Cotutora: BEGOÑA ARÁNZAZU ÁLVAREZ RAMOS.



RESUMEN.

INTRODUCCIÓN: La bacteriuria en pacientes que precisan sondaje por retenciones urinarias agudas en el postoperatorio de artroplastia de cadera y rodilla se ha demostrado como de vital importancia en el ámbito hospitalario por el riesgo de infección de las prótesis y las graves repercusiones que conllevan: morbimortalidad, incapacidad producida, coste económico...

El papel de la enfermería es fundamental ya que la técnica de sondaje elegida (intermitente o permanente) parece ser uno de los pocos factores que podemos controlar para minimizar dichas infecciones.

La bibliografía relaciona el sondaje intermitente con menor incidencia de infecciones frente al sondaje permanente. Pero el número de artículos dedicados a este problema es escaso, en su mayoría observacionales, y los experimentales, con pequeño tamaño muestral. En la práctica clínica desarrollada en nuestro medio no hay consenso sobre este tema.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de un protocolo de actuación de enfermería basado en sondaje intermitente ante retenciones urinarias en pacientes operados de prótesis de cadera y rodilla en comparación con uno basado en sondaje permanente.

METODOLOGÍA: Estudio experimental, con asignación aleatoria de los pacientes a dos grupos: sondaje intermitente y sondaje permanente. Las variables dependientes más importantes son la estancia, la aparición de infecciones urinaria y de los implantes. El protocolo propuesto incluirá educación sanitaria.

CONCLUSIÓN / APLICABILIDAD A LA PRÁCTICA CLÍNICA: Si la investigación experimental propuesta demuestra que el sondaje intermitente reduce las infecciones, su aplicación clínica sería inmediata ya que el ahorro económico ligado a la reducción de la incidencia de las infecciones protésicas compensaría los costes de su implantación.

Palabras clave: infección de prótesis, infección urinaria, sondaje vesical permanente e intermitente, y retención urinaria aguda postquirúrgica.



ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE IMÁGENES.....	I
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	II
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Justificación	5
2. HIPÓTESIS	6
3. OBJETIVOS.....	6
4. MATERIAL Y MÉTODOS	7
4.1. Ámbito del estudio	7
4.2. Diseño del estudio	7
4.3. Población	7
4.4. Selección de la muestra	7
4.5. Tamaño de la muestra	8
4.6. Criterios de inclusión	8
4.7. Criterios de exclusión	8
4.8. Duración del periodo de reclutamiento	8
4.9. Descripción del programa	8
4.10. Cronograma	15
4.11. Variables	16
4.12. Análisis estadístico	17
4.13. Recursos y presupuesto	17
4.14. Consideraciones ético-legales	18
5. LIMITACIONES.....	18
6. CONCLUSIÓN: IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	19
7. BIBLIOGRAFÍA	20
8. ANEXOS.....	23
8.1. Anexo I: Consentimiento informado	23
8.2. Anexo II: Cuestionario IPSS	25
8.3. Anexo III: Índice de Masa Corporal	26
8.4. Anexo IV: 14 Necesidades de Virginia Henderson	27
8.5. Anexo V: Cuestionario SERVQHOS	28
8.6. Anexo VI: Justificación del presupuesto	30
8.7. Anexo VII: Solicitud de permiso de la Comisión de Ética e Investig	31



ÍNDICE DE IMÁGENES.

Imagen 1. Imagen radiográfica de prótesis de cadera derecha 1

Foto tomada de ABCSalud.

Imagen 2. Artroplastia total de rodilla..... 1

Foto tomada de MedlinePlus.

Imagen 3. Infección de prótesis de rodilla..... 2

Foto tomada de Regenerative Orthopedic Clinic.



Trabajo de Fin de
Grado. Curso
2016/17

“PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE RETENCIONES URINARIAS EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA O RODILLA”.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS.

ATC: Artroplastia Total de Cadera.

ATR: Artroplastia Total de Rodilla.

FENIN: Federación Española de Tecnologías Sanitarias.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

GRD: Grupos Relacionados de Diagnóstico.

ITU: Infección del Tracto Urinario.

IRAS: Infecciones Relacionadas a la Asistencia de la Salud.

HURH: Hospital Universitario Río Hortega.

HCU: Hospital Clínico Universitario.

SACYL: Sanidad de Castilla y León.

IPSS: Escala Internacional de Síntomas Prostáticos.

IMC: Índice de Masa Corporal.



1. INTRODUCCIÓN.

La implantación de prótesis en las articulaciones se ha consagrado como uno de los mayores avances logrados en este siglo por la cirugía ortopédica. ⁽¹⁾ Las personas con sustituciones protésicas de cadera y rodilla, consiguen, además de disminuir en gran medida el dolor que venían padeciendo, mejorar su calidad de vida, así como aumentar su capacidad funcional. ⁽²⁾

La principal indicación para la Artroplastia Total de Cadera (ATC) y la Artroplastia Total de Rodilla (ATR) es la artrosis, que en España afecta alrededor del 14% de las mujeres y del 5,7% de los varones. ⁽²⁾

Por lo general, las artroplastias de cadera y de rodilla se realizan en personas de edad avanzada. No obstante, muchas personas jóvenes, que llevan estilos de vida más activos, son propensas a someterse a este tipo de cirugía, y probablemente requieran una segunda artroplastia en el futuro debido a que la nueva articulación puede desgastarse con el tiempo. Esto supone un problema ya que la cirugía de revisión protésica se relaciona con un aumento de las complicaciones y peores resultados. ⁽³⁾



Imagen 1. *Imagen radiográfica de prótesis de cadera derecha.*



Imagen 2. *Artroplastia total de rodilla.*

Según los datos elaborados por el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica, en España, el número de intervenciones de prótesis de rodilla ha aumentado en un 30% desde el 2002, realizándose un total de 42.451 en el año 2012.

En el 2014 hubo un incremento del número de operaciones, llegando a alcanzar las 45.000, y siendo un 90% de las mismas provocadas por la artrosis.



En la actualidad, según la Federación Española de Tecnologías Sanitarias (FENIN), se implantan en España unas 30.000 prótesis de cadera y unas 45.000 de rodilla al año, y debido a que la población envejece progresivamente, se calcula un crecimiento exponencial de las mismas en los próximos años. ⁽⁴⁾

Además, el Sistema Nacional de Salud (SNS) afirma que la implantación de prótesis de cadera y de rodilla son procesos individuales que pertenecen a Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) de mayor coste, llegando a alcanzar cifras de hasta 7.000 euros por paciente. ⁽⁵⁾

Una de las complicaciones más importantes asociadas a la implantación de prótesis articulares es la infección de la misma. Debido a su gravedad, la infección protésica conlleva una serie de problemas terapéuticos y diagnósticos, así como una gran morbilidad y secuelas para el paciente, además de la necesidad de reintervenciones (limpieza, recambio de prótesis, artrodesis), con el correspondiente incremento de los costes que ello supone. ⁽⁶⁾

En 2001, se realizó en España un estudio sobre el coste asociado a la infección protésica, cuyo resultado fue 12.000 euros por caso. En centros formados y entrenados que utilizan una serie de medidas de prevención, la incidencia es inferior al 2% para las prótesis de rodilla y está por debajo del 1% para las prótesis de cadera, aunque dichos porcentajes no son tan bajos en la mayoría de centros. ⁽⁷⁾

Como resultado del incremento de la cantidad de implantes insertados, se ha percibido un aumento en la cifra de infecciones protésicas entre el 1 y el 5%. ⁽⁶⁾



Imagen 3. *Infección de prótesis de rodilla.*



Existen múltiples factores de riesgo implicados en la infección quirúrgica ortopédica como la edad avanzada, el sexo, la infección local o remota, la artritis reumatoide, la coexistencia de diabetes mellitus, las infecciones del tracto urinario, el sondaje vesical, la obesidad, el tabaquismo, etc. ⁽⁸⁾

No todos estos factores son modificables, por lo que debemos incidir de manera prequirúrgica en aquellos que sí que lo son para reducir o evitar el riesgo de infección protésica:

Tabla 1. *Diversas variables cualitativas asociadas al riesgo de infección de localización prequirúrgica.* ⁽⁷⁾

Variabes cualitativas	Nº con infecciones / nº expuestos (%)
Sexo	
• Hombre	9/107 (8,4)
• Mujer	13/328 (4,0)
Obesidad	
• Si	2/31 (6,5)
• No	20/404 (5,0)
Artroplastia secundaria	
• Si	7/51 (13,7)
• No	15/384 (3,9)
Sonda urinaria	
• Si	7/99 (7,1)
• No	15/336 (4,5)

La Infección del Tracto Urinario (ITU) se considera un factor de riesgo modificable sobre el que es importante actuar ya que es la causa de más del 30% de todas las Infecciones Relacionadas a la Asistencia de la Salud (IRAS). ⁽⁹⁾

Las infecciones postquirúrgicas del trato urinario suponen un gasto sanitario importante por el aumento de estancia hospitalaria que conllevan y el uso adicional de antibióticos, pudiendo añadir un riesgo adicional ocasionando resistencias bacterianas. Además, han sido identificadas como un factor de riesgo para pacientes intervenidos de cirugía ortopédica debido a que aparecen en el 2-5% de los casos. ^(8,10)



La retención urinaria postoperatoria, cuyo desarrollo está influenciado por comorbilidades, el tipo de cirugía, o el tipo de anestesia, es un problema que afecta a una gran cantidad de pacientes que han sido sometidos a artroplastia de cadera o rodilla, y precisa con frecuencia un sondaje, pudiendo causar infecciones urinarias en este tipo de pacientes.

La bacteriuria postoperatoria ha demostrado un incremento de 3 a 6 veces el riesgo de infección protésica. ⁽¹¹⁾

En el ámbito hospitalario, debido a la alta incidencia de las ITU, se deberían adoptar una serie de medidas de prevención para disminuir complicaciones y costes de tratamiento, así como actualizar acciones de enfermería basadas en evidencias clínicas.

Dado que el porcentaje de riesgo de infección de localización quirúrgica aumentó en un 10% por día de sondaje, una de las medidas preventivas a adoptar estaría relacionada con la duración de la cateterización urinaria, factor de riesgo identificado pero modificable sobre el cual podemos actuar. ⁽⁷⁾

La elección para el tratamiento de retención urinaria resulta fundamental a la hora de reducir la bacteriuria y la infección del tracto urinario, ya que según estudios realizados, este tipo de infecciones son más frecuentes en pacientes con cateterismo por tiempo prolongado que en pacientes con cateterismo vesical intermitente. ⁽¹²⁾

La probabilidad de infección urinaria en el caso de pacientes sometidos al cateterismo urinario intermitente oscila entre el 1 y el 2%, mientras que aquellos a los que se les ha realizado el sondaje permanente dicho porcentaje se sitúa entre un 10 y un 20% (diez veces más) (Nivel de evidencia 2A). ⁽⁹⁾

Un estudio comparativo realizado en casos de artroplastia total de articulaciones para examinar la presencia de bacteriuria según la elección para el tratamiento de retención urinaria, con una dosis de profilaxis antibiótica preoperatoria, afirmaba los siguientes resultados: *“los hombres del grupo de catéter permanente tenían una tasa de bacteriuria del 38% (5 de 13 hombres) en comparación con el 0% (0 de 14 hombres) en el grupo de cateterismo intermitente (P=0,016); las mujeres del grupo de catéter permanente tenían una tasa de bacteriuria del 18% (6 de 33 mujeres) en comparación con el 8% (3 de 39 mujeres) en el grupo de cateterismo intermitente (no significativa)”.*



Las cifras mostraron que, con una dosis de profilaxis antibiótica, el grupo del catéter permanente tuvo una tasa de bacteriuria del 24% (11 de 46 pacientes) en comparación con el 6% (3 de 53 pacientes) en el grupo del cateterismo intermitente ($P=0,018$).⁽¹³⁾

A pesar de que en la literatura parece que el cateterismo intermitente es un procedimiento más seguro y con menor tasa de complicaciones y de ITU en comparación con el cateterismo por tiempo prolongado⁽⁹⁾, los estudios realizados son observacionales o, si corresponden a asignación aleatoria de los tratamientos, su tamaño muestral es muy bajo. Debido a ello, diferencias estadísticamente significativas encontradas por estos estudios podrían no ser clínicamente relevantes.

Por otra parte, este procedimiento no está protocolizado en los hospitales de nuestro entorno. Según una serie de entrevistas telefónicas que realizamos a supervisoras de Unidades de Traumatología de diferentes hospitales de Castilla y León, hemos podido observar que existe gran diversidad en lo que respecta al tipo de cateterismo urinario. En la mayoría de estas unidades se realiza un sondaje permanente; aunque en otras, por el contrario, se opta por un sondaje prequirúrgico y mantenido 48 horas postoperatorias o por un cateterismo intermitente.

1.1. Justificación.

La infección de prótesis de cadera y de rodilla es un problema importante, ya que supone un efecto adverso para el paciente, lo cual conlleva una importante repercusión económica y asistencial en el sistema sanitario.⁽¹⁴⁾

A pesar de que en la bibliografía revisada parece que la incidencia de las infecciones urinarias es menor usando un sondaje intermitente que uno permanente, estos estudios son observacionales o experimentales, muy pocos y con bajo tamaño muestral, por ello es necesario que se realicen investigaciones con asignación aleatoria de los tratamientos que incluyan un número de individuos suficiente para obtener un mayor nivel de evidencias en relación con esta cuestión.

Por todo ello, sería aconsejable establecer un protocolo de actuación de enfermería ante retenciones urinarias en pacientes que vayan a ser sometidos a artroplastia primaria de cadera o de rodilla, que fuera evaluado en una investigación experimental como las anteriormente mencionadas.



2. HIPÓTESIS.

Un protocolo de cateterismo intermitente podría reducir la incidencia de infecciones urinarias y de infecciones de prótesis frente al sondaje vesical permanente en pacientes intervenidos de artroplastia primaria de cadera o de rodilla que tuvieron retención urinaria en el postoperatorio.

3. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la eficacia de un protocolo factible de actuación de enfermería ante retenciones urinarias para pacientes que vayan a ser intervenidos quirúrgicamente de artroplastia primaria de cadera o de rodilla, en el sentido de reducir las infecciones de prótesis disminuyendo las infecciones urinarias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores de riesgo de infección urinaria en pacientes sondados.
- Evaluar la eficacia de un programa de educación para la salud al paciente que va a ser sometido a ATC o a ATR, incluido en el protocolo establecido.
- Evaluar la eficacia del programa en el sentido de reducir costes de las artroplastias de cadera y de rodilla.
- Determinar el nivel de calidad percibida de la atención hospitalaria y el grado de satisfacción global del paciente.



4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1. Ámbito del estudio.

Los hospitales seleccionados para el estudio son el Hospital Universitario Río Hortega (HURH) y el Hospital Clínico Universitario (HCU), situados en la provincia de Valladolid, que prestan servicios a los habitantes recogidos tanto en el Área Oeste como en el Área Este respectivamente, como parte de la Sanidad de Castilla y León (SACYL). El número de habitantes asignados entre ambos hospitales es de aproximadamente 492.940 habitantes (235.000 en el Hospital Clínico Universitario y 257.940 en el Hospital Universitario Río Hortega).⁽¹⁵⁾

4.2. Diseño del estudio.

Es un tipo de estudio experimental, longitudinal y prospectivo, en donde establecemos un grupo control y un grupo experimental, que serán asignados de manera aleatoria. A ambos, les aplicaremos el protocolo establecido, diferenciando los procedimientos específicos que tienen atribuidos cada uno de ellos: sondaje permanente al grupo control y cateterismo intermitente al grupo experimental.

4.3. Población.

La población diana está definida por los individuos que vayan a ser operados de prótesis primaria de cadera o de rodilla. La población de estudio corresponderá a los individuos que estén en lista de espera quirúrgica para artroplastia primaria de cadera o rodilla en los hospitales públicos universitarios de Valladolid.

4.4. Selección de la muestra.

Pacientes seleccionados consecutivamente entre aquellos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión que incluimos a continuación, que vayan a ingresar en la Unidad de Traumatología del Hospital Clínico Universitario y del Hospital Universitario Río Hortega para ser intervenidos quirúrgicamente de artroplastia primaria de cadera o de rodilla durante el periodo de reclutamiento de pacientes.



4.5. Tamaño muestral.

Estará compuesta por un total de 422 individuos, dividida en dos grupos, un grupo control y uno experimental, que nos permitirán detectar con una probabilidad del 80% diferencias del 5% en el porcentaje de infección, manteniendo el error de tipo I en el 5%.

4.6. Criterios de inclusión.

Se realizará el estudio en los pacientes que cumplan los siguientes criterios:

- Pacientes en lista de espera para cirugía de ATC o ATR primaria.
- Pacientes que acepten voluntariamente participar en el estudio, firmando el consentimiento informado tras recibir de los profesionales enrolados información sobre la misma.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que presenten retención urinaria aguda postquirúrgica.

4.7. Criterios de exclusión.

Los pacientes susceptibles de incluirse en el estudio, se les incluirá siempre y cuando no presenten uno o más de los siguientes criterios:

- Pacientes portadores de sonda vesical permanente con anterioridad a la cirugía.
- Pacientes con infección urinaria o cultivo positivo preoperatorio.
- Pacientes con alteraciones anatómicas del tracto urinario.
- Pacientes que salgan sondados de quirófano.
- Pacientes que vayan a someterse a cirugías de revisión de prótesis.

4.8. Duración del periodo de reclutamiento.

El reclutamiento de pacientes se realizará durante los dos años siguientes al comienzo del mismo.

4.9. Descripción del programa.

A continuación, describimos el protocolo que hemos diseñado para los pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia primaria de cadera o rodilla. En el apartado de



actuaciones en el postoperatorio, se encuentra la descripción de los procedimientos específicos que recibirán los asignados al grupo experimental y los asignados al grupo control.

El presente protocolo persigue la correcta realización de los cuidados de enfermería establecidos en este tipo de pacientes, con el fin de disminuir las infecciones de prótesis, minimizando la aparición de infecciones urinarias, estructurándolo en cuatro fases:

1. Actuaciones en la consulta de enfermería preoperatoria.
2. Actuaciones al ingreso.
3. Actuaciones durante la cirugía.
4. Actuaciones en el postoperatorio.

1. CONSULTA DE ENFERMERÍA PREOPERATORIA.

Tres semanas antes de la operación, tendrá lugar la consulta de enfermería preoperatoria, donde se realizará una educación prequirúrgica tanto al paciente como a la familia sobre el proceso de su enfermedad y sus cuidados básicos, favoreciendo así la prevención de las posibles complicaciones postquirúrgicas que pueden surgir, así como una serie de recomendaciones a seguir.

- En primer lugar, se explicará al paciente el estudio y firmará el consentimiento informado en el caso de aceptar entrar en el mismo. (ANEXO I)
- Entrevista preliminar: realizar una serie de preguntas al paciente sobre sus hábitos de vida, antecedentes (alergias, enfermedades e intervenciones quirúrgicas realizadas), medicación, y frecuencia miccional, utilizando el cuestionario IPSS (ANEXO II) para los hombres, herramienta validada para evaluar la gravedad de los síntomas del tracto urinario inferior asociados a la hiperplasia benigna de próstata. Cuanto mayor es la puntuación, mayor gravedad sintomática existe.
- En pacientes con obesidad, pesar y tallar para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) (ANEXO III), ya que un exceso de peso corporal puede desgastar las articulaciones, y como consecuencia, retrasar la recuperación. A



este tipo de pacientes les recomendamos que cambien su estilo de dieta por una con bajo contenido en grasas y alto valor proteico.

- En pacientes fumadores, animar a que abandonen el tabaco lo antes posible e informar sobre las complicaciones (respiratorias, metabólicas, vasculares, osteoarticulares, etc.) que conlleva seguir fumando y el retraso que produce en el proceso de cicatrización, impidiendo que la prótesis tenga una evolución favorable.
- En pacientes diabéticos, pesar y seguir un control estricto de la glucemia, debido a que un mal control metabólico puede ocasionar infecciones, entre ellas, las urinarias. Un alto nivel de glucosa en sangre favorece la proliferación de bacterias en el tracto urinario, lo que puede provocar la aparición de infecciones urinarias ⁽¹⁶⁾, y a su vez, propagarse por el torrente sanguíneo e infectar la prótesis. Por ello, es importante darle consejos al paciente sobre sus hábitos de vida (alimentación, alcohol, tabaco, ejercicio físico) e insistirle.
- Recomendaciones higiénico-dietéticas: beber 1,5 o 2 litros de agua al día, lo que permite que las bacterias no se acumulen en el tracto urinario y que sean eliminadas a través de la orina; orinar con frecuencia sin aguantar las ganas de orinar, ya que las bacterias tienden a proliferar cuando la orina permanece en la vejiga; al momento de la micción, limpiar y secar siempre de adelante hacia atrás, para evitar que las bacterias provenientes de las heces causen infecciones urinarias; incrementar la ingesta de frutas y verduras (se recomiendan sobre todo aquellas que tienen hoja verde, como acelgas o espinacas) por su alto contenido en agua, los alimentos ricos en vitamina C, que ayudan a prevenir la formación de bacterias porque incrementan la acidez del Ph, y los alimentos ricos en fibra, para una mejor regulación del tránsito intestinal, evitando así el estreñimiento, el cual es un factor de riesgo para las infecciones urinarias; y procurar no tener humedad en la zona pélvica, evitando el uso de prendas ajustadas y usando ropa de algodón. ⁽¹⁷⁾ Además, debemos incidir en la importancia de la higiene íntima, utilizando un jabón neutro especial, y de la higiene corporal como medida de prevención de la infección urinaria y de la herida quirúrgica respectivamente, y avisar al paciente que el día del ingreso se realice el aseo y la retirada de joyas y esmalte de uñas.



- En la consulta preoperatoria, se le dará el volante de petición de urocultivo para que la semana anterior a la cirugía se realice en su centro de salud, para comprobar la esterilidad de la orina.
- Explicar todos los efectos secundarios de la anestesia raquídea, incidiendo en la retención urinaria.
- Instruir al paciente sobre los síntomas de las infecciones urinarias y de infección de la herida quirúrgica y de la prótesis para que lo detecte precozmente.
- Enseñar al paciente una serie de ejercicios de estimulación vesical que le ayuden a orinar espontáneamente después de la intervención:
 - Masajear y presionar suavemente con las manos la vejiga hacia dentro y hacia abajo.
 - Dar una serie de golpecitos con los dedos sobre el vientre bajo, justo debajo del ombligo y encima del pubis.
 - Apretar los músculos del estómago y utilizar éstos para empujar hasta que salga la orina. ⁽¹⁸⁾
 - Ejecución de las maniobras: durante 5-10 minutos. En el caso de que se requiera el sondaje intermitente, realizarlos antes y después del mismo hasta que se desencadene la micción.

2. ACTUACIONES AL INGRESO.

El día del ingreso (la tarde antes de la intervención), registraremos sus datos personales y le realizaremos la valoración de enfermería basándonos en algunas de las necesidades de Virginia Henderson (ANEXO IV).

- Recibir al paciente, procurando un ambiente tranquilo, inspirándole confianza e intimidad.
- Registrar sus datos personales, antecedentes urológicos, alergias y enfermedades.
- Comprobar que el preoperatorio esté completo: consentimiento informado firmado, informe de anestesia, analítica reciente, electrocardiograma, placa de tórax y gráfica de constantes.

- Comprobar que el cultivo de orina sea negativo. En el caso de padecer una infección urinaria, se le tratará con antibióticos y se pospondrá la intervención hasta que remita, por el riesgo de infección protésica que conlleva.
- Realizar una valoración prequirúrgica completa, según algunas de las necesidades de Virginia Henderson, con el fin de evaluar si ha seguido las recomendaciones pautadas en la consulta de enfermería preoperatoria:
 - Respiración: en el caso de un paciente fumador, preguntar si en estas tres semanas ha reducido el número de cigarrillos diarios o si lo ha abandonado por completo.
 - Nutrición / Hidratación: debe estar en ayuno ocho horas antes de la cirugía. En pacientes con obesidad, pesar de nuevo para comparar su IMC con el anterior, valorando si ha seguido nuestras indicaciones y anotar el tipo de alimentos y el estilo de dieta que ha llevado. Para evaluar su hidratación, también se debe preguntar la cantidad de agua diaria que ha bebido. Si el paciente es diabético, realizar una glucemia antes y después de la intervención.
 - Eliminación: registrar cuantas micciones y deposiciones diarias realiza, así como si presenta alguna enfermedad del tracto urinario.
 - Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: preguntar si ha realizado ejercicio físico y en qué cantidad.
 - Vestido: valorar el tipo de vestimenta, insistiendo en la utilización de prendas de algodón que ayudan a ventilar adecuadamente la zona íntima y evitar la ropa ajustada.
 - Temperatura corporal: comprobar que mantiene una temperatura dentro de los límites normales. Esto impide que exista un aumento de humedad en la zona íntima y favorecer así las infecciones.
 - Finalmente, la higiene corporal: lo más importante es preguntar al paciente si ha realizado el aseo personal el mismo día del ingreso, teniendo especial cuidado con la higiene íntima, además de cerciorarnos que se haya retirado el esmalte de las uñas.



3. ACTUACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Al día siguiente, durante la cirugía, nos debemos centrar sobre todo en lo que respecta a la asepsia y a la esterilidad.

- Lavado de manos quirúrgico y vestimenta con bata y guantes estériles por parte del cirujano, del anestesiólogo y de las enfermeras cooperantes.
- Lavado de manos higiénico por parte del personal colaborador y utilización de guantes no estériles.
- Preparar el material necesario y crear un campo estéril sobre la mesa quirúrgica para la intervención.
- Antes de comenzar la operación, realizar el lavado prequirúrgico de la zona que se va a operar para reducir la carga bacteriana de la piel.
- Debe tener administrada la profilaxis antibiótica pautada aproximadamente treinta minutos antes de la cirugía, según protocolo vigente.
- Hay que tener en cuenta que es importante limitar el número de personas dentro del quirófano, evitar la conversación excesiva y el número de veces que se abren las puertas, ya que reduce la incidencia de infecciones al disminuir la movilización de partículas que transportan microorganismos.

4. ACTUACIONES DURANTE EL POSTOPERATORIO.

Por último, al regreso de quirófano, realizaremos las actuaciones en el postoperatorio con el fin de que el paciente tenga una recuperación lo más rápida posible y pueda ser dado de alta a los 5-7 días de haber sido operado.

- Recibir al paciente, preguntar cómo se encuentra y si tiene dolor para administrar la analgesia pautada e intentar disminuirlo.
- Monitorizar y valorar los signos vitales (frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura), el estado neurológico, la coloración de la piel y las mucosas, y el apósito de la herida quirúrgica.
- Vigilar la diuresis, evitando que se produzca una retención urinaria debido al tipo de anestesia. Para ello, debemos aconsejar al paciente que realice los



ejercicios de estimulación vesical enseñados en la consulta de enfermería preoperatoria con el fin de provocar la micción.

- Explorar y evaluar el tamaño del globo vesical de forma continuada.
- Tras la operación, esperar un máximo de 8 horas para realizar la primera micción espontánea. En el caso de que el paciente no consiga orinar, iniciaremos el procedimiento de sondaje intermitente en el grupo experimental, y el sondaje permanente en el grupo control:
 - En primer lugar, explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar.
 - Elegir la longitud y calibre de la sonda teniendo en cuenta la longitud y las diferencias morfológicas que presenta la uretra masculina y femenina.
 - Preparación del material necesario: sonda estéril de un solo uso, lubricante, guantes estériles, agua y jabón, toalla, y recipiente para recolectar la orina.
 - Realizar una higiene adecuada de los genitales con agua y jabón y secarlos con una toalla.
 - Colocarnos los guantes estériles y lubricar la sonda.
 - Introducir la sonda hasta drenar toda la orina posible en el recipiente y retirar inmediatamente en el grupo experimental, siguiendo la misma técnica para el sondaje permanente en el grupo control, diferenciando entre hombre y mujer.
 - Finalmente, secar correctamente la zona íntima. ⁽¹⁹⁾
- La frecuencia del cateterismo viene marcada por el volumen de orina diario y por la capacidad de la vejiga (3-4 sondajes diarios). ⁽²⁰⁾ Comenzaremos realizando cateterismos cada 4 horas durante las primeras 48 horas, alternando los ejercicios de estimulación vesical enseñados. ⁽²¹⁾
- Si el paciente precisa más de 48 horas para realizar la primera micción espontánea, se le colocará una sonda permanente. Estos pacientes se estudiarán como grupo aparte, pero les mediremos las mismas variables establecidas.



Posteriormente al alta, el paciente se revisará en la consulta de enfermería:

- A la semana: se valorará la herida y la existencia de síntomas susceptibles de infección urinaria o de la prótesis.
- A las dos semanas: se valorará la herida y la existencia de síntomas susceptibles de infección urinaria o de la prótesis.
- A las tres semanas: se valorará la herida y la existencia de síntomas susceptibles de infección urinaria o de la prótesis.
- Al mes: se valorará la herida y la existencia de síntomas susceptibles de infección urinaria o de la prótesis.
- A los dos meses: se valorará la herida y la existencia de síntomas susceptibles de infección urinaria o de la prótesis.
- A los tres meses: se valorará la herida y la existencia de síntomas susceptibles de infección urinaria o de la prótesis.

Finalmente, en la consulta de enfermería al tercer mes, se entregará a los pacientes el cuestionario SERVQHOS (ANEXO V), herramienta validada para que evalúen la calidad percibida de la atención hospitalaria y expresen su satisfacción global durante todo este proceso.

4.10. Cronograma.

El primer mes, se realizarán reuniones preparatorias, donde se informará a los profesionales sanitarios sobre el programa que se va a llevar a cabo.

Los dos años posteriores se utilizarán para la elección de los participantes en el estudio, la aplicación del protocolo y la obtención de los datos.

En los dos meses siguientes a la finalización de la recogida de datos, tendrá lugar el procesamiento de los mismos, en donde se interpretarán los resultados obtenidos estadísticamente.

Finalmente, el último mes, se elaborarán el informe y las conclusiones.



4.11. Variables.

Variables independientes

- Sondaje vesical permanente.
- Cateterismo vesical intermitente.
- IMC (Peso y talla).
- Consumo de tabaco.
- Sintomatología prostática mediante el cuestionario IPSS.
- Edad.
- Sexo.
- Antecedentes médicos (diabetes, HTA, inmunodepresión, etc).
- Intervenciones quirúrgicas previas.
- Sondaje vesical en otras intervenciones anteriores.
- Infecciones urinarias anteriores.
- Tipo de anestesia empleado en la cirugía.
- Hospital en el que se realiza el estudio.
- Cirujano que realiza la intervención.

Variables dependientes

- Días de sondaje vesical permanente en los pacientes del grupo control.
- Número de cateterismos intermitentes en los pacientes del grupo experimental.
- Aparición de infección urinaria durante el postoperatorio y en las revisiones en consulta de enfermería (primera, segunda y tercera semana, y primer, segundo y tercer mes).
- Aparición de infección de prótesis durante el postoperatorio y en las revisiones en consulta de enfermería (primera, segunda y tercera semana, y primer, segundo y tercer mes).
- Estancia durante el ingreso.
- Reingresos durante los tres primeros meses.
- Estimación del coste del proceso correspondiente a cada paciente.
- Calidad percibida de la atención hospitalaria y satisfacción global del paciente mediante el cuestionario SERVQHOS.



4.12. Análisis estadístico.

Resumiremos con porcentajes los valores de incidencia correspondientes a las variables cualitativas, y con medias y desviaciones típicas los valores recogidos en las variables numéricas. Construiremos intervalos de confianza al 95% para los correspondientes porcentajes y medias de poblaciones. Utilizaremos el test Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, donde la aplicación de aquel no sea aconsejable, para contrastar la igualdad de incidencias en los grupos control y experimental.

Estudiaremos la relación entre las variables independientes y la aparición de los eventos anteriormente señalados buscando identificar factores de riesgo.

Se consideraran como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05. Se analizaran los datos con el programa SPSS v23.

4.13. Recursos y presupuesto.

Recursos humanos

- Dos enfermeras activas laboralmente de cada hospital para la obtención de datos.
- Un estadístico de la Unidad de Investigación del HCU o del HURH.

Presupuesto

Se realizará sin coste en recursos humanos, siendo la participación de los mismos de forma voluntaria.

Recursos materiales, los cuales serán aportados por el hospital:

- Salas de los hospitales: para realizar las reuniones informativas y preparatorias.
- Ordenador.
- Guantes.
- Sondas vesicales permanentes.
- Catéteres vesicales intermitentes.
- Lubricantes.
- Jeringas de 10ml.
- Bolsas de recolección de orina.



Recursos necesarios

- El programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 23.0 para Windows.
- Envases estériles para recogida de muestras de orina.
- Cultivos de orina la semana antes de la intervención quirúrgica.
- Fotocopias (cuestionario IPSS, comité de ética para la investigación, consentimientos, cuestionario SERVQHOS, etc).
- Agenda para las citas.

Presupuesto

El coste aproximado corresponde a la cantidad de 7.930 euros (ANEXO VI).

4.14. Consideraciones ético-legales.

Antes de poder llevar a cabo el proyecto de investigación, el realizador del estudio, deberá pedir unos determinados permisos al Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Río Hortega y del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Sin su aprobación, no se podrá realizar el programa.

El estudio garantizará el anonimato de los datos personales de los participantes, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, el acceso voluntario al estudio, y la decisión de abandonarlo libremente en cualquier momento, según se establece en la declaración de Helsinki.

No se ofrecerá ningún tipo de recompensa económica ni de ningún otro tipo por ser voluntarios.

5. LIMITACIONES.

El hecho de que el estudio sea realizado por enfermeras de plantilla de ambos hospitales, sometidas a una gran sobrecarga de trabajo, puede dificultar que lleven a cabo las tareas relacionadas con el presente proyecto. Por ello, solicitaremos de los hospitales una reducción de su carga laboral durante la ejecución del proyecto.



6. CONCLUSIÓN: IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.

El conocimiento de los factores de riesgo asociados a la infección urinaria en pacientes con sondaje vesical, especialmente de aquellos que se puedan modificar, nos permitiría desarrollar políticas de intervención para reducir el riesgo de aparición de ITU y sus complicaciones.

Si el programa de educación para la salud aparece como eficaz, y los pacientes sometidos a ATC o ATR presentan menor tasa de infección protésica, podría ser implantado el protocolo elaborado.

Si nuestra investigación experimental demuestra que el sondaje intermitente reduce las infecciones, su aplicación clínica sería inmediata porque el ahorro económico ligado a la reducción de incidencia de infección protésica compensaría los costes de su implantación.

La obtención, en la investigación propuesta, de unos valores elevados en el nivel de calidad percibida sobre la atención hospitalaria y en el grado de satisfacción global del paciente facilitaría la implantación futura de la intervención propuesta.



7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Baselga García-Escudero J. Cirugía Reconstructiva del Aparato Locomotor. Prótesis de Rodilla y Cadera con sistema de precisión [Internet]. Madrid: Jaime Baselga García-Escudero; n-d- [citado 25 de Marzo del 2017]. Disponible en: <http://jbaselga.com/portfolio/caderayrodilla>
2. Allepuz A, Serra-Sutton V, Espallargues M, Salvador X, Pons JMV. Artroplastias de cadera y rodilla en Cataluña desde 1994 a 2005. Gaceta Sanitaria. 2008 Nov./Dic.; 22(6).
3. Enciclopedia Médica MedlinePlus. [Internet]. [citado 25 de Marzo del 2017]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000368.htm>
4. EUROPA PRESS. El 90% de prótesis de rodilla anuales que se implantan en España se programan para corregir los efectos de la artrosis [Internet]. Vizcaya: EUROPA PRESS; 2016 [actualizado 11 de Junio de 2017; citado 26 de Marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2884155/0/90-protesis-rodillas-anuales-que-se-implantan-espana-se-programan-para-corregir-efectos-artrosis/>
5. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Los costes de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud.; 2007 Julio.
6. Gómez J, Rodríguez M, Baños V, Martínez L, Claver MA, Ruiz J, et al. Infección de prótesis articulares: epidemiología y clínica. Estudio prospectivo 1992-1999. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002; 20(2): 74-77.
7. Rodríguez -Baño J, del Toro MD, Lupión C, Suarez AI, Silva L, Nieto I, et al. Infecciones relacionadas con las prótesis articulares: incidencia, factores de riesgo, características clínicas y pronóstico. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008 Diciembre; 26(10): 614-620.
8. Suarez-Ahedo C, Obil-Chavarria C, Gil-Orbezo F, García- Felix Diaz G. Prevención de infecciones en el perioperatorio de la artroplastia primaria de cadera y rodilla. Acta Ortopédica Mexicana. 2011 Ene-Feb.; 25(1): 4-11.
9. Falci Ercole F, Goncalves Rezende Macieira T, Crespo Wenceslau LC, Rocha Martins A, Cláudia Campos C, Couto Machado Chianca T. Revisión Integrativa: Evidencias en la práctica del cateterismo urinario intermitente/demora. Rev.Latino-Am. Enfermagem. 2013 Ene-Feb.; 21(1).



10. Molina-Cabrillana J, Chirino Cabrera A, Rodriguez-Alvarez J, Navarro-Navarro R, López Carrio I, Ojeda García I, et al. Efecto de la vigilancia sobre la tasa de infección de la herida quirúrgica en prótesis de cadera y rodilla. *Revista Clínica Española*. 2007; 207(8): 383-387.
11. Larrauri Cantero S, Zorrilla Varela C, Sanz González M, Cavada Fernández M, Menéndez MR, Gutiérrez De Rozas Astigarraga P, et al. La utilidad del sondaje vesical prequirúrgico en las artroplastias de rodilla y cadera. *Nuberos Científica*. 2011; 1 (5).
12. Barretto de Carvalho Fernandes MdC, Vieira da Costa V, Ângelo Saralva R. Retención Urinaria post-operatoria: Evaluación de pacientes en tratamiento analgésico con opioides. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 Marzo-Abril; 15(2).
13. Van der Brand I, Casteleim R. Total joint arthroplasty and incidence of postoperative bacteriuria with an indwelling catheter or intermittent catheterization with one-dose antibiotic prophylaxis: a prospective randomized trial; *The Journal of Arthroplasty*. 2001 Oct.; 16(7): 850-855.
14. Jaen F, Arrazola MP, García de Codes A, De Juanes A, Resines C. Estudio multicéntrico sobre la incidencia de infección en prótesis de rodilla. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2012; 56: 38-45.
15. Sitio Web de la Junta de Castilla y León. [Internet]. [citado 5 de Abril del 2017]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/hospitales>
16. INFOCISTITIS. Centro de Información de la Cistitis. [Internet].; 2014; n-d- [citado 5 de Abril del 2017]. Disponible en: <http://www.cistitisderepeticion.com/cistitis-diabetes-infeccion-paciente/>
17. Vallhonrat A. Cistitis: 13 hábitos muy eficaces para prevenirla. *El Mundo*. Miércoles 23 de Noviembre de 2016. YoDona: (Lifestyle).
18. Hesperian Health Guides. Hesperian Foundation. Capítulo 5: Cuidarse el cuerpo. Vaciar la vejiga y evacuar el intestino. In *Un manual de salud para personas con discapacidad*. 2007; 100-104.
19. Hormigo J, Mayorga I, Rodriguez F, García J. Sondaje Vesical Intermitente. *Enfuro* 2007; (103): 32-34.



20. Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R, et al. Protocolo de Sondaje Vesical. Biblioteca Lascasas - Fundación Index; 2010; 6(1).
21. Fuentes I, Delgado JA, Crespí F, Blázquez J, Resel L. Cateterismo vesical intermitente. Revistas Científicas Complutenses. 2000; (8): 771-777.



8. ANEXOS.

8.1. Anexo I: Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

Estudio “Proyecto de investigación para evaluar un protocolo de actuación de enfermería ante retenciones urinarias en pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia primaria de cadera o rodilla”

Yo, _____

(nombre y apellidos de paciente o representante legal)

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Han contestado satisfactoriamente a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas.

He hablado del estudio con _____

(nombre y apellidos del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación.

Accedo a que las enfermeras del HOSPITAL _____
_____ contacten conmigo en el futuro en caso de
que se necesite obtener nuevos datos. ...SI.... NO (marcar con una X lo que proceda).



Trabajo de Fin de
Grado. Curso
2016/17

“PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE RETENCIONES URINARIAS EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA O RODILLA”.

Accedo a que las enfermeras del HOSPITAL _____
_____ contacten conmigo en caso de que los estudios realizados sobre mis datos aporten información relevante para mi salud o la de mis familiares. ...SI... NO (marcar con una X lo que proceda).

Una vez firmado, me será entregada una copia del documento de consentimiento.

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

EN CALIDAD DE (Parentesco, tutor legal, etc.)

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio al paciente nombrado anteriormente y/o la persona autorizada a dar el consentimiento en nombre del paciente.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL).

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:



8.2. Anexo II: Cuestionario IPSS.

IPSS (Puntuación internacional de los síntomas prostáticos)

	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de veces	Más de la mitad de veces	Casi siempre
1.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
2.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
3.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
4.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
5.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
6.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7.- Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN IPSS TOTAL:

	Encantado	Muy satisfecho	Más bien satisfecho	Tan satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy insatisfecho	Fatal
8.- ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>



8.3. Anexo III: Índice de Masa Corporal.

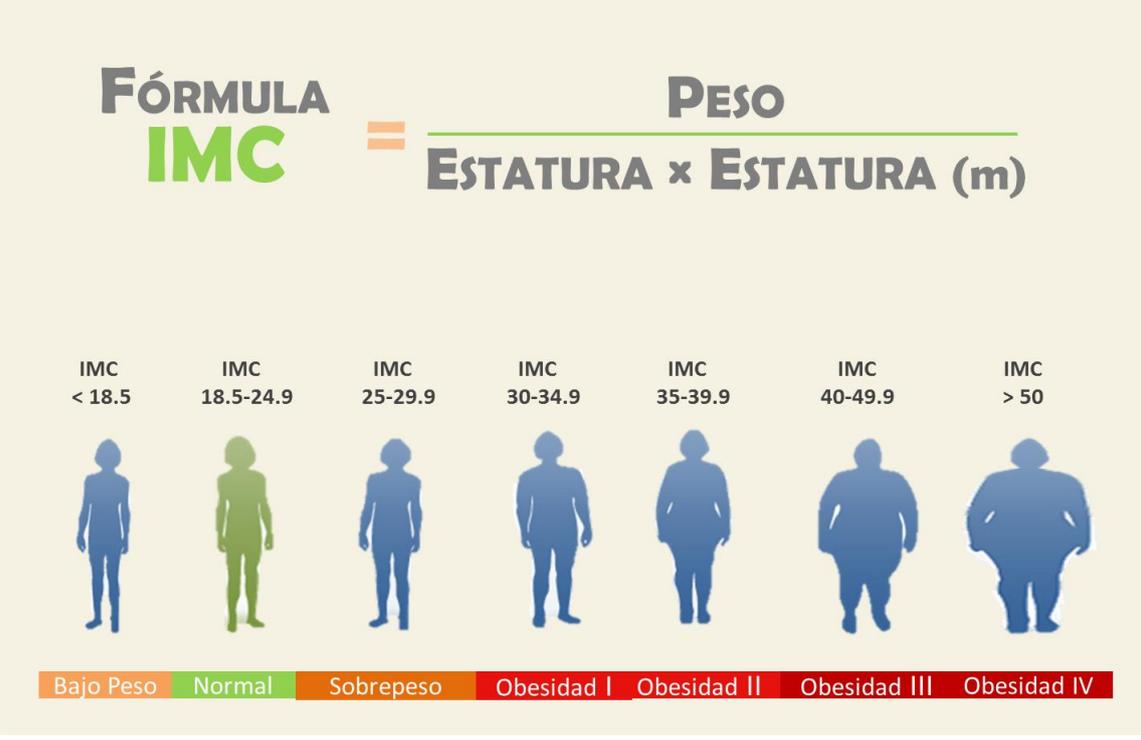


Foto tomada de Teamwork Medical Nurse.



8.4. Anexo IV: 14 Necesidades de Virginia Henderson.

14 NECESIDADES VIRGINIA HENDERSON

1. Respirar con normalidad .
2. Comer y beber adecuadamente .
3. Eliminar los desechos del organismo .
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada .
5. Descansar y dormir .
6. Seleccionar vestimenta adecuada .
7. Mantener la temperatura corporal .
8. Mantener la higiene corporal .
9. Evitar los peligros del entorno .
10. Comunicarse con otros , expresar emociones , necesidades, miedos u opiniones .
11. Ejercer culto a Dios , acorde con la religión .
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado .
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio.
14. Estudiar , descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud .

Foto tomada de SlideShare.



8.5. Anexo V: Cuestionario SERVQHOS.

SERVQHOS: ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Basándose en su experiencia, señale si la calidad de la asistencia sanitaria que le ha proporcionado el Hospital _____ ha sido mejor o peor de lo que Vd. esperaba. Si cree, por ejemplo, que ha sido MUCHO PEOR de lo que esperaba, ponga una X en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR de lo que esperaba, ponga la X en la casilla 5, y así sucesivamente.

La calidad de la asistencia sanitaria ha sido					
	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave respuesta	1	2	3	4	5

En el Hospital _____

La Tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	1	2	3	4	5
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal ha sido	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir en el hospital han sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido	1	2	3	4	5
El estado en que están las habitaciones del hospital (aparición, comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos proporcionan ha sido	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido	1	2	3	4	5
La facilidad para llegar al hospital ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La puntualidad de las consultas médicas ha sido	1	2	3	4	5
La rapidez con que consigues lo que se necesita o se pide ha sido	1	2	3	4	5
La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que el personal transmite a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente ha sido	1	2	3	4	5
La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido	1	2	3	4	5
La información que los médicos dan a los familiares ha sido	1	2	3	4	5
El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido	1	2	3	4	5



“PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA EVALUAR UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE RETENCIONES URINARIAS EN PACIENTES QUE VAN A SER INTERVENIDOS DE ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA O RODILLA”.

Marque con una X la casilla que mejor refleje su opinión

Indique su nivel de **satisfacción global** con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital

Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Nada satisfecho

Recomendaría este hospital a otras personas

Sin dudarlo Tengo dudas Nunca

¿Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir su permiso?

Si No

¿A su juicio, ha estado ingresado en el hospital?

Menos de lo necesario El tiempo necesario Más de lo necesario

¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente?

Si No

¿Conoce el nombre de la enfermera que le atendía habitualmente?

Si No

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

Si No

Por favor rellene las siguientes casillas **marque con una X**

Edad años Indique si es HOMBRE Estado civil: Casado/a

MUJER Soltero/a

Viudo/a

Separado/a

Estudios concluidos:

Sin estudios Primarios Bachiller Universitarios

Actualmente está:

Jubilado En paro Trabajando Ama/o de casa Estudiante

UTILICE ESTE ESPACIO SI DESEA HACERNOS LLEGAR ALGUNA SUGERENCIA

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.



8.6. Anexo VI: Justificación del presupuesto.

Tabla de elaboración propia.

Presupuesto para la investigación	
Cultivos de orina la semana antes de la intervención quirúrgica.	15€/cultivo 6.750 € precio estimado.
Envases estériles para recogida de muestras de orina.	0,4€/unidad. 180€. (28 de repuesto).
Costes indirectos.	1000€.
TOTAL:	7.930€.



**8.7. Anexo VII: Solicitud de permiso de la Comisión de Ética e Investigación de la
Facultad de Enfermería de Valladolid.**

