

Intensitat del dolor i confort postoperatori dels pacients intervinguts de Nefrectomia per Laparoscòpia i Oberta

Mireia RUBIO i MORALES

mireia.rubio@uvic.cat

4rt curs Infermeria M1

Tutora de pràctiques: Dra. Emi Chirveches Pérez

Àmbit temàtic escollit: Infermeria Quirúrgica

Facultat de Ciències de la Salut i Benestar – Universitat de Vic

Vic, maig de 2017

ÍNDEX

1. RESUM	3
2. JUSTIFICACIÓ I RELLEVÀNCIA DEL TREBALL	5
3. MARC CONCEPTUAL	6
3.1 Pacient amb Patologia Renal	6
3.2 Nefrectomia	10
3.2.1 Nefrectomia segons la tècnica quirúrgica	10
3.2.1.1 Cirurgia Laparoscòpia	11
- Complicacions	12
3.2.1.2 Cirurgia Oberta	12
- Complicacions	13
3.2.2 Nefrectomia segons el grau d'extirpació	13
4. HIPÒTESIS I OBJECTIUS	15
4.1 Hipòtesis	15
4.2 Objectiu General	15
4.2.1 Objectiu específic	15
5. METODOLOGIA	16
5.1 Tipus d'estudi	16
5.2 Població	16
5.3 Període d'estudi	16
5.4 Mostra	16
5.4.1 Criteris d'inclusió	16
5.4.2 Criteris d'exclusió	16
5.5 Variables d'estudi i instruments de mesura	17
5.6 Procediment	18
5.7 Anàlisi estadística	20
5.8 Possibles limitacions de l'estudi	20
5.9 Aspectes ètics	21
6. UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS	22
7. BIBLIOGRAFIA	23
7.1 Referències bibliogràfiques	23
7.2 Bases de dades consultades	30
7.3 Descriptors utilitzats	31
8. ANNEXES	33
9. AGRAÏMENTS	59
10. NOTA FINAL DE L'AUTOR. EL TFG COM EXPERIÈNCIA D'APRENENTATGE	60

1. RESUM

Resum

Introducció: Antigament, l'única manera de realitzar una nefrectomia era realitzant una llarga incisió a l'abdomen. Els continus avenços en les tecnologies han permès la incorporació de la tècnica per laparoscòpia, la qual provoca menys dolor postoperatori i per tant més confort, menor estada hospitalària, una recuperació més ràpida i una cicatrització més estètica.

Objectiu General: Descriure la intensitat del dolor i el nivell de confort durant el post-operatori dels pacients intervinguts de Nefrectomia per laparoscòpia i laparotomia o lumbotomia.

Metodologia: Estudi descriptiu transversal unicèntric amb seguiment al postoperatori immediat, mediat, a les 48 hores i al postoperatori allunyat en pacients intervinguts de nefrectomia per laparoscòpia i laparotomia o lumbotomia a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. S'inclourà una mostra de manera consecutiva i no probabilística de 30 pacients per cada una de les tècniques d'estudi, tenint així un total de 60 pacients. S'estudiarà la intensitat del dolor a partir del qüestionari MPQ i l'escala numèrica del dolor, i el nivell de confort mitjançant el qüestionari GCQ.

Aplicabilitat: Conèixer la intensitat de dolor i confort postoperatoris ens permetrà planificar les cures específiques d'infermeria pel pacient intervingut de nefrectomia.

Justificació: Després de realitzar una recerca bibliogràfica s'ha vist que falten estudis que referenciïn el dolor i confort en el postoperatori de nefrectomia per laparoscòpia i oberta. A més a més, s'ha vist que tot i que la nefrectomia per laparoscòpia presenta més complicacions hemorràgiques, actualment és la tècnica d'elecció.

Paraules Clau¹: "Nefrectomía"; "Dolor Postoperatorio"; "Enfermería en Nefrologia"

¹ Terminologia comú a partir dels Descriptors de Salut (DeCS).

Abstract

Introduction: In the past, the only way to perform a nephrectomy was through a long abdomen incision. The continued evolution in technology has allowed the incorporation of the laparoscopic technique, which causes less pain during the postoperative period: that means, more comfort, shorter time in hospital, a quicker recovery and a more aesthetic cicatrization.

Main objective: To describe the pain intensity and the comfort level during the postoperative period of the patients operated of nephrectomy for laparoscopy and laparotomy or lumbotomy.

Methods: Descriptive cross-sectional unicentric study with monitoring during immediate, early, from 48 hours and late postoperative in patients who have undergone nephrectomy through laparoscopy and laparotomy or lumbotomy in Vall d'Hebron University Hospital. A consecutive and non-probabilistic sample of 30 patients will be included for each technique in the study, making a total of 60 patients. The intensity of the pain will be analyzed according to the McGill Pain Questionnaire (MPQ) and the Numeric Pain Rating Scale, and the level of comfort according to the General Comfort Questionnaire (GCQ).

Applicability: To know the pain intensity and the comfort during the postoperative period will allow us to plan the specific nursing cares for the patient operated of nephrectomy.

Justification: After conducting a bibliographic research, it is obvious that there are not enough studies regarding the pain and the comfort of the patients during the postoperative period of laparoscopic nephrectomy and through open surgery. In addition, it has been found that laparoscopic nephrectomy is the preferred option, even though it presents more hemorrhagic complications.

Paraules Clau: Nephrectomy; Pain, Postoperative; Nephrology Nursing

2. JUSTIFICACIÓ

El meu interès per les intervencions quirúrgiques sobre Nefrectomia va començar fa 2 anys quan al meu pare li van diagnosticar càncer de ronyó i li van haver de realitzar aquesta intervenció. A partir d'aquell moment em vaig començar a interessar sobre el tema i a voler saber més sobre aquesta intervenció i els diferents mètodes que es poden utilitzar per realitzar-la.

A més a més, un altre factor que va influir en l'elecció del tema va ser que a mi sempre m'ha atret tot el que comporti entrar dins de quiròfan.

Segons l'estudi recent sobre les nefrectomia oberta o nefrectomia per laparoscòpia, Rozanec et al. (2010) es va comprovar que la nefrectomia parcial laparoscòpia presenta un temps d'isquèmia superior al de l'oberta i que el percentatge de lesions benignes i complicacions hemorràgiques també és superior (Castillo et al., 2008). Tot i així, segons Peña et al. (2010), la tècnica quirúrgica per laparoscòpia cada cop té més indicacions i actualment és la tècnica d'elecció en la realització de Nefrectomies. És per això que es planteja aquest projecte d'investigació amb els objectius que es presenten a continuació.

Després de realitzar una recerca bibliogràfica s'ha vist que falten estudis que referencien el dolor i el confort en el post-operatori de Nefrectomia per laparoscòpia i oberta. Per tant, fer una recerca sobre aquest tema permetria planificar les cures específiques d'infermeria pel pacient intervingut de nefrectomia. A més a més, la realització de la cerca ha permès remarcar la importància de la formació continua ja que en un estudi sobre la nefrectomia radical per laparoscòpia (Rubio, Iborra, Casanova i Solsona, 2006) s'ha demostrat que la corba d'aprenentatge i l'experiència juguen un paper fonamental en l'aparició de complicacions. Per tant, a més aprenentatge i expertesa, el percentatge de complicacions disminueix.

3.MARC CONCEPTUAL

3.1 Pacient amb Patologia Renal

Un pacient amb patologia renal pot presentar, per una banda, trastorns renals com serien la glomerulonefritis, pielonefritis aguda, hidronefrosis i estenosis de l'artèria renal, els quals poden ser temporals i reversibles o evolucionar a crònics. I per l'altra banda pot presentar una insuficiència renal, la qual pot ser aguda o crònica. A més a més, també poden presentar patologies del tracte urinari. Per tant, la presentació més greu d'una malaltia renal és la insuficiència renal crònica (IRC) ja que ha deixat de ser reversible i temporal. Així doncs, el pacient amb aquesta patologia serà crònic i depenent i com a conseqüència rebrà una atenció a la cronicitat per part del Sistema Nacional de Salut tal i com es diu en el Document Marco sobre la IRC de l'estratègia de cronicitat en el Sistema Nacional de Salut (Sociedad Española de Nefrología [S.E.N.], 2015).

A l'estat Espanyol, segons la S.E.N. (2015) aproximadament 4 milions de persones pateixen d'insuficiència renal crònica i cada any la insuficiència renal evoluciona en 6 mil persones fins el punt de necessitar un tractament substitutiu renal.

Segons el registre oficial Espanyol de Malalts renals realitzat al XLVI Congrés Nacional de la Societat Espanyola de Nefrologia (2015), la majoria de pacients amb patologia renal són homes de més de 75 anys. A més a més, tal i com es pot veure a la figura 1 de l'Annex B, les causes menys comunes entre els 15 i els 44 anys acaben sent progressivament les més freqüents en els pacients de més de 65 anys. Veient així que la causa més comuna a partir dels 15 anys són els factors hereditaris/congènits i a partir dels 65 anys són els factors vasculars.

Els pacients amb insuficiència renal crònica, definida segons la National Kidney Foundation estatunidenca a través de les guies de pràctica clínica KDIGO (2012) com una disminució de la funció renal, expressada per un filtrat glomerular o per un aclariment de creatinina estimats $<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{ m}^2$, o com la presència de dany renal de forma persistent durant 3 mesos mínim, cada cop tenen més prevalença a l'Estat espanyol (Alcázar i De Francisco, 2006; De Francisco, De la Cruz, et al., 2007) ja que els seus dos factors de risc principals, la diabetis i la hipertensió, cada cop es diagnostiquen amb major freqüència (El Mundo, 2012). Un altre factor de risc principal, a més dels antecedents familiars amb falla dels ronyons, són les malalties cardiovasculars (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK], 2012), les quals estan estretament lligades a la patologia renal no només per ser una de les causes principals sinó també perquè són la primera

Treball de Fi de Grau
causa de mort en pacients amb diàlisi segons la "Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón" (2016).

El fet que els malalts renals tinguin unes necessitats molt concretes permet donar una atenció integral, individualitzada i continuada sempre i quan el pla de cures d'infermeria exclusiu per aquests pacients s'hagi elaborat correctament. A més a més, el paper d'infermeria en l'educació per la salut actualment és més transcendental a l'hora de prevenir i promoure determinants de salut que modifiquen els estils de vida (Pinar, 2014) ja que com s'ha comentat anteriorment, la prevalença del pacient amb patologia renal està augmentant.

Segons un article sobre els estils d'afrontament i la qualitat de vida en pacients amb insuficiència renal crònica (Contreras, Esguerra, Espinosa i Gómez, 2007), la qualitat de vida dels pacients amb aquesta patologia depèn de manera directa de les estratègies d'afrontament del pacient i de la manera que el pacient assumeix el seu estat.

Partint de les funcions del ronyó² podem veure que si aquest deixés de funcionar hi haurien varies alteracions en el nostre organisme com l'alteració de la fabricació d'orina, l'alteració de la Tensió Arterial, disminució de la producció de Vitamina D, disminució d'eritropoietina i com a conseqüència de glòbuls vermells i alteració de l'àcid-base del nostre organisme. En la valoració d'infermeria del sistema renal, és important identificar els símptomes potencials³ relacionats amb les alteracions renals segons Beare i Myers (2002).

Les anteriors alteracions poden venir donades per diferents patologies que provoquin una falla del ronyó o una davallada funcional del ronyó com:

- Malaltia renal Diabètica
- HTA
- Malalties glomerulars com la nefropatia membranosa, la nefropatia IgA i la glomeruloesclerosis segmentària focal.
- Malalties renals hereditàries i congènites com la poliquistosis renal.
- Tumors
- Altres (fàrmacs, traumatismes, verins...)

Segons un estudi recent del NIDDK (2013) es considera que hi ha una falla dels ronyons o insuficiència renal quan el dany d'aquests està avançat i els ronyons tenen un funcionament inferior al 15% de la seva funció normal. Davant d'una falla

² L'anatomia externa i interna i les funcions del ronyó les trobem a l'Annex C.

³ Els trobem numerats a l'Annex D.

de ronyons existeixen tres tipus de tractament: la diàlisi, el transplantament de ronyó o el tractament sense diàlisi ni transplantament.

Pel que fa a la diàlisi, tal i com es pot veure al portal mèdic informatiu MedlinePlus, segons NIDDK (2016), hi ha de dos tipus: la hemodiàlisi, la qual utilitza una màquina o "ronyó artificial" per obtenir el seu objectiu i es realitza, segons el registre oficial de Malalts Renals (Sociedad Española de Nefrología, 2015), al 78,95% de pacients per milió de població a l'Estat espanyol, i la diàlisi peritoneal, la qual utilitza la membrana que recobreix l'abdomen (membrana peritoneal) i es realitza al 16,91% de pacients per milió de població. Aquests dos tractaments es realitzen amb l'objectiu de filtrar la sang per eliminar les substàncies perilloses del cos, l'excés de sal i aigua.

Hi ha certs tipus de falla de ronyó que es poden donar només a un dels dos ronyons, i això permet la incorporació d'un quart tractament com seria l'extracció del ronyó o **Nefrectomia radical**. En aquest moment el pacient renal passa a ser un pacient quirúrgic. Aquest tractament es podria fer quan el segon ronyó està sa i pot fer les seves funcions correctament. En cas que els dos ronyons estiguessin afectats o el pacient només tingués un ronyó, hauríem de mirar de fer una cirurgia conservadora renal, la qual inclou la nefrectomia parcial i l'ablació tumoral per radiofreqüència, la qual consisteix en la utilització d'una guia per imatges per col·locar un elèctrode agulla a través de la pell i dins del tumor del ronyó. A través d'aquest elèctrode es passen corrents elèctriques d'alta freqüència, creant calor que destrueix les cèl·lules canceroses.

Pel que fa al pacient quirúrgic, és aquell que se li realitzarà, se li està realitzant o li han realitzat una intervenció quirúrgica (Enfermería Práctica, 2016).

L'atenció d'infermeria davant d'un pacient quirúrgic es centrarà en satisfer les catorze necessitats bàsiques per poder ser independents i mantenir-se en salut que va descriure Virginia Henderson (Bellido i Lendínez, 2010). En l'article recent sobre l'efectivitat de la consulta preoperatoria d'infermeria (Bagés et al., 2015) s'ha demostrat que la realització d'aquesta consulta és un instrument eficaç per disminuir l'ansietat situacional i el dolor post-operatori.

Entenent com a dolor una "experiència sensorial i emocional desagradable associada a un dany tissular real o potencial o descrit en termes d'aquest mal" (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor [IASP], 2010). Aquesta definició reconeix tant l'experiència fisiològica com la naturalesa afectiva del dolor. A més a més, pot provocar angoixa psicològica, la qual està íntimament lligada amb l'ansietat (American Psychiatric Association, 2014).

L'atenció d'infermeria enfront el dolor es pot abordar des d'un punt de vista farmacològic o no farmacològic. Aquest últim consistirà en, a més de fer una valoració del dolor, donar-li molta importància a donar suport al pacient i en les seves decisions, aclarir dubtes, respondre a les preguntes del pacient, donar tota la informació necessària per tal que puguin prendre decisions sobre la seva pròpia assistència, establir una relació de confiança i mantenir una escolta activa ja que, a més de reduir el dolor, també redueix significativament el grau d'ansietat que pugui patir el pacient (Beare i Myers, 2002). Hi ha dos tipus de dolor, el nociceptiu, el qual es considera una senyal d'advertència originada per un dany real o potencial del teixit no neuronal que desencadena l'activació dels nociceptors en un sistema nerviós amb funcionament normal, i el neuropàtic, el qual és una descripció clínica del dolor que es creu que és causat pel dany d'una lesió o malaltia del sistema nerviós somatosensorial que es confirma per les proves diagnòstiques (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2013).

El dolor està estretament relacionat amb el confort, el qual és, tal i com el descriu Kolcaba, "la sensació que experimenten els pacients, que han sigut receptors de les intervencions de confort quan s'aborden les necessitats d'alleujament, tranquil·litat i transcendència, dins del context físic, psicoespiritual, ambiental i sociocultural" (Marriner i Raile, 2007).

Segons la Classificació de Resultats d'Infermeria (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas i Swanson, 2014), davant del dolor i el nivell de confort la infermera té diferents indicadors per poder-ho avaluar. D'aquesta manera li serà més fàcil escollir les intervencions més adequades segons la Classificació d'Intervencions d'Infermeria (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman i Wagner, 2014).

	Dolor	Confort
NOC	(1605) Control del dolor (2102) Nivell de dolor	(2008) Estat de comoditat
NIC	(2210) Administració d'analgèsics (1400) Maneig del dolor (6680) Monitorització dels signes vitals	(0840) Canvi de Posició (5424) Facilitar la pràctica religiosa (7110) Fomentar la implicació familiar (6480) Maneig ambiental (5270) Recolzament emocional (5420) Recolzament espiritual

3.2 Nefrectomia

La Nefrectomia, tal i com es pot veure a l'enciclopèdia mèdica MedlinePlus (2015), és el procediment quirúrgic on s'extirpa el ronyó sota anestèsia general. Generalment està indicada en tumors malignes, infeccions cròniques, obstruccions irreparables, donació de ronyó viu, defectes congènits, lesions molt greus que no es poden reparar (traumatismes) i rarament en HTA i la podem classificar segons la tècnica quirúrgica o segons el grau d'extirpació.

Segons un estudi realitzat al Congrés Nacional d'Urologia 2013 (Padilla et al., 2013) la mortalitat peri-operatòria i en el post-operatori immediat de nefrectomia radical és del 3,40% dels pacients intervinguts. Tan mateix, en un altre estudi on es comparen les complicacions en els 30 dies posteriors a una nefrectomia radical o parcial, s'ha vist que la mortalitat és del 2% i 1,6% i la morbiditat del 15% i 16,2% respectivament (Corman, J.M. et al., 2000). El seu pronòstic sol ser bo quan s'extirpa un sol ronyó. En cas que s'extirpin els dos ronyons o el ronyó que quedi no funcioni correctament, es requerirà d'hemodiàlisis o un transplantament de ronyó (MedlinePlus, 2015).

3.2.1 Nefrectomia segons la tècnica quirúrgica

L'extirpació del ronyó es pot realitzar segons la tècnica quirúrgica (MedlinePlus, 2015) a través de la cirurgia oberta, la qual implica una gran incisió a un costat de l'abdomen, o a través de la cirurgia laparoscòpia, que és menys invasiva i implica realitzar 4 o 5 incisions petites, generalment de 2,5cm com a molt cada una, a l'àrea de l'abdomen i el costat.

Segons la tècnica quirúrgica es poden presentar diferents complicacions, les quals les veurem en els següents dos apartats (4.3.1 Cirurgia Laparoscòpia i 4.3.2 Cirurgia Oberta). La situació clínica del pacient pot presentar més o menys riscos de patir les complicacions segons si presenta al·lèrgies medicamentoses, alteracions de la coagulació, malalties cardio-pulmonars i renals, existència de pròtesis o marcapàs, segons la medicació que es pren, segons l'estat actual (diabetis, obesitat, immunodepressió, hipertensió, anèmia, edat avançada, ...), etc.

3.2.1.1 Cirurgia Laparoscòpia

Consisteix en la utilització d'un laparoscòpi rígid (òptica) que es col·loca dins la cavitat pèlvica. Un cop introduït el laparoscòpi es realitza un neumoperitoneu (mitjançant la insuflació de CO₂), el qual ens permetrà tenir una visió de l'interior de l'abdomen a través de l'òptica. D'aquesta manera podrem manipular les endopinces (tissors, dissectors, pinces de subjecció, grapedores, etc.) que s'introdueixen a través de tràcars situats a la cavitat abdominal.

Aquest tipus de cirurgia es considera més avantatjosa que l'oberta ja que redueix la morbiditat perioperatoria, el dolor postoperatori i per tan la necessitat d'analgèsics, el temps d'estància hospitalària i permet una incorporació més ràpida a les activitats diàries (Ochoa, Serrano, Moreno, i Montoya, 2013).

En el cas de la Nefrectomia Laparoscòpia es pot realitzar de manera transperitoneal i retroperitoneal. En un estudi sobre la nefrectomia laparoscòpica transperitoneal (Sanchez i Barret, 2013) es va establir que és la tècnica quirúrgica de referència per la resecció dels ronyons "destrossats" o de tumors renals seleccionats. Tot i així, segons un article recent sobre la cirurgia lumbo-laparoscòpia urològica (Salazar, Ducasses, Domínguez, Mirabal i Rodríguez, 2015), hi ha una equivalència terapèutica i de complicacions entre l'accés transperitoneal i retroperitoneal.

Tot i que hi ha estudis (Rosales, Salvador, Graeve, Palou, i Villavicencio, 2006) que comenten que la Nefrectomia Laparoscòpica té les mateixes indicacions que l'Oberta, estudis recents on es compara la nefrectomia laparoscòpica versus l'oberta (Ochoa et al., 2013) demostren que les indicacions seran independents d'acord a les característiques de cada pacient, la patologia base i la preferència del cirurgià. Tot i així, les indicacions que generalment es solen seguir en Nefrectomia Laparoscòpica són les següents⁴:

- Tumor maligne de ronyó d'uns 4-7cm o menys segons valoració del cirurgià.
- Pacients "monorrenos" amb tumor renal.
- Pacients amb insuficiència renal.
- Pacients amb tumors exofíllics amb ronyó contra lateral normal.

La tècnica laparoscòpia presenta continus avenços tècnics i modificacions com la incorporació d'accessoris robòtics que aporten, en el cas de la nefrectomia parcial, un temps de cirurgia menor pel pacient, una menor pèrdua de sang i menor estada del pacient (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Tot i així, el mateix estudi comprova que les conversions a cirurgia oberta, les transfusions necessàries,

⁴ Les indicacions de Nefrectomia Oberta les trobem a l'apartat 4.3.2 *Cirurgia Oberta*

el marges quirúrgics i les complicacions són similars tan en laparoscòpia estàndard com robòtica. A més a més, demostra com en la Nefrectomia Radical robòtica es requereix de més temps de cirurgia i d'estància i és bastant més costosa que la laparoscòpia, la qual presenta més complicacions i necessitat de transfusions. Tot i que la cirurgia robòtica presenta aquests avantatges, actualment es segueix utilitzant la laparoscòpia com a cirurgia de referència per la nefrectomia ja que la robòtica presenta unes grans limitacions com són els grans costos, el fet de que 2 o 3 membres de l'equip quirúrgic requereixin d'experiència prèvia en cirurgia laparoscòpica i a més a més que un d'ells tingui experiència prèvia en cirurgia robòtica (Monzó et al., 2011).

- *Complicacions*

Les complicacions més generals que trobem en laparoscòpia són les següents (Andrade, Aponte, Duarte, i Cote, 2005):

- Complicacions causades en la col·locació de tròcars com les lesions intestinals.
- Insuflació d'anhídrid carbònic: Pot provocar l'augment de la pressió arterial, disminuir el pH en sang i en persones obeses l'emfisema considerable pot causa un deteriorament extens de la funció cardíaca i pulmonar.
- Lesions vasculars com l'hemorràgia. Són les lesions més comuns durant la cirurgia laparoscòpia
- Lesions als òrgans
- Conversió a cirurgia oberta

Per tal de disminuir el risc de complicacions és molt important que el cirurgià tingui una expertesa clínica en laparoscòpia (Andrade et al., 2005). És per això que en els estudis sobre la nefrectomia laparoscòpia es sol avaluar la corba d'aprenentatge. Altres factors que poden disminuir el risc de complicacions són l'ús de millors equips quirúrgics i el grau d'entrenament del personal que realitza la cirurgia.

3.2.1.2 Cirurgia Oberta

La Nefrectomia per via oberta consisteix en realitzar una incisió quirúrgica lumbar (lumbotomia) o transperitoneal (a través del peritoneu). En la majoria d'ocasions aquesta cirurgia requereix de la resecció de la 12a costella per tal de poder accedir al ronyó i així aconseguir la dissecció completa d'aquest.

Les indicacions que es solen utilitzar per realitzar una nefrectomia oberta són les següents:

- Presència de complicacions en cirurgia laparoscòpica que requereixin canviar la tècnica quirúrgica (Castillo et al., 2008; Blaise et al., 2008).
- Tumor maligne del ronyó superior a 4-7cm segons valoració del cirurgià.
- Tumors de localització medial o propers al sinus renal.

A diferència de la cirurgia laparoscòpica, segons l'estudi recent on es comparen la tècnica quirúrgica laparoscòpia i l'oberta en nefrectomia (Ochoa et al., 2013), aquesta última presenta una quantitat de sagnat major a més de requerir d'una dosis analgèsica major, major estada hospitalària i reintegració a les activitats diàries més tardana. A més a més, presenta un pitjor efecte estètic que la laparoscòpica i hi ha major incidència de l'aparició de l'hèrnia post incisional.

- *Complicacions*

En la cirurgia oberta, les complicacions més comuns que poden aparèixer segons l'Associació Mèdica Estadounidense (American Medical Association) citat per la Universitat de Utah Health Care (2016), tenint en compte que cada pacient pot experimentar les complicacions de manera diferent, són les següents:

- Shock
- Hemorragia
- Infecció de la ferida
- Complicacions pulmonars
- Reacció a l'anestèsia

3.2.2 Nefrectomia segons el grau d'extirpació

A l'hora de fer una Nefrectomia hi ha cops que no és necessari extirpar tot el ronyó, això dependrà de l'etapa i la localització del càncer així com altres factors. És per això que existeixen diferents graus d'extirpació (American Cancer Society, 2016; MedlinePlus, 2015):

- Nefrectomia Parcial: Consisteix en extirpar només la part del ronyó amb càncer preservant la nefrona i la resta de la part del ronyó. En aquest cas el cirurgià fa les incisions en diferents zones, depenent de diferents factors com la localització del tumor.

Aquest tipus de cirurgia no es podrà realitzar si el tumor es troba situat al mig del ronyó o és molt gran, si hi ha més d'un tumor al mateix ronyó o si el càncer s'ha estès als ganglis limfàtics o a òrgans distants. A més a més, aquesta cirurgia només l'ha pot fer un cirurgià amb experiència en laparoscòpia i en aquest procediment quirúrgic.

Tot i que segons un estudi sobre el carcinoma renal (Ljungber et al., 2010) la nefrectomia radical comporta més complicacions que la nefrectomia parcial, és actualment el tractament de preferència per moltes persones amb càncer de ronyó en fase inicial (American Cancer Society, 2016) ja que a llarg termini hi ha una millor conservació de la funció renal, disminueix la mortalitat global i apareix una reducció de la freqüència d'episodis cardiovasculars.

- Nefrectomia Radical: consisteix en extirpar tot el ronyó, els ganglis limfàtics circumdants (limfadenectomia regional) i la glàndula suprarenal (adrenalectomia). Tot i així, en cas que el tumor maligne es trobi a la part inferior del ronyó, estigui lluny de la glàndula suprarenal i els estudis per imatge demostrin que la glàndula suprarenal no està afectada, és possible que aquesta no s'extirpi (American Cancer Society, 2016). Pel que fa als ganglis limfàtics, hi ha cirurgians que els solen treure sempre per comprovar que el càncer no s'ha estès i altres que només els treuen en cas que en els estudis per imatge es vegin més grans del normal o durant la intervenció el cirurgià ho vegi adequat. Quan a un pacient no se li extreuen ni els ganglis limfàtics circumdants ni la glàndula suprarenal passarem a parlar de Nefrectomia Simple. És a dir, aquella on només s'extreu el ronyó.

Aquest grau d'extirpació només es pot realitzar en cas que la persona tingui l'altre ronyó i aquest pugui realitzar bé la seva funció. És a dir, requereix que el ronyó no extirpat estigui sa.

En aquesta operació el cirurgià pot fer les incisions en diferents llocs, els quals solen ser a la mitat de l'abdomen, sota les costelles del mateix cantó del càncer o a l'esquena (just darrera el ronyó). En contades ocasions és necessari aturar durant un període curt de temps el cor. Només es farà si el tumor ha crescut des del ronyó a través de la vena renal cap a la vena cava inferior i si és necessari. En aquests casos a més d'haver-hi un uròleg a la sala quirúrgica, també hi hauria un metge cardìleg.

4. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

4.1 Hipòtesis

Els pacients intervinguts de nefrectomia per laparoscòpia presenten menor intensitat de dolor i major confort que els pacients intervinguts per nefrectomia oberta.

4.2 Objectiu General

Descriure la intensitat del dolor i el nivell de confort durant el post-operatori dels pacients intervinguts en Nefrectomia per tècnica laparoscòpia i laparotomia o lumbotomia.

4.2.1 Objectiu Específic

- Definir les característiques sociodemogràfiques i clíniques dels pacients operats en Nefrectomia.
- Descriure el tractament farmacològic i no farmacològic del post-operatori dels pacients operats per Nefrectomia.
- Descriure els instruments que s'utilitzen pel control del dolor.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipus d'estudi

La metodologia de l'estudi serà descriptiu transversal unicèntric.

5.2 Població i àmbit d'estudi

Pacients intervinguts de nefrectomia per cirurgia laparoscòpia i oberta a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.

5.3 Període d'estudi

L'estudi s'iniciarà a mitjans de Gener i la seva durada estarà relacionada amb el temps que es trigui en recollir el total de la mostra. Es preveu que es necessitaran 6 mesos.

5.4 Mostra

Donat que no s'han trobat dades del dolor i confort que permetin fer el càlcul de la mostra amb el programa granmo. Es preveu incloure una mostra de 30 pacients per cada una de les tècniques d'estudi. En total 60 pacients.

La mostra s'obtéindrà de manera consecutiva i no probabilística.

5.4.1 Criteris d'inclusió

- Pacients que se'ls hi hagi reconvergit una nefrectomia per laparoscòpia en oberta.
- Pacients majors de 18 anys.
- Pacients de qualsevol cultura.
- Pacients amb qualsevol diagnòstic que precisi una nefrectomia.
- Pacients intervinguts de nefrectomia independentment del grau d'extirpació.

5.4.2 Criteris d'exclusió

- Pacients amb dificultats cognitives i idiomàtiques.
- Pacients amb diagnòstic de dolor crònic.

5.5 Variables d'estudi i instruments de mesura

Les variables d'estudi seran:

- Sociodemogràfiques i clíniques: el gènere, l'edat, els antecedents patològics, la tècnica quirúrgica, el diagnòstic mèdic, el número de protocol, si realitza exercici o no, l'estat civil, el nivell d'estudis, la situació laboral, el tractament farmacològic i no farmacològic del post-operatori i els instruments utilitzats pel control del dolor.
- Dolor: Per la valoració del dolor segons la RNAO (2013) haurem de tindre en compte si hi ha presència de dolor, la intensitat d'aquest, la situació clínica del pacient (tipus de tècnica quirúrgica) i el tipus de dolor (agut o persistent). A més a més, serà important que en la valoració del dolor postoperatori hi hagi un enfoc integral i sistèmic del dolor que abordi les característiques sensorials del dolor (intensitat, qualitat i característiques temporals) i l'impacte psicosocial en sí mateix. Per poder realitzar aquesta valoració s'utilitzarà el MPQ⁵ validat de Ronald Melzack obtingut de l'article Valoración del dolor (II) (Serrano.Atero et al, 2002). Aquest qüestionari és un dels instruments de valoració del dolor més utilitzat (Serrano-Atero et al., 2002), té una visió multidimensional i per tant ens permetrà obtenir una valoració completa del dolor (RNAO, 2013) tenint en compte característiques qualitatives i quantitatives de l'experiència del dolor i segons la Universidad Complutense Madrid (n.d.) té una fiabilitat test-retest d'entre 66-80% al cap de 4 setmanes i de 50-100% al cap de 3-7 dies. A més a més, també s'utilitzarà l'Escala Numèrica del dolor, recomanada i validada igual que el MPQ per la Guía de buenas practicas clínicas en la valoración y manejo del dolor (RNAO, 2013). Per poder utilitzar el MPQ es demanarà el consentiment a Ronald Melzack.

L'escala numèrica del dolor consisteix en una escala numerada de l'1 al 10, on 0 és l'absència i 10 la major intensitat de dolor. El pacient selecciona el número que millor avalua la intensitat del símptoma.

Pel que fa al MPQ, consta de 4 parts. En la part I es valora la localització del dolor, en la part II es centra en la descripció del dolor, la qual consta de 78 adjectius distribuïts en 20 grups, incloent cada grup de 2 a 6 adjectius que qualifiquen l'experiència dolorosa i per tant, permeten a l'investigador valorar la influència dels factors emocionals i sensorials. Cada un dels termes descriptius té assignat un número o rang, el qual permetrà obtenir una

⁵ El trobem a l'Annex F.

puntuació segons les paraules escollides que ens donarà el "Pain Rating Index" (PRI) o "Índice de Valoración del Dolor".

En la part III es valoren els canvis que experimenta el dolor. I finalment, a la part IV es troba la valoració de la intensitat del dolor "Present Pain Index" (PPI) o "Índice de Intensidad del Dolor".

- Confort: A l'hora de valorar el Confort s'utilitzarà el GCQ, el qual va ser dissenyat per Katherina Kolcaba a partir del quadre 3x4⁶ on es mostren les dues dimensions del confort (Kolcaba, 1992) i està validat amb la llengua espanyola (Kolcaba, 2010). És per això que es demanarà el consentiment a K. Kolcaba per poder utilitzar aquest qüestionari. Per tal de poder repartir els qüestionaris i que tots els pacients l'entenguin, utilitzarem la versió del GCQ validada traduïda al castellà⁷. Aquest qüestionari està compost per 48 ítems i la puntuació total és la suma de tots els ítems, oscil·lant el rang entre 48 (puntuació mínima) i 192 (puntuació màxima). Com major és la puntuació, major és el grau de confort. Les respostes estan envoltades en una escala Likert de quatre respostes que van des de "Totalmente en desacuerdo" a "Totalmente de acuerdo".

5.6 Procediment

La metodologia de l'estudi serà descriptiu transversal unicèntric. La recollida de dades es realitzarà als pacients que s'intervenien de Nefrectomia per laparoscòpia i/o Oberta identificats durant l'ingrés a les unitats d'hospitalització quirúrgica de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Aquesta recollida es portarà a terme per l'Equip del Centre, format per infermers/es prèviament entrenats, en cinc moments del procés, preoperatori, postoperatori immediat, mediat, a les 48 hores de la intervenció quirúrgica i en el postoperatori allunyat. La seqüència del registre de les variables serà la següent:

- Preoperatori (inici de l'estudi / inclusió dels subjectes): mitjançant una entrevista personal, durant les primeres 24 hores de l'ingrés a l'hospital, es confirmaran els criteris d'inclusió, s'informarà de l'estudi als pacients i es firmarà el consentiment informat. En aquest moment es recolliran les dades sociodemogràfiques del pacient.
- Postoperatori immediat (primer seguiment): és aquell on el pacient surt del quiròfan. En aquest moment una de les infermeres entrenades prèviament

⁶ El trobem a l'Annex G.

⁷ El trobem a l'Annex H.

ajudarà al pacient a omplir tots els qüestionaris/instruments per valorar el confort i el dolor.

- Postoperatori mediat (segon seguiment): és aquell on el pacient és hospitalitzat a planta. El pacient tornarà a omplir els qüestionaris/instruments de valoració del confort i el dolor amb ajuda d'una infermera prèviament entrada en cas necessari.
- A les 48 hores de la intervenció quirúrgica (tercer seguiment): el pacient haurà d'omplir els qüestionaris/instruments per realitzar la valoració del confort i el dolor amb una infermera prèviament entrenada en cas necessari.
- Postoperatori allunyat (final de l'estudi / quart seguiment): és aquell on el pacient se li dona l'alta. Igual que els seguiments dos i tres, el pacient haurà d'omplir els qüestionaris/instruments per fer la valoració del confort i el dolor amb ajuda de la infermera prèviament entrenada si és necessari.

Una de les infermeres prèviament entrenades, els quatre seguiments, haurà de recollir quin és el tractament farmacològic i no farmacològic del post-operatori i quins instruments pel control del dolor s'utilitzen en aquell moment.

En cas que la persona sigui analfabeta, la infermera prèviament entrenada es farà càrrec d'ajudar al pacient a realitzar els qüestionaris.

Per poder formar l'Equip del Centre, s'identificarà un Investigador Responsable del Centre, el qual s'encarregarà de formar aquest equip.

Pel que fa a l'estudi, per poder-lo dur a terme s'haurà de posar en contacte amb l'Hospital Universitari Vall d'Hebron i paral·lelament demanaríem l'Ajut de Recerca del COIB.

Un cop el centre hagi acceptat la realització del projecte, es farà arribar tota la documentació necessària per poder dur a terme l'estudi a l'Investigador Responsable del Centre, el qual els hi donarà a l'Equip del Centre. Aquestes dades seran recollides en un primer moment en format paper i posteriorment s'introduiran al programa SPSS per tal de realitzar l'anàlisi estadística.

5.7 Anàlisi estadística

Les dades s'analitzaran mitjançant el programa estadístic IBM SPSS Statistics versió 19. Es calcularan les freqüències i els percentatges de les variables categòriques, i de les quantitatives es calcularà la mitja i la desviació estàndard. Per l'anàlisi bivariat es realitzaran les taules de contingència.

Les proves estadístiques que s'utilitzaran per la comparació de les dos variables qualitatives seran la prova del Chi quadrat (nominals), la prova de l'associació lineal per lineal (ordinals) o la prova d'hipòtesis McNemar (dades aparellades).

5.8 Possibles limitacions de l'estudi

Davant d'aquest projecte em puc trobar varies limitacions, la primera i la més important seria si el CEIC de l'Hospital Universitari de Vall d'Hebron em negués la realització del projecte. En aquest cas buscaria un altre hospital de referència a Catalunya.

Una altre possible limitació seria si no hi haguessin suficients diners per realitzar l'estudi. Per poder evitar-la es demanaria una ajudat al COIB abans de realitzar el projecte.

La tercera possible limitació seria tenir una baixa participació. És a dir, disposar de pocs pacients que compleixin els criteris d'inclusió. Si això passés allargaria el temps d'estudi.

Un altre de les limitacions pot estar relacionada amb la infermera prèviament entrenada. Per exemple, si només disposem d'una d'elles durant un dia i aquesta no pot assistir a la feina. Per tant, durant aquell dia tots els pacients que es puguin incloure en l'estudi no s'inclourien. Això provocaria un augment de temps en el projecte.

I finalment, l'última limitació possible que em puc trobar seria si el pacient fos analfabet. En aquest cas la infermera prèviament entrenada ajudarà a l'usuari a omplir els qüestionaris.

5.9 Aspectes ètics

Abans de portar a terme l'estudi es passarà el projecte al CEIC del centre per tal que l'aprovin i l'acceptin. A més a més, també es demanarà el permís per la utilització del GCQ a la seva autora Katharine Kolcaba i pel MPQ a Ronald Melzack. Un cop es tingui l'aprovació del CEIC i el permís de Kolcaba i Melzack, es detectaran quins pacients podran ser inclosos al projecte a partir dels criteris d'inclusió i exclusió. Seguidament se'ls donarà el full d'informació junt amb el Consentiment Informat⁸. En cas que el pacient estigui d'acord en participar en el projecte i firmi el consentiment informat, se li donarà una còpia d'aquest, serà inclòs directament a l'estudi i es podran començar a recollir les dades.

Amb el consentiment informat es garantirà que el pacient expressi de manera voluntària la seva participació en l'estudi. S'ha dissenyat amb un llenguatge senzill per assegurar la comprensió de la informació i consta de dues parts: La primera trobem la informació amb l'objectiu, la descripció de l'estudi, els possibles riscos i beneficis, procediments, alternatives i possibilitat de retirar-se de l'estudi, a més a més, també inclou el número de telèfon de l'investigador principal. La segona part és on el l'individu d'investigació dona el seu consentiment per escrit per tal de poder participar en l'estudi. En aquesta segona part hi consta que el pacient ha estat informat prèviament de tot allò descrit a la primera part.

⁸ El full d'informació i el Consentiment Informat es troben a l'Annex I.

6.UTILITAT PRÀCTICA DELS RESULTATS

Per una banda, l'anàlisi del confort ens facilitarà generar solucions concretes en el lloc de treball ja que permetrà considerar els paràmetres i factors que intervenen en el benestar del pacient.

Per l'altre banda, la detecció del dolor ens permetrà un maneig eficaç d'aquest. (càncer Care Ontario, 2008); Dewar, 2006; Schofiel, O'Mahony, Collet & Potter, 2008, citat per RNAO, 2013).

Aquest projecte permetrà planificar i millorar les cures específiques d'infermeria referent el dolor i al confort pel pacient intervingut de nefrectomia en les tècniques estudiades i donar més apoderament als pacients. També ens permetrà veure si un major dolor implica un menor confort.

A més a més, la realització d'aquesta recerca permetria incorporar noves tècniques infermeres per millorar la qualitat assistencial.

7. BIBLIOGRAFIA

7.1 Referències bibliogràfiques

Alcázar, R., & De Francisco, A. (2006). Acción estratégica de la la Sociedad Española de Nefrología frente a la Enfermedad Renal Crónica. *Nefrología*, 26, 1-4. Obtingut de <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-suplementosextra-imprimir-articulo-accion-estrategica-de-la-sociedad-espaola-de-nefrologa-frente-a-X0211699506019142>

American Cancer Society. (2016). *Cirugía para el cáncer de riñón*. Obtingut de <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerderinon/guiadetallada/cancer-de-rinon-en-adulto-carcinoma-de-celulas-renales-treating-surgery>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV* (5ª ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Andrade, C., Aponte, H., Duarte, D., & Cote, M. (2005). Complicaciones en cirugía laparoscópica urológica: Revisión de 168 procedimientos. *Urología Colombiana*, 70, 69-73. Obtingut de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149120460011>

Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. (2010). *Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos*. Obtingut de http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Spanish.pdf

Bagés, C., Lleixà, M.M., Español, C., Imbernón, G., Munté, N., & Vázquez, D. (2015). Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing. *Enfermería Global*, 39, 41-51. Obtingut de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/193721/177171>

Beare, P., & Myers, J. (2002). *Enfermería Medicoquirúrgica: Volumen I*. Madrid: Harcourt Brace.

Bellido, J.C., & Lendínez, J.F. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. (1ª ed.). Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.

Blaise, E., Franquet, E., Fuenmayor, A., González, M.C., & Pollán, M^a.J. (2008). Nefrectomía radical abierta y laparoscópica: Estudio comparativo de cuidados de enfermería y calidad de vida. *Enfuro*, 105, 15-20. Obtingut de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2933337>

Bulechek, G.M., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ª ed.). Barcelona: Elsevier.

Castillo, O., Sánchez, R., Vidal, I., Vitagliano, G., Díaz, M., Fonerón, A., & Contreras, M. (2008). Complicaciones en nefrectomia parcial laparoscópica por tumores renales: anàlisis de 147 pacientes operados en forma consecutiva. *Revista Chilena de Cirugía*, 60, 219-225. Obtingut de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000300009

Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., & Gómez, V. (2007). Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 169-179. Obtingut de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-91552007000200016

Corman, J.M., Penson, D.F., Hur, K., Khuri, S.F, Daley, J., Henderson, W., & Krieger, J.N. (2000). Comparison of complications after radical and partial nephrectomy: results from the National Veterans Administration Surgical Quality Improvement Program. *BJU International*, 86, 782-789. Obtingut de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1464-410x.2000.00919.x/full>

De Francisco, A., De la Cruz, J., Cases, A., De la Figuera, M., Egocheaga, M., Górriz, J., Llisterri, J., Marín, R., & Martínez, A. (2007). Prevalencia de insuficiència renal en Centros de Atención Primaria en España: Estudio EROCAP. *Nefrología*, 27, 300- 312.

El Mundo. (2012). Aumentan los casos de hipertensión y diabetes en el mundo. *El Mundo*. Obtingut de <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/05/16/corazon/1337175323.html>

Enfermería Práctica. (2016). *Preparación y cuidados del paciente quirúrgico*. Obtingut de <http://enfermeriapractica.com/procedimientos/preparacion-y-cuidados-del-paciente-quirurgico>

Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón. (2016). *¿Qué es la enfermedad renal?*. Obtingut de <http://alcer.org/federacionalcer/que-es-la-enfermedad-renal/>

Kolcaba, K. (1992). *Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome*. Obtingut de https://www.researchgate.net/publication/21635629_Holistic_comfort_operation_alizing_the_construct_as_a_nurse-sensitive_outcome

Kolcaba, K. (2010). *Comfort Questionnaires*. Obtingut de <http://www.thecomfortline.com/resources/cq.html>

Kolcaba, K. (2010). *Comfort Theory*. Obtingut de <http://www.thecomfortline.com/theory.html#development>

Ljungberg, B., Cowan, N., Hanbury, D.C., Hora, M., Kuczyk, M.A., Merseburger, A.S., Mulders, P.F.A., Patard, J-J., Sinescu, I.C. (2010). *Guía clínica sobre el carcinoma renal: European Association of Urology 2010*. Obtingut de <http://www.aeu.es/UserFiles/CarcinomaRenal.pdf>

Marriner A., & Raile M. (2007). *Modelos y teoría en enfermería (6ª ed.)*. Espanya: Elsevier.

MedlinePlus. (2015). *Extirpación del riñón*. Obtingut de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003001.htm>

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Efectividad, Seguridad e indicacions del equipo quirúrgico Da Vinci. Informes, estudiós e investigacions*. Obtingut de <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011348867&DocumentID=AELE00025>

Monzó, J.I., García, M.F., Manzur, E., Schell, J., Finkelstein, D., Albornoz, J., Eraso, M., Ortega, R., & Secin, F.P. (2011). Experiencia inicial en cirugía laparoscópica asistida por robot en un servicio de urología de un hospital público. *SAU*, 76, 46-55. Obtingut de <http://revistasau.org/index.php/revista/article/viewFile/85/55>

Moorhead, s., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (5ª ed.)*. Barcelona: Elsevier.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2012). *Aprenda sobre la enfermedad de los riñones*. Obtingut de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-communication-programs/nkdep/espanol/aprenda/Pages/default.aspx>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2013). *Falla de riñones*. Obtingut de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-communication-programs/nkdep/espanol/aprenda/vivir-con-la-falla-rinones/Pages/falla-rinones.aspx>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2016). *Diálisis*.

Obtingut de <https://medlineplus.gov/spanish/dialysis.html>

National Kidney Foundation. (2012). *Definición y clasificación de Enfermedad Renal Crónica*. Obtingut de

https://www.kidney.org/professionals/KLS/speakersguides/ckd2013/ckdspeakersguide_esp

Ochoa, H.E., Serrano, E.A., Moreno, J., & Montoya, G. (2013). Comparación entre nefrectomia laparoscópica vs. Abierta en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. *Colegio Mexicano de Urología*, 28, 115-121. Obtingut de

https://www.cmu.org.mx/media/cms_page_media/57/COMPARACION-NEFRECTOMIA-ABIERTA-VS-LAPAROSCOPICA.pdf

Padilla, B., Lorenzo, M.F., Martín, A., Gil, Á., García, M.B., & Silvia, J.M. (2013). LXXVIII Congreso Nacional de Urología. Granada 2013: Mortalidad peroperatoria y en postoperatorio inmediato de la nefrectomía. Obtingut de

http://www.aeu.es/aeu_webs/aeu2013/resumenGR.aspx?Sesion=108&Numero=P-227

Paulsen, F., Putz, R., Putz, R.V., Sobotta, J., Sobotta . (2012). Desplazamientos renales en relación a los movimientos respiratorios del diafragma. [Fotografía]. Obtingut de: Sobotta: Atlas de Anatomía Humana. Órganos Internos.

Paulsen, F., Putz, R., Putz, R.V., Sobotta, J., Sobotta . (2012). Vista anterior corte longitudinal del riñón y la glándula suprarrenal derecha [Fotografía]. Obtingut de: Sobotta: Atlas de Anatomía Humana. Órganos Internos.

Peña, J.A., Pascual, M., Salvador, J.T., Rosales, A., Palou, J., & Villavicencio, H. (2010). Actas Urológicas Españolas: Evolución de la cirugía abierta versus laparoscópica/robòtica: 10 años de cambios en Urología. *ElSevier*, 34, 223-231. Obtingut de

<http://thirdworld.nl/evolucion-de-la-cirugia-abierta-versus-laparoscopica-robotica-10-anos-de-cambios-en-urologia>

Pinar, E. (2014). *Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica en fase aguda* (Treball de Fi de Grau). Universidad Católica de Murcia, Murcia.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). *Guía de buenas prácticas clínicas: Valoración y manejo del dolor*. Obtingut de <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015 - BPG Pain 16 01 2015 - 3rd Edition.pdf>

RNAO. (2013). *Guía de buenas prácticas clínicas: Valoración y manejo del dolor* (3a ed.). Toronto: Investén.

Rosales, A., Salvador, J., Graeve, N., Palou, J., & Villavicencio, H. (2006). Actas Urológicas Españolas: Nefrectomía parcial laparoscópica transperitoneal en el tratamiento del tumor renal. *Elsevier*, 30, 492-500. Obtingut de <http://www.elsevier.es/es-revista-actas-urológicas-espanolas-292-articulo-nefrectomia-parcial-laparoscopica-transperitoneal-el-S0210480606734866>

Rozanec, J., Ameri, C., Holst, P., Featherston, M., Vallone, C., Atchabahián, P., Hernández, A., Nolzco, A., Ares, J., & Mazza, O. (2010). Nefrectomía parcial a cielo abierto y laparoscópica: nuestra experiencia en 254 cirugías. *Archivos Españoles de Urología*, 63, 62-69. Obtingut de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142010000100011

Rubio, J., Iborra, I., Casanova, J., & Solsona E. (2006). Nefrectomía radical laparoscópica. *Actas Urología Española*, 30, 479-491. Obtingut de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-48062006000500012&script=sci_arttext&lng=en

Salazar, A.I., Ducasses, S., Domínguez, E.J., Mirabal, A., & Rodríguez, A. (2015). Complicaciones intraoperatorias y posquirúrgicas tempranas en cirugía lumbo-

laparoscòpica urològica. *MEDISAN*, 19, 1248-1258. Obtingut de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000010

Treball de Fi de Grau

Sanchez, R., & Barret, E. (2013). Nefrectomía laparoscópica transperitoneal. *EMC – Urología*, 45, 1-9. Obtingut de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761331013659587>

Serrano-Atero, M., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P., Serrano-Álvarez, C., & Prieto, J. (2002). Valoración del dolor (II). *Revista Sociedad Española del Dolor*, 9, 109-121. Obtingut de http://revista.sedolor.es/pdf/2002_02_06.pdf

Sociedad Española de Nefrología. (2015). *XLVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología: Informe de Diálisis y Trasplante 2015. Registro Español de Enfermos Renales*. Obtingut de <http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=29>

Sociedad Española de Nefrología. (2015). *Documento Marco sobre ERC de la Estratègia de Cronicidad en el SNS*. Obtingut de http://www.senefro.org/modules.php?name=noticias&d_op=view&idnew=1346

Universidad Complutense Madrid (n.d.). *Cuestionario de Dolor de McGill, MPQ*. Obtingut de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DISOCIATIVOS,%20SOMATOMORFOS%20Y%20FACTICIOS/CUESTIONARIO%20DE%20OLOR%20MCGILL/MPQ_F.PDF

University of Utah Health Care (2016). *Molestias y complicaciones luego de una cirugía*. Obtingut de <http://healthcare.utah.edu/healthlibrary/related/doc.php?type=90&id=P06112>

Treball de Fi de Grau
XLVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología. (2015). Causas de Enfermedad Renal Primaria en mayores de 15 años. [Fotografía]. Obtingut de <http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=29>

7.2 Bases de dades consultades

Les Bases de dades consultades són les següents:

- Cochrane
- Cinahl
- MedlinePlus
- BVS – Lilacs
- Scopus
- ISI WEB OF SCIENCE
- Google acadèmic
- PubMed
- Scielo
- ScienceDirect
- Dialnet
- RNAO
- IASP

7.3 Descriptors utilitzats

Inicialment vaig fer una cerca de 5 anys, però donat que trobava molt poca bibliografia vaig començar a fer la cerca a partir de l'any 2000.

	Atención de enfermería	A N D	Enfermería de Quirófano	A N D	Nefrectomía	A N D	Laparoscopia	A N D	Enfermedades renales	A N D	Enfermería en Nefrología
	Atención de enfermería		Enfermería de quirófano		Nefrectomía		Laparoscopia		Enfermedades renales		Enfermería en Nefrología
OR											
	Cuidados de enfermería		Enfermería en sala quirúrgica		Nephrectomy		Celioscopia		Nefropatía		Enfermería Nefrológica
OR											
	Nursing Care		Operating Room Nursing				Laparoscopia quirúrgica		Kidney Diseases		Nephrology Nursing
OR											
OR							Peritoneoscopia				
							Procedimientos quirúrgicos laparoscópicos				
OR											
							Laparoscopy				

	Dolor Posoperatorio	A N D	Enfermería Posanestésica	A N D	Dolor	A N D	Dimensión del Dolor
	Dolor Postoperatorio		Enfermería de posanestesia		Sufimiento Físico		Tests de Analgesia
OR							
	Dolor Posquirúrgico		Enfermería de postanestesia		Pain		Escala Analoga del Dolor
OR							
	Dolor Postquirúrgico		Enfermería Postanestésica				Evaluación del Dolor
OR							
	Pain, Postoperative		Enfermería Posquirúrgica				Pain Measurement
OR							
			Enfermería de Sala de Recuperación				
OR							
			Postanesthesia Nursing				

8. ANNEXES

Annex A: Descripció dels articles seleccionats

Annex B: Causes de Malaltia Renal Primària en majors de 15 anys

Annex C: Els ronyons

Annex D: Síntomes potencials relacionats amb les alteracions renals

Annex E: Abreviacions

Annex F: Qüestionari del dolor de McGill (MPQ)

Annex G: Estructura taxonòmica del Confort

Annex H: General Comfort Questionnaire (Versió validada en castellà)

Annex I: Full d'Informació i Consentiment Informat

ANNEX A: DESCRIPCIÓ DELS ARTICLES SELECCIONATS

AUTOR	ANY	REVISTA	TÍTOL	TIPUS D'ESTUDI	APORTACIONS
Alcázar, R., & De Francisco, A.	2006	Nefrología	Acción estratégica de la Sociedad Española de Nefrología frente a la Enfermedad Renal Crónica.	Revisió bibliogràfica	La insuficiència renal crònica cada cop té més prevalença a l'Estat espanyol.
Andrade, C., Aponte, H., Duarte, D., & Cote, M.	2005	Urología Colombiana	Complicaciones en cirugía laparoscópica urológica: Revisión de 168 procedimientos.	Estudi quantitatiu	Complicacions més generals que trobem en cirurgia laparoscòpia i que per tal de disminuir el risc de complicacions és molt important que d'aquesta cirurgia el cirurgià tingui una expertesa clínica en laparoscòpia-
Bagés, C., Lleixà, M.M., Español, C., Imbernón, G., Munté, N., & Vázquez, D	2015	Enfermería Global	Effectiveness of preoperative visit on anxiety, pain and wellbeing.	Estudi qualitatiu.	La consulta preoperatòria d'infermeria disminueix l'ansietat situacional i el dolor post-operatori.

Blaise, E., Franquet, E., Fuenmayor, A., González, M.C., & Pollán, M ^a .J.	2008	Enfuro	Nefrectomía radical abierta y laparoscópica: Estudio comparativo de cuidados de enfermería y calidad de vida.	Estudi descriptiu retrospectiu observacional i comparatiu.	indicacions que es solen utilitzar per realitzar una nefrectomia oberta.
Castillo, O., Sánchez, R., Vidal, I., Vitagliano, G., Díaz, M., Fonerón, A., & Contreras, M.	2008	Revista Chilena de Cirugía	Complicaciones en nefrectomia parcial laparoscópica por tumores renales: análisis de 147 pacientes operados en forma consecutiva.	Estudi quantitatiu i qualitatiu.	El percentatge de lesions benignes i complicacions hemorràgiques és més superior en la nefrectomia parcial per laparoscòpia que l'oberta. Indicacions que es solen utilitzar per realitzar una nefrectomia oberta.
Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., & Gómez, V.	2007	Acta Colombiana de Psicología	Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal	Estudi qualitatiu observacional.	La qualitat de vida dels pacients amb insuficiència renal crònica depèn de manera directa de les

			Crònica (IRC) en Tratamiento de hemodiàlisis.		estratègies d'afrontament del pacient i de la manera que el pacient assumeix el seu estat.
Corman, J.M., Penson, D.F., Hur, K., Khuri, S.F, Daley, J., Henderson, W., & Krieger, J.N.	2000	BJU International	Comparison of complications after radical and partial nephrectomy: results from the National Veterans Administration Surgical Quality Improvement Program.	Estudi quantitatiu i qualitatiu i comparatiu.	En la nefrectomia radical o parcial, la mortalitat és del 2% i 1,6% i la morbiditat del 15% i 16,2% respectivament.
De Francisco, A., De la Cruz, J., Cases, A., De la Figuera, M., Egocheaga, M., Górriz, J., Llisterri, J., Marín, R., & Martínez, A.	2007	Nefrología	Prevalencia de insuficiència renal en Centros de Atención Primaria en España: Estudio EROCAP.	Estudi quantitatiu.	La insuficiència renal crònica cada cop té més prevalença a l'Estat espanyol.
El Mundo	2012	El Mundo	Aumentan los casos de hipertensión y diabetes en el mundo	Revisió bibliogràfica.	La diabetis i la hipertensió arterial cada cop es diagnostiquen en major freqüència.

Monzó, J.I., García, M.F., Manzur, E., Schell, J., Finkelstein, D., Albornoz, J., Eraso, M., Ortega, R., & Secin, F.P.	2011	SAU	Experiència inicial en cirurgia laparoscòpica assistida per robot en un servei de urologia de un hospital públic.	Estudi prospectiu descriptiu.	Actualment es segueix utilitzant la laparoscòpia com a cirurgia de referència per la nefrectomia ja que la robòtica presenta unes grans limitacions com són els grans costos, el fet de que 2 o 3 membres de l'equip quirúrgic requereixin d'experiència prèvia en cirurgia laparoscòpica i a més a més que un d'ells tingui experiència prèvia en cirurgia robòtica
Ochoa, H.E., Serrano, E.A., Moreno, J., & Montoya, G.	2013	<i>Colegio Mexicano de Urología</i>	Comparación entre nefrectomia laparoscòpica vs. Abierta en el Hospital de Especialidades CMN Sículo XXI.	Estudi retrospectiu, observacional, descriptiu, comparatiu i transversal.	La cirurgia laparoscòpica es considera més avantatjosa que l'oberta ja que redueix la morbiditat perioperatoria, el dolor postoperatori i per tan la necessitat d'analgèsics, el temps d'estància hospitalària i permet una incorporació més ràpida a les activitats diàries. Les indicacions de la cirurgia

					<p>oberta i laparoscòpia són independents d'acord a les característiques de cada pacient, la patologia base i la preferència del cirurgià.</p> <p>La cirurgia oberta presenta una quantitat de sagnat major a més de requerir d'una dosi analgèsica major, major estada hospitalària i reintegració a les activitats diàries més tardana. A més a més, presenta un pitjor efecte estètic que la laparoscòpia i hi ha major incidència de l'aparició de l'hèrnia post incisional.</p>
Peña, J.A., Pascual, M., Salvador, J.T., Rosales, A., Palou, J., & Villavicencio, H.	2010	<i>ElSevier</i>	Actas Urológicas Españolas: Evolución de la cirugía abierta versus laparoscópica/robòtica: 10 años de cambios en	Estudi retrospectiu i comparatiu.	La tècnica quirúrgica per laparoscòpia cada cop té més indicacions i actualment és la tècnica d'elecció en la realització de Nefrectomies.

			Urología.		
Rosales, A., Salvador, J., Graeve, N., Palou, J., & Villavicencio, H.	2006	ElSevier	Actas Urológicas Españolas: Nefrectomía parcial laparoscópica transperitoneal en el tratamiento del tumor renal	Estudi prospectiu.	La Nefrectomia Laparoscòpica té les mateixes indicacions que l'Oberta.
Rozanec, J., Ameri, C., Holst, P., Featherston, M., Vallone, C., Atchabahián, P., Hernández, A., Nolzco, A., Ares, J., & Mazza, O.	2010	<i>Archivos Españoles de Urología</i>	Nefrectomía parcial a cielo abierto y laparoscópica: nuestra experiencia en 254 cirugías.	Estudi quantitatiu.	La nefrectomia parcial laparoscòpia presenta un temps d'isquèmia superior al de l'oberta,
Rubio, J., Iborra, I., Casanova, J., & Solsona E.	2006	<i>Actas Urología Española</i>	Nefrectomía radical laparoscópica.	Revisió bibliogràfica.	La corba d'aprenentatge i l'experiència juguen un paper fonamental en l'aparició de complicacions.
Salazar, A.I., Ducasses, S., Domínguez, E.J., Mirabal, A., & Rodríguez, A.	2015	MEDISAN	Complicaciones intraoperatorias y posquirúrgicas tempranas en cirugía lumbo-laparoscópica urológica.	Estudi descriptiu.	Hi ha una equivalència terapèutica i de complicacions entre l'accés transperitoneal i retroperitoneal en cirurgia laparoscòpica.
Sanchez, R., & Barret, E.	2013	<i>EMC - Urología</i>	Nefrectomía	Revisió	La nefrectomia per

			laparoscòpica transperitoneal.	bibliogràfica.	laparoscòpia transperitoneal és la tècnica quirúrgica de referència per la resecció dels ronyons "destrossats" o de tumors renals seleccionats.
--	--	--	--------------------------------	----------------	---

ANNEX B: CAUSES DE MALALTIA RENAL PRIMÀRIA EN MAJORS DE 15 ANYS

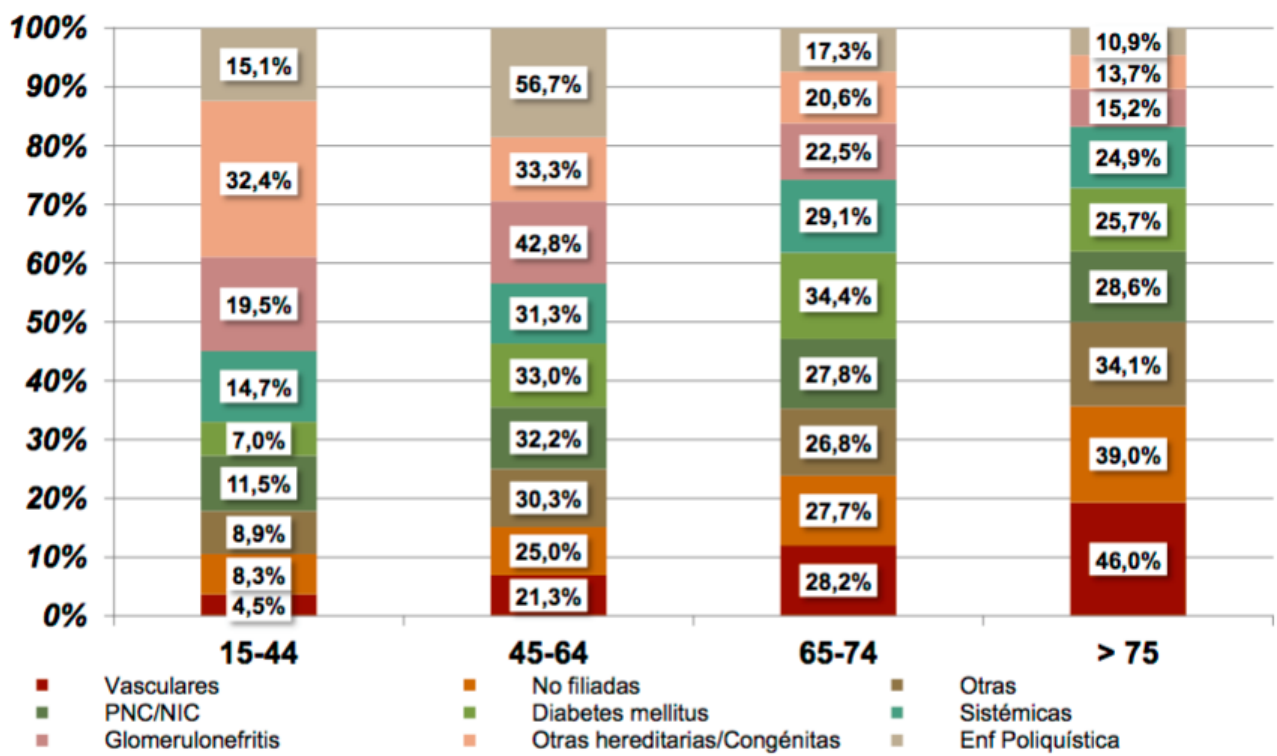


Fig. 1. Causes de Malaltia Renal Primària entre els majors de 15 anys i igual o superior a 75 anys. Extret de "Causas de Enfermedad Renal Primaria en mayores de 15 años" de la Sociedad Española de Nefrología. Obtingut de <http://www.senefro.org/contents/webstructure/reerOviedo2016.pdf> . Copyright.

ANNEX C: ELS RONYONS

Els ronyons són un òrgan vital i parell. És a dir, vital perquè sense ell no podríem viure i parell perquè en tenim dos situats un a cada costat de la columna vertebral (entre la D₁₂ i la L₁ depenent de la grandària del ronyó) just per sobre de la cintura, amb la part superior en contacte amb la paret posterior de l'abdomen i dins l'espai retroperitoneal. Per tant, també es consideren òrgans retroperitoneals.

- Anatomia externa

En un llibre sobre l'Infermeria de Quiròfan, García, Hernández, Montero i Ranz (2005) van descriure el ronyó com a aquell òrgan de color vermellós el qual en un adult mesura aproximadament de 10 a 12cm de llarg, entre 5 i 7,5cm d'ample i 2,5cm de gruix.

El ronyó esquerra es troba més amunt que el dret ja que aquest últim té el fetge que li impedeix estar a la mateixa alçada que l'altre.

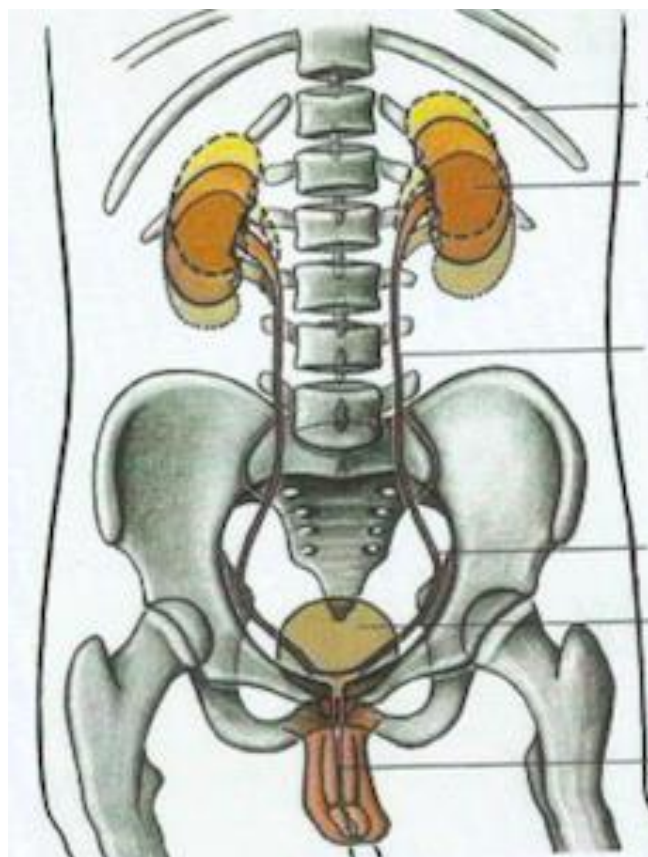


Fig. 2. Vista anterior dels òrgans urinaris. Apareixen els desplaçaments renals en relació amb els moviments respiratoris del diafragma. Extret de "Desplazamientos renales en relación a los movimientos respiratorios del diafragma", Paulsen, F., Putz, R., Putz, R.V., Sobotta, J., Sobotta. Copyright.

A més a més, cal afegir que cada ronyó està rodejat per 3 capes de teixit:

- La Càpsula Renal o capa més interna, la qual es troba per sobre l'escorça renal i té la funció de protegir els ronyons davant de traumatismes i infeccions al ronyó.
- La Càpsula Adiposa o capa mitja, la qual s'encarrega de protegir el ronyó davant traumatismes i manté la seva posició a la cavitat abdominal.
- La Fàscia Renal o capa més externa, la qual fixa el ronyó a les estructures circumdants i a la paret abdominal.

- **Anatomia interna**

El ronyó està format per dues estructures diferents:

- Estructura parenquimatososa: Aquesta estructura fa que el ronyó també es consideri un òrgan carnal. A més a més, està constituïda per l'Escorça Renal, la qual està a la part externa (escorça del ronyó) i per la Medul·la Renal, la qual està a la part interna (medul·la del ronyó) i és on es situen les estructures més importants del ronyó. La més important és el nefró. El nefró és l'unitat funcional del ronyó i s'encarrega de filtrar de les substàncies de rebuig de la sang per eliminar-les a través de l'orina. Cada ronyó té aproximadament un milió de nefrons.

Aquesta estructura només té una obertura: l'hili. L'hili és travessat per la pelvis renals i vasos sanguinis, en els quals trobem l'artèria renal (surts directament des de l'aorta abdominal i va a parar al nefró) i la vena renal (surts des de l'hili i desemboca a la vena cava inferior). Per tant, el ronyó és un òrgan molt vascularitzat.

- Estructura membranosa o tubular: Envolta la pelvis renal, la qual és una gran cavitat situada dins del sinus renal. A més a més, a les vores d'aquesta cavitat és on trobem unes extensions en forma de cúpula anomenades calzes (Calze superior, calze mitjà i calze inferior).

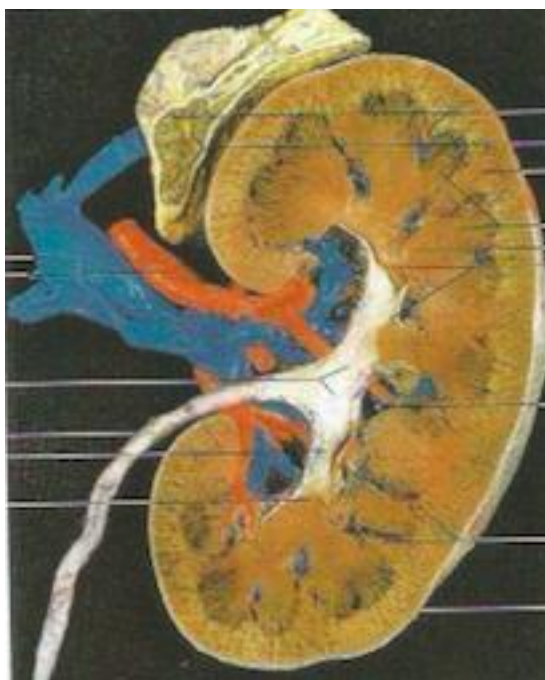


Fig. 3. Vista posterior del tall longitudinal del ronyó i la glàndula suprarenal drets. Extret de "Vista anterior corte longitudinal del riñón y la glándula suprarenal derecha", Paulsen, F., Putz, R., Putz, R.V., Sobotta, J., Sobotta. Copyright.

Com ja he comentat anteriorment, el nefró és la unitat funcional del ronyó i a més a més és la suma de dues estructures diferents: l'estructura vascular i l'estructura tubular.

Pel que fa a l'Estructura Vascular, on veiem que la sang arterial dins el ronyó es divideix en diferents arterioles. Aquestes arterioles s'anomenen arterioles aferents ja que porten la sang cap a una estructura: el nefró. Les arterioles aferents finalitzaran a un cabdell de capil·lars anomenat glomèrul, el qual és l'encarregat de filtrar la sang. Quan la sang ja ha passat pel glomèrul anirà a parar a l'arteriola eferent, la qual torna la sang filtrada cap a la resta de l'organisme.

L'estructura Vascular és molt fràgil, i per això està protegida per la Càpsula de Bowman, la qual a més de protegir l'arteriola afarent i eferent i el glomèrul, actua d'embut i recull l'orina que cau del glomèrul per tal que es dirigeixi cap als tubs del nefró (tubs renals). Aquí és on començaria l'Estructura Tubular. En aquesta estructura podem veure com el tub del nefró es divideix en 3 segons la seva funció:

- Tub contunejat proximal o primera part del tub renal: Recull i secreta substàncies.
- Nança de Henle o segona part del tub renal.

- Tub distal o tercera part del tub renal: desemoca al tub col·lector (no forma part del nefró).

A diferència de la via urinària, el tub renal a més de ser un element de conducció, també provoca canvis en la composició de l'orina.

- **Funcionalitat**

Des d'un punt de vista funcional, el ronyó és molt important pel nostre organisme ja que realitza varies funcions per tal de mantenir la sang neta i químicament equilibrada. Aquestes funcions són les següents:

1. Fabricar orina: És la funció més important.
2. Intervindre en el manteniment de la tensió arterial: Quan el ronyó es lesiona la tensió puja o baixa. Per tant, seria complicat mantenir la tensió arterial dins els límits adequats.
3. Intervindre en la regulació del volum de líquids del nostre organisme: Per exemple, en cas de deshidratació una persona ha de retenir líquids, per tant, el ronyó no fabrica tanta orina.
4. Participar en la producció de la Vitamina D: La Vitamina D participa en la mineralització de l'os (absorció del calci a l'os). Per tant, si el ronyó no funciona correctament, els nivells de Vitamina D disminuiran i aquesta no podrà fer correctament la seva funció, fent així que l'os no absorbeixi suficient calci i per tant que no es mineralitzi correctament. Això provocarà que l'os estigui més "tou" del normal.
5. Fabricar eritropoietina: L'eritropoietina és una proteïna que participa en la fabricació dels glòbuls vermells. Aquesta proteïna passa a la sang i va a parar al moll de l'os, on es fabriquen els glòbuls vermells. Per tant, aquelles persones que no els hi funcioni bé el ronyó és molt possible que pateixin anèmia ja que no fabricaran suficient eritropoietina i per tant no es fabricaran suficients glòbuls vermells.
6. Participar en la regulació àcid-base: Quan l'organisme tingui excés de bases, el ronyó eliminarà bases, i quan l'organisme tingui dèficit de bases, el ronyó eliminarà àcids.

ANNEX D: SÍMPTOMES POTENCIALS RELACIONATS AMB LES ALTERACIONS RENALS

Els símptomes potencials relacionats amb les alteracions renals segons Beare i Myers (2002) són els següents:

- Amenorrea
- Anúria (absència de producció d'orina)
- Dispnea
- Disúria (micció dolorosa o difícil)
- Edema
- Fatiga
- Febre
- Dolor de costat
- Poliúria
- Hematúria
- Incontinència
- Nàusees i vòmits
- Nictúria (micció excessiva per la nit)
- Oligúria (disminució de la producció d'orina en relació a la ingesta de líquids)
- Poliúria (producció excessiva d'orina)
- Prurit
- Erupcions
- Dolor suprapúbic
- Urgència (necessitat urgent de miccionar, però eliminant tan sols una petita quantitat en cada intent)
- Augment de pes

ANNEX E: ABREVIACIONS

CEIC	→	Comitè Ètic d'Investigació Clínica
COIB	→	Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona
Federación Nacional ALCER	→	Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón
GCQ	→	General Comfort Questionnaire
IASP	→	International Association for the Study of Pain
IRC	→	Insuficiència Renal Crònica
KDIGO	→	Kidney Disease Improving Global Outcomes
min	→	Minut
ml	→	Mil·lilitres
MPQ	→	Qüestionari del Dolor de McGill
NIC	→	Classificació d'Intervencions d'Infermeria
NIDDK	→	National Institute of Diabetis and Dygestive and Kidney Diseases
NOC	→	Classificació de Resultats d'Infermeria
RNAO	→	Registred Nurses Association of Ontario
SEN	→	Sociedad Española de Nefrología

ANNEX F: QÜESTIONARI DEL DOLOR DE MCGILL (MPQ)

TABLA I. CUESTIONARIO DE MCGILL-MELZACK. PARTE I: LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Nombre: Edad:

Historia n.º: Fecha:

Categoría clínica (cardíaca, neurológica):

.....

Diagnóstico.....

Analgésicos (si ya se han administrado)

1. Clase
2. Dosificación
3. Fecha de administración (en relación con esta prueba)

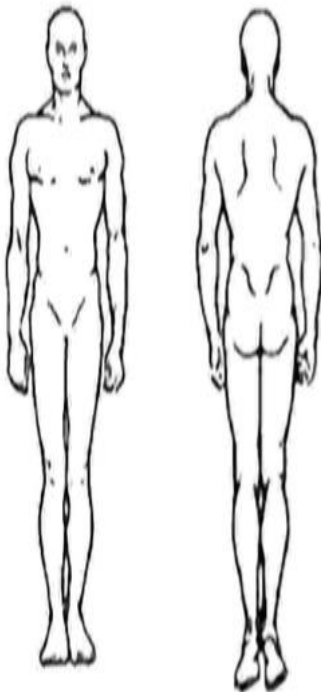
Inteligencia del paciente: rodear con un círculo el mejor número

1 (baja) 2 3 4 5 (alta)

PARTE I. Localización del dolor

Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor.

Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.



PARTE II. Descripción del dolor (PRI)

Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que se padece en este momento.

1	2	3	4
Aletea Tiembla Late Palpita Golpea Martillea	Brinco Destello Disparo	Pincha Perfora Taladra Apuñala Lancinante	Agudo Cortante Lacerante
5	6	7	8
Pellizca Aprieta Roe Acalambra Aplasta	Tira Tracciona Arranca	Calienta Quema Escalda Abrasa	Hormigueo Picor Escozor Agujoneo
9	10	11	12
Sordo Penoso Hiriente Irritante Pesado	Sensible Tirante Áspero Raja	Cansa Agota	Marea Sofoca
13	14	15	16
Miedo Espanto Pavor	Castigador Abrumador Cruel Rabioso Mortificante	Desdichado Cegador	Molesto Preocupante Apabullante Intenso Insoportable
17	18	19	20
Difuso Irradia Penetrante Punzante	Apretado Entumecido Exprimido Estrujado Desgarrado	Fresco Frío Helado	Desagradable Nauseabundo Agonístico Terrible Torturante

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

Factores que alivian el dolor:

Factores que agravan el dolor:

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

SISTEMA DE PUNTUACIÓN

1. PRI (*Pain rating index* = índice de valoración del dolor)

Sensorial: (1-10)

Afectivo: (11-15)

Evaluativo: (16)

Miscelánea: (17-20)

2. PPI (*Present pain index* = índice de intensidad del dolor)

3. Número de palabras escogidas

ANNEX G: ESTRUCTURA TAXONÒMICA DEL CONFORT

		INTENSITY OF UNMET / MET COMFORT NEEDS		
		Relief	Ease	Transcendence
DEGREE OF INTERNAL / EXTERNAL NEEDS	Physical	11	12	13
	Psychospiritual	21	22	23
	Environmental	31	32	33
	Social	41	42	43

<p>DIMENSION ONE</p> <p>Relief - the experience of a patient who has had a specific need met.</p> <p>Ease - a state of calm or contentment.</p> <p>Transcendence - the state in which one rises above problems or pain.</p>	<p>DIMENSION TWO</p> <p>Physical - pertaining to bodily sensations.</p> <p>Psychospiritual - pertaining to the internal awareness of self, including esteem, concept, sexuality, and meaning in one's life; can also encompass one's relationship to a higher order or being.</p> <p>Environmental - pertaining to the external background of human experience; encompasses light, noise, ambience, color, temperature, and natural versus synthetic elements.</p> <p>Social - pertaining to interpersonal, family, and societal relationships.</p>
---	--

Fig. 4. Estructura Taxonomica del Confort. Extret de "Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome", Kolcaba, K. Obtingut de https://www.researchgate.net/publication/21635629_Holistic_comfort_operationalizing_the_construct_as_a_nurse-sensitive_outcome . Copyright.

ANNEX H: GENERAL COMFORT QUESTIONNAIRE (VERSIÓ VALIDADA EN CASTELLÀ)

CUESTIONARIO KOLCABA DE CONFORT

Edad: Sexo:

Unidad de Cuidados:

Fecha de cumplimentación:

A continuación encontrará afirmaciones que intentan describir su nivel de confort en este momento. Cada ítem cuenta con cuatro alternativas de respuesta; por favor, marque con una X, la alternativa que considere describe mejor cómo se siente usted ahora. Conteste a todas las cuestiones, gracias.

	Totalmente de acuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	4	3	2	1
1. Mi cuerpo está relajado	4	3	2	1
2. Me siento útil porque me empeño en ello	4	3	2	1
3. Tengo suficiente intimidad	4	3	2	1
4. Cuando necesito ayuda, cuento con personas que me la dan	4	3	2	1
5. No quiero hacer ejercicio	4	3	2	1
6. Mi condición actual me desmoraliza	4	3	2	1
7. Me siento confiado	4	3	2	1
8. Me siento dependiente de otros	4	3	2	1
9. Siento que mi vida vale la pena	4	3	2	1
10. El sentirme querido me da fuerzas	4	3	2	1
11. Siento que lo que me rodea es placentero	4	3	2	1
12. Los ruidos no me dejan descansar	4	3	2	1
13. Nadie me comprende	4	3	2	1
14. Me resulta difícil soportar el dolor que siento	4	3	2	1
15. Intento hacer lo mejor	4	3	2	1
16. Cuando estoy solo no me siento infeliz	4	3	2	1
17. Mi fe me ayuda a no tener miedo	4	3	2	1
18. No me gusta estar aquí	4	3	2	1
19. Estoy estreñido	4	3	2	1
20. No me siento sano	4	3	2	1
21. Esta habitación me da miedo	4	3	2	1
22. Tengo miedo al futuro	4	3	2	1

	Totalmente de acuerdo		Totalmente en desacuerdo	
	4	3	2	1
23. Hay una persona, en concreto, que me cuida	4	3	2	1
24. He experimentado cambios que me hacen sentir mal	4	3	2	1
25. Tengo apetito	4	3	2	1
26. Me gustaría ver a mi médico más a menudo	4	3	2	1
27. La temperatura de esta habitación es la adecuada	4	3	2	1
28. Me siento muy cansado	4	3	2	1
29. Puedo superar mi dolor	4	3	2	1
30. La atmósfera que me rodea me anima	4	3	2	1
31. Estoy contento	4	3	2	1
32. Esta cama es muy incómoda	4	3	2	1
33. Las vistas desde mi habitación son agradables	4	3	2	1
34. Mis cosas no están aquí	4	3	2	1
35. Aquí me siento fuera de lugar	4	3	2	1
36. Me siento suficientemente bien como para caminar	4	3	2	1
37. Mis amigos se acuerdan de mí, mediante cartas y llamadas telefónicas	4	3	2	1
38. Mis creencias me hacen sentirme en paz conmigo mismo	4	3	2	1
39. Necesito estar mejor informado sobre mi salud	4	3	2	1
40. Me siento fuera de control	4	3	2	1
41. Me siento incómodo por no estar vestido	4	3	2	1
42. En esta habitación hay un olor muy desagradable	4	3	2	1
43. Pese a estar aquí solo, no me siento solo	4	3	2	1
44. Me siento en paz conmigo mismo	4	3	2	1
45. Estoy deprimido	4	3	2	1
46. He encontrado un sentido a mi vida	4	3	2	1
47. Es fácil orientarse aquí	4	3	2	1
48. Necesito encontrarme bien de nuevo	4	3	2	1

ANNEX I: FULL D'INFORMACIÓ I CONSENTIMENT INFORMAT

Investigador Principal: Mireia Rubio Morales

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a toda persona que sea intervenida quirúrgicamente de Nefrectomía por laparoscopia o abierta en el Hospital Universitari Vall d'Hebron y que sea invitada a participar en el proyecto de describir la intensidad del dolor y el nivel de confort durante el post-operatorio de los pacientes intervenidos de Nefrectomía por laparoscopia y abierta.

Investigador Principal: Mireia Rubio Morales

Nombre de la Organización: Hospital Universitari Vall d'Hebron

Nombre del Patrocinador: Hospital Universitari Vall d'Hebron

PARTE I: Información

Yo soy Mireia Rubio Morales, trabajo para el Instituto de Investigación Hospital Universitari Vall d'Hebron. Estamos investigando sobre el dolor y el confort en el post-operatorio de Nefrectomía por laparoscopia y abierta. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas mas tarde, puede preguntarme a mi, a su doctor o a miembros del equipo.

Después de realizar una búsqueda bibliográfica se ha visto que faltan estudios que referencien el dolor y el confort en el post-operatorio de nefrectomía por laparoscopia y abierta. Además, se ha visto que aunque la nefrectomía por laparoscopia presenta más complicaciones hemorrágicas, actualmente es la técnica de elección. Es por esto que se realiza éste estudio.

Este proyecto incluirá 4 visitas de seguimiento donde tendrá que rellenar los cuestionarios/herramientas para la valoración del dolor y el confort.

Estamos invitando a todos los adultos que se tengan que intervenir de nefrectomía en el Hospital Universitari Vall d'Hebron para participar en la investigación

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los

Treball de Fi de Grau
servicios que reciba en este hospital y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

El tratamiento que recibirá no dependerá de nuestro estudio.

Durante la investigación le haremos cuatro seguimientos junto a una recogida inicial de datos sociodemográficos. Su participación en este estudio consistirá en rellenar unos cuestionarios que le daremos para poder valorar el dolor y el confort que presenta en ese momento. En caso de dudas, le podrá preguntar a la enfermera que le haya entregado el cuestionario. Una vez terminado s elo tendrá que dar a ella.

- En primer lugar realizaremos la recogida de datos sociodemográficos tal como son genero, la edad, los antecedentes patológicos, la técnica quirúrgica que se le realizará, el diagnostico médico, si hace ejercicio o no, el estado civil, el nivel de estudios, la situación laboral y su correo electrónico para poder facilitarle los resultados del estudio. Esto se llevará a cabo durante las primeras 24 horas de su ingreso al hospital.
- El primer seguimiento se le hará justo cuando salga de quirófano.
- El segundo tratamiento será cuando se le traslade de los quirófanos a la planta de hospitalización.
- El tercer seguimiento se realizará a las 48 horas después de la intervención quirúrgica.
- El cuarto y último seguimiento tendrá lugar cuando el médico le de el alta.

La investigación durará tantos días como usted esté ingresado en el hospital hasta que le den el alta. Durante ese tiempo seremos nosotros quien vamos a venir a verle para realizar el estudio.

En total, se le pedirá que rellene los cuestionarios 4 veces en todo el tiempo que esté en el hospital. Al finalizar estos días, se finalizará la investigación.

Como ya se mencionó, el tratamiento que recibirá será independiente a nuestro estudio. No le pediremos ningún tipo de prueba invasiva. Solo le pediremos completar la totalidad de los cuestionarios. Por lo tanto, no hay efectos secundarios posibles que provengan de este estudio ni conlleva algún riesgo realizarlo.

Si usted participa en esta investigación, se obtendrán los siguientes beneficios: su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación y es probable que generaciones futuras se beneficien.

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es

posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cual es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto los profesionales ayudan a llevar a cabo el estudio.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al publico. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciaran. Después de estos encuentros, se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Usted no tiene porque participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en este hospital. Usted todavía tendrá todos los beneficios que de otra forma tendría en este hospital. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Su tratamiento en esta clínica no será afectado en ninguna forma.

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas: Mireia Rubio Morales, mireia.rubio@uvic.cat

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por [Comité de Ética de Investigación Clínica del centro, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte Hospital Universitari Vall d'Hebron, valldhebron@uvic.cat .

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación sobre la valoración del dolor y el confort en el postoperatorio de Nefrectomía por laparoscopia y abierta. Entiendo que realizaré cuatro visitas de seguimiento donde rellenaré las herramientas y cuestionarios para valorar mi dolor y confort en el momento, junto a una primera donde daré mis datos sociodemográficos. He sido informado que realizar este estudio no conlleva ningún riesgo ni efecto secundario. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante:

Firma del Participante

Fecha:

Día/mes/año:

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo:

Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo:

Fecha:

Día/mes/año:

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador:

Firma del Investigador:

Fecha:

Día/mes/año:

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

9. AGRAÏMENTS

Primer de tot i el més important, m'agradaria agrair sincerament a la meva tutora del Treball de Fi de Grau, Dra. Emilia Chirveches Pérez, el seu esforç i tot el temps que m'ha dedicat sense posar límits quan jo ho necessitava. Els seus coneixements, les seves orientacions, la seva manera de treballar, la seva paciència i motivació han sigut fonamentals per poder integrar els coneixements de com fer un projecte.

També m'agradaria agrair l'oportunitat de poder plantejar aquest projecte ja que, com vaig comentar en la justificació del treball, no només tinc un interès professional sinó que també tinc implicada una part emocional.

A les meves companyes donar les gràcies per aportar idees durant les tutories conjuntes i ajudar-me quan tenia algun dubte.

10. NOTA FINAL DE L'AUTOR. EL TFG COM EXPERIÈNCIA D'APRENENTATGE

El treball de fi de grau ha suposat un repte per mi. Penso que és un bon instrument d'aprenentatge per poder realitzar una tesis en un futur. T'ensenya a com saber estructurar i organitzar un treball d'aquest nivell i a comprendre la dificultat, esforç, temps i dedicació que comporta realitzar treballs de revisió bibliogràfiques a més de tenir el criteri de decidir quin serà l'objectiu més adient i a com fer una síntesi de tota la cerca.

Un cop finalitzat el treball em sento satisfeta i feliç d'haver complert els meus propòsits pel que fa a la realització i aprenentatge d'aquest. Al principi em va costar marcar els objectius, però amb persistència i ajuda es van poder deixar clars cap on volia centrar la meva recerca, la qual requereix de molt més temps del que em pensava. Tot i així, l'experiència de fer el TFG m'ha fet veure que m'agradaria fer més projectes de recerca.

Per últim dir que poder realitzar aquest tipus de treball m'ha donat més eines i veure la importància de la funció de recerca i d'investigació d'infermeria per seguir millorant i proporcionant cures infermeres de qualitat.