

Colocación de malla-cabestrillo suburetral: cuidados enfermeros preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios inmediatos. Caso clínico

Placement of suburethral mesh-sling: preoperative, intraoperative and immediate postoperative nursing care. Clinical case

María José Fernández Martín^A y Almudena Arroyo Rodríguez^B

^A Área quirúrgica Hospital de Alta resolución de Utrera. ^B Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios. Universidad Pontificia Comillas. Fundación San Juan de Dios.

RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU) está definida por la Sociedad Internacional de Continencia como la pérdida involuntaria de orina que afecta la calidad de vida de quienes la padecen. Es más frecuente en mujeres, especialmente con la edad, y puede tener múltiples causas como patologías neurológicas, urológicas, obesidad, diabetes, o factores ginecológicos. La IU afecta la esfera física, psicoemocional y social de los pacientes, generando vergüenza, aislamiento, ansiedad y depresión.

Este artículo presenta el caso clínico de una paciente de 44 años intervenida quirúrgicamente por IU mixta predominantemente de esfuerzo mediante la colocación de una malla suburetral transobturatriz (TOT). Para su realización se ha solicitado consentimiento informado y se ha garantizado el anonimato y confidencialidad de la información recabada. La intervención se desarrolló en régimen de cirugía mayor ambulatoria, con planificación de cuidados en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria inmediata. Los cuidados enfermeros se basaron en el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NOC y NIC, priorizando la reducción de la ansiedad preoperatoria, la prevención de infecciones y el manejo del dolor postoperatorio.

La cirugía ambulatoria con técnicas avanzadas como las mallas TOT y mini Sling ofrece resultados efectivos con menor tiempo de hospitalización, complicaciones y dolor postoperatorio. La participación de enfermería es esencial no solo en los cuidados técnicos, sino también en el apoyo emocional, promoviendo una recuperación integral. El artículo subraya la importancia de los planes de cuidados individualizados y la humanización en la atención quirúrgica. La estandarización de los cuidados enfermeros, junto con el uso de herramientas científicas, mejora la seguridad, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes quirúrgicos.

PALABRAS CLAVE

incontinencia urinaria, incontinencia urinaria de esfuerzo, planes de cuidados de enfermería, cirugía ambulatoria, dispositivos de soporte uretral, cabestrillo transobturatriz

ABSTRACT

Urinary incontinence (UI) is defined by the International Continence Society as the involuntary loss of urine that affects the quality of life of those who suffer from it. It is more common in women, particularly with age, and can have multiple causes, including neurological and urological conditions, obesity, diabetes, or gynecological factors. UI impacts the physical, psycho-emotional, and social well-being of patients, causing shame, isolation, anxiety, and depression.

This article presents the clinical case of a 44-year-old patient who underwent surgery for mixed urinary incontinence, predominantly stress-related, through the placement of a transobturator suburethral tape (TOT). The procedure was performed under an ambulatory surgery regimen, with planned care during the preoperative, intraoperative, and immediate postoperative phases. Nursing care was guided by Virginia Henderson's model and the NANDA, NOC, and NIC taxonomy, prioritizing the reduction of preoperative anxiety, infection prevention, and postoperative pain management.

Ambulatory surgery using advanced techniques such as TOT and mini sling systems offers effective results with shorter hospital stays, fewer complications, and reduced postoperative pain. Nursing plays a crucial role not only in providing technical care but also in offering emotional support, promoting holistic recovery. The article emphasizes the importance of individualized care plans and humanization in surgical care. Standardized nursing care, combined with scientific tools, enhances the safety, quality of life, and satisfaction of surgical patients.

KEYWORDS

urinary incontinence, stress urinary incontinence, nursing care process, ambulatory surgery, urethral prostheses, transobturator tape

INTRODUCCIÓN

La International Continence Society (ICS) define la incontinencia urinaria (IU) como cualquier pérdida involuntaria de orina que genera malestar o problemas sociales e higiénicos. Afecta tanto a personas con patologías previas como a aquellas sin antecedentes médicos¹. Su prevalencia es mayor en mujeres, con un 35% afectadas a lo largo de su vida, y su gravedad aumenta con la edad^{2,3}. Entre los factores asociados a la IU se incluyen patologías neurológicas y urológicas, diabetes mellitus, obesidad, estreñimiento, antecedentes ginecológicos y factores externos como movilidad reducida o barreras arquitectónicas²⁻⁴.

La IU se clasifica en transitoria (duración inferior a cuatro semanas) o establecida (más de un mes, secundaria a alteraciones estructurales del aparato urinario)². También puede presentarse como IU de urgencia, de esfuerzo, mixta, sin percepción del deseo de orinar o funcional². Su prevalencia varía entre países y grupos de edad: en mujeres mayores de 20 años es del 17%, aumentando al 38% en sexagenarias. Hasta el 37,5% de mujeres de 30-50 años reportan IU de esfuerzo en atención primaria⁴. El embarazo y el puerperio, especialmente en múltiparas, elevan la prevalencia al 7-12%^{4,5}.

La IU impacta negativamente en la esfera sexual, psicoemocional y sociocultural de las mujeres, generando vergüenza, ansiedad, depresión y aislamiento social⁵. El tratamiento quirúrgico de la IU de esfuerzo ha avanzado significativamente, permitiendo intervenciones ambulatorias mediante la implantación de mallas suburetrales de diversas generaciones: TVT (retropública), TOT (transobturadora) y mini Sling⁷. Las técnicas con TOT y mini Sling ofrecen mejores resultados, menor dolor postoperatorio y una recuperación más rápida^{6,7}.

Más allá del abordaje técnico, el papel de la enfermería es clave en el apoyo a las mujeres con IU, no solo en la aplicación de técnicas, sino en la provisión de cuidados humanizados. Estos cuidados invisibles incluyen apoyo emocional, acompañamiento y empatía, contribuyendo al bienestar de la paciente, aunque no siempre sean registrados formalmente^{8,9}. Visibilizar estos cuidados representa un reto en la práctica enfermera actual y un aspecto esencial de la profesión^{8,9}.

DESARROLLO DEL CASO

Este es un caso clínico recogido y registrado por una enfermera de quirófano de un centro hospitalario perteneciente al Agencia Sanitaria Sevilla Sur (AGSS) que ejerce sus funciones dentro del mismo como enfermera circulante durante las etapas preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria de la intervención quirúrgica.

Este estudio ha seguido los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y ha garantizado la confidencialidad de los datos de acuerdo con la normativa vigente. Se ha obtenido el consentimiento informado de la participante, asegurando que la información utilizada respeta su privacidad y anonimato.

Se trata de una señora de 44 años que ingresa de forma reglada para ser intervenida de incontinencia urinaria mixta, predominantemente de esfuerzo siendo sometida a la colocación de una malla-cabestrillo suburetral ALTIS®. Previamente, esta paciente ha sido valorada y explorada por urología. Conjuntamente, se recoge el testimonio de la paciente. Ella refiere presentar pérdidas de orina tras su segundo parto a los 38 años (parto vaginal eutócico) que va en aumento con el paso del tiempo.

El día de la intervención quirúrgica, a su llegada al quirófano la paciente es recibida por la enfermera circulante, quien identifica correctamente a la paciente, comprueba las posibles alergias, confirma el lugar anatómico sobre el que se realizará el procedimiento quirúrgico, realiza el listado de verificación de seguridad quirúrgica (LVSQ) y confirma que la paciente ha firmado el documento de consentimiento informado. Durante esta entrevista, la paciente manifiesta que es la primera vez que tiene que pasar por un quirófano, que se enfrenta a la intervención muy nerviosa con miedo a sentir dolor y a que surjan complicaciones. Resalta que a pesar de que el urólogo en la consulta le explicó muy detenidamente con palabras muy sencillas en qué consistía la intervención no se acuerda de nada, no sabe qué se le va a hacer. Ante tal situación, la enfermera circulante pone en conocimiento del cirujano el estado de estrés y de ansiedad en la que se encuentra la paciente.

Previamente a la elaboración del plan de cuidados individualizado de la paciente se procede a la realización de una valoración enfermera con el objetivo de detectar y por tanto mitigar los problemas derivados del afrontamiento del proceso quirúrgico.

Valoración general y diagnóstica

La realización de la valoración enfermera de la paciente se ha enmarcado dentro del modelo conceptual de Virginia Henderson¹⁰ ya que es el aplicado con mayor frecuencia en los hospitales andaluces, concretamente en el hospital sevillano en el que tiene lugar el transcurso y desarrollo del caso clínico expuesto. Por ende, se procedió a la recolección de información basándonos en la Teoría de las 14 Necesidades básicas de Virginia Henderson¹⁰. A continuación se presentan los datos recogidos en cada necesidad:

- 1ª Necesidad de respirar con normalidad: se dan dificultades respiratorias puesto que la paciente presenta asma bronquial y sinusitis que se ven agravadas por su tabaquismo.
- 2ª Necesidad de comer y beber adecuadamente: no presenta buena adherencia a la dieta mediterránea. Realiza ingestas calóricas de forma descontrolada ya que no sigue un horario establecido de comidas. Presenta un IMC de 29,3.
- 3ª Necesidad de eliminación normal de desechos corporales: expresa tener pérdidas de orina en aquellas acciones que requieren un esfuerzo. Estas pérdidas han aparecido tras sus partos, haciéndose más intensas tras el segundo. Previamente a sus embarazos era totalmente continente. Niega antecedentes urológicos.
- 4ª Necesidad de movilidad y posturas adecuadas: a pesar de su sobrepeso, ello no le supone problemas para realizar acciones que conlleven esfuerzos físicos como por ejemplo caminar largos recorridos o hacer actividades deportivas de forma puntual.
- 5ª Necesidad de dormir y descansar: concilia el sueño y descansa sin dificultad alguna. Tiene fijado en el domicilio un horario habitual para acostarse y levantarse diariamente.

Percibe estar descansada por las mañanas cuando se levanta para iniciar las actividades de la vida cotidiana.

- 6ª Necesidad de vestirse y desvestirse con normalidad: se viste adecuadamente, siendo una mujer que cuida mucho su apariencia física. Expone su leve dificultad para calzarse, concretamente aquel calzado que se ha de atar con cordones.
- 7ª Necesidad de mantener una buena higiene corporal: a su exploración se observa la correcta hidratación de piel y mucosas. La paciente refiere que se realiza una ducha diaria. Intensifica la higiene íntima cada vez que se orina como consecuencia de algún esfuerzo. Tras la higiene hace uso de ropa interior limpia desechando la sucia.
- 9ª Necesidad de evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros: es totalmente independiente para realizar cualquier tipo de actividad básica de la vida diaria.
- 10ª Necesidad de comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones: expresa con naturalidad que se ha sentido incomprendida por los profesionales que se limitaban a darle folletos para la realización de los ejercicios del suelo pélvico. Expone sus dudas ante la información que se le da sobre la intervención quirúrgica propuesta. Verbaliza el miedo a sufrir dolor y el nerviosismo que le genera el pensar que pueden surgir complicaciones durante el procedimiento. Tras la consulta de su historia clínica observamos que en ella quedan reflejadas las patologías Síndrome depresivo-ansioso y Trastorno adaptativo. Actualmente, se encuentra bajo tratamiento farmacológico y terapéutico.
- 11ª Necesidad de actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias: manifiesta sentirse incomprendida por algunos de los profesionales con los que ha consultado ya que sentía que restaban importancia a la situación que estaba exponiendo. Para ella, el sentimiento de aislamiento social se hacía cada vez más patente por esos episodios de incontinencia.
- 12ª Necesidad de desarrollarse de manera que exista un sentido de logro: se siente realizada y contenta con su forma de vida, la cual, no quiere ver afectada por su problema de incontinencia.
- 13ª Necesidad de participar en actividades recreativas o de juegos: es una mujer que mantiene su vida social y que fomenta las actividades grupales con su grupo de amistades. Expresa que dichas actividades se están viendo reducidas por sentir vergüenza y estrés ante la aparición de episodios de incontinencia.
- 14ª Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal: muestra interés por entender toda la información que se le proporciona sobre su diagnóstico de incontinencia urinaria mixta predominantemente de esfuerzo y sobre la intervención quirúrgica a la que va a ser sometida. Comenta y resuelve toda y cada una de las dudas que se le presentan en el momento de recibir la información.

Planificación y ejecución de los cuidados

Tras el análisis de los datos obtenidos, se identificaron múltiples afectaciones en las distintas necesidades básicas de la paciente, lo que permitió formular diversos diagnósticos enfermeros. Dado que la enfermera circulante desarrolla su labor dentro del área quirúrgica, se priorizaron los diagnósticos abordables en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria inmediata. La selección y planificación de los cuidados se realizó siguiendo la Taxonomía NANDA-I¹¹, la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)¹² y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)¹³, herramientas ampliamente

validadas en la práctica enfermera para garantizar la calidad y seguridad del cuidado.

En la fase preoperatoria (Tabla 1), se priorizó la reducción de la ansiedad de la paciente, dado que la evidencia científica respalda la importancia del manejo de la ansiedad prequirúrgica para mejorar los resultados postoperatorios^{18,19}. Para ello, se implementaron actividades como la enseñanza sobre el procedimiento quirúrgico (NIC 5618: Enseñanza: procedimiento/tratamiento) y el refuerzo de la confianza en el equipo sanitario. La literatura ha demostrado que brindar información clara y accesible antes de la cirugía disminuye la incertidumbre y reduce el miedo del paciente¹⁹. Asimismo, se verificó la firma del consentimiento informado, conforme a las normativas éticas vigentes.

Durante la fase intraoperatoria (Tabla 2), las actividades estuvieron orientadas a la prevención de infecciones quirúrgicas, ya que las infecciones del sitio quirúrgico siguen siendo una complicación relevante en cirugía ambulatoria. Para minimizar este riesgo, se llevaron a cabo estrategias como la administración de antibióticos profilácticos (NIC 6550: Protección contra infecciones), la vigilancia activa del campo quirúrgico y el mantenimiento de la asepsia en la manipulación del material quirúrgico. La eficacia de estas medidas ha sido ampliamente documentada en estudios sobre seguridad quirúrgica²⁰.

En la fase postoperatoria inmediata (Tabla 3), la principal prioridad fue el manejo del dolor (NIC 1410: Manejo del dolor: agudo). La evidencia indica que un control adecuado del dolor postoperatorio no solo mejora el confort del paciente, sino que también reduce las complicaciones y facilita la recuperación temprana^{15,21}. Se implementaron intervenciones farmacológicas para controlar el dolor, incluyendo la administración de analgesia prescrita y la monitorización del dolor con la escala visual analógica (EVA)¹⁵.

Por tanto, la planificación de los cuidados en este caso se basó en la mejor evidencia disponible, con respaldo en la taxonomía NANDA, NOC y NIC, así como en estudios previos sobre cirugía ambulatoria y manejo del paciente quirúrgico. La implementación de estos cuidados permitió garantizar la seguridad del paciente, optimizar su recuperación y mejorar su experiencia en el proceso quirúrgico.

Evaluación de resultados/seguimiento

Una vez alcanzada esta etapa final del plan de cuidados que ha sido establecido de forma individualizada para la paciente, se procede a la evaluación de los indicadores propuestos para cada uno de los diagnósticos enfermeros. Esta evaluación tiene como objetivo principal la comprobación del alcance o el no cumplimiento de los objetivos propuestos al inicio del plan de cuidados. En caso de no obtenerse la consecución de los objetivos esperados se procederá a la modificación y/o mejora de dicho plan. Para ello, la evaluación o medición de los resultados, se realiza mediante el uso de escalas tipo Likert¹⁴ así como la observación directa de la paciente.

En la etapa preoperatoria, cuya duración fue de 2 horas, tanto la inquietud como la ansiedad fueron manifestadas por la paciente de forma intensa de modo que dichos indicadores se vieron afectados sustancialmente (puntuación 2 en la escala Likert). Mediante las actividades enfermeras basadas en la transmisión de información sobre el procedimiento quirúrgico, así como el refuerzo de la confianza hacia el equipo humano se alcanzó

Tabla 1. Fase Preoperatoria.

DIAGNÓSTICO NANDA: (00146) Ansiedad r/c procedimiento quirúrgico m/p expresa angustia, miedo intenso, nerviosismo, tensión, voz temblorosa y preocupación.			
Definición: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia.			
RESULTADOS			
NOC 1: (1211) Nivel de ansiedad (1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno)			
INDICADOR	VALOR INICIAL	VALOR FINAL	TIEMPO DE MEDICIÓN
(121105) Inquietud	2	5	2 h
(121117) Ansiedad verbalizada	2	4	
INTERVENCIONES ENFERMERAS			
NIC 1: (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento			
ACTIVIDADES			
— Informar al paciente sobre la persona que realizará el procedimiento. — Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado. — Describir las actividades del procedimiento. — Explicar el procedimiento. — Obtener testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento de acuerdo con la política del centro. — Enseñar a la paciente cómo cooperar/ participar durante el procedimiento. — Explicar la necesidad de equipos de monitorización y sus funciones. — Informar sobre lo que se oirá, olerá, verá, saboreará o sentirá durante el procedimiento. — Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados. — Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.			

la superación y la eliminación del estado de inquietud (puntuación 5 en la escala Likert). El nivel de ansiedad se pudo ver claramente reducido a su expresión más leve (puntuación 4 en la escala Likert).

Una vez que tanto el personal sanitario como la paciente accedieron al interior del quirófano para iniciar la intervención quirúrgica, se pusieron en marcha diversas acciones encaminadas a la correcta prevención de la contaminación del instrumental y campos quirúrgicos, siendo fundamental la vigilancia activa y persistente por parte de las enfermeras instrumentista y circulante. El montaje, uso y mantenimiento adecuados de la intervención (en cuanto a material se refiere) es de vital importancia a la hora de prevenir complicaciones de tipo infecciosas tras el procedimiento. Se confirmó la esterilidad de las mesas instrumentales, así como del campo quirúrgico durante todo el desarrollo del procedimiento (40 minutos). Se ha de hacer especial mención de que la paciente

previamente a su ingreso había llevado a cabo su aseo personal con clorhexidina jabonosa y que desde el comienzo evitó realizar movimientos corporales mientras se llevaba a cabo su preparación y monitorización para no comprometer la esterilidad del quirófano. Era totalmente conocedora de la necesidad de la limpieza del lugar anatómico intervenido con el fin de eliminar máximamente la aparición de infecciones. Consecuencia directa de ello fue el alcance del objetivo planteado para el indicador "reconoce las consecuencias asociadas a la infección" puesto que el valor inicial estipulado en la escala Likert en el plan de cuidados correspondió a 2 (raramente demostrado) obteniéndose como valor final 5 (siempre demostrado) en dicha escala. Por consiguiente, y tras la finalización de la intervención quirúrgica se alcanza el postoperatorio inmediato donde la labor enfermera se centra arduamente en la evitación de la aparición del dolor o control del mismo. Concretamente, en el caso de nuestra paciente dicho control se llevó a cabo durante 30 minutos durante los cuales

Tabla 2. Fase Intraoperatoria.

DIAGNÓSTICO NANDA: (00266) Riesgo de infección de la herida quirúrgica r/c procedimiento invasivo. Definición: Susceptible de sufrir una invasión de organismos patógenos de la herida quirúrgica, que puede comprometer la salud.			
RESULTADOS			
NOC 1: (1924) Control del riesgo: proceso infeccioso (1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado)			
INDICADOR	VALOR INICIAL	VALOR FINAL	TIEMPO DE MEDICIÓN
(192402) Reconoce las consecuencias asociadas a la infección	2	5	40 min
INTERVENCIONES ENFERMERAS			
NIC 1: (6465) Control de infecciones: intraoperatorio			
ACTIVIDADES			
— Limitar y controlar la circulación de personas en el quirófano. — Verificar que se han administrado los antibióticos profilácticos adecuados. — Asegurarse de que el personal de quirófano viste las prendas apropiadas. — Verificar la integridad del embalaje estéril. — Abrir los suministros e instrumentos estériles utilizando técnicas asépticas. — Ayudar a colocarse las batas a los miembros del equipo. — Ayudar a cubrir al paciente asegurando la protección ocular y minimizando la presión sobre las partes corporales. — Monitorizar la esterilidad del campo quirúrgico y el suministro correcto del material. — Mantener la integridad de los catéteres y las vías intravasculares. — Administrar la antibioterapia apropiada. — Mantener el quirófano limpio y ordenado para limitar la contaminación. — Coordinar la limpieza y preparación del quirófano para el siguiente paciente.			

se administró la perfusión analgésica prescrita. Además, se hizo uso y empleo de la escala visual analógica del dolor EVA¹⁵ para monitorizar la no progresión del dolor. En esta etapa, de nuevo se alcanza la consecución de los objetivos planteados puesto que la paciente se mantuvo sin dolor de modo que su puntuación en la escala Likert se encontró en 5 (ninguno).

DISCUSIÓN E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La cirugía mayor ambulatoria ha experimentado un crecimiento sostenido en la última década, representando en 2022 el 47,6% de las intervenciones en España y el 48,5% en Andalucía¹⁶. Este aumento ha impulsado una evolución en la práctica enfermera, exigiendo una actualización constante basada en la evidencia científica. Se ha demostrado que el aprendizaje a partir de la experiencia y la resolución de problemas clínicos es una estrategia eficaz para consolidar conocimientos en la atención quirúrgica¹⁷.

En el presente caso clínico, la paciente fue intervenida mediante la colocación de una malla suburetral transobturatriz (TOT) en un régimen de cirugía mayor ambulatoria. La reducción de la estancia hospitalaria es una ventaja bien documentada de este procedimiento, que también se ha asociado con menores tasas de complicaciones y dolor postoperatorio^{6,7}. Estudios previos han demostrado que las técnicas TOT y mini Sling ofrecen resultados efectivos en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con una recuperación más rápida en comparación con la técnica TVT⁷.

El plan de cuidados implementado en este caso incluyó intervenciones clave en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria inmediata. En la fase preoperatoria, se priorizó la reducción de la ansiedad mediante la educación sobre el procedimiento quirúrgico y la generación de confianza en el equipo de salud. Investigaciones previas han subrayado la importancia del apoyo emocional y la educación del paciente en la disminución de la ansiedad prequirúrgica^{18,19}.

Tabla 3. Fase Postoperatorio inmediato.

DIAGNÓSTICO NANDA: (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos m/p conducta expresiva, expresión facial de dolor e informa de la intensidad usando escalas estandarizadas de valoración del dolor. Definición: experiencia emocional y sensitiva desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descritas en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.			
RESULTADOS			
NOC 1: (2305) Recuperación quirúrgica: postoperatorio inmediato			
INDICADOR	VALOR INICIAL	VALOR FINAL	TIEMPO DE MEDICIÓN
(230513) Nivel de conciencia (1. Desviación grave del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal)	1	5	30 minutos
(230522) Dolor (1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno)	4	5	30 minutos
INTERVENCIONES ENFERMERAS			
NIC 1: (1410) Manejo del dolor: agudo			
ACTIVIDADES			
— Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medida válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. — Observar si hay indicios no verbales de incomodidad, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. — Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. — Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediatamente antes de que el dolor se agrave. — Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis. — Usar analgésicos combinados (p. ej., opiáceos más no opiáceos), si el nivel de dolor es intenso. — Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito.			

Durante la fase intraoperatoria, se implementaron estrategias para minimizar el riesgo de infecciones, como la vigilancia de la esterilidad del campo quirúrgico y la administración de antibióticos profilácticos. La literatura respalda estas prácticas como medidas fundamentales en la prevención de complicaciones infecciosas en cirugía ambulatoria²⁰.

En el postoperatorio inmediato, el control del dolor se realizó mediante analgesia adecuada y la monitorización del paciente con la escala visual analógica EVA¹⁵. Estudios previos han demostrado que una adecuada gestión del dolor postoperatorio mejora la recuperación y la satisfacción del paciente²¹. En este caso, se logró el alivio completo del dolor, lo que coincide con la evidencia disponible sobre la efectividad de la analgesia multimodal en este tipo de procedimientos.

A pesar de los resultados favorables, se identifican algunas limitaciones en la gestión del caso. El paciente expresó inseguridad

respecto a la información proporcionada en la consulta prequirúrgica, lo que sugiere la necesidad de reforzar la educación preoperatoria y evaluar estrategias de comunicación más efectivas. Además, la variabilidad en la aplicación de los planes de cuidados estandarizados representa un desafío para garantizar la atención individualizada.

En conclusión, este caso clínico reafirma la importancia de la formación continua de los profesionales de enfermería en cirugía mayor ambulatoria y el uso de planes de cuidados basados en evidencia. La implementación de cuidados estandarizados mejora la seguridad, optimiza la comunicación interdisciplinaria y contribuye a una atención más humanizada. Sin embargo, es fundamental seguir explorando estrategias que permitan equilibrar la estandarización con un enfoque individualizado, adaptado a las necesidades específicas de cada paciente.

Agradecimientos

Al Dr. Juan Manuel Poyato Galán por su asesoramiento sobre la materia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española de Urología. Incontinencia urinaria [Internet]. 2008 [consultado 2023 Dic 10]. Disponible en: [https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev\(1\).pdf](https://www.aeu.es/UserFiles/IncontinenciaUrinariaInterna_rev(1).pdf)
2. Asociación Española de Urología. Guía de atención a personas con incontinencia urinaria [Internet]. 2020 [consultado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://www.asanec.es/producto/guia-de-atencion-a-personas-con-incontinencia-urinaria-pdf/>
3. Campillos-Cañete MN, González-Tamajón RM, Berlango-Jiménez J, Crespo-Montoro R. Incontinencia urinaria: causas y cuidados de enfermería. Una revisión bibliográfica. *Enferm Nefrol*. 2021;24(1):25-37.
4. Loaiza Quirós KV, Parada Peña K. Incontinencia urinaria. *Rev Med Sin*. 2021;6(5):e667.
5. Moyolema Chicaiza PF, Flores Chiliguano LY. Incontinencia urinaria postparto en mujeres nulíparas y multíparas. *Sal Cienc Tec* [Internet]. 2022 [citado 2023 Dic];2:90. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt202290>
6. Navalón V, Navalón P, Pallás Y, Ordoño F, Monllor E. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina bajo anestesia local-sedación con cabestrillo transobturatriz de incisión única (Contasure-Needleless). *Actas Urol Esp*. 2014;38(1):49-54.
7. Guido Bendezú Martínez A. Uso de cintra transobturadora (TOT) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Experiencia con los 40 primeros casos. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2013;59:27-31.
8. Cajachagua Castro M, Roque Guerra E, Colque Machaca N, Mamani Contreras R, Chavez Sosa J. Cuidado invisible e imagen social de la enfermería comunitaria. *Rev Ene Enferm* [Internet]. 2022 [citado 2023 Dic];16(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000300009
9. Rubiño Díaz JA, Maqueda Palau M, Andreu Rodrido P, Moreno Jiménez MC, Palou Oliver MA, Gavala Arjona JM. La trascendencia de los cuidados invisibles. *Nure Inv* [Internet]. 2023 [citado 2023 Dic 26];20(125):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.58722/nure.v20i125.2377>
10. Bellido J, Lendínez J. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
11. NANDA International, Kamitsuru S, Herdman TH. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020. Barcelona: Elsevier España; 2019.
12. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
13. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
14. Maldonado Luna SM. Manual práctico para el diseño de la Escala Likert. *Dinlet* [Internet]. 2007 [citado 2024 Feb 10];2(4). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953744>
15. Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Valoración y cuidados en el dolor DA-1. Escala visual analógica (EVA) graduada numéricamente para valoración de la intensidad del dolor. [Citado 2023 Dic 26]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/da1_escala_visual_analogica.pdf
16. Ministerio de Sanidad del Sistema Nacional de Salud. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 [Internet]. [consultado 2023 Dic 10]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
17. Álvarez Montero S, Caballero Martín MA, Gallego Casado P, Nieto Gómez R, Latorre De La Cruz C, Rodríguez Martínez G. Sesiones basadas en escenarios clínicos. Una aplicación del aprendizaje basado en la resolución de problemas. *Medifam*. 2001;11(2):83-91.
18. Bellido Vallejo JC, Pereira Becerra F, Cruz Hervás J. Planificación de cuidados en el paciente quirúrgico. *Inquietudes* [Internet]. 2007 [citado 2023 Dic 26];36(4):4-16. Disponible en: https://www.index-f.com/inquietudes/36pdf/36_aticulo_4.pdf
19. Pérez Zarza A, Rubio Gil FJ. Plan de cuidados estandarizado para el preoperatorio y postoperatorio inmediato del trasplante renal NANDA/NIC/NOC. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008;11(2):144-9.
20. Pineda-Leguizamón R, Miranda-Nogales G, Villasís-Keever MA. La importancia de los reportes de casos clínicos en la investigación. *Rev Alerg Mex*. 2018;65(1):92-8.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández Martín MJ, Arroyo Rodríguez A. Colocación de malla-cabestrillo suburetral: cuidados enfermeros preoperatorios, intraoperatorios y postoperatorios inmediatos. *Caso clínico*. *Hygia de Enfermería*. 2025; 42(1): 15-21