enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 108. Diciembre 2008

Trabajo ganador a la mejor comunicación presentada al XXX Congreso celebrado en Jerez. Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas

Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones

Acreditación hospitalaria: cómo conseguirla (implicación del Servicio de Urología del HTVC)

Crónica del XXX Congreso Nacional de Enfermería Urológica

Suelo pélvico. Células madre aplicadas a la incontinencia urinaria

Proyecto de investigación. Eficiencia de la intervención educativa e informe de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de prostatectomía

ENFURO
nº 108 / Octubre/Noviembre/Diciembre 2008
Cuarta Etapa

JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidenta: Ana Quintanilla Sanz
Vicepresidente: Francisco Estudillo González
Secretario: Luis Alfonso Aparcero Bernet
Tesorero: Vicente Carrasco Rozalén
Vocal 1º: Concepción Martínez Casamayor (Zaragoza)
Vocal 2º: Mercedes Martín Valenciano (Zaragoza)
Vocal 3º: Ana Isabel García Martín (Madrid)

REDACCIÓN
Directora: Ana Quintanilla Sanz
Jefe de Redacción:
Francisco Estudillo González
Consejo de Redacción:
Luis Alfonso Aparcero Bernet
Vicente Carrasco Rozalén
Concepción Martínez Casamayor
Mercedes Martín Valenciano
Ana Isabel García Martín
Traducción:
Montserrat Gea Sánchez

Edita: Asociación Española de Enfermería en Urología

Depósito legal: M-18042-1980
ISSN: 0210-9476
Soporte válido S.V.R. 246
Realización: QAR Comunicación (Madrid)
Portada: *Gijón, Plaza del Ayuntamiento en Navidad*

ENFURO - Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Urología-Andrología e Incontinencia Urinaria)
Secretaría: Colegio de Enfermería. Avda. Ramón y Cajal, 20. 41005 Sevilla
Teléfono: 954 93 38 00. Fax: 954 93 30 03
Sede administrativa: C/ Conde de Peñalver, 96- 2º A. 28006 Madrid
Correo electrónico: enfuro@enfuro.org

SUMARIO

- Editorial 5
- *Trabajo ganador a la mejor comunicación presentada al XXX Congreso celebrado en Jerez.* Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas. Jurado Hernández R., Moreno Maudo C., González Manzano V. M., Cid Losada P., García Murillo Mª. A. y González Burguillos J.A. 6
- Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones. Riomoros Sanz, M.B.; Herrero Cecilia, I.; Carrasco Díaz, R. 10
- Acreditación hospitalaria: cómo conseguirla (implicación del Servicio de Urología del HTVC). Menasanch Martí I., Franch Llasat R., Peig Martí Mª. T., Moreno Gallego J., Anento Nolla S., Brull Gisbert Ll., Escoda Pellisa Mª. T. 14
- Crónica del *XXX Congreso Nacional de Enfermería Urológica.* Jerez de la Frontera, 21 al 24 de octubre de 2008 17
- Suelo pélvico. Células madre aplicadas a la incontinencia urinaria. García Olmo D. 19
- *Proyecto de investigación.* Eficiencia de la intervención educativa e informe de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de prostatectomía. Corbalán Abril, M. D. y Roldán Valcárcel, Mª. D. 25

La Junta Directiva y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas por los autores en sus artículos.
ENFURO tiene la propiedad de los artículos que contiene. Cualquier reproducción total o parcial de sus contenidos deberá ser autorizada por su autor y el Consejo de Redacción, haciendo expresa mención de la fuente.

Normas de publicación y envío de trabajos a ENFURO

Presentamos las normas de publicación por las que se rige ENFURO, y a las que nos debemos atener para darle rigor y prestigio a la misma, basadas en las normas internacionales de Vancouver. Se presenta un extracto, recomendamos la lectura de su totalidad en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm

1. La revista ENFURO es el órgano de difusión de la Asociación Española de Enfermería en Urología, y en ella se podrán publicar artículos de opinión, artículos científicos, trabajos de investigación y trabajos presentados a los Congresos Nacionales e Internacionales de la Asociación. Está abierta tanto a los socios como a los que no lo son.

2. **Sistema de revisión por expertos (peer-review).** ENFURO somete la mayoría de los artículos que publica a la evaluación de revisores-asesores expertos en la materia y que no forman parte del Consejo Editorial de la revista. Éstos figuran en los créditos y recibirán los artículos para su análisis y evaluación. Podrán variar a criterio del Consejo.
   El Consejo de Redacción priorizará la publicación de aquellos artículos relacionados con la urología, andrología e incontinencia urinaria y de contenidos eminentemente enfermeros. No se excluyen, en principio, los relacionados con otras especialidades de enfermería.

3. **Artículos en disquete o e-mail.** Los artículos y trabajos se enviarán en soporte electrónico (en disquete o CD) o por e-mail, en procesador de texto Word versiones 97-2000. Al presentar los disquetes, los autores deben:
   - Cerciorarse de que se ha incluido una sola versión del artículo en el disquete.
   - Incluir en el disquete solamente la versión última del artículo.
   - Especificar claramente el nombre del archivo.
   - Etiquetar el disquete con el formato y nombre del fichero.
   - Enviar para revisión y cotejo una copia impresa en papel.

   El material se enviará por correo postal (preferentemente certificado) a:
   Francisco Estudillo González. C/ Profesor Antonio Ramos, 4-6º. San Fernando (Cádiz). Correo electrónico: pacoestudillo@ono.com

4. **Encabezamiento: título y autores**
   a) El título del artículo debe ser conciso, pero informativo.
   b) El nombre de cada uno de los autores, acompañado de su grado académico más alto y su afiliación institucional.
   c) El nombre del departamento o departamentos e institución o instituciones a los que se debe atribuir el trabajo.
   d) El nombre y la dirección del autor responsable de la correspondencia.

   Cada autor deberá haber participado en grado suficiente para asumir la responsabilidad pública del contenido del trabajo.
   El director/a de la revista podrá solicitar a los autores que describan la participación de cada uno de ellos y esta información puede ser publicada. El resto de personas que contribuyan al trabajo y que no sean los autores deben citarse en la sección de agradecimientos.

5. **Resumen y palabras clave.** Se incluirá un resumen (que no excederá de las 150 palabras). En él se indicarán los objetivos del estudio, los procedimientos básicos, los resultados más destacados y las principales conclusiones, haciendo hincapié en lo más novedoso o de mayor importancia.
   Se identificarán de tres a cinco palabras clave que faciliten a los documentalistas el análisis documental del artículo y que se publicarán junto con el resumen.

6. **Método IMRYD y extensión:**
   - Introducción.
   - Métodos.
   - Resultados.
   - Discusión.

   La extensión máxima del trabajo será de 10 folios, interlineado sencillo y letra fuente tamaño 12.

7. **Referencias bibliográficas.** Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto.

8. **Ilustraciones (figuras).** Las imágenes, fotos, dibujos, tablas, etc., que deban incluirse en los trabajos, se deberán enviar preferentemente en disquetes o CD o por e-mail, escaneadas a alta resolución.
   En caso de ser imposible el escaneado, se enviarán junto con el disquete del texto por vía postal.
   Conviene indicar el pie de foto que se prefiere para la ilustración, y las aclaraciones que la conecten con el desarrollo del texto.

9. **Abreviaturas y símbolos.** Utilice únicamente abreviaturas normalizadas. Evite las abreviaturas en el título y en el resumen. Cuando en el texto se emplee por primera vez una abreviatura, ésta irá precedida del término completo, salvo si se trata de una unidad de medida común.

10. El Consejo de Redacción y la AEEU no se hacen responsables de las opiniones ni de los resultados obtenidos en los trabajos. La alusión y/o fotografías de personas y entidades debe estar controlada por el autor/es, con el compromiso de haber respetado la privacidad, imagen y confidencialidad de los interesados.

EDITORIAL

Un año más

Un año más se nos va, un año que, como siempre, nos deja cargado de vivencias y recuerdos, algunos buenos y otros no tanto, pero quedémonos con lo bueno.

Haciendo balance, hemos sacado adelante nuestra publicación, con una aportación científica creemos que importante, cada vez los trabajos tienen más contenido y rigor científico, vamos perdiendo el miedo a escribir artículos, a publicar, en una palabra a investigar y además compartir y expresar nuestros conocimientos en los foros científicos para que puedan ser utilizados por toda la comunidad.

Hemos tenido un congreso, son treinta ya, con bastante nivel tanto en sus ponencias como comunicaciones orales y pósters; la sala, permanentemente llena, es un reflejo de cómo nuestro interés y afán de superación va «in crescendo».

Estamos preparando con ilusión lo que en breve será nuestro II Curso de Investigación, creo que esta es la línea que debemos seguir y lo que se nos avecina en los próximos años, Grado, Másters y Doctorado, requiere de nuestro máximo esfuerzo en este sentido para poder alcanzar ese grado de Doctor en Enfermería, que debe ser un reto para todos.

Así que, como siempre, un año más,

Felicidades y enhorabuena a todos.

Asociación Española de Enfermería en Urología

Les ruego reciban esta solicitud de admisión como socio/a de la **Asociación Española de Enfermería en Urología**, con derecho a recibir la revista ENFURO y todos los demás reflejados en los estatutos vigentes.

Asociación Española de Enfermería en Urología

NOMBRE Y APELLIDOS.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... CP..... TELÉFONO.....

CORREO ELECTRÓNICO.....

Solicita la admisión como socio de la Asociación **(Asociación Española de Enfermería en Urología)** por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La cuota de socio anual es por un importe de 50 euros mediante pago en cuenta corriente.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BANCO/CAJA:..... OFICINA.....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la Asociación Española de Enfermería en Urología

Fecha: Firma

Asociación Española de Enfermería en Urología. Colegio Oficial de Enfermería. Avda. Ramón y Cajal, 20 - 41005 Sevilla

Jurado Hernández R.[1], Moreno Maudo C.[2], González Manzano V. M.[3], Cid Losada P.[2], García Murillo Mª. A.[2] y González Burguillos J.A.[2]

[1] Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla
[2] Hospital Universitario de Valme. Sevilla
[3] Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Trabajo ganador a la mejor comunicación presentada al XXX Congreso celebrado en Jerez

Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas

RESUMEN

Hemos estudiado la evolución de mujeres menopáusicas con incontinencia urinaria de esfuerzo a las que propusimos medidas terapéuticas innovadoras, entre las que se encontraban la toma de fitoestrógenos con la intención de que «engañaran» a la evolución natural del cuerpo de la mujer al llegar a estas edades.
También utilizamos medidas clásicas como los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico asociados al mantenimiento de bolas chinas en vagina, magníficas para este fin, aunque más conocidas como juguete sexual.
Los resultados obtenidos a los 6 meses de la implantación de estas medidas han sido espectaculares, teniendo en cuenta el bajo coste y la inocuidad del tratamiento.
Palabras clave: incontinencia urinaria, soja, fitoestrógenos, isoflavonas, rehabilitación suelo pélvico.

SUMMARY

We have studied the evolution of menopausal women with effort Urinary Incontinence to whom we suggested innovative therapeutic measures, such as taking with the intention that they «trick» the natural evolution of woman's body when arriving at these ages.
We also use classic measures such as the rehabilitation exercises of the pelvic floor associated with the maintenance of ben wa balls in vagina, excellent for this purpose, although they are best known as a sexual toy.
The obtained results in 6 months from the introduction of these measures have been spectacular taking into account the low cost and the harmlessness of the treatment.
Keywords: Urinary incontinence, soya, Isoflavones, pelvic floor rehabilitation.

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es uno de los síntomas por los que la mujer menopáusica recurre más a la consulta. Representa una problemática no sólo física, sino también psicosocial y socioeconómica: un millón y medio de mujeres padecen trastornos de este tipo en España y hay estimaciones de un 10% más que permanecen en silencio.

La IU que más se da en esta etapa de la vida es la de esfuerzo (IUE), debida a un fallo de los mecanismos intrínsecos y extrínsecos. El epitelio de la uretra y el trígono de la vejiga presentan el mismo origen embriológico que el de la vagina y son sensibles a los estrógenos. Ante la deficiencia de ellos aparece un descenso de la elasticidad uretral, así como una tonicidad y una vascularización pobre. La uretra distal se hace rígida y poco elástica y su epitelio se adelgaza y pasa a ser muy susceptible a traumatismos e inflamación.

Esta situación no se da por igual en todas las mujeres, debido a múltiples factores, por ello y para matizar más debemos cuantificar el grado de esta incontinencia y a efectos epidemiológicos es importante medirla, ya que no es lo mismo que la mujer sufra escapes excepcionales a que use absorbentes a diario.

	Edad (años)	
Frecuencia	45-54 (%)	>55 (%)
Esporádicamente	33,0	79,3
Una vez al mes	5,4	12,3
Una vez a la semana	5,4	16,7
Diariamente	10,0	37,9

Al margen de los números, la mujer menopáusica sufre un gran número de síntomas genitourinarios que alteran su actividad en la vida diaria, movilidad, cuidado corporal y función mental, lo que le provoca angustia, síntomas depresivos y

sensación de malestar psicológico, que acaba repercutiendo en la relación social y restringe su actividad.

La IUE es la responsable de esas pérdidas involuntarias de orina durante el ejercicio físico, situaciones como toser, reír o estornudar o incluso con esfuerzos mínimos, andar, hablar más fuerte o levantarse del asiento. Esta situación se produce cuando la presión intravesical supera a la uretral máxima sin contracción del detrusor (1).

A esta situación se suma la pérdida de colágeno en la zona urogenital, piel, ligamentos uterinos y fascia vesicovaginal, la modificación del Ph, la sequedad vaginal, la coitalgia, la disminución del deseo y con ello la lubricación vaginal y el deterioro de todas las estructuras de sostén del suelo pélvico, consecuencia de la disminución de los estrógenos.

Todas estas cuestiones son tratadas en las sesiones de Educación para la Salud en Menopausia que impartimos en nuestro centro de salud y que están destinadas a mujeres que ya han comenzado con trastornos, incluso asisten otras más jóvenes a nivel informativo.

Estas mujeres han sido incluidas en un estudio, que venimos realizando hace un año, sobre calidad de vida en esta época y las modificaciones que se han producido tras la toma de isoflavonas de soja durante 6 meses de forma continuada.

El uso de la fitoterapia no es un descubrimiento contemporáneo, puede considerarse una práctica milenaria procedente del Lejano Oriente y antiguas civilizaciones como Mesopotamia, Egipto, Grecia…, difundían sus conocimientos y eran recogidos en documentos que han llegado hasta nuestros días. Muchos de estos remedios aún continúan vigentes, como es el caso de los fitoestrógenos y del arándano rojo para las cistitis y bacteriurias, y se revelan como una sólida alternativa para el alivio y curación de diversas patologías donde la farmacología convencional se está mostrando ineficaz (2).

Los fitoestrógenos se agrupan en 4 familias farmacológicas: lignanos, cumestanos, lactonas e isoflavonas. Dentro de las isoflavonas destacan dos: la genisteina y la daidzeina (8).

Estos compuestos se encuentran en una gran variedad de plantas, cereales, legumbres y hortalizas, sin embargo los granos de soja son la fuente de isoflavonas más abundante de la naturaleza, lo cual hará que las poblaciones que consumen habitualmente este producto vegetal (las orientales) sean las que tienen una mayor riqueza de fitoestrógenos en su dieta, repercutiendo de manera positiva en diversos aspectos sanitarios.

Partamos, entonces, de los estudios experimentales y en humanos que demuestran la presencia de receptores estrogénicos en la vejiga, en el trígono, en la uretra y en los músculos del suelo pélvico, teóricamente es posible una acción hormonal directa de los estrógenos sobre el tracto urinario, además de una acción indirecta, porque los receptores alfadrenérgicos incrementan el tono muscular y la contractibilidad del cuello vesical y de la uretra (3).

La terapia hormonal con estrógenos también presenta un efecto vascular, manteniendo la presión interior de la uretra, aumentando el flujo sanguíneo y ayudando a la coaptación de la uretra.

Por tanto, nos preguntamos: ¿sería posible que al estar sustituyendo de forma vegetal la carencia de estrógenos en estas mujeres produzca en ellas los mismos efectos beneficiosos, como si aún continuaran con los niveles hormonales mantenidos? Intentaremos demostrarlo.

Objetivos

De cada 2.000 mujeres posmenopáusicas, a lo largo de un año, 20 sufrirán problemas cardiacos, 11 osteoporosis, 6 cáncer de mama y 3 de endometrio, pero TODAS presentarán atrofia urogenital. Es evidente la importancia y relevancia que la prevención de este tipo de sintomatología puede incidir en la calidad de vida de la mujer, por ello nuestro objetivo prioritario sería poner a su alcance todas las herramientas posibles para sus autocuidados.

Nuestro primer paso fue medir la prevalencia de IUE en un grupo de mujeres, así como la presencia de otros síntomas. Posteriormente tomaron isoflavonas de soja a dosis de 40 mg/día durante 6 meses y lo combinaron con las medidas rehabilitadoras del suelo pélvico e higiénico-sanitarias del tracto urogenital que les propusimos; posteriormente en *Material y método* reseñaremos.

Pasados los 6 meses medimos de nuevo cómo habían evolucionado los síntomas.

Material y método

Los resultados obtenidos en este trabajo son un fragmento del estudio abierto, prospectivo, observacional y no aleatorio que venimos realizando desde hace un año («Menopausia, soja y calidad de vida»).

La valoración de la calidad de vida se ha hecho a través de la «Escala Cervantes», primera escala específica para la menopausia en la mujer española, creada por miembros de la Asociación Española de Estudios para la Menopausia (AEEM).Tras un largo trabajo de dos años, 40 especialistas en Ginecología de todo el territorio nacional elaboraron este cuestionario fácil, rápido de completar, autoadministrable y útil, ya que permite evaluar las mejorías producidas tras una intervención terapéutica. Abarcando por primera vez la sutil unión de los cambios físicos, las influencias culturales y las percepciones individuales.

La Escala Cervantes consta de 31 ítems estructurados en cuatro dimensiones: menopausia y salud, sexualidad, dominio psíquico y relaciones de pareja, con las subdimensiones de sintomatología vasomotora, salud y envejecimiento.

Su uso se establece en la población femenina de 45 a 64 años de edad, es corto, requiere un tiempo de autoadministración de unos 7 minutos y por su anonimato es de gran relevancia para conocer qué sienten las mujeres en esta etapa de la vida (4).

Dentro del dominio menopausia y salud es donde se encuentran enmarcadas las cuestiones relativas a la IU, de donde hemos recabado los resultados para la elaboración de este trabajo.

Tras meses de contactos, la presentación de nuestro proyecto en la sede de la AEEM en Madrid y una primera negativa, esta es la primera ocasión en la que un grupo de enfermeros han sido autorizados para el uso de esta escala.

Una vez seleccionadas las 60 mujeres que incluiríamos en el estudio, se les entregó el cuestionario y el primer envase de isoflavonas de soja no transgénica, con 99% de pureza (*Flavo valeriana*). Durante las sesiones de Educación para la Salud se les explicó las bondades del uso de la fitoterapia y la importancia de la continuidad de la toma de 40 mg para obtener resultados a corto, medio y largo plazo.

Desde el primer día pusieron en práctica la mayoría de las medidas higiénico-rehabilitadoras que les propusimos; explicamos los ejercicios de Kegel, tutelados en principio y continuados individualmente, aconsejamos hábitos miccionales adecuados como el no retener la orina tras el primer deseo miccional, la eliminación de la orina residual posterior a la micción, la micción poscoito, el secado o limpieza de la zona genital siempre de delante hacia atrás, el uso de ropa interior de algodón, evitando las fibras y los tangas, el abandono de los salvaslips, el no usar líquidos antisépticos para la higiene íntima, la reposición del lactobacillus vaginal con aplicaciones de yogur blanco sin azúcar, el permanecer sin ropa interior unas horas al día, el evitar la ocupación permanente del recto (estreñimiento)… Y por último les lanzamos el reto de adquirir unas bolas chinas en un comercio especializado, que las introdujeran en la vagina, primero una y luego la otra, y que trataran de mantenerlas en su interior. Como tienen tendencia a deslizarse hacia fuera, provocan una contracción refleja de los músculos de la pelvis. Con este acto reflejo la mujer toma conciencia de lo que es la contracción y hace que retenga las bolas (5).

Por añadidura, la vida sexual de estas mujeres se vio mejorada y enriquecida.

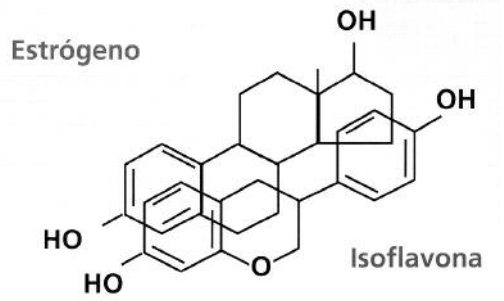
Trascurridos 6 meses valoramos los cambios que se habían producido tanto cualitativa como cuantitativamente.

DISCUSIÓN

A pesar de la controversia que existe entre profesionales de la efectividad de las isoflavonas en el tratamiento de la sintomatología climatérica, su mecanismo de acción pone en evidencia que son muchos los beneficios que podemos obtener de su uso, sin olvidar su inocuidad y su ausencia de efectos secundarios, salvo las flatulencias que en determinadas personas producen.

Las isoflavonas activan el receptor estrogénico y tienen por él menos afinidad que los estrógenos. Cuando hay estrógenos, son éstos los que ocupan los receptores. Por eso, en ausencia de estrógenos endógenos, los fitoestrógenos se comportan como tal (6).

Estructura química del estrógeno y la isoflavona



Es importante recordar que hay 4.000 fitoestrógenos descritos, pero sólo unos pocos son activos biológicamente, y a las dosis recomendadas.

Las herboristerías y parafarmacias venden toda clase de derivados de soja, pero generalmente ninguno alcanza la pureza y la dosis que se requiere para que se produzcan los cambios espectaculares que la mujer manifiesta. Por ello, los fitoestrógenos siempre deben adquirirse en farmacia y deben figurar en el margen superior derecho del envase las siglas EFP (7).

La asociación que hemos utilizado en el estudio (Genisteina + Valeriana Officinalis), además de disminuir los sofocos a los 20 días de tratamiento, mejora el sueño, el estado de ánimo y la irritabilidad y mejora la memoria. Además, frena la osteoporosis, disminuyen los lípidos, mejora el filtrado glomerular, el flujo renal y la excreción de albúmina (8)…; ante esta mejoría evidente de su salud, de su calidad de vida y de su autoestima, la mujer toma las riendas de sus cuidados, motivándola a realizar todas las medidas preventivas y rehabilitadoras que les propusimos, que a su vez le proporcionaron un mayor nivel de bienestar físico, mental y sexual.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de un estudio observacional es el de evaluar una posible relación causa-efecto entre una intervención sanitaria y un determinado resultado de interés.

Los dos tipos de estudios observacionales que pueden ser utilizados en la investigación de resultados en salud son el estudio de cohorte y el estudio de casos y controles. El estudio de cohortes es el estudio observacional más parecido al ensayo clínico (9). No hemos utilizado el de caso-control porque no hemos hecho un seguimiento exhaustivo de las mujeres que no tomaron fitoestrógenos, salvo en revisiones posteriores que nos manifestaron que continuaban con el mismo cortejo sintomático y que el motivo fundamental por el que no habían continuado la toma era el económico.

De la totalidad de mujeres que reciben Educación para la Salud en menopausia en nuestro centro durante el último año (150), seleccionamos 60 que habían mantenido la toma de isoflavonas en este periodo de forma más o menos ininterrumpida. Todas manifestaron que habían realizado los ejercicios de

Kegel de forma satisfactoria, a excepción de dos. Algunas se atrevieron con la modalidad que les enseñamos denominada «el ascensor», que se utilizaba también para atraer el deseo en las disfunciones sexuales.

Cuando propusimos la adquisición de bolas chinas, se mostraron reacias e incrédulas, pero todo se solucionó con la visita conjunta al centro especializado. Una vez allí perdieron el pudor y se animaron a adquirir algún artículo más.

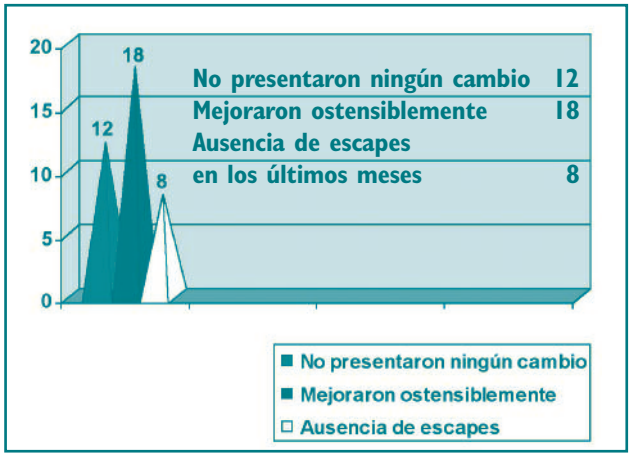
No todas las que tomaban fitoestrógenos se decidieron a comprar y a usar las bolas, sólo 46, que progresivamente fueron adiestradas en su manejo. En un primer intento, 41 consiguieron que no se les deslizaran al exterior, las 5 restantes también, aunque trascurrido un mes y varias visitas infructuosas.

Trabajar con estas mujeres individualizadamente hace que se obvien los porcentajes, por lo que los resultados finales los plasmaremos en cifras enteras, ya que una a una presentaron su propia problemática y no merecerían ser tratadas en %.

Nuestra prevalencia para IUE en distintos grados fue de 38 con respecto a las 60 mujeres captadas, es sensiblemente superior a la media nacional, que como comentamos en un principio era del 37,9%. Probablemente esta diferencia sea atribuible a la confianza con que nos manifestaban sus síntomas, que hoy por hoy continúa siendo un tema tabú en la consulta médica normal.

Estas 38 mujeres son las que más constancia, ilusión y perseverancia pusieron en utilizar todas las medidas correctoras del suelo pélvico.

Tras 6 meses de toma de fitoestrógenos + ejercicios de Kegel en su domicilio + mantenimiento de bolas chinas casi a diario + medidas higiénicas de la zona genitourinaria, pudimos evaluar:



Probablemente escucharemos voces de los escépticos que atribuirán la mejoría de estas mujeres exclusivamente a las medidas rehabilitadoras, pero en nuestra experiencia de años jamás vimos tanta constancia, tanta esperanza, tanta mejoría en la calidad de vida, que probablemente hayan ayudado a la fidelización de las pautas terapéuticas que establecimos.

Por tanto, debemos rendirnos a la evidencia de los datos que diferencian considerablemente la evolución favorable de la IUE con ejercicios rehabilitadores exclusivamente y la mejoría ostensible con la fitoterapia añadida, casi comparable a los resultados obtenidos cuando se aplican tratamientos de biofeedback, pero evidentemente con menor coste.

La menopausia y su transición constituyen un periodo óptimo para la intervención y el comienzo de nuevos desafíos, evitar la enfermedad, la discapacidad, mantener una alta función física y psíquica y sobre todo evitar el impacto que tienen los síntomas menopáusicos sobre la percepción de la calidad de vida. Nosotros hemos sido los primeros sorprendidos al evaluar el impacto que han supuesto nuestras intervenciones terapéuticas. ▼

«Quien nada sabe, nada ama. Quien nada sabe, nada entiende… cuanto más conocimiento haya en una cosa, tanto mayor el amor… todo estriba en el conocimiento. De él viene todo fruto… cada cual cree en aquello que conoce».
Paracelso

Bibliografía

1. «Incontinencia urinaria y disfunciones del suelo pélvico en la mujer». Institut Clinic de Ginecología, Obstetricia i Neonatología. Corporació Sanitaria Clinic. 1999. *Ausonia*. Volumen 1.
2. «Infeccion del tracto urinario y cistitis. Aportación de la Fitoterapia. El arándano rojo». Rousaud Baron A. *Revista Urología Integrada y de Investigación*. 2007.
3. «Incontinencia urinaria y disfunciones del suelo pélvico en la mujer». Institut Clinic de Ginecología, Obstetricia i Neonatología. Corporació Sanitaria Clinic. 1999. *Ausonia*. Volumen 2.
4. «Escala Cervantes. Una aproximación a la realidad de la mujer menopáusica española». *Revista AEEM*. Febrero 2004. Pág. 6-7.
5. «Incontinencia urinaria y disfunciones del suelo pélvico en la mujer». Institut Clinic de Ginecología, Obstetricia i Neonatología. Corporació Sanitaria Clínic. 1999. *Ausonia*. Volumen 3.
6. «Manejo y utilización de fitoestrógenos en Atención Primaria». Dr. Javier Haya. XXVI Congreso Nacional de SEMERGEN. Granada. Octubre 2004.
7. «¿Son técnica y legalmente iguales todos los extractos con isoflavonas de soja? Diferencias entre especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP) y complementos alimenticios», Álamos A., Pelayo I., Álamo C. *Rev. Toko-Ginecología práctica*. Nº 672. Enero-Febrero 2004.
8. «Aplicación clínica de los fitoestrógenos en la menopausia». Kit de formación. CHIESI.
9. *La investigación de resultados en salud*. Xavier Badía Llach. Edimac. Barcelona. 2000.
10. «Estudio clínico para evaluar la efectividad de isoflavonas en mujeres en situación de menopausia». Hormigo A., García Ruiz A. J., García Ruiz M. C., Aparicio M. J., Baca Osorio A., Blanca F. *Rev. Toko-Ginecología práctica*. 2004. Selección de bibliografías sobre isoflavonas.

Riomoros Sanz, M.B.; Herrero Cecilia, I.; Carrasco Díaz, R.
Enfermeras Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones

RESUMEN

Dentro de los carcinomas del tracto urinario, los tumores de vejiga constituyen, junto con el de próstata, la causa principal de las derivaciones urinarias. Hablamos por lo tanto de un problema de salud más frecuente de lo que pensamos, cuya solución es quirúrgica: realización de una cistectomía total.

Nuestro objetivo es conocer las distintas formas de realización y de elección de una cistectomía total, diferenciando entre los dos grandes grupos principales: ureteroileostomía y neovejiga. Las diferencias entre un procedimiento u otro conllevarán unos cuidados enfermeros distintos.

Palabras clave: cistectomía total, diferencias, cuidados enfermeros.

SUMMARY

Inside the urinary tract carcinomas, bladder tumors constitute together with that of prostate, the mainspring of the urinary derivations. Therefore, we talk about a problem of health more frequent than what we think, which solution is surgical: accomplishment of a total cystectomy.

Our goal is to know the different ways of accomplishment and of choice of a total cystectomy, differentiating between the two main groups: ureteroileostomy and neobladder. The differences between a procedure or another will entail some different nursing cares.

Keywords: total cystectomy, differences, nursing cares.

Introducción

Los tumores de vejiga se han erigido, junto con los de próstata, en la primera causa de las derivaciones urinarias.

En los últimos años, este tipo de tumores ha experimentado un aumento significativo tanto en Europa como en EEUU, llegando a ser una de sus enfermedades más comunes.

Cuando estamos ante un cáncer de vejiga invasivo, la solución más habitual es la realización de una cistectomía radical, que consiste en la extirpación de toda la vejiga.

A pesar de las distintas opciones quirúrgicas ante este problema de salud, podemos hablar de dos grandes grupos a la hora de llevar a cabo una cirugía de este tipo. La elección de uno u otro tipo atenderá al pronóstico y calidad de vida del paciente. Así, podemos hablar de:

- Derivación urinaria continente (ortotópica): Para la eliminación y exteriorización de la orina se utilizará la vía natural o uretra. Es lo que conocemos como sustitución vesical por un asa ileal (neovejiga).
- Derivación urinaria no continente (heterotópica): Para la eliminación y exteriorización de la orina se creará una vía artificial. Es el caso de la ureteroileostomía cutánea tipo Bricker, que constituye la derivación urinaria más frecuente en Europa.

En función de la elección de un tipo de cirugía u otro, nos encontraremos con un paciente demandante de unos cuidados enfermeros u otros. Es importante conocer las semejanzas y diferencias que podemos encontrar. Y no sólo a la hora de aplicar cuidados. Estamos ante un tipo de pacientes donde la educación sanitaria es primordial. El autosondaje y el autocuidado de una urostomía son algunos de los aspectos básicos que el paciente deberá aprender a realizar. El fomento del autocuidado se llevará a cabo desde el momento en que la situación clínica del paciente y familia lo permitan.

Cuanto más claro tengamos los aspectos comunes y las diferencias de cuidados entre ambos grupos de pacientes, mejores resultados obtendremos.

Para ello, nos ayudaremos de un cuadro comparativo, donde señalamos los aspectos más importantes a tener en cuenta desde el postoperatorio inmediato hasta el alta hospitalaria, tanto en un paciente al que se le ha realizado una ureteroileostomía (Bricker) como al que se le lleva a cabo una neovejiga.

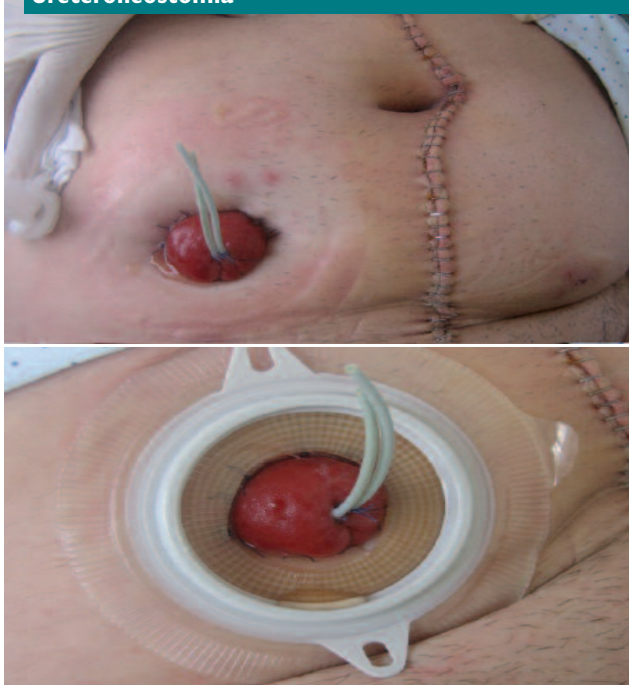
	NEOVEJIGA	URETEROILEOSTOMÍA
CUIDADOS PREOPERATORIOS	■ ¿Qué sabe el paciente de su intervención y consecuencias? ■ Preparación intestinal. ■ Preparación psicológica. ■ Enseñar a usar el incentivador respiratorio.	■ ¿Qué sabe el paciente de su intervención y consecuencias? ■ Preparación intestinal. ■ Preparación psicológica. ■ Enseñar a usar el incentivador respiratorio.
POSTOPERATORIO INMEDIATO	■ Mantenimiento de constantes vitales. ■ Cuidado de heridas quirúrgicas. ■ Permeabilidad de sondas. ■ Cuidado de catéteres y accesos venosos. ■ Movilización precoz del paciente. ■ Recuperación del tránsito intestinal. ■ Cuidados del paciente con nutrición parenteral.	■ Mantenimiento de constantes vitales. ■ Cuidado de heridas quirúrgicas. ■ Permeabilidad de catéteres ureterales y conducto ileal a través del estoma. ■ Cuidado de catéteres y accesos venosos. ■ Movilización precoz del paciente. ■ Cuidados del paciente con nutrición parenteral.
POSTOPERATORIO TARDÍO	■ Vigilancia y control de catéter vesical (lavados con suero fisiológico si existe mucosidad). ■ Enseñanza de ejercicios de autovaciamiento de vejiga (ejercicios de Credé). ■ Explicar la importancia de la higiene en la zona genital. ■ Orientación sobre la dieta adecuada (ingesta hídrica abundante). Cuidados de herida quirúrgica. ■ Implicación temprana del paciente y familia en sus cuidados. ■ Coordinación con otras unidades de enfermería sobre el seguimiento de sus cuidados, que seguirá después de su hospitalización. (Informe de alta de enfermería al centro de salud correspondiente).	■ Vigilancia y cuidados de permeabilidad de catéteres ureterales mientras se mantengan. ■ Cuidados de estoma y piel circundante. ■ Cuidados de herida quirúrgica. ■ Recuperación adecuada del tránsito intestinal. ■ Implicación temprana del paciente y familia en los cuidados, tanto en el manejo de la urostomía como en la identificación de signos de alarma. ■ Coordinación con otras unidades de enfermería sobre el seguimiento de cuidados y refuerzo constante de lo aprendido, manteniéndose tras el ingreso hospitalario. (Informe de alta de enfermería al centro de salud correspondiente).

Observando el cuadro anterior, podemos inferir que estamos ante un grupo de personas cuyas vidas van a sufrir grandes cambios. Tener una vejiga «nueva», constituida de íleon del propio paciente, o tener una urostomía implica una readaptación y adquisición de nuevos hábitos de vida. Para conocer mejor qué cambios sufrirá una persona por el hecho de ser sometido a una cistectomía radical, mostraremos un nuevo cuadro comparativo, distinguiendo entre un tipo de procedimiento quirúrgico y otro. Aspectos que tendremos que tener en cuenta a la hora de la atención integral e integrada que un profesional de enfermería deberá prestar.

Una vez conocidos todos los aspectos que afectan al paciente, vamos a centrarnos en nuestra experiencia como enfermeras con este tipo de pacientes.

TENER UNA VEJIGA «NUEVA», CONSTITUIDA DE ÍLEON DEL PROPIO PACIENTE, O TENER UNA UROSTOMÍA IMPLICA UNA READAPTACIÓN Y ADQUISICIÓN DE NUEVOS HÁBITOS DE VIDA

Ureteroileostomía



	NEOVEJIGA	URETEROILEOSTOMÍA
ASPECTOS QUE CAMBIARÁN	■ Externamente no hay cambios. ■ Reflejo de micción anulado. ■ Probable incontinencia urinaria nocturna. Puede ser necesario el uso de pañales o compresas. ■ Aprendizaje y uso frecuente del autosondaje y de técnicas de vaciamiento de vejiga (maniobras de Credé). ■ Aprenderá a conocer signos de infección urinaria, que pueden ser frecuentes. ■ Cambios en hábitos dietéticos: abundante ingesta hídrica. Recomendable zumo de arándanos, para prevenir las infecciones urinarias. ■ Posible aparición de impotencia sexual.	■ Externamente hay cambios: llevará una ureterostomía y deberá aprender a manejarla. ■ Cuidados de la piel periestomal. ■ Identificación de complicaciones del estoma. ■ No debe cargar pesos. ■ Cuidado con ciertos deportes, como los de agua, que deberá limitarlos. ■ Evite el sobrepeso: dificulta la adhesión de los discos de la ureterostomía. ■ Correcta ingesta hídrica. ■ Cambio en hábitos dietéticos: restringir alimentos que modifican el olor o color de la orina, como espárragos o ajos. Ingesta hídrica abundante. ■ Cuando viaje, debe llevar siempre todo el material que precise para su estoma.

Material y métodos

Utilizando como base el perfil tipo del paciente afectado de un carcinoma de vejiga, los aplicaremos a nuestra población de estudio. Con técnicas estadísticas sencillas, confrontaremos distintas variables que influyen a la hora de establecer un perfil de una persona que precise una cistectomía radical, variables como la edad, sexo o factores de riesgo como el tabaco. De esta manera sabremos si la población sobre la que vamos a realizar nuestro estudio está dentro de los rangos medios. Nuestro tiempo de estudio abarca desde octubre de 2004 hasta julio de 2007.

Los registros informáticos han facilitado la labor de recogida de datos y nos ha permitido llevar a cabo todas las relaciones con veracidad, y con el menor sesgo posible.

Para poder realizar los cuadros comparativos y a la vez diferenciales entre un tipo y otro de cirugías hemos precisado de la taxonomía enfermera NANDA, así como NIC y NOC.

Resultados

Durante el periodo de tiempo indicado (octubre de 2004 a julio de 2007), 12 han sido los casos sobre los que hemos trabajado.

Si comparamos el perfil tipo del paciente que es sometido a una cistectomía radical, vemos que nuestra muestra de estudio cumple con los «requisitos esperados»:

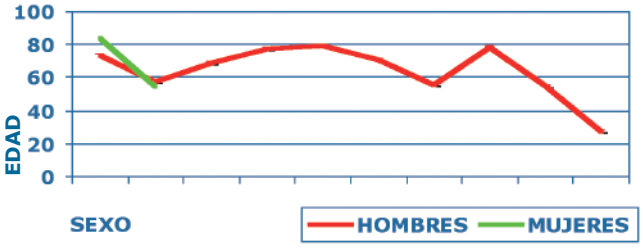
Perfil tipo paciente sometido a cistectomía radical

- La proporción de incidencia es mucho mayor en hombres que en mujeres, aproximadamente de 3 a 1.
- La edad media oscila entre los 60 y 70 años.
- Muchos estudios demuestran la conexión entre el consumo de tabaco y el aumento de incidencia del cáncer de vejiga.
- La técnica más frecuente es la ureteroileostomía.

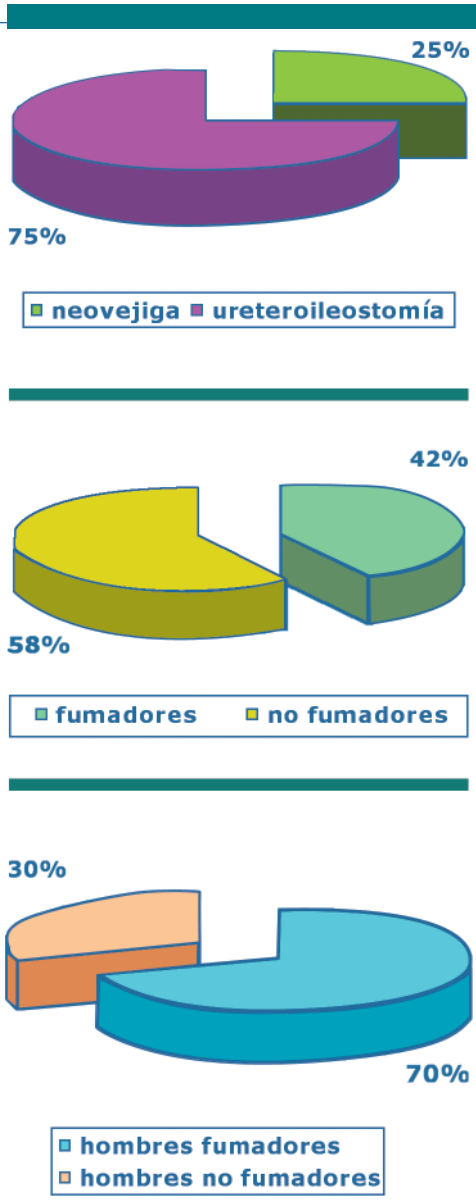
Perfil paciente de nuestro hospital

- De los 12 pacientes de estudio, sólo 2 eran mujeres.
- La edad media oscila entre los 60 y 70 años. Aunque es necesario resaltar que dos de los pacientes tenían edades más extremas, tanto por encima como por debajo.
- El 70% de los hombres intervenidos de una cistectomía radical eran o habían sido fumadores.
- La técnica más frecuente ha sido la ureteroileostomía (75% frente a un 25%).

A continuación mostramos algún cuadro del perfil del paciente del Hospital de Fuenlabrada.



En algunos de los casos la técnica inicial de elección no había sido la ureteroileostomía, sino la realización de una neovejiga. Sin embargo, distintos problemas clínicos no permitieron la realización final de esta técnica. Esto nos indica que siempre hay que contar con la opinión del paciente y de su familia. Su capacidad para el autocuidado, el apoyo familiar con el que cuente, así como sus condiciones de salud determinarán la realización de una cirugía u otra.



EL CARCINOMA DE VEJIGA ES EL CUARTO TIPO DE CÁNCER ENTRE LA POBLACIÓN MASCULINA DE PAÍSES DESARROLLADOS, LO QUE DA IDEA DE LA CANTIDAD DE PERSONAS AFECTADAS POR ESTE TIPO DE PATOLOGÍA

Conclusiones

El carcinoma de vejiga es el cuarto tipo de cáncer entre la población masculina de países desarrollados, lo que da idea de la cantidad de personas afectadas por este tipo de patología.

Dentro de las opciones de solución existentes destacan dos grupos principales de cirugía. Una de ellas, la ureteroileostomía, conllevará cambios tanto externos (urostomía) como de calidad y estilo de vida. La neovejiga, como el Studer, aunque no conllevará cambios externos, sí tendrá también modificaciones en la vida de estos pacientes.

Pero hay que tener presente que no siempre la primera opción de elección es la que se lleva a cabo, porque las condiciones previas del paciente no permitirán optar por la solución deseada. Lo que hay que resaltar es que siempre hay que tener en cuenta la decisión del paciente. Y esto conlleva una información adecuada, veraz y extensa. La implicación del paciente desde el primer momento de él y su familia será imprescindible para lograr una adaptación correcta a su nueva situación. ▼

Bibliografía

Manual sobre derivaciones urinarias. Coloplast Productos Médicos, 2001.

Cabello Benavente R, Castillo O, Pinto I, Hoyos J, Vitagliano G, Díaz M, Hernández Fernández C. *Derivación urinaria; de Bricker a Studer. A propósito de dos casos*. 2005. Nota clínica.

Enciclopedia práctica de Enfermería. Editorial Planeta.

«Cistectomía radical y reconstrucción de la vía urinaria». *Atlas de técnica quirúrgica*. J Angulo; J.González.

Inmaculada Menasanch Martí, Raquel Franch Llasat, Mª Teresa Peig Martí, Jessica Moreno Gallego, Sandra Anento Nolla, Lluisa Brull Gisbert, Mª Teresa Escoda Pellisa

Acreditación hospitalaria: cómo conseguirla (implicación del Servicio de Urología del HTVC)

Introducción

A principios de los años ochenta, después de obtener las transferencias en materia de sanidad, el Departament de Salut decidió poner en marcha un sistema de evaluación externo de la calidad de todos los hospitales de enfermos agudos, la acreditación.

La acreditación de los centros sanitarios es un proceso por el cual un hospital garantiza un nivel de competencias de la organización y le sitúa en relación a un conjunto de estándares previamente establecidos, consensuados y adaptados a cada territorio, en nuestro caso por el Departament de Salut de la Generalitat (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, Decret 5/2006, 17 de Gener), es una forma de incentivar a los centros sanitarios hacia una mejora de la calidad asistencial y a la vez evaluar si una organización es competente para el trabajo que realiza. Pueden solicitar acreditarse todos los centros de atención sanitaria, públicos y privados.

El nuevo modelo de acreditación se basa en el modelo EFQM, donde se evalúan 9 criterios, 531 estándares esenciales y 769 no esenciales, para obtener el certificado de la acreditación se han de cumplir un 60% de los esenciales.

En nuestro Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (Tarragona), durante el año 2007 hemos realizado el proceso de la acreditación y vamos a describir lo que hemos hecho en el servicio de Urología para adaptarnos a los estándares esenciales establecidos.

Objetivos

- Evaluar las actividades que se realizan en el hospital.
- Impulsar la mejora de la calidad.
- Garantizar la confianza a ciudadanos y profesionales.
- Dar prestigio a nuestros cuidados y al hospital.

Material y método

- Explicar a todos los miembros del equipo el proceso de acreditación.
- Formación en servicio por la unidad de Calidad del hospital.
- Creación de grupos de mejora dentro de la unidad de Urología.
- Detección de las áreas de mejora y acciones a realizar.
- **Modelo EFQM**, tiene como objetivo ayudar a las organizaciones a conocerse a sí mismas, el concepto es la

autoevaluación y permite al equipo directivo establecer líneas de mejora. Se resume en **criterios esenciales** que son obligatorios para obtener la acreditación y **criterios no esenciales** que son de mejora continua y el centro los puede conseguir de manera voluntaria.

Para cada grupo de criterios hay un conjunto de reglas de evaluación basadas en la llamada «LOGICA REDER».

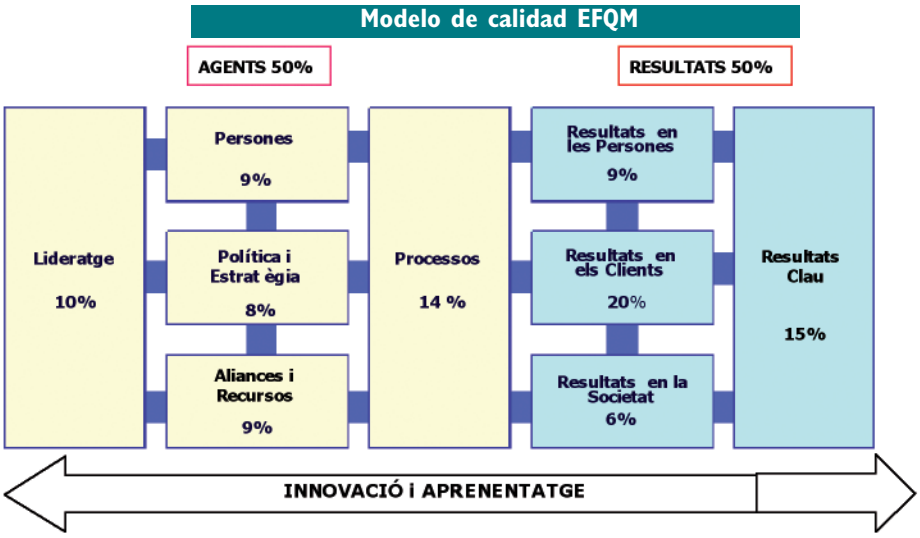
RESULTADOS: Lo que la organización consigue.

ENFOQUE: Lo que la organización piensa hacer.

DESPLIEGUE: Lo que realiza la organización para poner en práctica el enfoque.

EVALUACIÓN Y REVISIÓN: Lo que hace la organización para evaluar y revisar el enfoque y despliegue.

- Gestión de carteleras.
- Evaluaciones de competencias.
- Formación de grupos de trabajo.
- Participación en la tutoría de los nuevos profesionales.
- Participación en la formación de los alumnos de enfermería y ciclos formativos.
- Garantizar la información con reuniones mensuales.
- Reconocimiento de los miembros del equipo por las DPO.
- Protocolo de acogida del personal.
- Formación en servicio.



LIDERAZGO (CRITERIO 1). La forma en que el equipo directivo facilita que se desarrolle la misión y valores.

Miembros del servicio de Urología que participan en la elaboración:

- Plan estratégico.
- Misión y carta de compromisos del hospital.
- Comisiones: Calidad, Farmacia, Transfusiones.
- Grupo promotor del comité ético asistencial.
- Grupo de terapia endovenosa.
- Grupo de UPP.
- Dirección técnica asistencial.

POLÍTICA Y ESTRATEGIAS (CRITERIO 2). Cómo materializa la organización su misión, apoyada por planes, objetivos y procesos adecuados.

- Implicación en la planificación de DPO.
- Participación en el plan de calidad.
- Continuidad asistencial hospital-primaria de algún proceso (Bricker).

PERSONAS (CRITERIO 3). Cómo desarrolla la organización el conocimiento de las personas y qué estrategias tiene para el correcto funcionamiento de sus procesos.

ALIANZAS Y RECURSOS (CRITERIO 4). Cómo planifica y gestiona la organización sus colaboradores externos y sus recursos internos.

- Continuidad entre ámbitos, altas de enfermería.
- Planificación de las altas con la enfermera de enlace.
- Colaboración con el centro socio sanitario (UFISS).
- Seguimiento del coste del material mensualmente.
- Control del mantenimiento de la unidad.
- Grupo de mejora formado por enfermeras del servicio (Hospital Verd - Residuos).
- Medidas para preservar la intimidad de los usuarios.
- Formación en servicio (9 sesiones anuales).
- Gestión de la información (correo, intranet, reuniones mensuales, actas...).
- Participación de todos los miembros del equipo en el plan de emergencias.

PROCESOS (CRITERIO 5). Cómo diseña, gestiona y mejora la organización sus procesos.

Atención en la hospitalización:

- Actualización de los protocolos de enfermería urológica (2007).
- Vía clínica de la adenomectomía.

– Cuidados estandarizados: nefrectomía laparoscópica.
– Evaluación del protocolo de acogida: 97,7%.
– Evaluación de la valoración al ingreso: 100%.
– Pacientes quirúrgicos preparados correctamente: 95,08%.
– Cumplimentación de la hoja de observaciones de enfermería: 100%.
– Evaluación de la administración de medicamentos: 97%.
– Control de los pacientes aislados correctamente: 97%.
– Continuidad de cuidados, altas de enfermería: 73,60%.
– Identificación de los pacientes: 100%.
– Control de stock material.
– Unidosis farmacia.

RESULTADOS EN LOS CLIENTES (CRITERIO 6). Lo que consigue la organización en relación con sus clientes externos.
– Objetivo del servicio de mejorar el trato personal con el usuario.
– Indicador sería el número de las quejas registradas en la UAU, individualmente al trabajador.
– Atención a las reclamaciones (1 reclamación).
– Encuestas de satisfacción.
– Contabilización de la lista de espera.
– Revisión de las altas voluntarias.

RESULTADOS EN LAS PERSONAS (CRITERIO 7). Lo que consigue la organización en relación a su personal.
– Evaluación de las competencias profesionales.
– Gestión del personal.
– Grado de cumplimiento de la formación continuada.
– Cuantificación del absentismo.
– Estudio del clima laboral.

RESULTADOS EN LA SOCIEDAD (CRITERIO 8). Lo que consigue la organización en relación con su entorno social.
– Actividad humanitaria (Asociación Sociocultural IBN BATUTA, Marruecos).
– 6 publicaciones a revistas científicas.
– 21 comunicaciones.
– 2 ponencias (Congreso nacional de auxiliares y Día de la Enfermería).
– Sensibilización con el medio ambiente (Hospital Verd).
– Programa de educación para clientes urostomizados.
– Promoción de la salud (hospital *sense fum*).

LA ACREDITACIÓN ES UNA IMPORTANTE GARANTÍA DE CALIDAD PARA LOS CIUDADANOS YA QUE PERMITE ESTABLECER CRITERIOS BÁSICOS PARA DESARROLLAR LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, ASEGURA QUE NO HAY DIFERENCIAS IMPORTANTES EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LOS DIFERENTES CENTROS Y REPRESENTA UN AVANCE PARA EL HOSPITAL, EN CUANTO A INFRAESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

RESULTADOS CLAVE (CRITERIO 9). Lo que consigue la organización en relación al rendimiento final.
– Evaluación de resultados de los objetivos pactados (anual).
– Inversión realizada en estructura y equipamiento (habitaciones y sala de trabajo).
– Protocolarización de cuidados estandarizados (ostomías, nefrectomía laparoscópica).
– Revisión del índice de ocupación y estancia media (mensual).
– Cumplimiento de la acogida a la unidad de hospitalización (trimestral).
– Medición de los errores de identificación de los usuarios (semestral).
– Revisión de los errores de medicación (semestral).

RESULTADOS

Según el informe técnico de la auditoría efectuado por la empresa TÜV Internacional Grupo Rheinland: «Existe un buen nivel de las políticas de calidad. La planificación y el desarrollo de la actividad en el servicio está orientada y centrada en el ciudadano. El equipo asistencial está cualificado y trasmite una imagen de profesionalidad, coordinación y empatía en su práctica habitual». El Hospital de Tortosa Verge de la Cinta ha superado la evaluación de la acreditación, con un 89,66%; gracias al compromiso y profesionalidad adquirida por todos, superando de forma clara los criterios y estándares esenciales necesarios.

CONCLUSIONES

La acreditación ha resultado muy útil para impulsar la mejora de la calidad, es muy importante la participación de todo el personal del hospital para poder cumplir los estándares; hace falta un lideraje y compromiso conjunto de la dirección del centro y los profesionales para conseguir un modelo de excelencia basado en la autoevaluación y evaluación externa periódicamente. Es una importante garantía de calidad para los ciudadanos, ya que permite establecer criterios básicos para desarrollar la actividad asistencial, asegura que no hay diferencias importantes en la prestación de servicios en los diferentes centros y representa un avance para el hospital en cuanto a infraestructura, organización y funcionamiento. ▼

BIBLIOGRAFÍA

25 Anys Acreditació a Catalunya. Generalitat de Catalunya.

Acreditació de centres d'atenció hospitalaria aguda a Catalunya. Vol.1, Depart. de Salut.

El modelo EFQM de excelencia. Miguel Ferrando Sánchez. Fundación Cofemetal.

Pensar para la excelencia. Editorial Edaf. SA Halder, Harry.

CRÓNICA DEL XXX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Celebrado en Jerez de la Frontera, los días 21 al 24 de octubre de 2008

Durante los pasados días 21 al 24 de octubre celebramos en Jerez el XXX Congreso anual de nuestra Asociación. Cada año nos superamos en todos los aspectos, tanto organizativo como participativo y de formación. En un marco espectacular, los Museos de la Atalaya, en el corazón cultural del Jerez, magnífico recinto rodeado de bellos jardines con árboles centenarios, tuvo lugar este evento.

En cuanto a la cuestión organizativa, nuestra más sincera enhorabuena tanto al comité científico, capitaneado por Paqui Domínguez con su eficiente equipo, como al organizador, cuya cabeza visible Pepe Rocco se desvivió para que todo funcionara a la perfección, como pensamos que así fue, desde aquí nuestro más sincero reconocimiento a ellos y todos sus colaboradores. No queremos dejar de mencionar así mismo a Selma Eventos y al frente de ellos Lola Rueda en la secretaría técnica, labor tan oscura y a veces poco reconocida, felicidades también a ellos.

En el plano formativo se dictaron un total de 11 ponencias, 33 comunicaciones orales y más de 40 comunicaciones póster, todo un éxito de participación. Habiéndose inscrito más de 300 congresistas.

Es de destacar el lleno de la amplísima sala de conferencias durante todas las jornadas, lo que demuestra el interés suscitado por los temas a tratar.

Comenzamos el martes en la tarde con la conferencia inaugural sobre la ética del cuidado, tema árido pero pulcramente expuesto por Dña. Lydia Feito, Máster en Bioética, que consiguió despertar el interés de los asistentes.

Posteriormente nuestra asociación explicó brevemente a los presentes cuáles son nuestras líneas de trabajo y nuestros logros y metas, dando paso a la conferencia patrocinada por la AEEU a cargo de Roger Brugera, licenciado en Derecho, y que nos disertó sobre aspectos jurídico legales en nuestra práctica diaria y que alternó la parte teórica con situaciones prácticas que nos podemos encontrar en nuestro quehacer, logrando la participación de todos y suscitando un ameno debate.

El miércoles tuvimos dos mesas redondas, una muy novedosa e interesante sobre cuidados y seguridad clínica y la segunda sobre cuidados e incontinencia, en la que participaron ponentes de reconocido prestigio en el tema que hicieron de ella una mesa enriquecedora para todos los asistentes. Por la tarde asistimos al primer bloque de comunicaciones, todas ella a buen nivel, que cerraron una intensa jornada.

El jueves empezamos como terminó el miércoles, bloque de interesantes comunicaciones, seguidas de una mesa redonda donde se disertó sobre nuevas perspectivas profesionales, tocándose temas tan candentes como la prescripción enfermera, la acreditación profesional y la enfermería de práctica avanzada, estando todos los ponentes a magnífico nivel, tanto por su facilidad de palabra como su desparpajo y a la vez profundo conocimiento de los temas tratados. Para terminar la mañana, un nuevo grupo de comunicaciones. Por la tarde se

defendieron los pósters presentados, más de 40, de gran variedad temática y magnífica presentación y contenidos su mayoría. Para acabar el día relajamos nuestra vista con un espectáculo visual sin parangón, «Cómo bailan los caballos andaluces», algo que no se puede explicar con palabras.

El viernes disfrutamos del último bloque de comunicaciones, así como de la defensa de los cinco mejores pósters elegidos por el comité científico, de los que saldría el ganador al premio final otorgado por dicho comité. Luego asistimos a la presentación de lo que será el XXXI Congreso a celebrar en Gijón, dicho acto estuvo a cargo de nuestros compañeros de esa ciudad Juan y Arantxa, los cuales venían acompañados de su delegada de Cultura, que nos hizo un recorrido por todo lo que veremos y disfrutaremos el próximo año, además al final de la sesión nos ofrecieron una degustación de los productos más típicos de su tierra, sidra y quesos.

Ya sólo quedaban el acto de clausura y la entrega de los premios a la mejor comunicación, concedido a los compañeros de Sevilla con Charo Jurado al frente de ellos por el trabajo titulado: «Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas» y mejor póster, otorgado al titulado «Enseñando a aprender en la unidad de Urología». Cuya primera autora es: Milagros Cortázar Sáez, así como el premio *Enfuro* a la mejor publicación en nuestra revista en los dos últimos años, que recayó sobre nuestras compañeras de Lleida: Rosa María Palau y María Teresa Luque.

Finalmente se celebró la Asamblea anual de socios y ya por último nuestra tradicional cena de clausura, este año un tanto especial, ya que se rompieron los moldes tradicionales de cena de etiqueta, cambiando el formalismo por una desenfadada noche de feria que resultó cuanto menos original. Y así nos despedimos de amigos y compañeros un año más esperando encontrarnos el próximo en Gijón.

Hasta entonces.

Congreso Asociación Europea de Enfermería Urológica

Enmarcado dentro del Congreso de la AEU (Asociación Europea de Urología) desde hace unos años se celebra un encuentro de enfermeras/os de toda Europa, el lugar elegido este año es Estocolmo del 18 al 20 de marzo, para más información visitad la página web referenciada en el cartel.

eau
European Association of Urology

Más información en próximos números de Enfuro

Damián García Olmo. Cátedra UAM-CELLERIX de Terapia Celular y Medicina Regenerativa. Unidad de Terapia Celular del Hospital Universitario La Paz de Madrid

Suelo pélvico. Células madre aplicadas a la incontinencia urinaria

RESUMEN

El término de célula madre se ha hecho tan popular dentro y fuera del foro científico que, en ocasiones, puede parecer que pierde credibilidad. Por esto es tan importante respetar las normas del rigor científico, por un lado y filtrar la información que nos llega, por otro, de manera que nuestra investigación parta de una base completamente revisada.

En este artículo se ha realizado una actualización de la literatura con dos objetivos: conocer cada uno de los tipos de células madre existentes y las ventajas e inconvenientes que presentan; saber cuál es la aplicación clínica en humanos que tienen este tipo de células, basándonos en la revisión de los ensayos clínicos en fase I y II publicados en la literatura.

Palabras clave: células madre, suelo pélvico, incontinencia urinaria., terapia regenerativa.

SUMMARY

The word has been made so popular inside and out of the scientist forum that, sometimes, it can seem that it loses credibility. For this reason, it is so important to respect the scientific rigor rules. On the one hand, we have to filter the information that we receive, on the other hand, so that our research sets off of a completely revised base.

In this article, an update of the literature about it has been carried out with two goals: knowing each of the types of existing and the advantages and disadvantages that they have; knowing which is the clinical application in human beings that have this type of cells, taking into account the revision of the clinical tests in phase I and II that have been published.

Keywords: pelvic floor, urinary incontinence, regenerative therapy.

Introducción

El término célula madre o célula troncal (*stem cell*) se utiliza para definir una célula indiferenciada con capacidad de autorregeneración que, a su vez, puede dar lugar a diferentes líneas de células especializadas. Es decir, son células con capacidad de división asimétrica **(Fig. 1)**. Se describieron inicialmente en el embrión y son el origen de todas las líneas celulares somáticas y germinales que conformarán el nuevo organismo (células madre embrionarias totipotenciales); desde el año 2001 se están describiendo células con características semejantes en diferentes tejidos del organismo adulto (células madre adultas) (Silvester et al., 2004).

Se conoce como terapia celular al método que intenta curar enfermedades con el uso de células vivas. El concepto de medicina regenerativa sugiere la posibilidad de obtener en el laboratorio, a partir de las células madre, órganos con todas sus funciones. Sin embargo, existen todavía barreras importantes en este campo; algunas de ellas son puramente técnicas o de laboratorio (desarrollo de mejores procedimientos de selección y cultivo de células) y otras son las barreras que podríamos llamar fisiopatológicas o médicas (como la posibilidad de inmunotolerancia de las células. Salvar este problema de inmunotolerancia supondría poder realizar trasplantes celulares alogénicos sin necesidad de inmunosupresión).

En este artículo se intentará contestar a dos preguntas que resultan fundamentales para evaluar en qué momento se encuentra actualmente la terapia regenerativa:

- ¿Qué tipo de células madre son mejores para el uso terapéutico en humanos?
- ¿Cuáles son los últimos avances en terapia regenerativa en humanos?

¿Qué tipo de células madre son mejores para el uso terapéutico en humanos?

Las células madre embrionarias se obtienen a partir de un blastocisto. Una vez aisladas de la masa celular interna del embrión en este estadio pueden mantenerse en cultivo de forma indiferenciada porque se dividen indefinidamente. Teóricamente podrían constituir una fuente de progenitores de células de las tres capas embrionarias: endodermo, ectodermo y mesodermo (células pluripotenciales). Sin embargo, no pueden ser usadas en clínica al menos por cuatro graves problemas: son cancerígenas, generan problemas de histocompatibilidad, requieren un gasto imposible de asumir para las patologías que se pretenden tratar y plantean problemas éticos de gran complejidad.

Las células madre adultas se encuentran en tejidos órgano-específicos después del nacimiento. Al principio se pensó que las células progenitoras existentes en los tejidos adultos esta-

ban predeterminadas para generar exclusivamente un tipo de célula especializada de ese tejido. Por ello se las llamó células multipotenciales. Así, por ejemplo, las células progenitoras de las criptas intestinales sólo podrían formar células del epitelio intestinal. Sin embargo, en sucesivos experimentos se ha comprobado que hay células madre en tejidos adultos con capacidad de transdiferenciación, es decir, que son capaces de dar lugar a múltiples líneas celulares de las tres capas embrionarias. De esta manera, estas células podrían ser consideradas verdaderas células pluripotenciales. Un buen ejemplo de ello es que a partir de células madre de la médula ósea se han obtenido líneas celulares como condrocitos, miocitos o neuronas (Conrad et al., 2005).

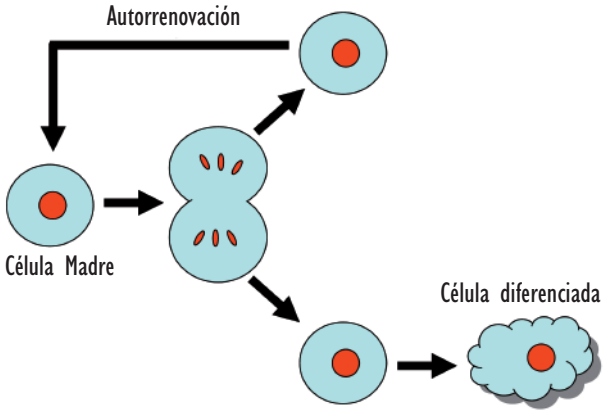
El uso de células autólogas (del mismo sujeto) o alogénicas (de la misma especie) obtenidas de sujetos adultos parece suponer un camino más sencillo y seguro para la terapia celular. Por ello hay que señalar que hoy por hoy el uso de las células madre de origen embrionario está alejado de la clínica humana, por lo que la única fuente celular en la medicina regenerativa actual son los tejidos del propio ser humano adulto. Actualmente hay cinco fuentes de células madre de uso clínico: la médula ósea, la sangre periférica, el cordón umbilical, la biopsia muscular y la grasa (lipoaspirados). La siguiente cuestión es averiguar cuál es el mejor tejido donante.

La capacidad de algunas células del estroma de la **médula ósea** para diferenciarse también en otras líneas celulares no hematopoyéticas está hoy bien documentada. Ha sido demostrado por varios autores (Pittenger et al., 1999) que estas células pueden diferenciarse in vitro evolucionando a osteoblastos, condrocitos o adipocitos en función de los factores de crecimiento que se utilicen para estimularlas. También es interesante la posibilidad de que estas células tras entrar en la circulación puedan migrar a otros lugares del cuerpo donde pueden diferenciarse y reparar tejido dañado. Puede que en el futuro el tratamiento consista únicamente en usar citocinas para incrementar la salida a la circulación de las células madre de la médula ósea, tal y como han mostrado resultados prometedores en modelos murinos (Orlic et al., 2003).

Por otro lado, no debe olvidarse que el uso de citocinas como factores estimulantes de colonias se ha visto asociado a efectos secundarios que aún hoy son difíciles de predecir. El problema es que para obtener poblaciones celulares de la médula ósea es necesario realizar varias punciones bajo anestesia que comportan molestias y riesgos.

Desde 1980 ha sido posible movilizar estas células a la **sangre periférica** donde pueden ser recogidas por aféresis, un procedimiento que es más práctico, menos doloroso y asociado a menor riesgo que las punciones (Lewis et al., 2005). Por otro lado, se ha comunicado que las células madre procedentes de sangre periférica desarrollan el injerto de neutrófilos y plaquetas más rápidamente, reduciendo el riesgo de infección o hemorragia en el tratamiento de la enfermedad hemato-oncológica.

Figura 1. **Representación esquemática del concepto de reproducción asimétrica que caracteriza a las células madre.**



El transplante de células de **cordón umbilical** en adultos presenta las siguientes ventajas respecto a las derivadas de médula ósea (Chao et al., 2004): 1. Fácil disponibilidad (se pueden tener en depósito perfectamente testadas y con la tipificación de HLA para su uso inmediato). 2. No existe riesgo para madres y donantes. 3. Posibilidad escasa de transmitir infecciones, particularmente citomegalovirus. 4. Pocas posibilidades de desarrollar enfermedad de injerto contra huésped. 5. Criterios menos estrictos para el cruce de HLA. 6. El donante no sufre una agresión. Este tratamiento se ha utilizado sobre todo en enfermedades hematológicas como leucemia mieloide crónica, leucemia aguda o síndromes mielodisplásicos. El transplante de células madre del cordón umbilical expandidas ex vivo está todavía en experimentación.

El crecimiento y la regeneración del **músculo** tras una agresión del mismo denotan la existencia de células musculares progenitoras en este órgano (Jankowski et al., 2004). Se ha defendido la idea de que la miogénesis es atribuible a precursores musculares circulantes, habiéndose demostrado en algunos trabajos que esta labor la realizan células madre dependientes del músculo y también de la médula ósea. Esta vía sistémica todavía se encuentra en investigación, ya que no se ha logrado evitar las pérdidas celulares para conseguir que las células cumplan su objetivo. En cualquier caso, la biopsia muscular se ha mostrado como una buena fuente de células madre (Herreros et al., 2003).

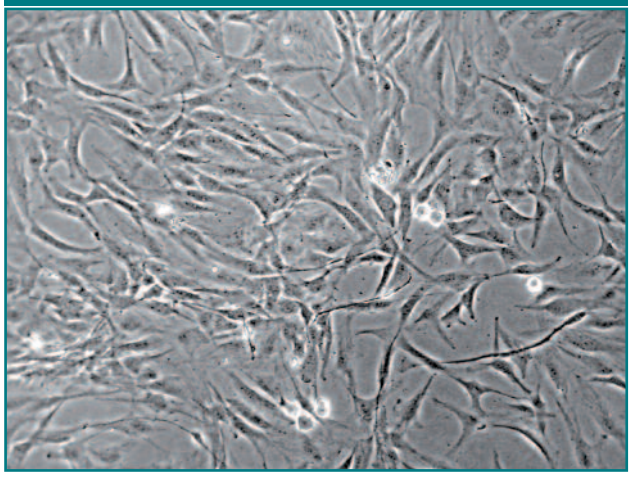
El **tejido adiposo**, como la MO, deriva de la hoja embrionaria mesodérmica y contiene estroma que puede ser aislado fácilmente. Aquí se han identificado células madre denominadas células madre derivadas de lipoaspirado (CMDL) (Zuk et al., 2001 y 2002). El proceso de aislamiento de esta población de células madre fue descrito por primera vez por Rodbell en 1964. Más tarde el procedimiento fue mejorado por varios grupos de investigación y, finalmente, las células fueron caracterizadas como células madre por el equipo de

Hedrick del Laboratorio de Bioingeniería y Reparación Regenerativa del Servicio de Cirugía de la Universidad de California de Los Ángeles (Zuk et al., 2001).

Estas células, al igual que las células madre mesenquimales de la MO, pueden evolucionar hacia líneas osteogénicas, adipogénicas, miogénicas y condrogénicas. Lo más sorprendente es que también pueden diferenciarse en células de características neuronales (Ashjian et al., 2003). Muestran una caracterización muy similar a las derivadas de MO (CD29, CD44, CD71, CD90, CD13, CD105, SH-3 y STRO-1), pero también algunos marcadores específicos (CD49d, CD106, CD54, CD 34) (De Ugarte et al., 2003). No se han observado diferencias significativas entre los dos tipos de células respecto a la adherencia estromal, el crecimiento, la senescencia celular, la capacidad de diferenciarse en diferentes líneas celulares y la eficiencia en la transducción genética (De Ugarte et al., 2003). El proceso de obtención se inicia con una liposucción al paciente que se realiza bajo anestesia local o sedación. El lipoaspirado se somete a un proceso de laboratorio mediante el cual se aíslan las células adecuadas; éstas se cultivan a 37º C hasta que el crecimiento alcanza la subconfluencia **(Fig. 2)**. En ese momento pueden emplearse terapéuticamente o ser criopreservadas para su uso posterior. Este método presenta las siguientes ventajas respecto al necesario para obtener células de médula ósea: 1. Es seguro. 2. La grasa es un tejido de fácil acceso. 3. Es menos molesto y agresivo que las punciones medulares. 4. Puede realizarse bajo anestesia local. 5. Las células pueden criopreservarse (Mizuno et al., 2003).

Por todo esto, desde nuestro punto de vista de clínicos, las células madre derivadas de lipoaspirado superan incluso a las de médula ósea a la hora de utilizarlas en terapia humana. Como cirujanos, el método de obtención nos resulta sencillo y cotidiano, pero puede ser igualmente alcanzable para cualquier especialista que cuente con un cirujano plástico o general en su centro de trabajo.

Figura 2. **Células mesenquimales procedentes de lipoaspirados en cultivo**



Al revisar la literatura actual sobre las células madre derivadas de lipoaspirado, se observa que la mayoría de los trabajos publicados se centran en su caracterización en el laboratorio o en ensayos realizados en animales. De hecho sólo se ha comunicado un ensayo clínico realizado en humanos (García Olmo et al., 2005). Esto significa que, a pesar de su manejabilidad y fácil obtención, el clínico todavía no se ha acostumbrado a este tipo de células, posiblemente por desconocimiento o rutina.

Ahora bien, este modelo celular se está analizando ampliamente en modelos experimentales. Se han comunicado estudios en animales que utilizan CMDL como vehículo de determinados genes. Dragoo y cols. (Dragoo et al., 2003, 2005) aislaron células madre derivadas de lipoaspirado de la grasa subcutánea y de la almohadilla infrapatelar y las cultivan en un medio osteogénico. La mitad de estas células fueron transfectadas con un adenovirus con el cDNA para la proteína morfogenética básica (BMP-2). Las células, inmersas en una matriz de colágeno I, fueron inyectadas en una pata trasera de ratones inmunodeficientes; la otra pata fue inyectada con CMDL no modificadas genéticamente. Tras 6 semanas se comprobó que en la pata donde se inyectaron las células transfectadas el hueso tenía una mineralización adecuada y comenzaba a establecer la cavidad medular.

Por otro lado, Martínez-Estrada y cols. (Martínez-Estrada et al., 2005) consiguieron diferenciar CMDL en EPC (células progenitoras endoteliales posnatales) cultivándolas en un medio hematopoyético. El primer marcador que expresaron fue Flk-1, y progresivamente Ve-caderina y factor de Von Willebrand. Dado que el bajo número de EPC en la circulación limita su uso en medicina, las CMDL pueden ser un gran apoyo.

Además, es muy prometedor el efecto antiinflamatorio que presentan las CMDL. Se ha comparado (Puissant y cols., 2005) el efecto de las células madre derivadas de médula ósea con las CMDL. Las CMDL no provocaron in vitro «alorreactividad» frente a linfocitos incompatibles, es más, lograron suprimir la reacción linfocitaria mixta (MLR) y la proliferación linfocitaria como respuesta a mitógenos. Cuando las CMDL y los linfocitos fueron separados por una membrana permeable estos hallazgos no se repitieron, lo que hace pensar que es necesario el contacto celular para desencadenar esta reacción. Aquí surge una nueva idea respecto a la posibilidad de utilizar estas células de manera alogénica a partir de un banco de donantes.

En esta línea, otro estudio (Aust et al., 2004) investigó el rendimiento celular por milímetro cúbico de lipoaspirado y los marcadores de superficie que determinan su fenotipo. Se recogió el producto de lipoaspirado de 18 donantes mujeres, registrando su edad e índice de masa corporal (BMI). El rendimiento celular medio fue de 404.000±206.000 células por milímetro de lipoaspirado, de manera inversamente proporcional al BMI, pero no a la edad. Las CMDL eran positivas homogéneamente para CD10, CD13, CD29, CD44, CD49e, CD59, CD90 y HLA-ABC; y homogéneamente negativas para CD11b, CD45 y HLA-DR. La ausencia del marcador panhematopoyético CD45 indica que las células no derivaban de

células madre circulantes. El hecho de obtener una población tan homogénea procedente de múltiples donantes refuerza también la idea del empleo alogénico en un futuro.

Por último, Morizono y cols. (Morizono et al., 2003) examinaron la infección de las CMDL con vectores como adenovirus, oncorretrovirus y lentivirus, demostrando la posibilidad de transfectarlas con lentivirus. Las células mantienen la expresión transgénica tras diferenciarse en líneas adipogénicas y osteogénicas. Así, las CMDL y un vector como el lentivirus pueden ser una buena combinación como vehículo de la terapia génica.

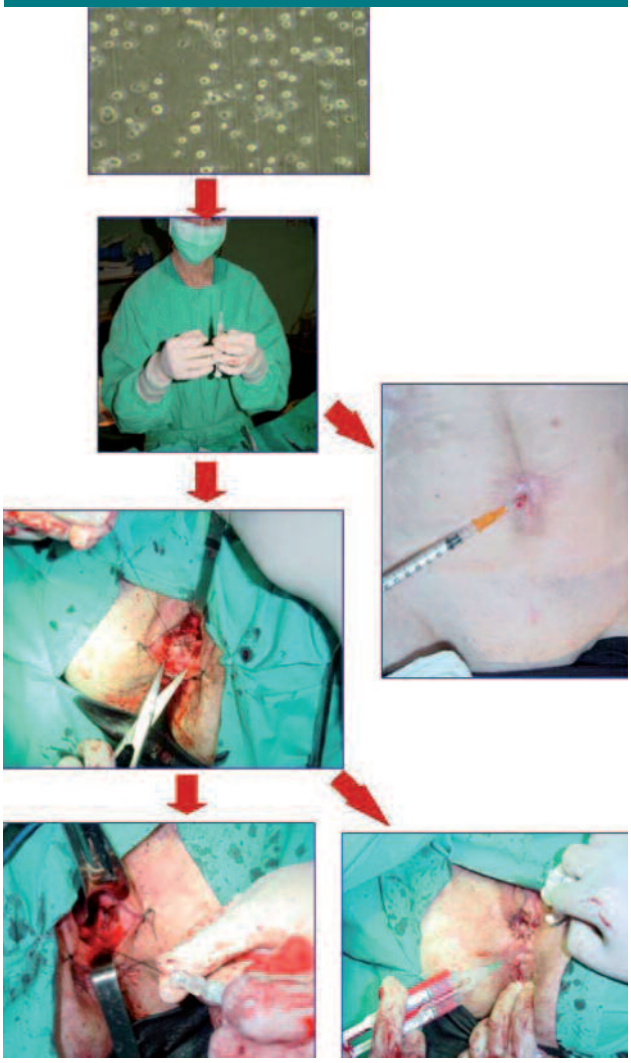
Para utilizar las células en humanos se han desarrollando ensayos de bioseguridad Para llegar a realizar estudios en humanos las células se han sometido a estudios de caracterización por inmunofluorescencia y de crecimiento. Existe un trabajo en la literatura en el cual se ha comunicado que, tras mantenerlas en cultivos durante mucho tiempo, las CMDL pueden experimentar una transformación neoplásica capaz de desarrollar tumores en el ratón (Rubio et al., 2005). La posibilidad de transformación neoplásica de CMDL humanas in vitro se vio en cultivos en los que se permitió el crecimiento más allá de la subconfluencia, manteniéndolos incluso más de dos meses después del aislamiento celular. En estas células se demostró la transformación neoplásica mediante el estudio del cariotipo, que confirmó la existencia de cambios en el DNA. Se observó, además, que eran células de crecimiento anómalo o no controlado, capaces de desarrollar tumores al inocularse en ratones inmunodeprimidos. Por otro lado, de manera paralela, se cultivaron CMDL evitando el crecimiento más allá del 85% de confluencia celular. En estas células también se estudió el cariotipo y se inocularon después en ratones deficientes, observándose ausencia de alteraciones en el DNA y de desarrollo de tumores en los animales. Esta es la razón por la cual nuestro grupo siempre ha utilizado células del pase 3 o menor, antes de que las células lleguen a la subconfluencia. No hemos observado ningún caso de reacciones de rechazo ni transformación tumoral. Por otro lado, la terapia con células madre derivadas de lipoaspirado, que nuestro grupo utiliza en el tratamiento de fístulas en humanos, se ha demostrado tan segura que ha sido aprobada por la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) para que este «producto» sea considerado un medicamento huérfano («orphan drug»). Además, este ensayo clínico está registrado en Clinicaltrials.gov, ID: NCT00115466) para el tratamiento de la fístula perianal compleja.

¿Cuáles son los últimos avances en terapia regenerativa en humanos?

El uso de células madre como terapia en humanos se está extendiendo rápidamente en distintos campos de la Medicina. Los grupos que investigaban las enfermedades hematológicas fueron pioneros al iniciar este camino.

Actualmente, los oncólogos trabajan en íntima colaboración

Figura 3. **Procedimiento para el tratamiento de las fístulas en el ensayo clínico en fase I**



con los hematólogos para tratar enfermedades proliferativas con stem cells. Se ha comunicado un estudio en fase I/II sobre el tratamiento del cáncer de ovario (Frickhofen et al., 2006). Este tipo de tumor es quimiosensible, pero la mayoría de los pacientes mueren por la progresión del mismo. La quimioterapia cura el 25% de los pacientes, por ello está justificado el tratamiento con altas dosis. Se incluyeron 48 pacientes con cáncer de ovario intratable realizándose una movilización de células de sangre periférica con ciclofosfamida y paclitaxel.

Posteriormente las pacientes se sometieron a dos ciclos de altas dosis de quimioterapia con carboplatino/paclitaxel y carboplatino/melfalan/etoposido. A los 8 años, la supervivencia libre de enfermedad fue de 13,3 meses y la supervivencia global de 37 meses. La imposibilidad de regeneración de los miocardiocitos en la enfermedad isquémica supone el fallo cardíaco congestivo posinfarto y el deterioro de la función del ventrículo izquierdo. Tras demostrar que las células madre procedentes de la médula ósea y de la sangre periférica son capaces

de evolucionar a miocardiocitos bajo las condiciones adecuadas, se están utilizando como terapia de la cardiopatía isquémica dentro de varios ensayos clínicos (Schachinger et al., 2006; Bardoff et al., 2006; Emanueli et al., 2005; y Thorin-Trescases et al., 2005). Este tratamiento parece reemplazar a los miocardiocitos, desarrollar neoangiogénesis y conseguir la remodelación de la cicatriz. También se ha comparado el efecto de stem cells derivadas de médula ósea frente a las derivadas de sangre periférica, asociándose a las primeras una mejoría significativa de la eyección del ventrículo izquierdo a los tres meses (Assmus et al., 2006).

Las grandes heridas de los quemados se presentan como otro ejemplo de terapia celular. Gracias a células madre procedentes de la médula ósea se ha conseguido una recuperación precoz tanto de las áreas quemadas como de las zonas donde se extrajeron los autoinjertos libres de piel (Rasulov et al., 2005).

Se ha comunicado el tratamiento satisfactorio de úlceras del limbo ocular en pacientes diabéticos. Tras realizar una inyección en el limbo ocular de células madre derivadas de sangre periférica en los pacientes del grupo de tratamiento se encontró una tasa de cicatrización completa del 77,8% frente a un 38,9% de los pacientes tratados con placebo (Huang et al., 2005).

En casos severos de enfermedades autoinmunes se están utilizando ciclos de altas dosis de quimioterapia seguidos de transplante de células hematopoyéticas. Los estudios en fase I y II realizados en 473 pacientes mostraron una mortalidad del 11% debido a una complicación del transplante o a la progresión de la enfermedad. El 71% de los pacientes respondieron a la terapia con una franca mejoría de la enfermedad (Gratwohl et al., 2005).

Una de las líneas de investigación de nuestro equipo es el tratamiento de fístulas en humano con células madre derivadas de lipoaspirado. Hemos desarrollado un estudio en fase I, con el objetivo de demostrar que la terapia es segura y factible, y un estudio en fase II para conocer la eficacia.

Los resultados del estudio en fase I ya han sido comunicados (García-Olmo et al., 2005). Se reclutaron cinco pacientes desde abril del 2002 a noviembre del 2003, tres hombres y dos mujeres. Se realizaron nueve implantes celulares, 4 en fístulas rectovaginales, 4 en fístulas enterocutáneas (tres fístulas en el mismo paciente) y uno en una fístula perianal supraesfinteriana. El seguimiento mínimo exigido en el protocolo fue de 8 semanas. Finalmente se inocularon con CMDL pase 3 o menor nueve fístulas de cuatro pacientes.

Ocho de las fístulas fueron consideradas como evaluables y fueron seguidas durante un mínimo de ocho semanas (tabla 1). Se logró ausencia de supuración y el cierre del orificio externo con reepitelización a la octava semana en seis fístulas (75,0%); estos pacientes se consideraron curados. Las otras dos fístulas sólo mostraron un cierre parcial del orificio externo con disminución del flujo, según refirieron los pacientes, pero con ausencia de reepitelización. Estos dos pacientes fueron considerados no curados (25,0%).

Actualmente se han cumplido más de dos años de seguimiento en todos estos pacientes y ninguno de los considerados curados ha presentado una recidiva de la fístula. No existió relación entre el número de células inyectadas y la reepitelización. No existió relación entre el sexo y la edad de los pacientes y la curación.

Los procedimientos quirúrgicos y de implantación se realizaron de manera habitual y sin dificultades técnicas añadidas debidas a la inyección celular de las nueve fístulas tratadas **(Fig. 3)**. No se observaron efectos adversos en ninguno de los 9 implantes. No se han observado efectos adversos a largo plazo ni aparición de tumores u otras enfermedades en los dos años siguientes a la aplicación de las células **(Tabla I)**.

Tabla I. Resumen de los resultados clínicos en la fase I

Nº implante	*Nº paciente*	*Tipo de fístula*	*Nº pase*	*Días cultivo*	*Nº células (x10⁶)*	*Resultado*
1	001	Rectovaginal	1	6	6.1	Curado
2	002	Enterocutánea	1	9	9.0	Curado
3	002	Enterocutánea	1	7	8.0	NA
NI	003	Perineal	1	NE	NI	NA
4	002	Rectovaginal	2	14	10.0	No curado
5	002	Enterocutánea	2	8	3.5	Curado
6	001	Rectovaginal	1	12	20.0	Curado
7	004	Enterocutánea	2	16	30.0	No Curado
8	005	Perineal	2	31	20.0	Curado
9	002	Enterocutánea	3	12	15.0	Curado

Por otro lado, hemos concluido el ensayo clínico en fase II que analiza la eficacia de la terapia con células madre derivadas de lipoaspirado para el tratamiento de fístulas perianales complejas que está pendiente de publicación.

Para concluir, ha quedado claro que el tratamiento con células madre adultas es una de las líneas de investigación más prometedoras actualmente.

Lo más importante es la gran aplicación clínica que posee, que esperamos que siga desarrollándose a este ritmo casi vertiginoso, aunque siempre dentro de las normas de buena praxis clínica y siguiendo el máximo rigor científico. ▼

Bibliografía

Ashjian, P. H.; Elbarbary, A. S.; Edmonds, B.; DeUgarte, D.; Zhu, M.; Zuk, P. A.; Lorenz, H. P.; Benhaim, P.; and Hedrick, M. H. «In vitro differentiation of human processed lipoaspirate cells into early neural progenitors». *Plast Reconstr Surg*, 111(6): 1922-31(2003).

Assmus B, Honold J, Schachinger V, et al. Transcoronary transplantation of progenitor cells after myocardial infarction. *N Engl J Med;* 355(12):1222-32 (2006).

Aust, L.; Devlin, B.; Foster, S. J.; Halvorsen, Y. D.; Hicok, K.; du Laney, T.; Sen, A.; Willingmyre, G. D.; and Gimble, J. M. Yield of human adipose-derived adult stem cells from liposuction aspirates. *Cytotherapy,* 6 (1): 7-14 (2004).

Badorff, C., and Dimmeler, S. Neovascularization and cardiac repair by bone marrow-derived stem cells. *Handb Exp Pharmacol,* (174): 283-98 (2006).

Chao, N. J.; Emerson, S. G.; and Weinberg, K. I. Stem cell transplantation (cord blood transplants). *Hematology (Am Soc Hematol Educ Program)*: 354-71 (2004).

Conrad, C., and Huss, R. Adult stem cell lines in regenerative medicine and reconstructive surgery. *J Surg Res,* 124(2): 201-8 (2005).

De Ugarte, D. A.; Alfonso, Z.; Zuk, P. A.; Elbarbary, A.; Zhu, M.; Ashjian, P.; Benhaim, P.; Hedrick, M. H.; and Fraser, J. K. Differential expression of stem cell mobilization-associated molecules on multi-lineage cells from adipose tissue and bone marrow. *Immunol Lett,* 89 (2-3): 267-70 (2003).

De Ugarte, D. A. et al. Comparison of multi-lineage cells from human adipose tissue and bone marrow. *Cells Tissues Organs,* 174 (3): 101-9 (2003).

Dragoo, J. L.; Choi, J. Y.; Lieberman, J. R.; Huang, J.; Zuk, P. A.; Zhang, J.; Hedrick, M. H.; and Benhaim, P. Bone induction by BMP-2 transduced stem cells derived from human fat. *J Orthop Res,* 21(4): 622-9 (2003)

Dragoo, J. L.; Lieberman, J. R.; Lee, R. S.; Deugarte, D. A.; Lee, Y.; Zuk, P. A.; Hedrick, M. H.; and Benhaim, P. Tissue-engineered bone from BMP-2-transduced stem cells derived from human fat. *Plast Reconstr Surg,* 115 (6): 1665-73 (2005).

Emanueli, C.; Lako, M.; Stojkovic, M.; and Madeddu, P. In search of the best candidate for regeneration of ischemic tissues: are embryonic/fetal stem cells more advantageous than adult counterparts? *Thromb Haemost,* 94 (4): 738-49 (2005).

Frickhofen N, Berdel WE, Opri F, et al. Phase I/II trial of multicycle high-dose chemotherapy with peripheral blood stem cell support for treatment of advanced ovarian cancer. *Bone Marrow Transplant;* 38 (7):493-9 (2006).

Garcia-Olmo, D.; Garcia-Arranz, M.; Herreros, D.; Pascual, I.; Peiro, C.; and Rodriguez-Montes, J. A. A phase I clinical trial of the treatment of Crohn's fistula by adipose mesenchymal stem cell transplantation. *Dis Colon Rectum,* 48 (7): 1416-23 (2005).

Gratwohl A, Passweg J, Bocelli-Tyndall C, et al. Autologous hematopoietic stem cell transplantation for autoimmune diseases. *Bone Marrow Transplant;* 35 (9):869-79 (2005).

Herreros, J. et al. Autologous intramyocardial injection of cultured skeletal muscle-derived stem cells in patients with non-acute myocardial infarction. *Eur Heart J,* 24 (22): 2012-20 (2003).

Huang P, Li S, Han M, Xiao Z, Yang R, Han ZC. Autologous transplantation of granulocyte colony-stimulating factor-mobilized peripheral blood mononuclear cells improves critical limb ischemia in diabetes. *Diabetes Care;* 28 (9):2155-60 (2005).

Jankowski, R. J., and Huard, J. Myogenic cellular transplantation and regeneration: sorting through progenitor heterogeneity. *Panminerva Med,* 46 (1): 81-91 (2004).

Lewis, A. Autologous stem cells derived from the peripheral blood compared to standard bone marrow transplant; time to engraftment: a systematic review. *Int J Nurs Stud,* 42 (5): 589-96 (2005).

Martinez-Estrada, O. M.; Munoz-Santos, Y.; Julve, J.; Reina, M.; and Vilaro, S. Human adipose tissue as a source of Flk-1+ cells: new method of differentiation and expansion. *Cardiovasc Res,* 65 (2): 328-33 (2005).

Mizuno, H., and Hyakusoku, H. Mesengenic potential and future clinical perspective of human processed lipoaspirate cells. *J Nippon Med Sch,* 70 (4): 300-6 (2003).

Morizono, K.; De Ugarte, D. A.; Zhu, M.; Zuk, P.; Elbarbary, A.; Ashjian, P.; Benhaim, P.; Chen, I. S.; and Hedrick, M. H. Multilineage cells from adipose tissue as gene delivery vehicles. *Hum Gene Ther,* 14 (1): 59-66 (2003).

Orlic, D. Adult bone marrow stem cells regenerate myocardium in ischemic heart disease. *Ann N Y Acad Sci,* 996: 152-7 (2003).

Pittenger, M. F. et al.: Multilineage potential of adult human mesenchymal stem cells. *Science,* 284 (5411): 143-7 (1999).

Puissant, B. et al. Immunomodulatory effect of human adipose tissue-derived adult stem cells: comparison with bone marrow mesenchymal stem cells. *Br J Haematol,* 129 (1): 118-29 (2005).

Rasulov, M. F.; Vasilchenkov, A. V.; Onishchenko, N. A.; Krasheninnikov, M. E.; Kravchenko, V. I.; Gorshenin, T. L.; Pidtsan, R. E.; and Potapov, I. V. First experience of the use bone marrow mesenchymal stem cells for the treatment of a patient with deep skin burns. *Bull Exp Biol Med,* 139(1): 141-4 (2005).

Rubio, D.; García-Castro, J.; Martín, M. C.; de la Fuente, R.; Cigudosa, J. C.; Lloyd, A. C.; and Bernad, A. Spontaneous human adult stem cell transformation. *Cancer Res,* 65 (8): 3035-9 (2005).

Schachinger V, Erbs S, Elsasser A, et al. Intracoronary bone marrow-derived progenitor cells in acute myocardial infarction. *N Engl J Med;* 355 (12): 1210-21 (2006).

Sylvester, K. G., and Longaker, M. T. Stem cells: review and update. *Arch Surg,* 139(1): 93-9 (2004).

Thorin-Trescases, N.; Voghel, G.; Gendron, M. E.; Krummen, S.; Farhat, N.; Drouin, A.; Perrault, L. P.; and Thorin, E. Pathological aging of the vascular endothelium: are endothelial progenitor cells the sentinels of the cardiovascular system? *Can J Cardiol,* 21 (12): 1019-24 (2005).

Zuk, P. A. et al. Human adipose tissue is a source of multipotent stem cells. *Mol Biol Cell,* 13 (12): 4279-95 (2002).

Zuk, P. A.; Zhu, M.; Mizuno, H.; Huang, J.; Futrell, J. W.; Katz, A. J.; Benhaim, P.; Lorenz, H. P.; and Hedrick, M. H. Multilineage cells from human adipose tissue: implications for cell-based therapies. *Tissue Eng,* 7 (2): 211-28 (2001).

Corbalán Abril, Mª Dolores y Roldán Valcárcel, Mª Dolores
Enfermeras de la Unidad de Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)

Proyecto de investigación

Eficiencia de la intervención educativa e informe de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de prostatectomía

RESUMEN

En la Unidad de Urología es frecuente el alta de pacientes portadores de catéteres vesicales y heridas quirúrgicas. La continuidad de cuidados entre el alta hospitalaria y Atención Primaria no siempre es inmediata, y a veces existe un periodo de transición de varios días donde el paciente es el único responsable de sus cuidados. En base a esto, se llevará a cabo un programa educativo desde el postoperatorio, reforzado mediante un informe escrito con las recomendaciones al alta sobre aquellos aspectos más frecuentes en los pacientes intervenidos de prostatectomía. Se realizará mediante un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo, con grupo control que se comparará con el grupo experimental (sometidos a aleatoriedad). Se realizarán cuestionarios que valoren la satisfacción del paciente, así como el nivel de conocimientos y temor de los mismos, en el momento del alta. El programa estimulará el autocuidado de los pacientes, e indirectamente repercutirá en la disminución de la estancia hospitalaria.
Palabras clave: educación sanitaria, informe de recomendaciones al alta, prostatectomía, sonda vesical y herida quirúrgica abdominal.

SUMMARY

In the Urology Unit is frequent the discharge of patients that have vesical catheters and surgical wounds. The continuity of cares between the hospital discharge and Primary Care is not always immediate, and sometimes exists a transitional period of several days when the patient is the only one responsible for their cares. Following this, an educational program from the postoperative will be carried out, reinforced through a written report with the discharge recommendations on those aspects more frequent in the patients operated of Prostatectomy. It will be carried out through a study nearly-experimental, longitudinal and prospective, with control group that will be compared with the experimental group (submitted to randomness). Questionnaires that value the satisfaction about the patient, as well as the level of knowledge and fear of the same ones, will be carried out at the moment of the discharge. The program will stimulate the self-care of the patients, and indirectly will have effects on the decrease of the hospital stay.
Keywords: Sanitary Education, Recommendations Report when Discharge, Prostatectomy, vesical catheter and Abdominal Surgical Wound.

Antecedentes y estado actual del tema

Actualmente, el control de ingreso y alta hospitalaria corresponde exclusivamente a los facultativos, siendo una excepción el ordenamiento judicial en algunos tipos de ingreso. Sin embargo, en la mayoría de ocasiones el alta médica no coincide con la resolución total o parcial de los diagnósticos y cuidados enfermeros.

Hoy día existe una tendencia a reducir el tiempo de ingreso hospitalario, aunque a veces el alta precoz se comporta como un factor predictivo de la aparición de síntomas psicológicos, la mayoría de los cuales se relacionan con la falta de preparación de los pacientes para adaptarse a su nueva situación.

Es por esto que actualmente son frecuentes los informes de continuidad de cuidados, mediante la comunicación con el equipo de Atención Primaria, asegurando significativamente la continuidad de los mismos, y por tanto mejorando la calidad asistencial (1). Estos informes hacen hincapié en el sistema de comunicación e información entre enfermeras de distintos niveles asistenciales (2-3), de manera que el informe de alta de enfermería describe todo lo realizado por la enfermera de la unidad que ha atendido al enfermo durante su postoperatorio, y va dirigido a la enfermera de Atención Primaria, no al paciente (4).

El informe de recomendaciones al alta se conceptualiza como el documento que refleja las recomendaciones y pautas de conducta concretas para que el paciente sea capaz de tomar sus propias decisiones, en relación a su cuidado poshospitalario, mientras no accede a la primera visita con el equipo de AP. Por otra parte toda la información relativa a los diagnósticos y planes de cuidados del paciente que quedan por resolver en el momento del alta, es remitido a través de correo electrónico por la enfermera responsable de la unidad hospitalaria al centro de salud correspondiente del paciente, mediante el informe de continuidad de cuidados.

No hay que olvidar que la inmensa mayoría de las patologías en el ser humano generan como consecuencia una serie de respuestas humanas que en algunos casos produce la alteración de los patrones funcionales, llegando a afectar incluso más que la propia enfermedad. Como ejemplo de ello, podemos citar la disfunción eréctil que se produce en algunos pacientes intervenidos de prostatectomía radical, lo que origina reacciones psicológicas, a veces muy considerables (5).

En numerosas ocasiones, el alta hospitalaria, sobre todo en el área quirúrgica, se produce en fin de semana. A veces, este hecho hace que por diferentes motivos, ya sean personales o de carácter administrativo, se produzca un periodo de transición de varios días donde el usuario no puede contactar con los profesionales de Atención Primaria. Hecho relevante, si nos basamos en la experiencia, que los pacientes con heridas quirúrgicas y portadores de dispositivos adicionales como catéteres vesicales, ureterales o talla suprapúbica se niegan o resisten en lo posible a marcharse de alta por miedo a no tener un referente donde acudir en caso de pequeños problemas durante el postoperatorio inmediato en su domicilio (6-10).

La falta de conocimientos, inseguridad y habilidades para el manejo de catéteres vesicales, a veces con presencia de ligera hematuria, son unas de las preocupaciones y motivo fundamental por el que los pacientes intervenidos quirúrgicamente temen con tanta frecuencia marcharse del hospital.

El modelo de Dorotea E. Orem (11) (modelo de enfermería adoptado en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia) establece en referencia al sistema de enfermería de apoyo-educativo que un paciente puede satisfacer los requisitos de autocuidado pero necesita ayuda en la toma de decisiones, el control de la conducta y en la adquisición de habilidades. Basándonos en estos principios, cabe decir que uno de los grandes objetivos de enfermería es el reto de conseguir, mediante sus intervenciones, el mayor grado de autonomía y conocimiento en el autocuidado del paciente, pues en el momento del alta éste continúa precisando del cuidado y apoyo por parte de enfermería.

En base a estos hechos, surge este proyecto con el propósito de cubrir esas respuestas humanas, derivadas de una situación de miedo e inseguridad, y así minimizar de esta manera la sensación de desamparo que muchos pacientes manifiestan en el momento del alta. Para ello se propone el diseño, implantación y evaluación de un programa de información y adiestramiento a través del cual se instruya al paciente en el manejo del catéter vesical y cuidados de la herida quirúrgica, desde el primer día del postoperatorio, así como todo lo relacionado con su proceso quirúrgico. Además, y como refuerzo de su educación sanitaria, en el momento del alta se le dará un informe escrito de recomendaciones, donde se le explicará y razonará aquellas posibles incidencias de carácter normal que pudieran surgir, y que no requieran necesariamente motivo de consulta con un profesional. Esto se fundamenta en que a la información escrita, si se ajusta a las circunstancias y enfermedades particulares, los pacientes le dan un mayor valor, y es un complemento importante a la información verbal en el proceso educativo (12-13), evitando olvidos por parte del emisor (por omisión) y posteriormente del receptor, que puede incluso tergiversar la información recibida.

Creemos que este programa favorecerá la adaptación de los pacientes en el momento del alta, haciéndoles también responsables de su propio cuidado e indirectamente repercutirá en una disminución en el tiempo de estancia hospitalaria.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

GENERALES

- Potenciar las habilidades, actitudes y conocimientos del paciente.
- Incrementar la autonomía y el autocuidado del usuario.
- Aumentar el grado de satisfacción del paciente durante el proceso quirúrgico.

ESPECÍFICOS

- Favorecer mediante el programa de información y formación la continuidad de los cuidados por el propio paciente o familia.
- Evaluar la eficacia de las recomendaciones escritas, frente a sólo administrar la información verbal en el momento del alta hospitalaria.
- Disminuir la estancia hospitalaria.

HIPÓTESIS DEL TRABAJO

La educación sanitaria sobre el manejo del catéter vesical y de la herida quirúrgica durante el postoperatorio, reforzado con un informe escrito de los cuidados, influye positiva y significativamente en los conocimientos del paciente para un óptimo autocuidado en el momento del alta.

METODOLOGÍA

DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizará un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo, con grupo control (diseño experimental controlado aleatorizado simple) en el que se compararán un grupo experimental y un grupo control.

Ambos grupos se analizarán bajo similares variables de estudio y resultados según los objetivos de dicho proyecto, ya especificados. Para asegurar la validez del estudio, se utilizarán los mismos criterios de inclusión y exclusión de pacientes, metodología de registro y análisis de variables para ambos grupos, con la diferencia de que:

- Al grupo experimental se le aplicará un programa estructurado de formación/educación sanitaria sobre su proceso, incluyendo el informe escrito de recomendaciones al alta.
- Al grupo control se le informará según el proceso habitual (sin soporte escrito).

Se realizarán valoraciones sobre el grado de satisfacción

del paciente durante su estancia hospitalaria mediante el cuestionario con escala Likert elaborado al efecto de evaluar la calidad asistencial en base al modelo LOPSS12 (14-15) y se mide cuando el usuario vuelva para la primera revisión, aproximadamente a los quince días, en las consultas externas.

También se valorará el autocontrol del miedo y nivel de conocimientos en el momento de marcharse de alta, mediante el cuestionario elaborado a partir de las etiquetas diagnósticas: **Temor y Manejo ineficaz del Régimen Terapéutico** (respectivamente a la valoración previa), con los NIC y NOC (16-17), previamente seleccionados, que más se adecuen a nuestro objetivo de estudio.

Además se llevará a cabo el diseño de un informe escrito de las recomendaciones al alta en pacientes intervenidos de prostatectomía. El informe será un tríptico donde se especifiquen los cuidados necesarios que deberá realizarse el paciente. La información debe ser clara y concisa, con fuente de texto legible y de tamaño adecuado (teniendo en cuenta que son, en la mayoría, personas mayores), con imágenes y colores que refuercen al texto. La prestación de este informe de recomendaciones en ningún momento sustituye las aclaraciones y verbalización de éstas por parte de la enfermera.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se incluirán en el estudio todos los pacientes que van a ser intervenidos de prostatectomía, así como su familia, y que ingresan en el Servicio de Urología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia durante el año que dura el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes que vayan a ser intervenidos de prostatectomía en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia y que ingresan en la Unidad de Urología durante el periodo del estudio.
- Aceptar voluntariamente la participación en el estudio.
- No ser profesional sanitario.
- Saber leer y escribir.
- No presentar déficit cognitivos.
- En el caso de no poder hacerse cargo el paciente de su autocuidado, que disponga de un cuidador que reúna las características de inclusión expuestas.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No estar programado para la intervención de prostatectomía.
- No aceptar voluntariamente la participación en el estudio.
- Ser profesional sanitario.
- No saber leer y escribir.
- Presentar déficit cognitivos o incapacidades físicas que le imposibiliten para desempeñar correctamente el autocuidado.
- Si no es capaz de realizar su propio autocuidado, que tampoco disponga de una persona que realice los cuidados.

VARIABLES METODOLÓGICAS

Independientes:

- Programa de formación y educación sanitaria al paciente mediante refuerzo con informe escrito de recomendaciones al alta.

Dependientes:

- Aumento de la satisfacción del paciente durante el proceso de ingreso hospitalario.
- Aumento en la mejora del autocuidado, en el manejo de catéter vesical y cuidados de la herida quirúrgica por el paciente.
- Disminución de la duración de la estancia hospitalaria.
- Disminución del temor al alta.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el tratamiento estadístico de los datos se elaborará una base de datos Microsoft Office Access, para las variables definidas con anterioridad y se analizarán mediante el programa informático SPSS versión 12.0.

La comprobación de la verificación de la hipótesis planteada se realizará mediante el siguiente análisis de las variables:

- Análisis descriptivo de las variables de estudio y resultado de ambos grupos. Para ello se utilizarán distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central (media, desviación estándar, mediana, etc.).
- Análisis de la relación entre las variables en estudio y existencia de dependencia entre ambas variables mediante test de Chi-Cuadrado, siendo complementados los resultados, si existen diferencias estadísticamente significativas, de medidas de asociación en tablas de contingencia.

Fases del estudio

PRIMERA FASE

Coordinación con el sistema administrativo del Hospital General Universitario Reina Sofía para la obtención, con antelación, de la lista de pacientes programados para ser intervenidos de prostatectomía.

Estudio y análisis descriptivo de la Unidad de Enfermería del Servicio de Urología donde se realizará el estudio, previo a la implantación del programa educativo y la entrega del informe escrito de recomendaciones al alta.

Creación de la base de datos donde se recopilará la información de los cuestionarios de los pacientes incluidos en el estudio, y servirá para su posterior análisis de variables seleccionadas.

Se realiza un plan de formación del personal que participará en el estudio, mediante un seminario donde, además de explicar la finalidad del estudio, se le aportará además el prototipo de cuestionario que deberá ser cumplimentado por los pacientes incluidos en dicho estudio, que tras la valoración de enfermería, una vez ingresados, si cumplen los requisitos de inclusión serán sometidos a aleatoriedad para formar parte del grupo control o grupo experimental.

SEGUNDA FASE

Se pone en marcha el plan de educación sanitaria desde el postoperatorio junto al refuerzo del informe por escrito de recomendaciones al alta para pacientes intervenidos de prostatectomía durante el periodo del estudio.

Control y seguimiento del programa.

TERCERA FASE

Evaluación del programa y análisis de los resultados obtenidos.

Aspectos éticos

Se respetará el anonimato de los sujetos sometidos a estudio, así como su libre participación en el estudio. Los resultados obtenidos se emplearán exclusivamente para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelarán las identidades de los participantes.

Dado el tipo de diseño, se solicitará consentimiento escrito a los sujetos incluidos en el estudio.

Al tratarse de un estudio experimental se solicitará autorización al Comité ético de Investigación Clínica del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Los resultados obtenidos en este estudio nos servirán en primer lugar para verificar la eficiencia del informe escrito de recomendaciones, y de la intervención educativa al paciente mediante un programa de formación. Estos resultados también nos serán de utilidad como indicador de calidad de los cuidados por el personal de Enfermería.

En el caso de verificarse la hipótesis, se obtendrían:

- Mejora del autocuidado de los pacientes, a además de aumento de la satisfacción con el servicio recibido.
- Reducción de la estancia hospitalaria en uno o dos días en aquellos pacientes intervenidos de prostatectomía, con la consiguiente disminución de coste económico.
- Extrapolación del estudio a otros programas o intervenciones de Enfermería similares.

Como conclusión, podríamos afirmar que la mejora de la capacidad de autocuidado en el paciente es un indicador para medir la eficiencia de los servicios de enfermería. ▼

Bibliografía

1. Sevilla Sierra, Victoria y otros. Opinión de las enfermeras sobre el Informe de Recomendaciones al Alta de Enfermería. *Rev. Metas* 2000; 47: 6-11.
2. Concepción González, Lluvia y otros. Necesidad de continuidad de cuidados de Enfermería al Alta en la unidad de hospitalización de Urología. Rev. *Enfuro* 2001; 79: 31-34.
3. Parkes J, Shepperd S. Alta planificada del hospital al domicilio. En: Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Sotware. (Agosto/2000) Dr. HM Dalal *BMJ* 2003; 326: 482-4.
4. Martín Valenciano, Mercedes; Navarro Ledesma, Dolores; Lacasa Marzo, Rosa M; Gimeno, MP; Crespo García, Ascensión. Alta de enfermería a enfermos urológicos que requieren cuidados ambulatorios. *Rev AE Enferm Urolog.* 1994 oct-dic; 53:10-14.
5. Bianco FJ, Scardino PT, Eastham JA. Radical prostatectomy: long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function. *Urology.* November 2005; 66 (suppl): 83-94.

6. Cid Losada, Purificación; Florencio Bellido, María del Carmen; Jurado Hernández, Rosario; González Burguillos, José Ángel; Aparcero Bernet, Luis Alfonso. Alta de enfermería hospitalaria a pacientes de urología. *Rev AE Enferm Urolog.* 1998 ene-mar. 66:64-68.
7. Ubé Pérez, José Manuel; Urzanqui Rodríguez, María; Rodríguez Herce, Concepción; Blasco Ros, Mónica; Ascarza Rubio, Sonia; Musitu Pérez, Victoria. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. *Nure Inv.* 2006 set-oct; 3 (24). <http://www.fuden.es/origi-nales_obj.cfm?id_original=101&ID_ORIGINAL_INI>. Consultado: 8 de enero de 2008.
8. Márquez Alfonso, Antonio. Informe de enfermería al alta hospitalaria: herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencial. *Hygia de Enfermería.* 2006 sep-dic. <http://www.colegioenfermeria-sevilla.es/Publicaciones/Hygia/>. Consultado: 20 diciembre de 2007.
9. Hernández Martínez-Esparza, Elvira; Barquin Arribas, Mª Jesús; Mundet Riera, Imma et al. La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica. Gerokomos. [online]. 2006, vol. 17, no. 3 [citado 2008-01-24], pp. 132-139. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2006000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1134-928X. Consultado: 20 de diciembre de 2007.
10. Maciá Soler, Loreto; Rueda Rodríguez, Rita Mª; Garrido Mora, Mª Asunción. Utilidad de un modelo práctico de informe urológico de enfermería al alta hospitalaria. *Rev AE Enferm Urolog.* 1996 jul-sep; 60:76-77.
11. Cavanagh S. J. *Modelo de Orem. Aplicación Práctica.* Edit. Masson-Salvat. Barcelona. 1993.
12. Redacción Evidentia. Mucha información: poca utilidad. Las cosas de ser paciente. *Evidentia.* 2007 jul-ago; 4(16). En: http://www.index-f.com/evidentia/n16/361articulo.php [ISSN: 1697-638X]. Consultado: 8 de enero de 2008.
13. Jonson A, Sandford J, Tyndall J. Información verbal y escrita versus información verbal solamente para los pacientes con alta hacia el domicilio después de estancias hospitalarias agudas. En: *La Cocharene Lybrary plus* en español. Oxford: Update Software.
14. Cabrero García J, Richard Martínez M, Reig Ferrer A. Validez de constructo de tres escalas de satisfacción del paciente mediante la estrategia de matrices multirrasgo-multimétodo. Análisis y Modificación de Conducta, 1995, Vol. 21. Nº 77.
15. Cabrero, J. (1994). La medida de la satisfacción del paciente: aspectos conceptuales y metodológicos. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Murcia.
16. Jonson M, Maas M, Moorhead, S. *Clasificación de Resultados de Enfermería* (NOC). 4ª Ed. en español: Elsevier España, S.A. 2006.
17. Mc Closkey Dochterman J, Bulechek G.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC). 4ª Ed. en español: Elsevier España, S.A. 2006
18. Fernández del Busto, E. Martínez de Uturrate Arín, J. *Manual de Enfermería Urológica*. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial. Universidad de Valladolid 2000.

NOTICIAS DE INTERÉS

Premio Enfuro

Durante el acto de clausura del XXX Congreso de nuestra Asociación hicimos entrega del *premio Enfuro* a la mejor publicación en nuestra revista en los dos últimos años.

El jurado estuvo compuesto por: María Abel Curcull, Dolores Navarro, Montserrat Gea y José Rocco, socios y colaboradores habituales de *Enfuro*, y Francisco Estudillo, jefe de redacción de *Enfuro,* como secretario.

Dicho premio dotado con 1.200 euros fue otorgado a nuestras compañeras de Lleida, Rosa María Palau Barberá y María Teresa Luque Arenas por el artículo titulado: *Relación entre la ansiedad de los progenitores y la conducta del niño frente al acto quirúrgico.*

Enhorabuena a las premiadas y ánimo a todos para seguir publicando.

DISTINCIÓN

En el pasado mes de noviembre, en el Salón de Plenos de la Exma. Diputación de Cádiz y dentro de los actos organizados por el Exmo. Colegio Oficial de Enfermería de Cádiz con motivo del Juramento del Código Deontológico de los nuevos profesionales, tuvo lugar la entrega de distinciones a las distintas sociedades científicas que han realizado sus actividades en esta provincia durante 2008; nuestra Asociación fue una de las distinguidas acudiendo al acto en representación de ella nuestro vicepresidente F. Estudillo y nuestro secretario L. Aparcero.

De izda a dcha.: L. Aparcero, F. Estudillo, R. Campos (presidente Colegio Enfermería Cádiz), JM Rueda (vicepresidente Consejo Andaluz Enfermería) y J. Rocco.

www.enfuro.org

visita nuestra página web

Cada vez es más utilizada como herramienta de consulta así como agilización de gestiones en todo lo referente a Congresos: acceso a programas, envío de resúmenes, inscripciones, no en vano nos acercamos a las 40.000 visitas, por lo que ya es un hecho la relevancia de nuestra web dentro de las dedicadas a la profesión.

Gracias a todos los que la hacen posible.