enfuro

Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 117. Marzo 2011

Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker)

Efectividad de las recomendaciones al alta en los pacientes con derivación urinaria Bricker en el Hospital Santiago de Vitoria

Entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes sometidos a cirugía urológica

Prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal

Aplicación de técnicas de relajación en pacientes urológicos: la lucha contra los espasmos

Urolandia: lugar de encuentro Primaria-Especializada

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.

ENFURO
nº 117 / Enero/Febrero/Marzo 2011
Sexta Etapa

JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidenta: Ana Quintanilla Sanz
Vicepresidente: Francisco Estudillo González
Secretario: Francisco Milla España
Tesorera: Montserrat Gea Sánchez
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:
Francisco Milla España
Montserrat Gea Sánchez
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: *Peine del viento.* San Sebastián

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 4
- Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker). Estudio de un caso clínico
  García Martínez, M. J.; Montes Nieto, I. M.; Ramos Suárez, J. M.; González Cabrera, S.; Luque González, I.; Avilés Garrido, Ó. 5
- Efectividad de las recomendaciones al alta en los pacientes con derivación urinaria Bricker en el Hospital Santiago de Vitoria. Un reto en los cuidados
  García de Vicuña Fernández de Arroyabe P., Vázquez Barrenechea Y., Aldama López de Viñaspre J., Álvarez Sánchez A.B., Castro Guinea I., Pérez Perea M.C., Gómez Colmenero M.M. 11
- Entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes sometidos a cirugía urológica
  Peig Martí, M.T.; Moreno Gallego, J.; Escoda Pellisa, M.T.; Mora López, G.; Anento Nolla, S.; Marsà Fadurdo, C.; Menasanch Martí, I.; Brull Gisbert, Mª L; Franch Llasat, R. 16
- Prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal
  López de la Fuente, J.; Mínguez Viadel, S. 19
- Aplicación de técnicas de relajación en pacientes urológicos: la lucha contra los espasmos
  Ana Mª Bernal Rendón 22
- Urolandia: lugar de encuentro Primaria-Especializada
  Ramos Sánchez, ME.; Domínguez Domínguez, S.; De la Corte Sánchez, M.; Rico Cueva,s F.; García Domínguez Y. .. 24

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.

EDITORIAL

Mujer, enfermera y cuidados urológicos en tiempos de crisis

Este marzo celebrábamos el 100 aniversario del Día Internacional de la Mujer.

Por aquí y por allá se organizaban charlas y conferencias, recordando a las grandes mujeres de nuestro país o a mujeres importantes que han cambiado poco o mucho el transcurso de nuestra historia.

En nuestra profesión, mayoritariamente femenina y casi siempre de forma anónima, cada día…, día tras día…, ponemos nuestro granito de arena para mejorar nuestra sociedad.

Somos personas imprescindibles para nuestros pacientes en un momento u otro de su vida, cuando precisan de nuestros conocimientos y atenciones para restablecer su salud y mantener su calidad de vida. Intentamos incluso que «aprendan» a vivir aún mejor: autosondajes, calendarios miccionales, cambios de hábitos, cambios conductuales, reeducación vesical… Enseñando a evitar conductas erróneas y de riesgo.

Más difícil parece que nos es, aprender a vivir mejor nosotros, a nivel interno, como profesión: regularnos a nosotras/os mismas/os para compaginar los quehaceres laborales y horarios alternantes con los quehaceres familiares para no vernos perjudicadas/os. Sindicatos, asociaciones, estamos en ello. El último Pacto del Consejo de la Unión Europea intenta promover un mejor equilibrio entre la vida profesional y privada de mujeres y hombres.

La tan buscada excelencia en los cuidados pasa por una época de paradojas: los «tiempos de crisis» donde no se encuentran más alternativas para optimizar la gestión sanitaria que reducir personal, aumentar la jornada o la precariedad de los contratos de corta duración. Una profesión que trabaja con personas requiere unas condiciones que permitan una exquisita concentración las 24 horas del día.

Evitando las guardias continuadas, el exceso de cargas, la polivalencia, «servir para todo»… En este último punto, la Junta Directiva de la AEEU estamos estudiando la posibilidad de elevar al Consejo General de Colegios Profesionales de enfermeras/os, órgano regulador de la profesión sanitaria, nuestras propuestas en cuanto a que la especialidad denominada médico-quirúrgica pueda tener en cuenta los cuidados en urología o cuando menos consigamos el reconocimiento de los muchos profesionales que están trabajando en la reeducación del suelo pélvico.

Todo esto y mucho más, nuevas tecnologías en urología, esperanzas de futuro, innovaciones, cambios de titulación: grado, posgrado, doctorado, especialización, diplomas de capacitación…, serán ampliamente comentados en el XXXIII Congreso de Enfermería Urológica que este año se celebra en la maravillosa ciudad de Donosti, San Sebastián. Donde nuestros compañeros están trabajando para acogernos a todos. Y pasar unos días plenos de ciencia y amistad.

Hasta entonces, un saludo. ■

García Martínez, M. J.; Montes Nieto, I. M.; Ramos Suárez, J. M.; González Cabrera, S.; Luque González, I.; Avilés Garrido, Ó.
Servicio de Urología. Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología de los HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla

Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker). Estudio de un caso clínico

RESUMEN

Se exponen los cuidados enfermeros llevados a cabo en nuestro servicio en un caso de derivación urinaria con asa ileal, desde su ingreso hasta el alta hospitalaria, veinte días después. Se trata de un paciente de 63 años, diagnosticado de carcinoma vesical al que se le ha practicado una ureteroileostomía (Bricker). Se muestran, asimismo, las complicaciones postoperatorias más frecuentes que este tipo de intervenciones quirúrgicas suelen presentar. Tras la elaboración del correspondiente caso clínico se abordan los diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC), así como los cuidados enfermeros administrados, basados en el modelo de los once patrones funcionales de Majori Gordon. Por último se resalta el importante papel que tanto Enfermería Domiciliaria como Atención Primaria juegan tras el alta del paciente.

Palabras clave: Ureteroileostomía (Bricker), cistectomía radical, cáncer vesical, derivación urinaria. Cuidados enfermeros.

ABSTRACT

We expose nursing cares carried out in our service on a case of ileodiversion, from their hospitalization until discharge, twenty days later. It is a 63 years old patient, diagnosed by vesical carcinoma which was performed an ureteroileostomy (Bricker).
We also show post-intervention complications more prevalent among this kind of surgical interventions. After the clinical case elaboration, nursing diagnoses, outcomes criteria and intervention criteria, as well as administered nursing care are explained, based on the eleven functional patterns model of Majory Gordon.
It is also outstanded the important role of home-based nursing intervention and primary attention nursing plays after patient's discharge.

Keywords: ureteroileostomy (Bricker), radical cistectomy, bladder cancer, urinary diversion, nursing care.

Introducción/Objetivo

La alta incidencia y elevada prevalencia de casos de cáncer de vejiga, traducido ello en un creciente número de ingresos hospitalarios, hacen de esta patología un grave problema de salud pública. España es el primer país en incidencia de cáncer de vejiga y el segundo en mortalidad de Europa. Durante 2006 se produjeron 3.732 muertes por cáncer de vejiga en hombres y 781 en mujeres, siendo la tasa de mortalidad ajustada por la población europea de 12,96 en hombres y de 1,8 en mujeres por 100.000 habitantes, representando ello el 6% de las muertes por cáncer en hombres y el 2,1% en las mujeres durante dicho año. La edad media del fallecimiento fue de 72,5 años en varones y 74,5 años en mujeres[1].

En nuestro país, la incidencia más alta en los hombres se concentra en el suroeste (Cádiz y Sevilla), siendo los principales factores de riesgo conocidos el tabaco, la exposición a ciertos químicos (aminas aromáticas), exposición a ciertos carcinógenos profesionales (textil, caucho, aluminio…) y otros factores estudiados (DM, HTA, toma de anticonceptivos orales y otros).

Tras la cistectomía radical se plantea la necesidad de llevar a cabo una derivación urinaria, es decir, cambiar el curso normal de la orina por donde normalmente discurre. Las técnicas de derivación han experimentado un notable empuje en las últimas décadas gracias a un mayor apoyo antibiótico y a una técnica quirúrgica más depurada. La derivación de la orina al intestino es un procedimiento con más de 150 años de vida, realizándose múltiples técnicas, anastomosando los uréteres al recto y al colon sigmoideo. Sería en los años 50 cuando Bricker deriva la orina a un segmento aislado del íleon, aportando como novedad fundamental lograr mantener separada la orina de las heces.

La ureteroileostomía tipo Bricker es la derivación urinaria más frecuente en Europa y consiste, pues, en aislar una porción de íleon para crear un «conducto ileal» al que se abocarán ambos uréteres. El extremo próximo de esta porción de íleon se cierra y el distal se lleva a la piel para construir un estoma protuyente a modo de pezón. Se presenta como un excelente método de derivación permanente en el adulto, con tasas de complicaciones muy aceptables y, aunque distorsiona la imagen corporal, protege de manera eficaz al riñón[2].

En nuestra Unidad de Gestión Clínica de Urología-Nefrología se ha realizado en el año 2009 un total de 28 intervenciones de cistectomías radicales, distribuidas del siguiente

modo: 19 ureteroileostomías (Bricker), 7 ureterosigmoidostomías y 2 neovejigas.

Nos planteamos como objetivo central de la presente comunicación mostrar la metodología seguida en nuestra unidad en relación a los cuidados enfermeros llevados a cabo en un paciente diagnosticado de cáncer vesical al que se le ha practicado una cistectomía radical con ureteroileostomía (Bricker). Se incide en la importancia que juega el personal de Enfermería Domiciliaria y de Atención Primaria, para evitar infecciones y, sobre todo, ayudar al paciente a sobrellevar psicológicamente este tipo de intervenciones quirúrgicas que alteran la propia imagen del enfermo. En este sentido, se destaca asimismo la importancia del «Informe de Continuidad de Cuidados» y de una buena coordinación entre los profesionales enfermeros.

Material/Método

Estudio de un caso clínico de un paciente al que se le ha practicado una derivación urinaria (ureteroileostomía tipo Bricker) tras cistectomía radical. Se ha procedido a hacer un seguimiento desde su ingreso hospitalario, el día 14 de julio, hasta el alta, veinte días después, estableciéndose los correspondientes diagnósticos enfermeros y planes de cuidados.

Se ha elegido este caso clínico con objeto de mostrar no sólo los cuidados enfermeros prestados habitualmente en un proceso quirúrgico como es la ureteroileostomíar, sino porque ha presentado las complicaciones más usuales a las que tiene que enfrentarse el personal de enfermería: íleo paralítico e infección de la herida quirúrgica, entre otras, poco tratado en los trabajos que abordan el tema.

El material empleado[3] es el habitual en el servicio: Protocolos de acogimiento y cuidados del servicio, registros de enfermería habituales (gráfica de constantes vitales, registro de valoración inicial, plan de cuidados, registro de evolución de cuidados, registro de control de constantes y actividades desarrolladas), recomendaciones de enfermería al alta e informe de continuidad de cuidados. Contacto con Atención Primaria.

Se ha llevado un control fotográfico del proceso desde su ingreso en planta hasta el alta hospitalaria del paciente, material que será utilizado posteriormente dentro del plan de formación del personal en forma de sesiones clínicas de enfermería.

Resultados

El primer día de ingreso en el Servicio de Urología se procede a realizar valoración inicial, aplicando protocolo de acogida. Como preparación preoperatoria se le prescribe al paciente dieta pobre en residuos desde una semana antes de la cirugía y ayunos de ocho horas previas a la intervención. Asimismo, para prevenir el tromboembolismo pulmonar y de miembros inferiores, se administró la tarde-noche previa enoxaparina 20 mg subcutánea y vendaje elástico compresivo gradual en miembros inferiores. Se administra por indicación del Servicio de Anestesia loracepan 1 mg con objeto de que el paciente descansase la noche previa y omeprazol 20 mg, como protector gástrico.

A continuación se muestra el caso clínico del paciente estudiado:

CASO CLÍNICO

«Paciente varón de 62 años de edad, consciente y lúcido, diagnosticado de carcinoma urotelial de vejiga (Grado 3, con infiltración de lámina y capas musculares propias, categoría pT-2 de la TNM), que ingresa en el Servicio de Urología de forma programada para intervención quirúrgica (cistectomía radical y Bricker). Tras la operación el paciente pasa a UCI, donde evolucionó favorablemente, aunque inicialmente presentó difícil control de dolor. Tras dos días en dicho servicio es trasladado a planta el día 17 de julio.

Como antecedentes personales en relación al episodio actual destacar RTU vesical el 27 de mayo de 2010 y síndrome febril y clínica miccional durante el mes anterior a la intervención. Durante los 18 días de hospitalización el paciente ha presentado dolor, distensión y timpanismo abdominal, suboclusión intestinal, secreción serohemática y colección en pared abdominal inferior de 3 cm de diámetro, lo que ha requerido su evacuación mediante drenaje que accede por pared abdominal anterior izquierda con punta alojada en suelo pélvico. El paciente marcha de alta portando estoma y necesitando cura diaria de herida quirúrgica. El personal de enfermería le facilita las recomendaciones oportunas y realiza el informe de continuidad de cuidados".

A partir del caso clínico, y durante la permanencia del paciente en nuestro servicio, se han elaborado los siguientes diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), estableciéndose el plan de cuidados correspondiente.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PLANTEADOS

00146 Ansiedad R/C Amenaza de cambio en el rol y el estado de salud; M/P Expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales, temor, preocupación creciente y nerviosismo.

Criterio de resultados (NOC): 1302 Superación de problemas (afrontamiento); 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida; 1402 Control de la ansiedad.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5820 Disminución de la ansiedad; 4920 Escucha activa; 5230 Aumentar el afrontamiento.

00108 Déficit de autocuidado: baño / higiene. R/C Debilidad y cansancio; M/P Incapacidad para: lavar total o parcialmente el cuerpo.

Criterios de resultados (NOC): 0301 Cuidados personales: baño; 0305 Cuidados personales: higiene.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1610 Baño; 5606 Enseñanza: individual; 7040 Apoyo al cuidador principal; 1801 Ayuda con los autocuidados: baño / higiene.

00085 Deterioro de la movilidad física. R/C Prescripción de restricción de movimientos y malestar o dolor.

Criterios de resultados (NOC): 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria; 1811 Conocimiento: actividad prescrita; 2102 Nivel del dolor.

Intervenciones de enfermería (NIC): 0840 Cambio de posición; 1800 Ayuda al autocuidado; 1801 Ayuda con los autocuidados: baño / higiene; 1802 Ayuda con los autocuidados: vestirse / arreglo personal; 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación; 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo; 4310 Terapia de actividad; 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.

00118 Trastorno de la imagen corporal. R/C Factores biofisiológicos, tratamiento de la enfermedad y cirugía; M/P Verbalización del problema.

Criterios de resultados (NOC): 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos; 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida; 1205 Autoestima.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5220 Potenciación de la imagen corporal; 5400 Potenciación de la autoestima; 5230 Aumentar el afrontamiento; 0489 Cuidados de la ostomía.

00004 Riesgo de infección. R/C Procedimientos invasivos, destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental. M/P Vigilancia de signos y síntomas en herida quirúrgica y estado general del paciente.

Criterios de resultados (NOC): 1908 Detección del riesgo; 1807 Conocimiento: control de la infección; 1902 Control del riesgo.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1876 Cuidados del catéter urinario; 3660 Cuidados de las heridas; 6540 Control de infecciones; 6550 Protección contra las infecciones.

00015 Riesgo de estreñimiento. R/C Disminución motilidad intestinal, debilidad de los músculos abdominales; M/P Uso de fármacos opiáceos y cirugía con manipulación de paquete intestinal.

Criterios de resultados (NOC): 0501 Eliminación intestinal.

Intervenciones de enfermería (NIC): 0450 Manejo del estreñimiento / impactación.

00039 Riesgo de aspiración. R/C Cirugía, disminución de la motilidad gastrointestinal y retraso en el vaciado gástrico; M/P Uso de S.N.G. conectada a aspiración.

Criterios de resultados (NOC): 1918 Control de la aspiración.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1570 Manejo del vómito; 3200 Precauciones para evitar la aspiración.

00120 Baja autoestima situacional. R/C Alteración de la imagen corporal. Rechazo; M/P Verbalización del problema.

Criterios de resultados (NOC): 1205 Autoestima; 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5230 Aumentar el afrontamiento; 5270 Apoyo emocional; 5400 Potenciación de la autoestima.

00126 Conocimientos deficientes sobre su proceso. R/C Falta de exposición y poca familiaridad con los recursos para obtener la información; M/P Verbalización del problema.

Criterios de enfermería (NOC): 1813 Conocimiento: régimen terapéutico; 1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5510 Educación sanitaria; 5520 Facilitar el aprendizaje; 7370 Planificación del alta; 5606 Enseñanza individual; 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.

00023 Retención urinaria. R/C Obstrucción de los catéteres tutores de los uréteres; M/P Anuria o diuresis escasa.

Criterios de enfermería (NOC): 0502 Continencia urinaria; 0503 Eliminación urinaria.

Intervenciones de enfermería (NIC): 0620 Cuidados de la retención urinaria; 0590 Manejo de la eliminación urinaria

00095 Deterioro del patrón de sueño. R/C Ansiedad, ruido, falta de familiaridad, muebles, habitación, falta de intimidad o control para el sueño e interrupción para procedimientos terapéuticos, controles o pruebas laboratorio; M/P Verbalización del problema.

Criterios de resultados (NOC): 0003 Descanso; 0004 Sueño; 1402 Control de la ansiedad.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1850 Fomentar el sueño; 5230 Aumentar el afrontamiento; 5820 Disminución de la ansiedad; 5880 Técnica de relajación; 6482 Manejo ambiental: confort.

00039 Riesgo de aspiración. R/C Disminución de la motilidad gastrointestinal, retraso en el vaciado gástrico, aumento de la presión intragástrica, aumento del volumen gástrico o residua, deterioro de la deglución, y tubos gastrointestinales; M/P Distensión abdominal, aumento de secreción de jugos gástricos e íleo paralítico.

Criterio de resultados (NOC): 0912 Estado neurológico: conciencia; 1814 Conocimiento: procedimientos terapéuticos; 1918 Control de la aspiración.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1570 Manejo del vómito; 3200 Precauciones para evitar la aspiración.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. R/C Alteración estado nutricional (obesidad, emaciación), factores mecánicos (presión, sujeciones) e inmovilización física; M/P Prescripción de reposo y dieta.

Criterio de resultados (NOC): 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas; 1902 Control del riesgo; 1908 Detección del riesgo.

Intervenciones de enfermería (NIC): 3590 Vigilancia de la piel; 3500 Manejo de presiones; 3540 Prevención de úlceras por presión; 0740 Cuidados del paciente encamado; 0840 Cambio de posición.

00121 Trastorno de la identidad personal. R/C Derivaciones biofísicas (estoma); M/P Verbalización del problema .

Criterio de resultados (NOC): 1202 Identidad; 1403 Con-

trol del pensamiento distorsionado; 1409 Control de la depresión.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5230 Aumentar el afrontamiento; 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo; 5820 Disminución de la ansiedad; 5400 Potenciación de la autoestima.

00059 Disfunción sexual. R/C Alteración en la estructura corporal (cirugía); M/P Limitaciones reales impuestas por la cirugía.

Criterio de resultados (NOC): 1205 Autoestima; 1300 Aceptación: estado de salud; 0019 Funcionamiento sexual.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5248 Asesoramiento sexual; 5624 Enseñanza: sexualidad.

00065 Patrón sexual inefectivo. R/C Alteración de la función corporal; M/P Verbalización del problema.

Criterios de resultados (NOC): 0019 Funcionamiento sexual; 1200 Imagen corporal; 1603 Conducta de búsqueda de la salud

Intervenciones de enfermería (NIC): 5624 Enseñanza: sexualidad; 5240 Asesoramiento; 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo.

00076 Disposición para mejorar el afrontamiento. R/C Disfunción sexual M/P Participación y verbalización del problema.

Criterio de resultados (NOC): 1603 Conducta de búsqueda de la salud.

Intervenciones de enfermería (NIC): 5248 Asesoramiento sexual.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES

00134 Naúseas R/C Distensión gástrica, uso de fármacos y manipulación de paquete intestinal; M/P Verbalización del problema.

Criterio de resultados (NOC): 0602 Hidratación; 2103 Gravedad del síntoma.

Intervenciones de enfermería (NIC): 1450 Manejo de las naúseas; 1570 Manejo del vómito; 2380 Manejo de la medicación.

00132 Dolor agudo. R/C Cirugía; M/P Verbalización del problema.

Criterio de resultados (NOC): 1605 Control del dolor; 2102 Nivel del dolor.

Intervenciones de enfermería (NIC): 6482 Manejo ambiental: confort; 2210 Administración de analgésicos; 1400 Manejo del dolor.

En la UCI le fue colocado al paciente catéter epidural para tratamiento analgésico, el cual tuvo que ser retirado a su llegada a planta por no ser funcionante, sustituyéndose por perfusión continua de cloruro mórfico durante dos días.

FIEBRE S/A CIRUGÍA

Intervenciones de enfermería (NIC): 6680 Monitorización de signos vitales; 6650 Protección contra las infecciones; 3740 Tratamiento de la fiebre.

Como resumen de la actividad enfermera desarrollada durante la estancia del paciente en el Servicio de Urología, destacamos que, tras dos días en UCI, los dos primeros del postoperatorio, donde evolucionó favorablemente, junto con los cuidados administrados, considerados habituales (mantenimiento de permeabilidad de los catéteres ureterales, vigilancia de la orina –cantidad, aspecto…–, cuantificación del débito del drenaje abdominal, vigilancia de la permeabilidad de la sonda nasogástrica, medición de su débito, control del dolor), el paciente ha necesitado atenciones y cuidados específicos por tres problemas planteados: íleo paralítico (suboclusión intestinal), complicaciones hemodinámicas, necesitando transfusión de dos concentrados de hematíes (hemoglobina de 6,8 mg/dl) y oxigenoterapia, e infección, habiéndose detectado la presencia de *Escherichia coli* productor BLEE en la herida quirúrgica (drenaje abdominal) y enterococos resistentes a la ampicilina, siendo necesario someter al paciente a aislamiento de contacto.

En cuanto al primero de los problemas presentados, el íleo paralítico, el paciente necesitó tratamiento con dieta parenteral durante dos semanas, dieta oral absoluta, sueroterapia y sonda nasogástrica conectada a aspiración suave durante esas dos semanas al haberse detectado desde el tercer día del posoperatorio cuadro de abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación, palidez y sudoración, confirmándose mediante TAC abdominal el referido cuadro suboclusivo. Mejoró algo con sonda rectal intermitente.

En relación a la infección, mediante TAC abdominal se confirma una colección localizada a nivel de lecho quirúrgico con forma de «C» de 65 x 20 mm, siendo necesario tratamiento con antibióticos para su resolución (Imipenem y Cilastatina 500 mg / 6 h y Vancomicina 1 g / 12 h, todo ello por vía IV).

Al décimo día del posoperatorio, la herida drena escasa cantidad y se cura colocándose apósito de Aquacel en la zona del exudado. Se retiran algunos puntos de la herida quirúrgica. Buena evolución de la misma. Se añade Iruxol a la cura. Deberá terminarse de curar diariamente en su domicilio.

VALORACIÓN DEL PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN EL SERVICIO

Para la elaboración del plan de cuidados en nuestro servicio se sigue el modelo de Majori Gordon de los once patrones funcionales (1982). Todos ellos se han visto afectados en el caso que analizamos:

– Patrón 1: Percepción-manejo de la salud. El paciente ha presentado dificultad para seguir el tratamiento médico

y los cuidados enfermeros. Ha necesitado la ayuda del personal de enfermería y de su familia para llevarlos a cabo.

- Patrón 2: Nutrición-metabolismo. Ha mantenido dieta oral absoluta y nutrición parenteral durante la mayor parte del tiempo ingresado.
- Patrón 3: Eliminación. Tras la intervención quirúrgica, el paciente llevará a cabo la eliminación urinaria a través de los catéteres ureterales implantados (Bricker). Dada la dieta seguida (parenteral) no ha defecado hasta las dos semanas aproximadamente.
- Patrón 4: Actividad-ejercicio. El estado de la herida quirúrgica y su situación clínica han obligado al paciente a guardar reposo en cama durante 12 días, por lo que apenas hace ejercicio, distrayéndose con la lectura, televisión y radio.
- Patrón 5: Sueño–descanso. Desde el primer día del ingreso ha necesitado medicación para descansar y dormir (cloruro mórfico, loracepán).
- Patrón 6: Cognitivo-perceptual. El paciente presentó molestias abdominales intensas por íleo paralítico desde el tercer día del posoperatorio.
- Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto. La imagen corporal del paciente se ha visto gravemente comprometida tras la realización del estoma. El paciente refiere sensación de ansiedad y temor, preocupándole los cambios funcionales y corporales. Refiere encontrarse preocupado por la evolución de su patología.
- Patrón 8: Rol-relaciones. La familia del paciente ha colaborado durante todo el ingreso en relación a la aceptación de la nueva situación. Le ha acompañado y animado en todo momento.
- Patrón 9: Sexualidad-reproducción. El paciente es consciente de que su sexualidad puede verse afectada tras la intervención quirúrgica, desconociendo hasta qué grado. Fue informado al respecto.
- Patrón 10: Adaptación-tolerancia al estrés. Durante la primera semana del posoperatorio ha necesitado apoyo psicológico. Ha mostrado estado de ansiedad y estrés importante, requiriendo medicación para ello.
- Patrón 11: Valores-creencias. Piensa que sus creencias le ayudan bastante a sobrellevar su nueva situación. El informe anatomopatológico posterior de la vejiga y otras zonas analizadas muestran que no existen metástasis, lo cual le ha infundido mucho ánimo. No precisó asistencia religiosa.

Tras la detección de las alteraciones en los patrones funcionales, se procede a la implantación del correspondiente plan de cuidados, todos ellos debidamente protocolizados, los cuales dieron como resultados la resolución de la mayor parte de las alteraciones durante los días de permanencia en el hospital. En total, el paciente permaneció 20 días en el hospital.

EN NUESTRA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE UROLOGÍA-NEFROLOGÍA SE HA REALIZADO EN EL AÑO 2009 UN TOTAL DE 28 INTERVENCIONES DE CISTECTOMÍAS RADICALES.

EN ESTE TIPO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES, EL PAPEL JUGADO POR ENFERMERÍA ES ABSOLUTAMENTE FUNDAMENTAL, TANTO EN EL CENTRO HOSPITALARIO COMO A NIVEL DOMICILIARIO.

CUIDADOS DOMICILIARIOS

En este tipo de intervenciones quirúrgicas mayores, el papel jugado por Enfermería es absolutamente fundamental, tanto en el centro hospitalario como a nivel domiciliario. En el caso que exponemos, la realización de una ureteroileostomía tipo Bricker, supone para el paciente un hecho nuevo: portar un estoma, lo que va a requerir atenciones y cuidados que debe conocer perfectamente.

El personal de Enfermería aprovecha la estancia hospitalaria del paciente para explicarle y enseñarle las técnicas del cambio de bolsa y limpieza del estoma, haciéndolo constar asimismo en el correspondiente informe de continuidad de cuidados. La información que se facilita al paciente se dirige a su actividad diaria (ejercicio físico, descanso necesario…), a la higiene y cuidado del estoma (agua y jabón neutro, esponja y papel de celulosa suave, etc.) y dieta (no requiere una pauta alimenticia especial), debiendo ser ésta equilibrada (carne, pescado, frutas, etc.) con abundantes líquidos. En el momento del alta hospitalaria se le facilita un número de teléfono para que pueda aclarar cuantas dudas le vayan surgiendo, lo cual disminuye de forma importante el grado de ansiedad que suele acompañar estas intervenciones[4].

Discusión

Tras la consulta de la bibliografía publicada sobre el tema, se ha escogido el presente caso clínico de ureteroileostomía (tipo Bricker) por considerarlo representativo del trabajo llevado a cabo por el personal de enfermería. Habitualmente, un paciente intervenido de cistectomía radical y posterior derivación urinaria suele permanecer ingresado en el hospital durante un tiempo máximo de 6 a 10 días, en caso de no presentar complicaciones.

El caso expuesto ha triplicado ese tiempo por presentar distintos problemas, fundamentalmente íleo paralítico (suboclusión intestinal) e infección de la herida quirúrgica, precisando aislamiento de contacto. Se trata de un caso, pues, no habitual, más complejo de lo normal, en el que se han visto comprometidos los 11 patrones funcionales que seguimos en nuestro servicio a la hora de realizar la valoración enfermera. Recoge, en definitiva, una amplia muestra de los posibles diagnósticos y cuidados enfermeros que exige esta patología.

Cuando el paciente marcha a su casa portando un estoma, va a requerir un apoyo psicológico para disminuir su grado de estrés y ansiedad

Conclusión

Cuando se le diagnostica a un paciente un carcinoma vesical avanzado y se le informa del tratamiento a seguir, la cistectomía radical con derivación urinaria, en el caso que exponemos una ureteroileostomía tipo Bricker, hemos observado diversas reacciones: desde los que aceptan su situación y colaboran desde el primer día de su ingreso en el hospital hasta aquellos otros que la rechazan y adoptan una actitud negativa durante todo el proceso hospitalario. Por tanto, señalamos en primer lugar el papel de enfermería en relación a la información que debe transmitirse al paciente, ayudando a la adopción de actitudes positivas.

En segundo lugar, y puede servir de ejemplo el caso clínico abordado en el presente trabajo, resaltar la importancia de la colaboración de la familia, fundamentalmente en los primeros días del posoperatorio. Cuando el paciente marcha a su casa portando un estoma, con lo que ello conlleva, cambiando su propia imagen corporal, va a requerir un apoyo psicológico para disminuir su grado de estrés y ansiedad. Enfermería puede ayudarle a que acepte esa nueva situación, apoyándole tanto en los momentos previos de la intervención como a nivel domiciliario (papel de Enfermería Domiciliaria y Atención Primaria). En este sentido son muy útiles las técnicas de relajación, tanto en el pre como en el postoperatorio.

El caso clínico expuesto recoge aquellos cuidados enfermeros administrados habitualmente en este tipo de intervención quirúrgica, mostrando además algunas de las complicaciones que pueden presentarse, fundamentalmente el íleo paralítico y la infección.

Agradecimientos

Deseamos mostrar nuestro agradecimiento a todo el personal de enfermería de la unidad, en especial a su director, don Rafael Antonio Medina López, y al jefe de Bloque de Enfermería, don José Guerrero Pérez, por su colaboración y las facilidades dadas para la realización del presente trabajo. ▼

Bibliografía

Cabello Benavente, R. y otros. «Desderivación urinaria; de Bricker a Studer. A propósito de dos casos». *Actas Urológicas Españolas*, v. 30, n.º 9. Madrid octubre de 2006.

Castiñeiras Fernández, J. (coordinador). *Libro del Residente de Urología.* Asociación Española de Urología. Madrid, 2007: 525-540.

Martínez-Sagarra, J. M. *Sustitución vesical con empleo de intestino.* Discurso para recepción como Académico de número en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Edit. Cerver Cuesta. Valladolid, 2001: 41-46.

Mc Closkey y otros. NIC. *Clasificación de intervenciones de Enfermería.* Editorial Elsevier España, S. A. 2.ª edic. 2008.

Moorhead, Sue y otros. NOC. *Clasificación de resultados de Enfermería*. Editorial Elsevier España, S. A. 2.ª edic. 2004.

NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación,* 2007-2008. Editorial Elsevier España, S.A. 2007.

Pierre-Louis Lauture, M. Martínez Feria, L. Sánchez Álvarez, A. «Cuidados de enfermería en la cistectomía radical con derivación urinaria». Enfuro, n.º 110, 2009: 13-14.

Riomoros Sanz, M. B. Herrero Cecilia, I. Carrasco Díaz, R. «Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones». *Enfuro*, n.º 108, 2008:10-13.

Rivera García, Sebastián; Durán Ventura, Mayca. *Cuidados domiciliarios para pacientes ostomizados.* Unidad de Ostomía. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.

Protocolos y Registros de Enfermería. Servicio de Urología de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología de los HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.

Notas

1. Datos obtenidos de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer.
2. Castiñeiras Fernández, J. (Coordinador). *Libro del Residente de Urología.* Asociación Española de Urología. Madrid, 2007: 529-530.
3. *Registros y Protocolos de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología.* HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.
4. Rivera García, Sebastián; Durán Ventura, Mayca. *Cuidados domiciliarios para pacientes ostomizados*. Unidad de Ostomía. HH. UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.

García de Vicuña Fernández de Arroyabe P., Vázquez Barrenechea Y., Aldama López de Viñaspre J., Álvarez Sánchez A.B., Castro Guinea I., Pérez Perea M.C., Gómez Colmenero M.M.

Efectividad de las recomendaciones al alta en los pacientes con derivación urinaria Bricker en el Hospital Santiago de Vitoria. Un reto en los cuidados

RESUMEN

La cistectomía radical es el tratamiento de elección en pacientes con cáncer vesical infiltrante siendo, la derivación urinaria tipo Bricker la técnica más utilizada en nuestra unidad.
Con el fin de conocer el grado de información de los pacientes intervenidos de cistectomía Bricker hemos evaluado tanto la información oral como escrita sobre los cuidados que reciben nuestros pacientes durante el ingreso con el fin de lograr un mayor autocuidado al alta hospitalaria.
Para ello hemos realizado un estudio descriptivo transversal mediante entrevistas personales. El cuestionario constaba de 7 ítems relacionados con hábitos higiénicos, cuidados del estoma, valoración de la hoja de recomendaciones al alta, cambios en sus hábitos de vida y dificultades que encontraron una vez en su domicilio. El resultado de este estudio evidencia que para un alto porcentaje de pacientes la información dada durante el ingreso de cara al alta les ha sido de utilidad. Por el contrario, un porcentaje menor demanda más información de la recibida. Dado que hay variables que pueden influir en la adecuada recepción de la información y que la hoja de recomendaciones no cumple las expectativas esperadas, creemos necesario reforzar la información mediante la elaboración de una guía de actuación.

Palabras clave: efectividad, educación en salud, satisfacción del paciente, derivación urinaria, información de salud al consumidor.

ABSTRACT

Radical cystectomy is the treatment of choice in patients with invasive bladder cancer, being the urinary diversion Bricker type, the most common technique used in our unit.
In order to meet the grade of information patients have about Bricker cystectomy interventions, we had evaluated oral and written information about the care that receive our patients during hospitalization in order to achieve greater self-care at discharge.
Therefore, we had carried out a cross-sectional study by personal interviews. Questionnaire was made by 7 items related to hygiene habits, stoma's care, discharge recommendation booklet assessment, changes in life habits and troubles found once they are at their homes.
The result of this study shows that a high percentage of patients found useful data given during their hospitalization to face discharge properly. By contrast, a smaller percentage claim received more information.
As there are many variables that can modify properly patient' perception on information and recommendation booklet does not meet the expectation expects, we believe that there's need to enforce information by actuation guidelines elaboration.

Keywords: Effectiveness, Health Education, Patient Satisfaction, Urinary Diversion, Consumer Health Information.

Introducción

Los tumores vesicales infiltrantes son neoplasias de estirpe urotelial que invaden las capas musculares de la pared vesical y pueden afectar a la grasa perivesical y a órganos vecinos con posibilidad de causar metástasis a distancia.

Es la segunda neoplasia urológica más frecuente. Es la cuarta en frecuencia en hombres y la novena en mujeres, siendo más frecuente en hombres que en mujeres y en raza blanca.

En la actualidad, la cistectomía radical es el tratamiento de elección en los pacientes con cáncer vesical infiltrante.

En el hombre implica la resección en bloque de la vejiga junto con su cobertura peritoneal así como el tejido adiposo perivesical, la zona inferior de los uréteres, la glándula prostática y las vesículas seminales, el conducto deferente pelviano y su ampolla y los ganglios linfáticos de la pelvis. En la mujer, además de la vejiga y su cubierta, se extirpa uretra, útero, trompas de Falopio y ovarios, pared vaginal anterior y ganglios.

En estos casos, la cirugía se completa con una derivación urinaria que consiste en aislar una porción de íleon para crear un conducto ileal al que se abocarán ambos uréteres. El extremo próximo de esta porción de íleon se cierra y el distal

se lleva a la piel para construir un estoma. La orina drenará en una bolsa con disco adhesivo que se colocará en el estoma y que se vaciará cuando esté llena. En este tipo de derivación por estoma además de orina se expulsará el moco segregado por la porción de intestino.

La estancia media hospitalaria es de 10-14 días.

Ante la necesidad de autocuidados continuos que precisaban estos pacientes en su domicilio, el equipo de enfermería de nuestra unidad decidió entregar en el séptimo día posoperatorio unas recomendaciones al alta para explicarles el manejo de la urostomía junto con un kit de derivación urinaria.

La hipótesis inicial de este trabajo era que las recomendaciones entregadas en el hospital a pacientes y familiares junto con la información oral no cumplían sus expectativas dado que, transcurridos varios días tras el alta, se recibían en la planta llamadas telefónicas para aclarar dudas.

Con el fin de conocer con qué dificultades reales se encuentran estos pacientes una vez en su domicilio, decidimos evaluar la eficacia de la información tanto oral como escrita recibida durante su ingreso hospitalario.

EN LA ACTUALIDAD, LA CISTECTOMÍA RADICAL ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN LOS PACIENTES CON CÁNCER VESICAL INFILTRANTE, SIENDO LA DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER LA MÁS UTILIZADA EN NUESTRA UNIDAD

TRAS UNA CIRUGÍA DE CISTECTOMÍA RADICAL, EL PACIENTE NECESITA TIEMPO PARA RECUPERARSE FÍSICA Y ANÍMICAMENTE DEL TRAUMA AL QUE SE VE SOMETIDO TRAS LA INTERVENCIÓN

Objetivos

Conocer el grado de información que tienen los pacientes intervenidos de derivación urinaria Bricker entre enero 2008 y febrero 2010.

Evaluar si se entrega o no la hoja de recomendaciones de enfermería en nuestra unidad y conocer la efectividad de esa información en nuestros pacientes.

Material y métodos

Como paso previo a la realización del trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica.

Durante el periodo de estudio comprendido entre enero del 2008 y febrero de 2010, nuestra unidad de Urología ha atendido a 20 pacientes intervenidos de cistectomía radical.

Tres de ellos fueron intervenidos de vejiga ortotópica, siendo descartados del estudio, mientras que 17 pacientes fueron intervenidos de cistectomía tipo Bricker, siendo éstos, objetos principales de nuestro estudio. De estos 17 casos, 8 se excluyeron por éxitus, uno por enfermedad grave y dos por imposibilidad de contactar con ellos tras varios intentos telefónicos. Estos criterios de exclusión son los mismos que viene realizando Osakidetza en las encuestas de satisfacción.

Se realizaron entrevistas personales con un cuestionario abierto de 7 ítems que fue grabado con consentimiento autorizado del propio paciente para su posterior valoración.

Previamente a la entrevista se envió a todos los sujetos a estudio una carta para solicitar su colaboración. Como paso previo a la recogida de datos se confeccionó una encuesta abierta con las variables objeto del estudio.

- Información sobre el cuidado del estoma y manejo de bolsas durante la estancia en el hospital.
- Valoración de la hoja de recomendaciones al alta.
- Necesidades al alta y recursos con los que cuenta en su domicilio.
- Cambios en sus hábitos de vida.

La realización de las entrevistas se llevó a cabo entre marzo y junio de 2010 y la duración estimada de cada entrevista fue de 20-30 minutos.

Resultados

Con respecto a la primera pregunta, si durante el ingreso se les informó sobre el cuidado del estoma, un 100% de los casos (6 pacientes) responde afirmativamente a esta pregunta.

Si se les instruyó durante el ingreso en el cambio de bolsas y discos, un 83,3% (5 casos) está de acuerdo con esta afirmación frente a un 16,7% (1 paciente) que responde negativamente; refiere haber sido informado en el cambio de bolsas pero no de cómo colocar los discos: «No, eso no, porque discos primero que no sabían ni que existían, entonces no, a mí sólo las bolsas».

La tercera pregunta del cuestionario estaba relacionada con la hoja de recomendaciones al alta que se les da a los pacientes intervenidos de esta patología y qué opinión les mereció la misma. Un 66,6% (4 casos) responde que sí le entregaron esa información escrita, mientras que un 33,4% (2) no recuerda si se la entregaron o no. Aquellos pacientes que responden afirmativamente opinan que la hoja les fue útil de cara al alta hospitalaria: «Sí, me la entregaron. La información me fue muy útil porque ya me dijeron que había varios tipos de bolsas y tú mismo vas viendo cuál es la que se adapta mejor a tu estoma y vas eligiendo». «Sí me la entregaron, todas las dudas estaban en la hoja». Dos de los pacientes que responden que sí se les entregó la hoja, durante la entrevista personal sus acompañantes, que son los cuidadores principales, no recuerdan haberla recibido.

A la pregunta si la información tanto oral como escrita les fue de utilidad, un 83,3%(5 casos) opina que sí frente a un 16,7% (1 caso) que no le fue de utilidad, ya que su mayor

problema fueron las bolsas y los discos, tardó bastante tiempo en encontrar discos y bolsas adecuadas para su estoma y ello le generó mucha angustia. «No me fue útil, en el ingreso todo estuvo muy bien pero al dejarme salir me ponía una bolsa y se me caía y así durante varios días».

Se les preguntó a todos ellos si hubieran deseado tener más información sobre algún aspecto, un 16% (un paciente) no sabe, no contesta, un 66,6% (4 casos) considera que la información dada durante el ingreso fue adecuada y no precisaron más información de la que se les dio, un 16,6% (1 caso) hubiera deseado información más completa de cómo colocarse los discos y las bolsas para que no se le despegaran. «Me hubiera gustado más información sobre la colocación de las bolsas, para que sujeten de verdad como la que llevo ahora».

A la pregunta si una vez en su domicilio, le surgió alguna duda o problema en relación a su proceso y cuál fue la mayor dificultad a la que tuvo que enfrentarse y, en caso afirmativo, quién resolvió sus dudas, un 50% (tuvo 3 casos) no tuvo ningún problema frente a un 50% (tres casos) que sí lo tuvo y de estos tres pacientes un 66,6% (2) acudió a la Asociación de Urostomizados de Álava y un 33,3% (1) a la enfermera del Hospital de Txagorritxu que se encarga de la educación sanitaria de estos pacientes. «La única dificultad fue que algunas veces el disco lo quería hacer durar más de 3 días y que no se me despegara». «La bolsa de la noche se me despegaba algunos días y a media noche me encontraba que me había mojado, ese fue el mayor problema». «Con el tema bolsas y que el estoma me sangraba un poco y no sabía si era normal o no».

Como última pregunta queríamos conocer si nuestros pacientes habían notado algún cambio a nivel social, de relaciones sexuales, actividad física y a nivel psicológico. Sólo un paciente respondió que no había notado ninguna alteración y que seguía haciendo el mismo tipo de vida anterior a la intervención. Dos de nuestros pacientes respondieron que a nivel físico habían notado un cambio importante, es decir, ya no tenían la misma energía a nivel físico que tenían antes de la intervención quirúrgica: «Antes andaba mucho, pero ahora con más cuidado porque sabes que tienes una bolsa». «Antes me marchaba de caza y ahora tengo que estar pendiente por si acaso, no te puedes mover muy deprisa ni hacer esfuerzos bruscos». Otros dos de nuestros pacientes respondieron que el cambio había sido muy importante sobre todo a nivel social, ya que han tenido que abandonar actividades que compartían con amigos y buscar otros hobbies. Una paciente nos comenta que el cambio lo ha notado a nivel de imagen y a nivel psicológico, ya que realizaba actividades como nadar y ahora le da vergüenza que le vean con la bolsa: «Yo antes en la piscina me lavaba delante de todo el mundo y ahora no lo hago, me da vergüenza y me encierro en un vestuario».

CREEMOS NECESARIO ADAPTAR LA HOJA DE RECOMENDACIONES QUE EN LA ACTUALIDAD ENTREGAMOS A NUESTROS PACIENTES, AÑADIENDO INFORMACIÓN MÁS VISUAL QUE SOLUCIONE LAS DUDAS Y PROBLEMAS DETECTADOS EN NUESTRO ESTUDIO.

HA SIDO SATISFACTORIO COMPROBAR QUE ALGUNOS PACIENTES A LOS QUE SE LES HA INFORMADO Y EDUCADO HAN PODIDO ASIMILAR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PARA LOGRAR ASÍ SU INDEPENDENCIA EN SU DOMICILIO.

Conclusiones

Tras una cirugía de cistectomía radical, el paciente necesita tiempo para recuperarse física y anímicamente del trauma al que se ve sometido tras la intervención. Nuestra preocupación es aprovechar al máximo el tiempo de estancia en la unidad con el fin de que el paciente salga lo suficientemente preparado para su autocuidado y así se adapte lo mejor posible a su nueva situación.

Ha sido satisfactorio comprobar que algunos pacientes a los que se les ha informado y educado han podido asimilar los conocimientos adquiridos para lograr así su independencia en su domicilio, siendo el aspecto que más les ha preocupado el mantener pegado el dispositivo. Sin embargo, a otros no les ha resultado muy útil la información tanto oral como escrita que les dimos durante el ingreso por varias causas, entre ellas podemos citar:

- Falta de tiempo del personal de enfermería.
- Pacientes no lo suficientemente receptivos por su estado anímico en esos momentos.
- Tendencia hacia una estancia cada vez más breve en las unidades hospitalarias.
- Edad del paciente.

Un alto porcentaje de pacientes, a pesar de comentar que se sienten lo suficientemente instruidos, confía los cuidados específicos del estoma a una persona de su entorno (mujer, sobrinos), quizá por falta de seguridad en sí mismos o porque la media de edad en nuestro estudio es alta. Ello nos plantea un nuevo reto: conseguir en un futuro lograr mayor nivel de autocuidado e independencia.

Algunos de nuestros pacientes utilizaron como redes de apoyo, para resolver sus dudas e inquietudes, la asociación contra el cáncer y el apoyo de una enfermera especializada del otro hospital de la red en Vitoria, ya que durante este tiempo en nuestro hospital carecíamos de enfermera especialista en urostomía, problema que está resuelto ya que en estos momentos en nuestro hospital está funcionando una enfermera de referencia que atiende los nuevos casos previa

a la cirugía (localización del estoma) , tras la cirugía (instruyendo aspectos técnicos y de autocuidado) y tras el alta (atención de dudas y complicaciones)-

Los cambios en la vida de estas personas son tan variados como lo son las personas a las que entrevistamos, pero la mayoría coincide en que su vida algo ha cambiado, se sienten más inhibidos a la hora de relacionarse, se estresan, se sienten incómodos ante una fuga y limitan sus actividades sociales (viajan menos, ciertos hobbies que anteriormente practicaban ahora ya no les hacen….). A pesar de todo ello en general refieren que se han adaptado bien a sus nuevas vidas.

Creemos necesario adaptar la hoja de recomendaciones que en la actualidad entregamos a nuestros pacientes, añadiendo información más visual que solucione las dudas y problemas detectados en nuestro estudio.

Nuestro deseo es seguir trabajando en la información y formación de estos pacientes, y en estos momentos estamos realizando una guía practica de cuidados que les sea útil y que les ayude a sentirse bien, ya que nada en la vida debe ser temido, sólo tiene que ser informado y comprendido.

Agradecimientos

El personal de enfermería de la Unidad de Urología del Hospital Santiago de Vitoria agradece la colaboración y participación en este estudio de los pacientes con derivación urinaria entre enero de 2008 y febrero de 2010. ▼

Bibliografía

Guía de urostomía. Katherine F. Meter, EdD., ET, autora. United Ostomy Association, 1962-2005. Páginas 2-19.

Guía rápida de urostomía. Fundación Te Cuidamos. Ana Isabel Carballo Chinarro. Enero 2008. Páginas 2-25.

Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Coloplast Productos Médicos. Madrid 2001. 43-47

Manejo de los estomas digestivos/urinarios. Almudena Iglesias de la Iglesia. Página 1-6.

Guía práctica de autocuidados urostomía. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Mayo 2005, Páginas 1-6.

ANEXOS

CARTA DE PRESENTACIÓN ENVIADA A LOS ENCUESTADOS

Servicio de Urología
Hospital Santiago Apóstol

Estimada señora:

Un grupo de profesionales de la Unidad de Urología del Hospital Santiago Apóstol donde fue usted intervenido estamos muy interesados en conocer su opinión sobre la información que le fue facilitada en relación al cuidado de su urostomía.

La información que usted nos proporcione nos ayudará a desarrollar una guía de cuidados de urostomía. En breve nos pondremos en contacto con usted, para concertar una entrevista personal y así pedirle que nos dedique unos minutos de su tiempo contestando a una serie de preguntas.

La persona que le llame se identificará como perteneciente al Servicio de Urología del hospital.

***Su identidad y respuestas serán tratadas de forma confidencial** y servirán exclusivamente para mejorar la calidad de la atención a las personas que como usted precisen ser intervenidas quirúrgicamente por nuestra unidad.*

Atentamente,

Dr. Javier Extramiana, Jefe de Servicio de la Unidad de Urología del Hospital Santiago Apóstol.

Iñigo Castro, Javier Aldama, Yolanda Vázquez, Ana Álvarez, Pilar García de Vicuña, Idoi Cruz Pérez y Mar Gómez. Enfermeras/os de la unidad de urología del Hospital Santiago Apóstol.

CUESTIONARIO-GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS

CUESTIONARIO ABIERTO PARA EL TRABAJO SOBRE GUIA DE ACTUACION DE CISTECTOMIAS TIPO BRIKER

1- Durante el ingreso, se le informó sobre el cuidado del estoma? (limpieza de estoma y piel adyacente)

2- Durante el ingreso, ¿se le instruyó en el cambio de bolsas y discos?

3- Se le entregó una hoja de recomendaciones al alta unos días antes a su alta hospitalaria - SI

- *NO*
- *NS/NC*

En caso afirmativo, ¿qué opinión le merecía?

4- ¿Le fue útil toda la información recibida tanto oral como escrita durante su ingreso?

5- ¿Hay algún aspecto sobre el que habría deseado tener más información?

6- Una vez en su domicilio, ¿le surgió alguna duda o problema en relación a su proceso y cuál fue la mayor dificultad a la que tuvo que enfrentarse? En caso afirmativo, ¿dónde acudió y cómo resolvió sus dudas o preguntas?

7- Ha notado usted algún cambio en su vida a nivel

- *social*
- *relaciones sexuales*
- *actividad física*
- *psicológico*

UROSTOMÍAS, RECOMENDACIONES

Osakidetza

SANTIAGO OSPITALEA
HOSPITAL SANTIAGO

UROSTOMÍAS

CUIDADOS Y RECOMENDACIONES

SERVICIO DE UROLOGÍA

1. ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA HIGIENE:
   - Jabón líquido neutro
   - Esponja suave
   - Toalla o caja de kleenex

2. COMO RETIRAR EL DISPOSITIVO:
   - Despegar el adhesivo de arriba-abajo
   - Siempre protegiendo la piel circundante al estoma: NO LO ARRANQUE, DESPEGUE CON SUAVIDAD.

3. HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL:
   - Usar agua tibia con una mínima cantidad de jabón neutro, sin friccionar. Aclarar la piel y secar con la toalla o kleenex, suavemente. No aplicar jabón al estoma, solamente agua.
   - Evite usar aceites y cremas de baño que dificulten la adherencia de dispositivos y dañan la piel periestomal.
   - Es conveniente dejar la piel al aire unos minutos, permite la oxigenación de la piel que cubre el adhesivo.
   - Puede que observe una pequeña cantidad de sangre al limpiar el estoma, es normal, si es muy frecuente consulte al urólogo.
   - Puede ducharse con bolsa o sin bolsa, es conveniente probar ambas posibilidades y hacerlo de la manera que le resulte mas cómodo.
   - Es fundamental ajustar perfectamente el adhesivo al estoma sin dejar nada de piel al aire.

4. COMO CENTRAR EL DISPOSITIVO:
   - Delante del espejo.
   - Aplicar el borde inferior del diámetro de la bolsa al estoma

5. CARÁCTERÍSTICAS DE LOS DISPOSITIVOS
   - Será conveniente la utilización de un sistema de dos piezas.
   - Bolsa de orina de 2 l. Para conectar por la noche.
   - Todas las bolsas de urostomía llevan una válvula de antirreflujo, evitando el retorno de la orina al estoma y así las infecciones

6. DIETA:
   - Puede comer de todo, excepto si Vd. tiene una dieta especial.
   - Se recomienda tomar frutas y zumos ricos en vitamina C.

7. RECOMENDACIONES:

- Anote el número y diámetro de su dispositivo.
- Cambiar la bolsa c/24 horas por higiene.
- El adhesivo puede permanecer 3 a 4 días mínimos sin cambiar, o cuando exista signo mínimo de filtrado de orina.
- No debe rasurar el vello de la zona donde va a pegarse la bolsa. Si le crea problemas puede recortarlo cuidadosamente con una tijera, nunca con maquinilla.
- Las bolsas deben almacenarse en lugares frescos y secos. En ningún caso se deben poner cerca de fuentes de calor (radiadores, etc.), ni expuestos directamente a la luz del sol, ni tampoco a temperaturas elevadas.
- Si los cuidados se realizan correctamente, evitará problemas en la piel periestomal. Si a pesar de ello aparecieran consulte a su especialista.
- Lleve siempre consigo un dispositivo y todo aquello necesario para poder realizar la higiene, cuando salga de su casa.
- Tenga cuidado de no colocar el cinturón apretado encima del estoma.
- Si es preciso utilice tirantes.
- Paulatinamente puede ir realizando las mismas actividades que antes de la intervención, el estoma no se lo impide.

CUIDADOS ESPECIALES

Si tiene alguna duda, le agradeceríamos nos lo haga saber antes de irse

Octubre, 2008

Peig Martí, M.T.; Moreno Gallego, J.; Escoda Pellisa M.T.; Mora López, G.; Anento Nolla, S.; Marsà Fadurdo, C.; Menasanch Martí, I; Brull Gisbert Mª L.; Franch Llasat, R.
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa (Tarragona)

Entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes sometidos a cirugía urológica

RESUMEN

La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía de próstata y vejiga en el posoperatorio son portadores de sonda vesical, que en algunas ocasiones, produce espasmos vesicales. Éstos producen cierto grado de dolor y muchas veces la analgesia o los lavados manuales son inefectivos. Además tenemos que sumar el estrés que produce la hospitalización y el nuevo estado de salud. Dada la visión holística de los profesionales de enfermería, hemos entrenado y enseñado a nuestros pacientes técnicas sencillas de relajación y se ha conseguido disminuir el dolor percibido por el paciente.

Palabras clave: Procedimientos quirúrgicos urológicos, contracción muscular, dolor , terapia por relajación.

ABSTRACT

Most of patients under prostate and bladder surgery at post-intervention are carrying vesicle catheter, which sometimes produces vesical spasms. Those produce certain grade of pain and frequently, anaesthesic products or manual washouts are ineffective.
Furthermore, we have to add stress produced by hospitalization and new health status. Given the holistic vision of nursing staff, we have trained and taught our patients some relaxation techniques, and reduction on self-related pain was achieved.

Keywords: Urologic surgical procedures, muscle contraction, pain, therapy for relaxation.

Introducción

Para entender nuestra comunicación tenemos que enmarcar las técnicas de relajación como una intervención psicosocial de enfermería (1). Una intervención psicosocial de enfermería es una parte de la intervención global de enfermería que atiende los aspectos psicológicos y sociales de las personas en situación de salud o enfermedad. Hay diferentes niveles de intervenciones psicosociales, por ejemplo en el campo de la prevención, de la promoción, etc. También existen diferentes contextos de aplicación: en hospitales, en las escuelas, en asociaciones, etc. También se pueden dirigir a diferentes receptores: pacientes, familias, comunidades, etc.

En nuestro trabajo situaremos la intervención psicosocial de entrenamiento en técnicas de relajación en el campo de la promoción, en el contexto del hospital y dirigidas a aquellos individuos/pacientes que se van a someter a cirugía urológica (de próstata y de vejiga urinaria).

Sabemos que cuando una persona está ingresada en el hospital, aumenta su grado de estrés en un porcentaje elevado, y que es un cambio importante tanto a nivel físico como psicológico y social (cambio de entorno, cambio en sus actividades cotidianas, de autorrealización, etc). Por tanto, todo su bienestar se ve alterado.

En este tipo de cirugía hay dolor en el posoperatorio, ya que estos pacientes han de llevar sonda vesical durante unos cuantos días, lo cual produce muchas veces espasmos vesicales y por tanto dolor, que se puede vivir de diferentes maneras según el grado de tolerancia que presenten los pacientes al dolor y a la sonda vesical (2).

Desde una perspectiva clínica entendemos el espasmo vesical como una contracción involuntaria del músculo detrusor de la vejiga, que tiene lugar de manera intermitente e impredecible y que cursa con calambres abdominales, pérdida de orina por perisonda, urgencia de vaciar la vejiga y dolor (2).

En nuestra práctica diaria se observa que, en ocasiones, el lavado manual de la vejiga o la analgesia no es suficiente para la disminución del dolor. Tenemos que intentar, si el paciente acepta, que pueda utilizar herramientas, recursos propios, previo aprendizaje de técnicas sencillas de relajación, las cuales serán enseñadas por el personal de enfermería el día antes de la intervención y también durante su estancia, si es necesario.

Las técnicas de relajación que utilizaremos serán: respiraciones profundas, visualizaciones y musicoterapia, y el método de relajación progresiva (Jacobson) (3).Estos métodos representan para enfermería un recurso más, complementario a la hora de ofrecer los cuidados de enfermería, y aunque de momento parece que nos va a llevar más tiempo, ya que se le tendrá que enseñar y entrenar, también nos resulta más satisfactorio ver que pueden hacer alguna cosa para ellos mismos, sienten que controlan la situación.

La relajación es un estado del organismo en el que hay una

ausencia de tensión o activación que se manifiesta en los tres niveles de respuesta: fisiológico, con bajo nivel de tensión muscular, frecuencia respiratoria lenta y pausada, ritmo cardíaco lento, etc. A nivel conductual, con expresiones faciales relajadas, hipoactividad, movimientos controlados y reposados, etc. Y a nivel cognitivo, con pensamientos de calma, de bienestar, imágenes de escenas o situaciones tranquilas, percepción de sentimientos de placer, etc.

Teniendo en cuenta que el estado de relajación es incompatible con el estado de tensión, ansiedad o estrés, los beneficios potenciales de la relajación pueden ser numerosos, y entre ellos nos interesa especialmente el control emocional y el control del dolor.

EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA SE OBSERVA QUE, EN OCASIONES, EL LAVADO MANUAL DE LA VEJIGA O LA ANALGESIA NO ES SUFICIENTE PARA LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR. TENEMOS QUE INTENTAR, SI EL PACIENTE ACEPTA, QUE PUEDA UTILIZAR HERRAMIENTAS, RECURSOS PROPIOS, PREVIO APRENDIZAJE DE TÉCNICAS SENCILLAS DE RELAJACIÓN

Objetivos

– Proporcionar habilidades personales para hacer frente al estrés que representa estar ingresado en un hospital, y el hecho de ser intervenido quirúrgicamente.
– Disminuir el dolor producido por los espasmos vesicales en pacientes que han sido intervenidos de cirugía urológica portadores de sonda vesical.

Método

Las técnicas de relajación que utilizaremos son:

a) Respiraciones profundas: el ciclo completo de una respiración profunda es inspirar, retener el aire entre 3-5 segundos y espirar lentamente concentrándose en las sensaciones de relajación que ello le produce.
Partiendo de un número inicial, que varía según la persona, se contabiliza el tiempo total de espiración como la suma de la inspiración más el tiempo de retención, por ejemplo se inspira mientras se cuenta del 1 al 4, se retiene el aire mientras se cuenta del 1 al 4 y se espira contando mentalmente del 1 al 8.
b) Visualización: es la imaginación simple dirigida, es un trabajo más mental, que consiste en crear imágenes agradables y saberlas dirigir, en este caso a la zona abdominal, siempre en sentido positivo y con finalidad terapéutica. Para potenciar aún más la relajación emplearemos una música suave, lenta y con sonido agradable. Se le enseñará a ver la contracción o espasmo vesical como una ola que va llegando fuerte a la playa, pero que cada vez tiene menos fuerza y se va yendo poco a poco, dejando pequeñas olas, finas, tranquilas, relajadas… y que a medida que se van alejando son más tranquilas, más finas, más relajadas… hasta que el mar se va quedando tranquilo, suave, relajado…
c) Método de relajación progresiva (Jacobson): consiste en aprender la diferencia que existe entre la tensión y la relajación, tensando y relajando de manera secuencial diversos grupos de músculos de todo el cuerpo y al mismo tiempo tomar conciencia de las sensaciones asociadas a la tensión y a la relajación. De esta forma se aprende a discriminar, capacitando a la persona para saber pasar de la tensión a la relajación rápidamente.

Para empezar se le darán instrucciones de tensar el brazo derecho, apretando el puño fuertemente, tomando conciencia de la parte del cuerpo que estamos tensando, contar hasta 6 y destensarlo por lo menos el doble de tiempo (12) que en la tensión. Esta técnica es muy sencilla y los efectos beneficiosos de la relajación, muy rápidos. Se puede hacer el recorrido por cada grupo muscular, o en nuestro caso nos interesa centrarnos en la zona pélvica-abdominal. Por ello le indicaremos que tense la musculatura de las nalgas y zona perineal (seis segundos) y después la relaje (doce segundos).

También que tense la musculatura abdominal (seis segundos) y después la relaje (doce segundos).

Si aprende la diferencia entre sentirse tenso y sentirse relajado, cuando en el posoperatorio le venga un espasmo (tensión), sabrá pasar a la relajación casi automáticamente.

Resultados

Aunque no tengamos resultados evaluados, sí que observamos una disminución de la Escala Visual Analógica (EVA) del dolor en los posoperados con sonda vesical y con espasmos a los cuales se les ha entrenado en técnicas de relajación.

La escala EVA del dolor mide la intensidad del dolor, y presenta una puntuación de 0 a 10, donde cero significa ausencia de dolor y 10 el máximo dolor posible (4). Se les pregunta a los posoperados cada 8 horas durante 48-72 h, y después cada 24 h hasta el alta domiciliaria.

Se tiene previsto hacer la evaluación cuando la muestra de pacientes entrenados sea suficiente (dos por semana durante un año), para que los resultados puedan ser más representativos.

Discusión

Creemos que la ansiedad y la angustia que pueden generar el miedo a sufrir dolor puede reducirse en muchas ocasiones si el paciente conoce todos los aspectos relacionados con la enfermedad y está convencido que se utilizarán los tratamientos necesarios para no sentir el dolor o que pueda tolerarlo. Las técnicas que facilitan la relajación muscular pueden disminuir la intensidad del dolor. Es conveniente, pues, enseñar al paciente a relajarse, pero se ha de evitar que crea

que se utiliza la relajación porque el personal sanitario piense que es un dolor imaginario. Esto lo constatan también los profesionales del Hospital Puerta del Mar de Puerto Real en Cádiz, que centran sus esfuerzos para disminuir la ansiedad del paciente urológico quirúrgico en la información oral y escrita, las técnicas que aumenten la relajación y en la información oral y escrita al alta. Cuanto más conozca sobre su situación, más podrá controlarla (5).

A pesar de las dificultades y limitaciones de tiempo que tenemos los profesionales de enfermería a la hora de hacer educación sanitaria, ya que se supone que tienes que estar tranquilo para enseñar relajación, hemos observado que al controlar los espasmos controlan más el dolor, y se observa una disminución en la cantidad de analgesia que necesitan. Esto nos motiva a seguir entrenando para llevar a cabo un estudio comparativo casi experimental en el que las técnicas de relajación se puedan mostrar efectivas o no, y cómo influirán las diferentes variables, según si se les han enseñado o no, y ver si se observan diferencias significativas. Nos animan a ello estudios como el que se llevó a cabo en la ciudad de Boston, en Estados Unidos, en un grupo de pacientes sometidos a procedimientos vasculares y renales, en el cual se demostró que la práctica de técnicas sencillas de relajación y autohipnosis antes de los procedimientos quirúrgicos permitían reducir la cantidad de analgesia administrada, el tiempo de cirugía, a la vez que mantenían al paciente más estable durante el procedimiento. A los pacientes que no se les enseñó las técnicas se hizo la intervención de la manera habitual y experimentaron un incremento del dolor. Antes del procedimiento, los pacientes fueron orientados para realizar ejercicios respiratorios y a utilizar la imaginación (visualización) para ayudar a crear una situación de placer que les permitiera crear una situación de seguridad frente a la posibilidad de tener dolor. La única desventaja que tenía era que requería la participación activa del paciente (6).

Contrasta con un estudio realizado en el Hospital de Pamplona en el que se seleccionaron 40 pacientes programados para cirugía de próstata y vejiga. Se hicieron dos grupos aleatoriamente, A y B. A los pacientes del grupo A se les enseñó durante una semana antes de la intervención ejercicios de relajación muscular progresiva para reducir los espasmos, y a los pacientes del grupo B se les utilizó como grupo control, y concluyeron que, aunque había diferencia en la cantidad de analgesia pedida, ésta no era significativa (7).

Dado que es una competencia de enfermería disminuir el dolor del paciente ingresado y mejorar su confort, nos vemos en la necesidad de buscar herramientas, recursos, que nos ayuden a disminuir la escala analógica del dolor, en cuanto a los espasmos vesicales se refiere, que según un estudio del Hospital Morales Meseguer de Murcia representa una media de dolor moderado referido por los pacientes, de entre 6 y 8,8 de la escala EVA del dolor (8).

A PESAR DE LAS DIFICULTADES Y LIMITACIONES DE TIEMPO QUE TENEMOS LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A LA HORA DE HACER EDUCACIÓN SANITARIA, HEMOS OBSERVADO QUE LOS PACIENTES AL CONTROLAR LOS ESPASMOS, CONTROLAN MÁS EL DOLOR, Y SE OBSERVA UNA DISMINUCIÓN EN LA CANTIDAD DE ANALGESIA QUE NECESITAN.

Conclusiones

Creemos que las técnicas de relajación son un buen soporte de enfermería para el manejo de los espasmos vesicales.

A los pacientes a los que se les ha entrenado, les resulta fácil llevarlo a la práctica y se observa una disminución en la cantidad de analgesia demandada.

Se plantea la necesidad de profundizar con un estudio de investigación para conocer si el aprendizaje de las técnicas de relajación influye en el grado de dolor posoperatorio, con una muestra que sea representativa, y que se pueda extrapolar a otros hospitales.

Si los resultados son satisfactorios para la disminución del dolor, se podría proponer enseñar las técnicas de relajación en la consulta de anestesia, para que pueda practicarlas en casa hasta la fecha de la intervención. ▼

Bibliografía:

1. Lluch Canut, M.T. *Enfermería Psicosocial y de Salud Mental.* Barcelona:Masson;2000.
2. Yates, V. et al. «Bladder spasm following transurethral surgery». *British Journal Perioper Nursing*. 2004; 14(6): 259-264.
3. Amador, I. *Guía práctica de relajación.* Madrid. Edad, 1989.
4. Álvaro A; Peña VI; Tineo T; Sabra M.A. «El dolor en el proceso quirúrgico». *Metas de Enfermería.* 2004 7 (5): 50-52.
5. Solar Gutierrez, C; Agudo Domínguez F.J; Espada Bordes, J.M.; Saavedra Fernández, M,J. «Ansiedad en el paciente urológico quirúrgico». Revista *Enfuro*. Esp 2008; 106: 6-8.
6. Lang EV,Benotsch EG, Fick LJ,Lutgendford S, Berbaum ML, Berbaum KS et al. *Lancet.* 2000: 355(9214): 1486-90.
7. Legarra Muruzábal S; Unauna Aragón,C; Beriaín, M.J. «Tratamiento de los espasmos vesicales mediante técnica de relajación». Revista *Enfuro*. Esp 1993; 49: 60-64.
8. Alonso Frías M.A.; Sánchez Tovar M.D; Canovas Tomás M.A; Urgoitti Badiola A; Pérez Rastrojo A.; Pardo Leal A.I. «Manejo de los espasmos vesicales en una unidad de enfermería urológica». Revista *Enfuro*. Esp 2006; 99: 8-10.

López de la Fuente, J.; Mínguez Viadel, S.
Enfermeras del Consorcio Sanitari del Garraf. Hospital Residencia Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona), con la colaboración del Dr. J. Blanch Falp (internista) y el Dr. H. Hernández Pozo (urólogo)

Prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal

RESUMEN

Objetivo
Conocer la situación basal de los pacientes intervenidos de neoplasia de próstata por laparoscopia extraperitoneal.

Material y métodos
Se incluyeron todas las intervenciones de prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal realizadas en nuestro centro de enero de 2009 a mayo de 2010. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Resultados
Se valoran 25 pacientes intervenidos. La estancia media fue de 7,12 días. La edad media fue de 64 años. El 92% inició la dieta en las primeras 24 horas. La primera cura se realizó antes de las 24 horas en el 68% de los casos. Al 92% se le retiró el suero antes de las 48 horas. En el 68% se retiró la analgesia en los primeros 4 días. El 76% llevó un catéter peridural y un 4% bomba de analgesia IV continua. El 24% presentó complicaciones.

Conclusiones
1. La mayoría inició la dieta en las primeras 24 horas. 2. Casi a todos los pacientes se les retiró el suero en las primeras 48 horas. 3. Presentaron escasas complicaciones. 4. La estancia fue media/corta. 5. Se inició la movilización de forma precoz. 6. Retraso en la retirada del catéter periférico. 7. Escaso uso de la bomba de analgesia IV continua.

Palabras clave: Cuidados de enfermería, prostatectomía radical, laparoscopia.

ABSTRACT

Objective
To determine the baseline of patients undergoing extraperitoneal laparoscopic prostate neoplasia.

Methods
We included all interventions of radical extraperitoneal laparoscopic prostatectomy made at our centre between 2009 of January until 2010 of May. This is an observational, descriptive and retrospective study.

Results
We evaluated 25 patients operated. The average of stay is 7.12 days. The mean age was 64 years. The 92% started the diet the first 24 hours. The first treatment was performed before 24 hours in 68% of cases. 92% serum was removed within 48 hours. In 68% withdrew analgesia in the first 4 days. 76% took an epidural catheter and a 4% continuous IV analgesia pump. 24% had complications.

Conclusions
1. Most started the diet in the first 24 hours. 2. Almost all patients the serum was removed within 48 hours. 3. They going to have few complications. 4. The average of stay was medium / short. 5. Mobilization was initiated early. 6. Delay in peripheral catheter removal. 7. Limited use of continuous IV analgesia pump.

Keywords: nursing care, radical prostatectomy, laparoscopy.

Introducción

El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuente entre los varones. Afecta fundamentalmente a varones de edad avanzada. Es una neoplasia rara en hombres menores de 50 años (< 1%), pero a partir de esta edad la incidencia aumenta más rápidamente que cualquier otra localización tumoral. El 75% de los casos aparecen, en varones mayores de 65 años. La incidencia también está aumentando en países desarrollados por el aumento de la esperanza de vida y el desarrollo de las nuevas técnicas diagnósticas.

Los factores de riesgo de cáncer de próstata más importantes son la edad, la etnia, los factores genéticos y la dieta, siendo el principal la edad.

El tratamiento del cáncer de próstata es uno de los grandes dilemas de la medicina actual. La evidencia científica dis-

ponible no permita hacer recomendaciones absolutas para cada tipo de paciente. La decisión terapéutica debe tomarse teniendo en cuenta la edad del paciente, su estado de salud, la esperanza de vida, el estadio de la enfermedad, el grado de diferenciación histológica del tumor, los niveles de PSA, los potenciales beneficios asociados a cada modalidad terapéutica y los riesgos del tratamiento, incluidos los efectos sobre la calidad de vida. Las modalidades terapéuticas más habituales del cáncer de próstata son la prostatectomía radical, la radioterapia (externa, braquiterapia o ambas), el seguimiento conservador y la terapia hormonal de deprivación androgénica.

En el año 2000 el campo de la Urología asistió a un interés renovado por la prostatectomía radical laparoscópica, gracias a dos trabajos prometedores de dos centros urológicos de gran reputación en Francia. Desde entonces, la prostatectomía radical laparoscópica transperitoneal se ha convertido en el estándar de asistencia para el cáncer de próstata clínicamente localizado, siendo sus indicaciones idénticas a las de la cirugía abierta.

En noviembre de 2008 se puso en marcha en nuestro centro la cirugía por laparoscopia en el servicio de urología. La cirugía laparoscópica pretende disminuir el periodo posoperatorio. Previo a la implantación de una trayectoria clínica es importante conocer la situación basal para poder comparar posteriormente.

EL CÁNCER DE PRÓSTATA ES UNA DE LAS NEOPLASIAS MÁS FRECUENTE ENTRE LOS VARONES. AFECTA FUNDAMENTALMENTE A VARONES DE EDAD AVANZADA. ES UNA NEOPLASIA RARA EN HOMBRES MENORES DE 50 AÑOS (< 1%), PERO A PARTIR DE ESTA EDAD LA INCIDENCIA AUMENTA MÁS RÁPIDAMENTE QUE CUALQUIER OTRA LOCALIZACIÓN TUMORAL. EL 75% DE LOS CASOS APARECE EN VARONES MAYORES DE 65 AÑOS

EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA ES UNO DE LOS GRANDES DILEMAS DE LA MEDICINA ACTUAL

Objetivo

Conocer la situación basal de los pacientes intervenidos de cáncer de próstata localizado por laparoscopia extraperitoneal en un hospital comarcal.

Material y métodos

Se incluyeron todas las intervenciones de prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal realizadas en el centro de enero de 2009 hasta mayo de 2010.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el cual hemos analizado las siguientes variables:

- Riesgo de anestesia (ASA).
- Realización de la primera cura.
- Inicio de la dieta.
- Retirada de suero, analgesia IV, vía periférica, catéter peridural, bomba de analgesia IV y drenaje.
- Control de la temperatura.
- Inicio de la sedestación y de la deambulación.
- Control de analíticas y transfusiones realizadas.
- Complicaciones posoperatorias.
- Control del PSA posintervención.
- Retirada de la sonda vesical.

Resultados

Desde enero de 2009 hasta mayo del 2010 se han realizado en nuestro centro 25 intervenciones de prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal, en pacientes con cáncer de próstata localizado, como tratamiento quirúrgico de elección sin rechazar la prostatectomía abierta en caso necesario.

La estancia media fue de 7,12 (3-30) días.

La edad media fue de 64 (48-75) años.

En el 48% de los casos el riesgo de anestesia fue de ASA II y en el 44% de ASA III.

El 20% inició la dieta a las 6 h, el 72% a las 24 h y sólo el 8% a las 48h.

Realizamos la primera cura en un 12% de los casos a las 6h, en un 56% a las 24h y en un 28% a las 48h.

La retirada de suero fue en un 32% de los casos a las 24 h, en un 60% a las 48 h y sólo en un 8% posterior.

La analgesia IV se retiró en un 28% de 0-2 días, en un 40% de 3-4 días y en un 32% de los casos la tuvo más de cinco días.

Al 12% se le retiró la vía entre 0-2 días, al 56% entre los 3-4 días, mientras que el 32% la llevó más de 5 días.

El 24% de pacientes no llevaba catéter peridural; del 76% que llevaron catéter al 52% se le retiró a las 48 h, el 12% a las 24 h y el otro 12% a las 72 h.

Tan sólo a un 4% se le colocó la bomba de analgesia IV continua.

Al 64% de los pacientes se le retiró el redón a las 48 h, al 20% a las 72 h, al 4% a las 24 h y el 12% lo llevaron más de 72 h.

El 56% de los pacientes estuvo afebril, el 28% tuvo febrícula y el 16% tuvo fiebre en el posoperatorio inmediato.

Las complicaciones que hemos encontrado han sido: infección de orina (3), seroma de la herida (2), absceso de pared (1), vejiga neurógena (1), íleo paralítico (1), diarrea (1) y fecaluria (1); coincidiendo dos complicaciones en un mismo paciente en 4 casos.

El 48% de los pacientes inició la sedestación y la deambulación a las 24 h, otro 48% a las 48 h, tan sólo el 4% tardó más de 48 h.

Sólo se le realizó control analítico al 44% de los pacientes.

Únicamente tuvimos que transfundir a un paciente con 2 unidades de concentrados de hematíes.

A todos los pacientes se les realiza el control de PSA al mes y a los 3 meses de la intervención. El 80% tuvo un valor indetectable del PSA (<0,008) y el 20% >0,008.

Vemos que la retirada de la sonda vesical oscila entre 10 y 35 días, retirándose en la mayoría de los casos a los 16 días.

Casi todos los pacientes han presentado incontinencia urinaria tras la retirada de la sonda vesical y disfunción eréctil; en el 70% de los casos se resuelve el cuadro entre 3 y 5 meses.

Discusión

Tras valorar los resultados podemos afirmar que se produce una disminución de los días de ingreso. En algunos casos la demora del alta es debida a la coincidencia con el fin de semana.

La mayoría de nuestros pacientes tiene un mejor control del dolor favorecido por el uso del catéter peridural, no obstante se detecta un bajo uso de la bomba de analgesia IV periférica continua.

El catéter peridural se retiró a las 48 h prácticamente a todos los pacientes, por lo que la analgesia IV se dejó de 1 a 2 días más, con buena tolerancia del dolor y buena aceptación de la analgesia oral. Tras la administración de la analgesia, el paciente refiere un EVA entre 0 y 3.

A las 48 h todas las heridas están al aire, exceptuando el orificio del drenaje. El paciente valora el resultado estético de la intervención.

Casi todos los pacientes inician la dieta antes de las 24 h. al presentar peristaltismo. Sólo tuvimos un paciente con náuseas que tuvo un íleo paralítico.

La retirada del redón se produjo mayoritariamente a las 48 h.

Se objetiva una disminución de las complicaciones en relación a la prostatectomía radical abierta.

Un paciente presentó fecaluria y reingresó en nuestro servicio a los 3 días del alta; ésto precisó la práctica de una colostomía. Todo ello fue provocado por una fístula rectal. Asimismo aún mantiene la sonda vesical permanente.

El inicio de la movilización se produjo entre las 24 h y las 48 h, siendo bien tolerada.

El índice de transfusiones se ha reducido a un 4% debido a que el sangrado intraoperatorio es menor.

El paciente tiene una recuperación más rápida, lo cual implica un retorno más rápido a la actividad normal.

LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PRETENDE DISMINUIR EL PERIODO POSTOPERATORIO.

DESDE ENERO DEL 2009 HASTA MAYO DEL 2010, SE HAN REALIZADO EN NUESTRO CENTRO 25 INTERVENCIONES DE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL, EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO, COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ELECCIÓN SIN RECHAZAR LA PROSTATECTOMÍA ABIERTA EN CASO NECESARIO.

Conclusiones

Como valoración positiva encontramos:

- El 92% de los pacientes inició la dieta durante las primeras 24 horas.
- Al 92% de los pacientes se le retiró el suero antes de las 48 horas.
- Disminución del dolor por el uso de la analgesia continua (peridural- BA).
- Las complicaciones han sido escasas.
- Disminución de la estancia media.
- La mayoría de pacientes inicia la movilización antes de las 24 horas.

Como valoración negativa encontramos:

- Retraso en la retirada del catéter periférico y de la analgesia intravenosa.
- Escaso uso de la bomba de analgesia intravenosa continua.

Al realizar este trabajo observamos que podemos establecer unos planes asistenciales estandarizados para mejorar la calidad y la eficiencia del proceso de atención y optimizar la gestión de los recursos en nuestro centro.

La elaboración de la trayectoria nos permitiría adecuar los cuidados del paciente, agilizándolos y analizando los resultados obtenidos posteriormente para valorar la calidad asistencial.

La enfermera en la unidad proporciona una estricta vigilancia y cuidados para asegurar una evolución posoperatoria rápida y sin complicaciones. ▼

Bibliografía

Esteve, M; Serra-Prat, M; Zaldívar, C; Verdaguer, A; Berenguer, J. «Evaluación del impacto de una trayectoria clínica sobre el ictus isquémico». Hospital de Mataró. Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, v.18 n.3 Barcelona mayo-junio 2004.

Carrasco, G; Ferrert, F; Hospital de Barcelona. 2001. «Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones». *Rev. Calidad Asistencial* 2001;16:199-207

Bishoff, J.T. / Kavoussi, LR. *Atlas de cirugía urológica laparoscópica*. Editado por: ELSEVIER-MASSON 368 págs. 1 ª ed. © 2008.

Sánchez de Badajoz, E.: «Robótica y Urología». *Arch. Esp. Urol.*, 51: 215, 1998.

Valdivia JG, Abril G, Bayo A et al. *Cirugía mínimamente invasiva en Urología*. Tema Monográfico. LIX Congreso Nacional de Urología AEU 1994.

Villavicencio Mavrich, H.; Esquena, S.; Palou Redorta, J.; Gómez Ruiz, «Prostatectomía radical robótica: revisión de nuestra curva de aprendizaje». Servicio de Fundació Puigvert. Barcelona.Urología. En *Actas Urológicas Españolas.* Junio de 2007. 31 (6):587-592.

Ana Mª Bernal Rendón
Enfermera de la Unidad de Urología del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz

Aplicación de técnicas de relajación en pacientes urológicos: la lucha contra los espasmos

Palabras clave: espasmo vesical, relajación, control del dolor.

Keywords: bladder spasm, relaxation, pain control.

Introduccion

En nuestras unidades nos encontramos con pacientes con la misma patología o intervenidos de idéntica afección que reaccionan de muy distinta forma ante el dolor y más concretamente ante los espasmos producidos por la vejiga, aun teniendo las mismas condiciones generales de salud.

Según Alejandro Jodorowsky, psicoterapeuta: «Dependiendo no sólo del cuerpo sino también de nuestros propios traumas intelectuales, emocionales y sexuales, ninguna enfermedad es semejante. Mi gripe no es tu gripe, no es su gripe… Cada persona, ante los mismos virus, reacciona de manera diferente. No se puede abstraer la enfermedad del terreno psicológico donde se produce».

Estamos convencidos de que el aspecto emocional y el estado psíquico del paciente urológico con el que trabajamos son el detonante principal de sufrir un posoperatorio más o menos doloroso. Por supuesto, teniendo en cuenta que la UDA es un instrumento fundamental para aliviar el dolor, nos planteamos si los enfermeros, como terapeutas, podemos hacer algo y llegamos a la conclusión de que nuestra labor puede ser de gran ayuda instruyendo al paciente con sencillas técnicas que le ayudarán a relajarse y, por lo tanto, a controlar y disminuir el dolor producido por los espasmos.

Objetivos

- Disminuir la ansiedad del paciente ante la sensación de dolor producida por el espasmo.
- Conseguir que el paciente confíe plenamente en el personal de enfermería y lo considere una ayuda para llegar a su propio autocontrol.
- Informar a pacientes y familiares sobre las distintas técnicas de relajación y de cómo utilizar y en qué momento una u otra técnica.
- Lograr una mayor calidad asistencial a través de un trato más individualizado y cercano.

Metodología

TOCAR

El doctor vienés Josef Brear nos habla de la importancia de «tocar» al paciente. El paciente nos sentirá más cercanos, confiará más en nosotros.

Desde su ingreso debe ser acompañado, y mencionando de nuevo a Alejandro Jodorowsky, él nos dice que: «Tocar es acompañar». Cuando realizamos la valoración inicial para el plan de cuidados es un momento idóneo para iniciar nuestro acercamiento al paciente demostrándole amabilidad y confianza. En este instante, a la vez que le encuestamos (por supuesto, teniendo en cuenta el carácter y características psicológicas del individuo) debemos tocarle, ofreciéndole nuestra mano para saludarle, poniendo la mano sobre su hombro… Con todo esto el paciente se sentirá cómodo y comenzará a confiar en que todo va a salir bien.

En el posoperatorio, además de usar nuestras manos para realizar las técnicas que sean precisas, debemos usarlas para seguir «acompañando» al paciente en todo momento.

RELAJAR

Por otro lado, es preciso que se consiga un autocontrol para que la persona pueda sentir menos dolor. El estado de la mente está íntimamente vinculado al estado del cuerpo. Si los músculos están relajados, la mente tiende a relajarse; si la mente se angustia, el cuerpo también padece. Toda acción se origina en la mente.

Una buena relajación abarca tres aspectos: relajación física, mental y espiritual. Para relajar el cuerpo hay que tenderse en la llamada «postura del cadáver» (utilizada en yoga) e ir tensando y relajando sucesivamente cada parte del cuerpo, trabajando desde los pies hacia la cabeza. Esta alternancia de tensión y relajación es necesaria, porque sólo aprendiendo a reconocer la sensación de tensión se podrá estar seguro de que se ha logrado relajar.

Tanto para relajar como para concentrar la mente (en la parte del cuerpo en la que se siente dolor) hay que respirar

regular y rítmicamente, concentrándose en el proceso de respiración.

A medida que se relaja todo el cuerpo y que se respira con lentitud y profundidad se producen ciertos cambios fisiológicos: disminuye el consumo de oxígeno y se elimina menos anhídrido carbónico; la tensión muscular se reduce, y se observa una disminución en la actividad del sistema nervioso simpático y un incremento del parasimpático. Incluso unos pocos minutos de relajación profunda reducirán más eficazmente la preocupación y la fatiga que muchas horas de sueño intranquilo.

VISUALIZAR

La autosugestión a través de la visualización de las distintas partes del cuerpo también es otra técnica que nos ayuda a la relajación. Para ello se visualiza en la mente el cuerpo y se repite mentalmente esta sencilla fórmula: «Relajo los dedos de los pies. Los dedos de los pies están relajados. Ahora relajo las pantorrillas, relajo las pantorrillas. Las pantorrillas están relajadas…». Se sigue recorriendo el cuerpo hacia arriba, aplicando de forma sucesiva la fórmula a todas sus partes: estómago, pulmones, corazón, riñones, vejiga, miembros superiores, miembros inferiores, cuero cabelludo, cerebro, etc. En el caso que nos ocupa sería importante hacer hincapié en cada una de las partes del aparato urológico y especialmente en la vejiga, en la cual se producen y localizan los espasmos.

Además de la visualización del cuerpo se puede visualizar un paisaje, un momento agradable de nuestra vida, una persona a la que se aprecie…, consiguiendo una relajación más placentera y profunda. Si esto lo acompañamos de una música apropiada de fondo, los resultados son aún más satisfactorios.

RESPIRAR

Existen tres tipos básicos de respiración: clavicular (superficial), intercostal (media) y abdominal (profunda). Para conseguir una adecuada relajación se debe practicar la «respiración completa» que combina las tres clases, comenzando con una inhalación profunda, que se continúa después en la zona intercostal y finalmente en la clavicular.

Estos ejercicios de respiración enseñan a controlar la mente (autocontrol). Todos sabemos que cuando estamos asustados o enfadados la respiración es superficial, rápida e irregular; por el contrario, cuando estamos relajados o sumidos en nuestros pensamientos la respiración se vuelve más lenta. Como el estado de ánimo se refleja en la forma en la que respiramos, se deduce que al controlar la respiración somos capaces de aprender a controlarnos a nosotros mismos, nuestros estados anímicos, nuestras sensaciones y, por lo tanto, nuestro dolor.

Se debe explicar al paciente con pocas frases y de forma práctica como debe respirar para conseguir una «respiración completa»: inspirar lenta y profundamente por la nariz llevando el aire al abdomen y sintiendo cómo pasa dicho aire por la zona clavicular y costal, empujando el diafragma hacia la zona abdominal para luego pasar a la espiración, llevando el aire muy despacio desde el abdomen hacia la nariz.

EN NUESTRAS UNIDADES NOS ENCONTRAMOS CON PACIENTES CON LA MISMA PATOLOGÍA O INTERVENIDOS DE IDÉNTICA AFECCIÓN QUE REACCIONAN DE MUY DISTINTA FORMA ANTE EL DOLOR Y MÁS CONCRETAMENTE ANTE LOS ESPASMOS PRODUCIDOS POR LA VEJIGA.

LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN LOS PACIENTES UROLÓGICOS HACEN QUE DICHOS PACIENTES ENCUENTREN EN ÉSTAS UNA HERRAMIENTA IMPRESCINDIBLE PARA LOGRAR AUTOCONTROLAR EL DOLOR.

Resultados

- Los pacientes que han sido instruidos en técnicas de relajación disminuyen los espasmos considerablemente y en algunos casos prácticamente no aparecen.
- El afrontamiento de la intervención quirúrgica y su posoperatorio es totalmente positivo y por lo tanto el paciente y los familiares tienen una buena disposición en los autocuidados.
- El personal de enfermería se convierte en una ayuda cercana y agradable que le es necesaria pero no imprescindible para aliviar el dolor.
- Los diagnósticos ansiedad y temor están totalmente resueltos.

Conclusiones

La aplicación de técnicas de relajación en los pacientes urológicos hace que dichos pacientes encuentren en éstas una herramienta imprescindible para lograr autocontrolar el dolor. Concretamente los espasmos se pueden disminuir ostensiblemente, lo cual se traduce en un posoperatorio mucho más satisfactorio.

El personal de enfermería consigue una mayor calidad asistencial y una mayor satisfacción personal ya que al fin y al cabo siempre se recibe mucho más de lo que se da. ▼

Bibliografía

Lidell, Lucy; Rabinovitch, Narayani; Rabinovitch, Giris. *El nuevo libro del yoga*. RBA Libros, S.A. 1999. Págs.:23-27. 67-68.

Jodorowsky, Alejandro. *Cabaret Místico*. Ediciones Siruela. 2006. Págs.: 24-25. 29.

G.F.U. *Gimnasia Psicofísica*. Editorial Melvin C.A. 2001. Págs. 33-34.

Ramos Sánchez, M.E.; Domínguez Domínguez S.; De la Corte Sánchez M.; Rico Cuevas F.; García Domínguez Y.
UGC Urología. Área Sanitaria Norte de Huelva

Urolandia: lugar de encuentro Primaria-Especializada

RESUMEN

Palabras clave: comunicación, unificación de criterios, mejora de calidad.

Keywords: communication, unifying criteria, improving quality.

Introducción

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí, Atención Primaria (como puerta de entrada de los usuarios al sistema) y Atención Especializada (como apoyo y complemento de la AP, siendo necesaria para todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera), la continuidad de cuidados entre ambos niveles no ha dejado de ser uno de los principales retos al que nos enfrentamos habitualmente. Es cierto que la Administración debe facilitar los cauces formales de comunicación, pero somos los profesionales quienes tenemos el reto de acercar las respectivas áreas de trabajo intensificando las relaciones.

Para la mejora de la calidad y el uso eficiente de los recursos es condición indispensable la coordinación entre niveles asistenciales, de forma que la atención a la salud se organice de forma efectiva, como un proceso integral, con garantías de continuidad en la atención prestada a cada individuo.

Los enfermeros nos encontramos con una dificultad, y es que a lo largo de nuestra formación universitaria adquirimos multitud de conocimientos generales y básicos, que en la mayoría de ocasiones resultan escasos cuando nos incorporamos al mundo laboral, puesto que trabajamos en diferentes unidades y servicios que requieren diversos conocimientos, procedimientos y cuidados muy específicos que no hemos adquirido en nuestro periodo de formación universitaria. En parte esto es resuelto con el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC), que para los profesionales de enfermería supone una oportunidad para mejorar la comunicación entre niveles, usar un lenguaje común, unificar las intervenciones, cuidados… En ocasiones ocurre que un paciente con complejidad de cuidados encuentra diferencias entre la información y cuidados recibidos en AP y AE, lo cual le crea ansiedad, inseguridad, desconfianza hacia los profesionales… Con lo cual, el ICC no suple totalmente la falta de conocimientos específicos sobre una determinada patología o cuidados especializados concretos, por lo cual el paciente acaba regresando al hospital por algún motivo que podría haber sido resuelto en AP si se hubiesen tenido en ese momento los conocimientos necesarios para abordarlo, o porque el paciente por iniciativa propia se va directamente al hospital por falta de confianza en el personal de AP.

Esto es un problema importante en nuestra Área Sanitaria por la gran dispersión geográfica de la población y los escasos medios de transporte público en zonas más aisladas. Estamos ubicados en la zona norte de la provincia de Huelva, abarcando el Andévalo Central, Cuenca Minera y Sierra de Huelva. Disponemos de un hospital comarcal de referencia, que está ubicado en la localidad de Minas de Riotinto, y la población adscrita a él se reparte en cinco ZBS, con un total de 5 centros de salud, 27 consultorios locales y 25 consultorios auxiliares; existiendo una distancia de hora y media desde algunos de estos consultorios a nuestro hospital de referencia.

Objetivos

1. Facilitar los cauces de comunicación de Atención Primaria con nuestra consulta externa de Urología.
2. Proporcionar a los enfermeros de AP conocimientos específicos sobre nuestra área de actuación:
   - Funcionamiento y cartera de servicios de la unidad de Urología y más concretamente de la consulta de enfermería de Urología.
   - Cuidados y técnicas de enfermería empleados en las patologías que más frecuentemente atendemos.
   - Unificación de la información facilitada al paciente sobre su proceso, autocuidados y señales de alarma sobre las que debe consultar.

Material y método

Para alcanzar estos objetivos planteamos realizar las siguientes actividades:

- Compartir espacios de formación: participación desde

la CE Urología en las sesiones de formación de los centros de salud, con talleres, sesiones clínicas y charlas a los profesionales de AP sobre temas específicos de urología, que tanto los profesionales de AP o nosotros, los de AE, consideren/mos más relevantes o prioritarios.

- Facilitar el número de teléfono directo de nuestra CE Urología a los profesionales de AP para que puedan establecer contacto con nosotros cuando lo precisen.
- La creación de un boletín informativo donde demos a conocer nuestro Servicio de Urología (personal, funcionamiento, cartera de servicios…), y usarlo a su vez como vehículo de formación sobre nuestra especialidad: patologías más habituales que tratamos, cuidados y técnicas de enfermería, información facilitada al paciente sobre su proceso, autocuidados, señales de alarma… Además este boletín servirá para establecer una comunicación bidireccional, ya que los profesionales de AP podrán en él expresar sus opiniones, sugerencias y propuestas de mejora facilitando la comunicación y relaciones entre ambos niveles asistenciales.

LOS ENFERMEROS NOS ENCONTRAMOS CON UNA DIFICULTAD, Y ES QUE A LO LARGO DE NUESTRA FORMACIÓN UNIVERSITARIA ADQUIRIMOS MULTITUD DE CONOCIMIENTOS GENERALES Y BÁSICOS, QUE EN LA MAYORÍA DE OCASIONES RESULTAN ESCASOS CUANDO NOS INCORPORAMOS AL MUNDO LABORAL, PUESTO QUE TRABAJAMOS EN DIFERENTES UNIDADES Y SERVICIOS QUE REQUIEREN DIVERSOS CONOCIMIENTOS, PROCEDIMIENTOS Y CUIDADOS MUY ESPECÍFICOS QUE NO HEMOS ADQUIRIDO EN NUESTRO PERIODO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA.

Resultados

Próximamente las enfermeras de la CE Urología programaremos una serie de charlas en las diferentes ZBS sobre el abordaje de la incontinencia urinaria. Hemos elaborado un tríptico divulgativo dirigido tanto a los profesionales de AP como a las pacientes para concienciar que la incontinencia tiene solución y no es algo que debamos aceptar como normal por la edad o los partos con lo que hay que conformarse. Sobre este mismo tema tenemos en proyecto impartir un curso para los profesionales de AP.

También estamos pendiente de determinar la fecha para la primera reunión para la elaboración del Plan de Cuidados para el paciente incluido en el PAI HBP-cáncer de próstata, que será elaborado conjuntamente con un enfermero de la planta de urología, una enfermera de CE Urología y una enfermera de AP.

Ya hay profesionales de AP que nos llaman a la CE Urología para consultar algún problema. Facilitamos nuestro número de teléfono de la CE Urología en los ICC, y asimismo lo difundiremos en nuestro boletín informativo que haremos llegar a todos los centros de AP pertenecientes a nuestra área.

Tenemos ya creado nuestro primer número del boletín informativo (de periodicidad cuatrimestral en principio) al que hemos bautizado con el nombre de *Urolandia: lugar de encuentro Primaria-Especializada*, que difundiremos por todos los centros de AP de nuestra área. En este primer boletín dedicamos un artículo para justificar su creación y los objetivos que pretendemos con él, y otro para presentarnos desde la consulta de Urología y mostrar nuestra forma de trabajar. Incluimos dos secciones fijas de formación que hemos titulado «Un hueco para la formación» y «¿Sabías que…?». Incluimos también otras secciones fijas que son las siguientes: «Atención primaria opina», con el objetivo de que los compañeros de primaria puedan expresar sus opiniones, sugerencias…; «El rincón del humor», una sección dedicada a anécdotas, chistes, frases célebres…, y «Noticias», donde damos a conocer noticias que afectan a nuestra Área Sanitaria. Este primer número va acompañado de una encuesta (en anexos) para que los profesionales que la reciban nos den su opinión sobre él, y podamos así valorar la utilidad concedida a nuestro boletín por los profesionales de AP, hacia quienes va dirigido; siendo 1 punto la valoración más negativa y 10 la más positiva. Hemos repartido hasta el momento un total de 22 boletines con sus correspondientes encuestas y, para tener una primera idea sobre la utilidad que le conceden a nuestro boletín, hemos analizado estas encuestas recibidas hasta el momento, obteniendo los siguientes resultados (representados gráficamente en anexo):

- La mejor puntuación obtenida ha sido la pregunta nº 8 (¿Le es útil conocer la información que facilitamos a los pacientes…?) ya que el 86% de los encuestados le ha dado un valor de 9-10 puntos.
- Le siguen las preguntas nº 2 (si debería aplicarse a más especialidades) y 7 (si le aporta conocimientos nuevos sobre cuidados y técnicas de enfermería), en las que el 80% de los encuestados le dan también un valor de 9-10 puntos.
- Las peor valoradas han sido las preguntas 3 (le aportará conocimientos sobre la CE Urología) y 6 (si le parecen apropiados los contenidos), en las que sólo el 60% de los encuestados la ha valorado con una puntuación de 9-10.
- Como aspectos positivos destacan los encuestados: La iniciativa, la comunicación interniveles y la claridad de los contenidos.
- Aspectos negativos que destacan: sólo un compañero refiere poco contenido y otro que este contenido es simple.

– En la pregunta: Temas a tratar en próximos boletines, refieren: eficacia del combur test de orina, patologías más frecuentes, HBP/Ca prostático, técnicas de enfermería y posibles complicaciones, PSA, tipos de sondas vesicales, cuidados del paciente con sonda vesical permanente.

Conclusiones

Al facilitar a los enfermeros de AP conocimientos específicos de nuestra CE Urología sobre sus componentes, funcionamiento, cartera de servicios, técnicas y cuidados de enfermería a los pacientes con diferentes patologías urológicas, información que facilitamos a esos mismos pacientes sobre su proceso, autocuidados y signos de alarma, estamos garantizando la continuidad asistencial, pues el paciente va a recibir la misma información y los mismos cuidados en los dos niveles asistenciales, lo cual hace que aumente la calidad de la atención prestada al paciente y asimismo aumente la satisfacción del usuario, aumente su seguridad, disminuya su ansiedad y favorezca su confianza en los profesionales y en el sistema sanitario. Y el hecho de saber el paciente que en AP le prestarán los cuidados adecuados repercute en que éste pueda permanecer el mayor tiempo posible en su domicilio, disminuyendo así el número de días de hospitalización.

El disponer los enfermeros de AP de más conocimientos específicos sobre técnicas y cuidados de enfermería relacionados con la urología repercutirá en que dichos pacientes no acudan al hospital para resolver pequeños problemas que fácilmente podrían haberse solucionado en AP, habiéndoles evitado desplazamientos innecesarios a nuestro hospital. En otras ocasiones, si su enfermero o médico de familia le explicase a los pacientes cómo tienen que acudir para realizarle una determinada exploración en nuestra consulta, o viniesen con la analítica ya hecha, haríamos un uso más eficiente de los recursos, al venir el paciente adecuadamente preparado no tendría que esperar varias horas o acudir otro día. También el aumento de conocimientos por parte del profesional repercute en que éste aumente su seguridad en su actuación profesional, transmitiéndole esta seguridad a su paciente.

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.

En este boletín de carácter bidireccional, el profesional de AP puede dar a conocer sus sugerencias, opiniones, dificultades en su práctica diaria, y propuestas de mejora para una mejor atención a nuestros pacientes. Destacamos la buena acogida que por el momento ha tenido el boletín por parte de los enfermeros de Atención Primaria, según los primeros resultados de la encuesta, y tendremos que trabajar sobre los temas que ellos consideran más prioritarios que tratemos y mejorar los aspectos negativos que ellos consideren.

En definitiva, la creación de este boletín informativo es una oportunidad para mejorar la comunicación interniveles, usar un lenguaje común, unificar las intervenciones y cuidados de enfermería, impartir formación, conocer cada nivel asistencial cómo trabaja el otro; todo ello para mejorar la calidad en la atencion al paciente, que es nuestro objetivo final y prioritario. ▼

Bibliografía

Ley General de Sanidad. Ley 14/1986, Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.

Comisión para el desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Continuidad de Cuidados entre Atención Especializada y Atención Primaria. SAS.

J. Criado-Montilla y F. Ibañez-Bermúdez. «Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna». Servicio de MI. Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba. *Med Clin* (Barc) 1996; 106: 463-468

Dirección General de Programas Asistenciales. *Guía para la continuidad de cuidados de enfermería entre ámbitos asistenciales.* Servicio Canario de la Salud. 2003

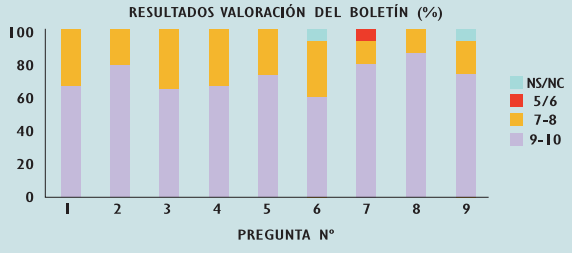
ANEXO

Esta encuesta es anónima y con ella sólo pretendemos valorar qué opinión tienen del boletín informativo que acabamos de elaborar en la CE Urología con el que pretendemos dar a conocer cómo trabajamos, cómo pueden contactar con nosotros, compartir con ustedes nuestros conocimientos sobre urología y establecer un canal de comunicación AP-AE.

Conteste SÍ o NO:
¿Ha trabajado siempre en AP? _____
En caso de haber trabajado en AE, ¿lo hizo alguna vez en el Servicio de Urología? _____, ¿durante cuánto tiempo? _____

Rogamos respondan de la forma más sincera posible, valorando nuestro trabajo en una escala del 1 al 10 en las preguntas cerradas (1 sería la valoración más negativa y 10 la más positiva).

1. Valore nuestra idea de creación y difusión del boletín _____
2. ¿Cree que debería aplicarse a más especialidades? _____
3. ¿Cree que le aportará conocimientos sobre nuestra C E Urología, componentes, funcionamiento, cartera de servicios…? _____
4. ¿Cree que facilita la comunicación entre AP y nuestra CE Urología? _____
5. ¿Le parece claro el lenguaje utilizado? _____
6. ¿Le parecen apropiados los contenidos? _____
7. ¿Cree que le aportará conocimientos nuevos sobre cuidados y técnicas de enfermería relacionadas con la especialidad de urología? _____
8. ¿Le es útil conocer la información que desde nuestra consulta facilitamos a los pacientes sobre su proceso, autocuidados y signos ante los que debe consultar? _____
9. ¿Le resulta útil para su práctica en atención primaria? _____
10. Aspectos positivos que destacaría: _____
11. Aspectos negativos que mejoraría: _____
12. Temas que cree deberíamos tratar en el próximo boletín: _____



vejicur®

BCG, cepa RIVM

En cáncer superficial de vejiga

Sistema cerrado

Gebro Pharma

www.gebro.es

vejicur®

BCG, cepa RIVM

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: vejicur® polvo y disolvente para suspensión intravesical. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Su reconstitución inicial contiene: BCG liofilizado de Cultivo de Gubin cepa RIVM del vial de la cepa 1173-P2, 2 a 8 x 10⁸ a 3 a 10⁹ unidades viables. Para la lista completa de excepientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Polvo y disolvente para suspensión intravesical. Polvo liofilizado y solución transparente incolora. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de cáncer de vejiga no invasivo de vejiga: Tratamiento curativo del carcinoma in situ y tratamiento profiláctico de la recidiva del Carcinoma urotelial limitado a la mucosa, Ta G1-G2 si el tumor es multifocal y/o recurrente, Ta G3, Carcinoma urotelial que infiltra la lámina propia sin pasar a la muscular de la vejiga (T1). Carcinoma in situ. **4.2 Posología y forma de administración:** Dosis: El contenido de un vial se reconstituye para una instilación vesical. La dosis de 6.6 se debe instilar en la reconstitución. Duración: Carcinoma in situ: Un esquema de tratamiento estándar consiste en una instilación intravesical de Vejicur® por semana durante seis semanas consecutivas. Este esquema puede repetirse si no se ha logrado la remisión del tumor y si las circunstancias clínicas lo requieren. Después de un intervalo de 4 semanas sin tratamiento, la administración intravesical debe continuar siguiendo la pauta de mantenimiento que se describe a continuación. Tratamiento adyuvante: Tratamiento profiláctico de las recidivas: El tratamiento con BCG debe iniciarse aproximadamente 2 3 semanas después de la resección transuretral (RTU) o de la biopsia de vejiga, y sin cateterización traumática, repitiendose a intervalos semanales durante 6 semanas. A menos en los tumores de alto riesgo, debe seguido de tratamiento de mantenimiento. Terapia de mantenimiento: Un esquema de mantenimiento consiste en un tratamiento durante 12 meses con administración del medicamento a intervalos mensuales. Otro esquema de mantenimiento consiste en una pauta de reducción de dosis semanal, seguida de 3 instilaciones a intervalos semanales en los meses 3, 6, 12, 18, 24, 30 y 36. En este esquema, se administran un total de 27 instilaciones durante un período de tres años. Los esquemas de tratamiento especificados con distintas cepas de BCG han sido probados en estudios clínicos realizados en un elevado número de pacientes. En la actualidad no es posible afirmar si uno u otro de estos regímenes es superior a los demás. *Administración:* Vejicur® debe administrarse en las condiciones requeridas para endoscopia intravesical. El paciente no debe beber nada durante a pesada comprendido entre las 4 horas anteriores a la instilación y las 2 horas posteriores a la misma. Antes de la instilación de BCG debe vaciarse la vejiga. Vejicur® se introduce en la vejiga a baja presión por medio de un catéter. La suspensión de Vejicur® instilada debe permanecer en la vejiga durante un período de 2 horas si es posible. Durante este período la suspensión debe mantenerse en contacto suficiente con toda la superficie mucosa de la vejiga. Por tanto, el paciente debe ser movilizado lo más posible. En un paciente encamado, debe cambiarse la posición de pecho supino a prono, y a la inversa, cada 15 minutos. Después de 2 horas, el paciente debe orinar para eliminar la suspensión instilada, preferentemente en posición sentada. En caso de ausencia de una contraindicación médica específica, se recomienda la micción inmediata del paciente durante las 48 horas siguientes a cada instilación. Vejicur® no debe utilizarse en niños, puesto que no se ha establecido su seguridad ni su eficacia. No hay instrucciones especiales para el uso en personas de edad avanzada. **4.3 Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes. Vejicur® no debe utilizarse en pacientes inmunocomprimidos o personas con deficiencias inmunológicas congénitas o adquiridas, lo que incluye a una enfermedad concurrente (p. ej., serología positiva para HIV, leucemia, linfomas), a terapia oncológica (p. ej., medicamentos citostáticos, radiación) o a terapia inmunosupresora (p. ej., corticosteroides). Vejicur® no debe administrarse a personas con tuberculosis activa. La tuberculosis activa debe descartarse en pacientes con resultado positivo en la prueba cutánea de la tuberculina (p. ej., PPD-Mantoux) antes de iniciar un tratamiento con Vejicur®. Anteceder los cateterismos vesical. El tratamiento con Vejicur® está contraindicado en mujeres durante la lactancia (ver sección 4.6). **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo: Vejicur® no puede utilizarse para administración subcutánea, intradérmica, intramuscular o intravenosa, ni para vacunación.** ITU, Incontinencia vesical, cateterización traumática: Vejicur® no debe instilarse antes de 5 o 21 días después de una ITU, una biopsia vesical o un cateterismo traumático. *Tratamiento de síntomas, signos o síndromes:* Ver sección 4.8. *Número de instilaciones de BCG:* Los efectos secundarios de tratamiento con BCG son frecuentes, casi generalmente leves y transitorios. Las reacciones adversas suelen aumentar con el número de instilaciones de BCG. *Infección/inflamación sistémica por BCG:* Los informes sobre reacciones sistémicas al BCG son raros y se describen como fiebre >38,5°C durante al menos 12 horas, fiebre >39,4°C durante al menos 48 horas, neumonitis miliar, hepatitis granulomatosas, alteraciones en la función hepática, daño en cualquier órgano (p. ej., a la de tracto genitourinario) con inflamación granulomatosa en la biopsia. La posibilidad de infecciones sistémicas graves por BCG debe ser considerada antes de iniciar el tratamiento. La instilación traumática puede promover episodios de sepsis por BCG con posible shock séptico y muertes potenciales. La micción de tracto urinario debe evitarse antes de cada instilación vesical con BCG. La inflamación de la membrana mucosa vesical puede aumentar el riesgo de diseminación hematológica del BCG). Si se diagnostica una infección del tracto urinario durante el tratamiento con BCG, éste debe interrumpirse hasta que el análisis de orina se vea normalizado y el tratamiento con antibióticos haya finalizado. La micción con antibióticos se inyecta la sido descrita en pacientes con (p. ej., endocarditis o prótesis vascular o hemiartropatía vertebral. El tratamiento debe pospuesto hasta la resolución de la lesión concurrente o a menos que haya alguna razón. *Baja capacidad vesical:* El riesgo de contractura vesical puede aumentar en pacientes con baja capacidad vesical. *HLA-B27:* Los pacientes con HLA-B27 positivo pueden sufrir un aumento en la incidencia de artritis reactiva o de síndrome de Reiter. *Precauciones para la manipulación:* Vejicur® no debe manipularse en la misma habitación, ni por el mismo personal que prepara medicamentos citotóxicos para administración intravenosa. Vejicur® no debe ser manipulado por una persona que presente una inmunodeficiencia conocida. Personas con inmunodeficiencia conocida deben evitar el contacto con pacientes sometidos a tratamiento con BCG. *Pruebas cutáneas con tuberculina:* El tratamiento intravesical con Vejicur® podría reducir temporalmente la tuberculina y complicar la posterior interpretación de la prueba cutánea de la tuberculina para el diagnóstico de infecciones micobacterianas. Por tanto, la reactividad a la tuberculina debe ser evaluada antes de la administración de Vejicur®. *Embarazo:* Vejicur® no se recomienda durante el embarazo (ver sección 4.6). *Transmisión sexual:* Hasta el momento, no se ha descrito la transmisión sexual del BCG, pero se recomienda usar preservativo durante las relaciones sexuales mantenidas en la semana siguiente al tratamiento con BCG. *Derivado cutáneo de Vejicur®:* El derivado cutáneo de la suspensión de Vejicur® debe retirarse con un desinfectante como hipoclorito lavado. Si se derrama sobre la piel, debe retirarse con hipoclorito diluido. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Las bacterias BCG son susceptibles a las fármacos antituberculosos (p. ej., etambutol, estreptomicina, ácido p-aminosalicílico [PAS], isoniazida [INH], y rifampicina), a los antibióticos a los antisépticos y a los desinfectantes. Se han descrito resistencias frente a la pirazinamida y a cicloserina. Durante el tratamiento mediante instilación vesical con BCG, debe evitarse la administración concomitante de agentes antituberculosos y antibióticos no fluoroquinolonas debido a la generación, debido a la sensibilidad de BCG a dichos medicamentos. **4.6 Embarazo y lactancia:** *Embarazo* (ver sección 4.4): No hay datos específicos sobre el uso de Vejicur® en mujeres embarazadas. En se han realizado estudios sobre reproducción animal. Vejicur® no se recomienda durante el embarazo. *Lactancia:* No hay datos adecuados sobre la excreción de este bacilo en la leche materna. Este tratamiento está contraindicado en mujeres en período de lactancia (ver sección 4.3). **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Síntomas locales y sistémicos durante el tratamiento con Vejicur® podrían afectar a la capacidad para conducir o utilizar maquinaria. **4.8 Reacciones adversas:** Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada frecuencia. Las reacciones adversas al tratamiento con BCG son frecuentes, casi generalmente leves y transitorias. Las reacciones adversas suelen aumentar con el número de instilaciones de BCG. Reacciones adversas locales: Se incluyen molestias y dolor a la micción, así como frecuencia miccional hasta en el 90 % de los pacientes. La cistitis y la reacción inflamatoria granulomatosa pueden ser una parte esencial de la actividad antitumoral. Ver tratamiento de los síntomas en la tabla que aparece a continuación. Otros efectos secundarios locales que se observan ocasionalmente son hematuria macroscópica, infección del tracto urinario, retracción vesical, obstrucción urinaria, orquitis y epididimitis. Raramente se observa un absceso renal. Reacciones adversas sistémicas: las reacciones adversas sistémicas se definen como fiebre >38,5°C durante al menos 12 horas, fiebre >39,4°C durante al menos 48 horas, neumonía miliar, uretritis BCG, hepatitis granulomatosas, pruebas de función hepática anormales, disfunción orgánica (distinta a la del tracto genitourinario) con inflamación granulomatosa en la biopsia. Síndrome de Reiter. Pueden producirse fiebre, síntomas de tipo gripal y malestar general. Estos síntomas suelen aparecer 24-48 horas y cesar en horario moderno tras el tratamiento habitual. Estas reacciones son signos del riesgo de una reacción inmunológica. Todos los pacientes a los que se administra el medicamento han de ser vigilados cuidadosamente, y en las dosis adecuadas que comunicar en todas las incidencias de fiebre y otros síntomas relacionados con las vías urinarias. La sepsis por BCG ha sido descrita como una situación con riesgo para la vida. Ver recomendaciones de tratamiento en la tabla a continuación. En casos raros, pueden producirse artritis, artralgias y erupciones cutáneas. En la mayoría de los casos de artritis, artralgias y erupción cutánea, estas pueden atribuirse a reacciones de hipersensibilidad del receptor a BCG. Puede ser necesario en algunos casos interrumpir la administración de Vejicur®.

FRECUENCIA	REACCIONES ADVERSAS
Muy frecuente (≥1/10)	**Trastornos gastrointestinales:** náuseas. **Trastornos urinarios:** cistitis y reacciones inflamatorias (granulomatosas) en la vejiga, frecuencia miccional, necesidad y dolor. **Trastornos del sistema reproductor:** prostatitis granulomatosa sintomática. **Trastornos generales:** fiebre <38,5°C, síntomas de tipo gripal (p. ej., escalofríos, fiebre, malestar general).
Frecuente (≥1/100, <1/10)	**Trastornos generales:** fiebre >38,5°C
Poco frecuente (≥1/1000, <1/100)	**Alteraciones sanguíneas:** citopenia, anemia. **Trastornos del sistema inmunológico:** síndrome de Reiter (conjuntivitis, uretritis y artritis). **Trastornos respiratorios:** neumonitis miliar, granuloma pulmonar. **Trastornos hepatobiliares:** hepatitis. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** eritema nodoso. **Trastornos musculoesqueléticos:** artritis, artralgia. **Trastornos urinarios:** hematuria macroscópica, retracción vesical, obstrucción urinaria. **Trastornos del sistema reproductor:** orquitis, epididimitis. **Trastornos generales:** linfadenitis.
Raro (≥1/10.000, <1/1000)	**Infecciones:** sepsis por BCG. **Trastornos vasculares:** infección vascular (p. ej., aneurisma micótico). **Trastornos renales:** absceso renal. **Trastornos del sistema reproductor:** úlceras, granulomatosas, estenosis.
Muy raro (<1/10.000), incluyendo informes aislados	**Infecciones:** infección por BCG de implantes y tejidos circundantes (p. ej., infección protésica vascular), infección del tracto urinario (absceso renal, cistitis BCG). **Trastornos del sistema linfático:** linfadenitis regional, linfadenitis BCG, ganglios linfáticos. **Trastornos del sistema inmunológico:** reacciones de hipersensibilidad (p. ej., eosinofilia pulmonar). **Trastornos vasculares:** fístula vascular. **Trastornos del tejido musculoesquelético, conectivo y óseo:** osteomielitis, infección de prótesis ósea, absceso en psoas. **Trastornos oculares:** conjuntivitis, coriorretinitis, uveítis. **Trastornos gastrointestinales:** vómitos, fístula intestinal, peritonitis. **Trastornos del sistema reproductor:** orquitis o epididimitis, sin signos de tratamiento antituberculoso, infección de glande.

SÍNTOMAS, SIGNOS O SÍNDROME	TRATAMIENTO
1) Síntomas de irritación vesical (de cualquier inicio a 48 horas)	Tratamiento sintomático.
2) Síntomas de irritación vesical de 48 horas de duración o superior	Interrumpir el tratamiento con Vejicur® e iniciar tratamiento con quimioterapia. Si después de 10 días no se ha observado ninguna reacción adversa, administrar una dosis de Vejicur® durante 3 meses. En caso de tratamiento antituberculoso, el tratamiento con Vejicur® debería ser considerado definitivamente.
3) Infección bacteriana (cualquier cantidad de orina)	Posponer el tratamiento con Vejicur® hasta que el análisis de orina sea normal y haya concluido el tratamiento con antibióticos.
4) Otras reacciones adversas generales graves, artritis, granulomatosis y monolítica, epididimo-orquitis, dermatitis vesical y otras reacciones	Interrumpir el tratamiento con Vejicur®. Administrar isoniazida (INH) y rifampicina®, durante 3 6 meses según la gravedad. En caso de terapia antituberculosa, el tratamiento con Vejicur® debería suspenderse definitivamente.
5) Fiebre inferior a 38,5°C de duración inferior a 48 horas	Tratamiento sintomático con paracetamol.
6) Erupción cutánea, artralgia y artritis, o síndrome de Reiter	Suspender el tratamiento con vejicur®. Administrar antiinflamatorios o antihistamínicos no esteroideos. Si no hay respuesta, administrar isoniazida* durante 3 meses. En caso de terapia antituberculosa, el tratamiento con Vejicur® debería interrumpirse definitivamente.
7) Reacción alérgica** al BCG con signos de shock séptico. **ver definición de reacción alérgica en 4.8	Suspender el tratamiento con Vejicur®. Consultar con un especialista en enfermedades infecciosas. Administrar tratamiento antituberculoso con tres fármacos* durante 6 meses.
8) Reacción sistémica al BCG con signos de shock séptico	Suspender el tratamiento con Vejicur®. Administrar inmediatamente tratamiento antituberculoso* con 3 fármacos combinado con corticoterapia a altas dosis de efecto rápido. Consultar con un especialista en enfermedades infecciosas.

*Pirazinamida, rifampicina y etambutol (INH no necesaria) durante dos meses, seguidos de isoniazida y rifampicina durante 4 meses más. Si es necesario un tratamiento antituberculoso con 2 fármacos, la combinación generalmente recomendada es isoniazida y rifampicina durante 9 meses.

4.9 Sobredosis: Es improbable que se produzca una sobredosis, ya que un vial de Vejicur® contiene sólo una dosis. No hay datos que indiquen que una sobredosis pueda producir otros efectos a las reacciones adversas descritas. **5. DATOS FARMACÉUTICOS: 5.1 Lista de excipientes:** Polvo liofilizado: glucosa anhidra y polisorbato 80. Disolvente: cloruro sódico y agua para inyectables. **5.2 Incompatibilidades:** Vejicur® es incompatible con soluciones hipotónicas y con los desinfectantes. **5.3 Periodo de validez:** 2 a 3 años cuando el número de unidades viables a la liberación sea superior a 8x10⁸ unidades formadoras de colonias/vial, en ningún caso superiores a 4 años desde la fecha de elaboración. Después de la reconstitución el producto debe utilizarse inmediatamente. **5.4 Precauciones especiales de conservación:** Conservar entre 2-8°C. (No congelar). Conservar en el envase original para protegerlo de la luz. Para las condiciones de conservación tras la reconstitución, ver sección 6.3. **5.5 Naturaleza y contenido del recipiente:** Polvo en vial (vidrio tipo I) con tapón de caucho + 50 m de disolvente en una botella (PVC) con para conectarse y catéter adaptador (adaptador conico adaptado a luer lock) o catéter; envases de 1, 3 y 5. Posible comercialización solamente de algunos tamaños de envases. **5.6 Precauciones especiales manipulaciones y de eliminación:** instrucciones de reconstitución. Antes de usar el producto, tiene que resuspenderse en condiciones asépticas con solución estéril de cloruro sódico al 0,9 % (véase más adelante). Reconstituir la suspensión antes de su. Las gránulos suspenden. Se recomienda el uso de guantes. Las partículas microscópicas visibles no afectan a la eficacia ni a la seguridad del producto. Tras reconstitución y administración con el sistema de instilación: 1) Sacudir la pulsa protectora, pero sin quitarla con cuidado. Así se protegerá a punta del sistema de instilación de la contaminación hasta el último momento. 2) Quitar la tapa central y del sistema de instilación. Presionar una bolsa para desechables. 3) Presionar firmemente a vía de vejicur® sobre el adaptador de sistema de instilación. 4) Girar el mecanismo del cierre de adaptador para abrirlo con el de estar en la conexión. 5) Romper el sistema comprimido, (no intentar girar o impresionar a vía en la pera superior sobre la suspensión de BCG reconstituida a sistema de instilación. No retirar el vial. 7) Mantener vertical del sistema de instilación. Retirar a bolsa comprimida de la tapa protectora. Conectar a adaptador de catéter al catéter. Romper el mecanismo de cierre de tubo para abrirlo e instilar el fármaco. Dejar el catéter pasando a través de a. Mantener el sistema de instilación apretado y conectado con el catéter en la bolsa para desechables. La eliminación de los productos no utilizados o de los envases se establecerá de acuerdo con las exigencias locales. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, Fehrsenstraße 3, D-22391 Hamburgo, Alemania. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 64.882. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** Fecha de la primera autorización: 01/2002. Fecha de renovación: 07/2006. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Junio 2006. **10. CONDICIONES GENERALES DE DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Uso Hospitalario. Precio PVL 70,41 euros PVP 105,68 euros PVPiva 109,91 euros. **11. FECHA DE ELABORACIÓN DEL MATERIAL PROMOCIONAL:** Abril 2006

III Curso Formativo de la AEEU

Módulo I: Seguridad clínica. Módulo II: Instilaciones vesicales

Colegio de Enfermería de Lleida del 5 al 7 de mayo de 2011

JUSTIFICACIÓN

La AEEU prosigue en su objetivo de aportar actividades formativas a sus socios, ya que como sociedad científica enfermera debe promover la formación de sus asociados y por ende facilitarles la adquisición de conocimientos y habilidades que les capacite para una asistencia más segura y con un mayor nivel de competencia.

OBJETIVOS

– Sensibilizar a los alumnos sobre la seguridad clínica y prácticas seguras en la atención sanitaria.
– Renovar y actualizar los conocimientos en instilaciones vesicales, su manejo y las nuevas evidencias.

FORMATO:

Semipresencial, con 18 horas presenciales y 12 tutorizadas con trabajo final.

PROGRAMA

MÓDULO I: SEGURIDAD CLÍNICA

Jueves 5/5/2011
16 h a 20 h.

- Entrega de documentación.
- Presentación del curso.
- Pretest y debate sobre contenidos.
- La seguridad clínica, un problema actual. Situación del tema en nuestro entorno y en el ámbito internacional. Revisión y análisis.
- Aperitivo de Bienvenida.

Viernes 6/5/2011
10 h. a 14 h.

- Acciones de organismos internacionales y nacionales (OMS y Ministerio de Sanidad). Alianza mundial para la seguridad del paciente. Estudios ENEAS y APEAS.
- Pausa.
- Sesión práctica Herramientas para la calidad: Técnicas de grupo, Técnicas de priorización de problemas, Diagramas causa efecto (Ishikawa). Construcción de un indicador.

16 h a 20 h.

- Caso práctico: Construcción de un AMFEC (análisis a modo de fallo efecto y criticidad).
- Iniciativas sobre seguridad: El Observatorio de Seguridad de la ACSA. El chek list, Programa Bacteriemia «Zero». Campaña Manos limpias, manos seguras.
- Propuesta de trabajo práctico para el diseño de un plan de seguridad para una unidad asistencial.

MÓDULO II: INSTILACIONES VESICALES

Sábado 7/5/2011
9 h a 15 h.

- Introducción.
- Indicaciones y tipos.
- Fármacos de uso común y efectos adversos.
- Materiales utilizados: Taller práctico **GEBRO**. Taller práctico, **PHARMA INIBSA.**
- Riesgos laborales en su manipulación.
- Conclusiones.
- Clausura del III Curso intensivo

DATOS A ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A: enfuro@enfuro.org poniendo en el ASUNTO: Inscripción Curso AEEU 2011

- NOMBRE y APELLIDOS
- DOMICILIO
- LOCALIDAD y DP
- TELÉFONOS: Fijo y móvil
- Correo electrónico (a este correo se enviará confirmación de inscripción)
- Centro de trabajo
- INDICAR SI SOCIO O NO SOCIO
- INDICAR SI NECESITA RESERVA DE HOTEL

La AEEU-ENFURO financia con 200 € las primeras 10 inscripciones de socios. El ingreso se realizará una vez aceptada esta solicitud, previa notificación desde la Secretaría.
Enviar antes del 17/04/2011.
Se admitirán 30 alumnos: 10 socios/as becados/as (50 €) y 20 acceso libre (250 €).
Pendiente de acreditación por el IES y la Comisión Nacional de Formación Continuada.

Fecha y hora de celebración:
Jueves 5 de mayo de 16 a 20 horas.
Viernes 6 de mayo de 10 a 14 horas y de 16 a 20 horas.
Sábado 7 de mayo de 9 a 15 horas

Lugar de celebración:
Colegio de Enfermería de Lleida

Organiza:
Asociación Española de Enfermería en Urología
AEEU

Colaboran:

XXXIII Congreso Nacional de Enfermería Urológica

Donostia-San Sebastián, 19, 20 y 21 de octubre de 2011

MIÉRCOLES, 19 de octubre

12:00-17:00 h. Entrega de documentación
17:00-17:30 h. Acto inaugural
17.30-18:30 h. Conferencia inaugural
18:30-19:45 h. Comunicaciones libres
20:00 h. Acto de bienvenida y cóctel

JUEVES, 20 de octubre

09:00-11:00 h. **Mesa redonda:**
"NUEVOS ROLES ENFERMEROS"
Moderadora
Ione Labaka Arteaga
Enfermera estomaterapeuta del Hospital Donostia
Ponentes
María Jesús Ruiz de Ocenda García
Asesora de Enfermería de Osakidetza
Lola Vellido González
Enfermera gestora de casos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Mari Jose Uranga Iturriotz
Profesora titular E.U. Enfermería Donostia. UPV-EHU.
Társila Ferro García
Enfermera y coordinadora de planificación del plan oncológico de Cataluña
11:00-11:30 h. Café
11:30-13:30 h. **Mesa redonda:**
"LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA"
Moderadora
Lucía Gárate Echenique
Supervisora Investigación del Hospital Txagorritxu
Ponentes
Mª Ángeles Cidoncha Moreno
Responsable de Docencia e Investigación Osakidetza
Montserrat Gea Sánchez
Profesora Facultad Enfermería de la Universidad de Lleida
Julio César de la Torre Montero
Enfermero de Investigación y Ensayos Clínicos. Hospital Clínico San Carlos
Mª Isabel Elorza Puyadena
Enfermera doctora en Antropología. Profesora titular de la Escuela de Enfermería Donostia UPV
13:30-14:30 h. Comunicaciones libres
14:30-16:00 h. Almuerzo de trabajo
16:15-18:15 h. **Taller:**
"UN PASEO CINEMATOGRÁFICO POR EL CUIDADO"
Lucía Gárate Echenique
Supervisora Investigación del Hospital Txagorritxu
Etxaurren Ibarrola Atxa
Enfermera del centro de salud del Casco Viejo de Vitoria-Gasteiz
18:15-19:45 h. Comunicaciones libres
21:00 h. Cena en Sidreria Saizar

VIERNES, 21 de octubre

09:00-11:00 h. **Mesa redonda:**
"SEGURIDAD DEL PACIENTE"
Moderadora
Rosa Mª González Linares
Técnico de Calidad y de la Oficina de Crónicos.Organización Central Osakidezta
Ponentes
David Cantero González
Técnico Servicio de Calidad y Seguridad Clínica. Organización Central Osakidetza. Responsable de la Estrategia de Seguridad en Osakidetza.
Maiteder Elósegui Mendizábal
Enfermera. Servicio Medicina preventiva y responsable de la Unidad de Calidad. OSI. Bidasoa
Ana Rodríguez Cala
Directora de Estrategia y Proyectos. Institut Català d´Oncologia
Íñigo Aguirre Zubía
Farmacéutico del Hospital Donostia
11:00-11:30 h. Café
11:30-13:30 h. **Foro tertuliano:**
"LIDERAZGO Y MOTIVACIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS"
Moderadora
Ana Rodríguez Cala
Directora de Estrategia y Proyectos. Institut Català d´Oncologia
Tertulianos
Juan Luis Urkola Tellería
Licenciado en Ciencias Económicas y profesor mercantil, máster en Dirección de Personal y en Dirección de Marketing
Pilar Tazón Ansola
Directora de la Escuela de Enfermería Donostia UPV
Mercè Conangla Marín
Enfermera, psicóloga y coautora de Ecología Emocional
13:30-14:30 h. Defensa de Comunicaciones en formato Póster
14:30-16:00 h. Almuerzo de trabajo
16:15-17:15 h. Comunicaciones libres
17:15-17:45 h. Defensa de 5 mejores pósters
17:45-18:45 h. Ponencia de Clausura
18:45-19:45 h. Presentación sede 2012
Mesa de clausura y entrega de premios
21:00 h. Cena de clausura en el Palacio Miramar

INFORMACIÓN GENERAL
Fecha: 19 al 21 de octubre de 2011.
Sede: Palacio de Congresos Kursaal – Donostia - San Sebastián. Avda. de Zurriola, 1 - 20002 San Sebastián

COMUNICACIONES
Fecha límite para la presentación de comunicaciones: 8 de agosto 2011.
Normas y formato de entrega en web: www.enfurosansebastian2011.com
CUOTA DE INSCRIPCIÓN
Antes del 30 septiembre:
Socios Enfuro: 450 €. No socios Enfuro: 550 €.
A partir del 1 de octubre:
Socios enfuro: 525 €. No socios Enfuro: 625 €.
CRÉDITOS
Solicitados créditos a SEAFORMEC
ALOJAMIENTO
Las reservas se harán directamente con los hoteles enviando el boletín de alojamiento que podrá encontrar en la página web: www.enfurosansebastian2011.com
CÓCTEL DE BIENVENIDA. Día 19 de octubre. Restaurante Ni neu, junto al Palacio de Congresos. (Avda. Zurriola nº 1 - San Sebastián)
CENA SIDRERÍA. Día 20 de octubre. Sidrería Saizar (C/ Kalezahar Auzoa, 39 - Usurbil)
CENA DE CLAUSURA. Día 21 de octubre. Palacio Miramar (Pº Miraconcha, 48 - San Sebastián)

Secretaría Técnica:
Gran Vía, 81 - 5º Dpto. 10 · 48011 Bilbao
Tel. 94 427 88 55 · Fax 94 427 88 08
info@congresosxxi.com · www.congresosxxi.com
Para más información sobre inscripciones, envío de comunicaciones y reservas de alojamiento contacte en la web: www.enfurosansebastian2011.com

Mito In
SYSTEM

El sistema ideal para las instilaciones vesicales

SEGURO

Mito in cumple con la **Directiva 93/42/CEE** de los productos sanitarios ya que dispone de un sistema de calidad que asegura la conformidad de los productos con los requisitos esenciales aplicables mediante la realización de controles que abarcan todo el sistema de producción, desde las materias primas hasta los productos finales. Dicho otorgamiento del marcado CE certifica que el producto puede comercializarse con conformidad a su finalidad prevista y no compromete la seguridad ni la salud de los pacientes y usuarios ni de otras personas.

SIMPLE

Más de 130 hospitales en España ya lo están utilizando gracias a su sistema cerrado y fácil de usar.

EFICAZ

Mito in consiste en un conjunto de tubos, conectores, válvulas y pinzas de sujeción que controlan el fluido diluyente desde una jeringa hasta el vial del fármaco y desde éste al set de dilusión (luer lock).

Inibsa
LABORATORIOS

Ctra. Sabadell-Granollers, km 14,5
08185 Lliçà de Vall, Barcelona - España
Tel. +34 938 603 500
Fax +34 935 690 595
www.inibsa.com
e-mail: info_medica@inibsa.com