enfuro
Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 127. Septiembre 2014

Evaluación de un programa de ETP de sondaje limpio intermitente

Plan de cuidados de cistectomía: variaciones y adaptación a la Unidad de Cirugía/Especialidades

¿Cómo hacer un balance hídrico?

Autocuidados de la estenosis uretral en atención primaria

Uretoplastia con mucosa oral en estenosis de uretra bulbar

Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia

Cuidados enfermeros en la enfermedad de Peyronie. Estudio de un caso clínico

Protocolo quirúrgico de cistectomía laparoscópica con derivación tipo Bricker por cirugía abierta para enfermería

ENFURO
nº 127 / Septiembre 2014
Año IX

JUNTA DIRECTIVA AEEU
Presidenta: Ana Quintanilla Sanz
Vicepresidente: Francisco Estudillo González
Secretario: Francisco Milla España
Tesorera: Mercè Folguera Arnau
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
Mercè Folguera Arnau
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: Vista nocturna. Ciudad de las Artes y las Ciencias. Valencia.

ENFURO - Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Urología-Andrología e Incontinencia Urinaria)
Secretaría y sede administrativa: Colegio de Enfermería. C/ Paer Casanovas, 37-altillo. 25008 Lleida
Teléfono: 973 24 37 60. Fax: 973 24 60 69
Correo electrónico: enfuro@enfuro.org
Web: www.enfuro.es

Sumario

- Editorial 3
- Evaluación de un programa de ETP de sondaje limpio intermitente
  Romay Cea, R 4
- Plan de cuidados de cistectomía: variaciones y adaptación a la Unidad de Cirugía/Especialidades
  Vidal Domenech, L; Bernad Sánchez, M; Roig Manero, E 8
- ¿Cómo hacer un balance hídrico?
  Cucurull Llobet, M; Palau Barberá, R; Quintanilla Sanz, A; Moral Lorenzo, L 11
- Autocuidados de la estenosis uretral en atención primaria
  Delgado Aguilar, H; Pereda Arregui, E; Álvarez Ramírez, MA; Remírez Suberbiola, JM; Sagüillo Antolín, M; Vizcaya Horno, G 15
- Uretoplastia con mucosa oral en estenosis de uretra bulbar
  Miguel Romeo, C y Sagardoy Muniesa, L 17
- Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia
  Almudena Ortuño Esparza y Carmen Lozano Alcaraz 20
- Cuidados enfermeros en la enfermedad de Peyronie. Estudio de un caso clínico
  Manuel Jesús García Martínez, José Manuel Ramos Suárez, Verónica Galiano López, Isabel María Montes Nieto, Inmaculada Gasco Fernández 24
- Protocolo quirúrgico de cistectomía laparoscópica con derivación tipo Bricker por cirugía abierta para enfermería
  Mercedes García Haro 30
- Noticias de interés 35

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

Competencias enfermeras en los cuidados de las incontinencias y disfunciones del suelo pélvico

El Consejo General de Enfermería ha reconocido, hace pocas fechas, las competencias enfermeras para tratar a los pacientes con incontinencia urinaria y disfunción del suelo pélvico, después de que nuestro compañero, amigo y secretario general de esta Asociación, Francisco J. Milla España, haya liderado la elaboración de un manual que contiene no solo las pautas para la práctica clínica, sino también la referencia a las consecuencias psíquicas, sociales y familiares que produce este problema, considerado ya como una enfermedad.

Gracias a la elaboración de este documento se ha conseguido que esta competencia haya sido reconocida y refrendada por nuestro Consejo General, disipando así cualquier duda con respecto al intrusismo en esta práctica, que a partir de ahora cuenta con el respaldo y apoyo legal que representa este logro y por el que los profesionales de la Enfermería que nos dedicamos a esta parcela de la Urología, dedicada a la recuperación del suelo pélvico de nuestros pacientes, nos debemos regir y podemos realizar sin ningún temor.

Desde estas líneas hacemos público nuestro reconocimiento a Francisco por liderar este proyecto, el cual sin su constancia y empeño no hubiera sido posible. Enhorabuena a todos los implicados. ■

Asociación Española de Enfermería en Urología

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

NOMBRE Y APELLIDOS .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CP ..... TELÉFONO .....

CORREO ELECTRÓNICO .....

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

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

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

Fecha: Firma:

Asociación Española de Enfermería en Urología. Colegio Oficial de Enfermería
C/ Paer Casanovas, 37-altillo. 25008 Lleida

ROMAY CEA, R
Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Evaluación de un programa de ETP de sondaje limpio intermitente

CONCEPTO DE EVALUACIÓN

El término evaluación es uno de los más utilizados en relación a la educación. En muchas ocasiones está asociado a los productos o resultados del aprendizaje. El Diccionario de la Real Academia Española da como acepciones de *evaluación*:

1. Señalar el valor de algo.
2. Estimar, apreciar, calcular el valor de algo.

Ambas acepciones nos ofrecen una visión estática de la evaluación. Esta concepción nos lleva, inevitablemente, a una imagen de la educación también estática y centrada en los productos o resultados y no en los procesos. El cambio hacia un concepto más dinámico e interactivo de educación, mucho más actual, ha ido modificando también la idea de evaluación. Esta modificación coloca a la evaluación en el interior de un proceso educación/aprendizaje y no al final del mismo como un simple elemento de verificación de resultados.

Así, el Joint Comité, 1988 (1), entiende de la evaluación como un "*enjuiciamiento sistemático sobre el valor o mérito de un objeto para tomar decisiones de mejora*".

Para Pérez Juste (2), 1995, se trata de un: "*Proceso sistemático, diseñado intencional y técnicamente, de recogida de información, que ha de ser valorada mediante la aplicación de criterios y referencias como base para la posterior toma de decisiones de mejora, tanto del personal como del propio programa*".

Una visión actual de evaluación se recoge en el concepto de evaluación como: el proceso de obtener evidencias (medición) que nos permita juzgar (juicio) el grado de logro (congruencia) de los objetivos de aprendizaje. Se infiere:

- Evaluación como fuente de información para la toma de decisiones.
- Evaluación para la mejora, renovación, cambio de las prácticas habituales del sistema.
- Actividad permanente y flexible, cada vez más científica.

Una visión actual de evaluación se recoge en el concepto de evaluación como: el proceso de obtener evidencias (medición) que nos permita juzgar (juicio) el grado de logro (congruencia) de los objetivos de aprendizaje

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

La evaluación entendida como proceso debe:

1. Ser cíclica, se inicia con la formulación de los objetivos y finaliza con la confirmación de estos. Reincide en el desarrollo del proceso de educación/aprendizaje para tratar de perfeccionarlo.
2. Es integradora, no solo se preocupa del rendimiento, sino de los factores que influyen en el condicionamiento del aprendizaje.
3. Es inherente al aprendizaje, está ligada a este, no es un proceso paralelo.
4. Es sistemática, se planifica, se ejecuta y evalúa. Se atiene a normas y procedimientos minuciosamente planificados y desarrollados.
5. Es diagnóstica, le interesa detectar deficiencias.
6. Es dinámica, se adecúa a las circunstancias. Si la evaluación no fuera continua, no sería posible tomar decisiones de mejora en el momento adecuado.
7. Es analítica, mediante el estudio de resultados tiende a descubrir eficiencia en procesos y metodologías.
8. Debe referirse a criterios establecidos previamente, para lo cual es imprescindible que los objetivos educativos estén claramente definidos.
9. Deber ser flexible**,** vinculándose tanto a los referentes y criterios de evaluación como a las circunstancias propias de cada proceso de educación/aprendizaje.
10. Debe ser cooperativa**,** en cuanto afecta a un conjunto de personas (pacientes y profesionales) cuya participación activa en las distintas fases del proceso mejora el desarrollo de este y sus resultados.
11. Se retroalimenta, de acuerdo a los éxitos y fracasos brinda información.
12. Es cualitativa, analiza aportes o resultados del aprendizaje en términos de eficiencia y calidad.
13. Debe ser motivadora, a través de los resultados logra en el paciente estímulos para un nuevo aprendizaje.

Además, el proceso de evaluación desempeña tres funciones:

- Función diagnóstica: con la determinación del nivel de conocimientos que el paciente, familiar y/o profesional ya poseen con respecto al nuevo aprendizaje.
- Función formativa: es el pilar básico de retroalimentación durante el proceso de aprendizaje.
- Función sumativa: se inclina a certificar, calificar y reciclar el proceso de enseñanza/aprendizaje.

La evaluación de un programa educativo terapéutico pretende mejorar el proceso educativo. Se refiere al proceso

educativo y no a los resultados o efecto del propio programa. Permite hacer reajustes de actividades educativas al paciente y profesionales (3).

EVALUACIÓN DEL CONTENIDO DEL PROGRAMA

Evaluación de las necesidades o contexto

Esta evaluación se hace después de haber estudiado la realidad y es previa a la formulación del proyecto. *Se evalúa el contexto y la realidad sobre la que se quiere intervenir* y se realiza un diagnóstico de las necesidades de y con el paciente destinatario, para dirigir nuestra acción. Este tipo de evaluación coincide con el análisis de la realidad. Es el conocimiento de la realidad para superarla (4).

Sirve para ayudar a desarrollar objetivos y para tomar decisiones sobre la planificación de la intervención. A su vez cumple la función de ofrecer una base que sirva para juzgar los resultados del programa.

Esta primera evaluación debe responder a cuestiones tales como:

- Con respecto al paciente:
  - Por qué el paciente es candidato a someterse a cateterismos intermitentes.
  - Grado de motivación.
  - Conocimientos previos a la intervención.
  - Capacidad de aprendizaje.
  - Destrezas y habilidades.
  - Disponibilidad.
  - Apoyo familiar…
- Y por parte del profesional:
  - Conocimientos sobre cateterismos intermitentes. Técnica e indicaciones.
  - Grado de motivación.
  - Destreza y habilidades.
  - Capacidad de educar.
  - Capacidad de motivar.
  - Disponibilidad de tiempo y recursos.
  - Apoyo institucional…

Contenido del programa

Los objetivos de la evaluación del contenido del programa son:

- Calificar el nivel de comprensión del objetivo y finalidad del sondaje intermitente por parte del paciente, familia y profesionales. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Los contenidos son conocidos y claros?
  - ¿Cuáles son los medios o métodos de enseñanza disponibles? ¿Son adecuados?
- Determinar la adecuación del sondaje intermitente dentro de la estrategia terapéutica del paciente. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Está avalada la práctica de autosondajes por la comunidad científica?
  - ¿Encajan los autosondajes en el plan terapéutico del paciente?
  - ¿Hay acuerdo entre los diferentes profesionales que tratan al paciente?
  - ¿Contribuyen los sondajes a la mejora del manejo terapéutico?
- Valorar el aprendizaje e integración de los autosondajes por parte del paciente. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Qué capacidades necesita el paciente para hacer autosondajes?
  - ¿Qué está previsto en el caso de dificultad de aprendizaje o de adaptación?
  - ¿Cómo se lleva a cabo el control de conocimientos del paciente?
- Valorar la calidad de vida percibida por el paciente. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Cuál es la herramienta utilizada para medir la calidad de vida?
  - ¿Cómo se seleccionan los pacientes o familiares que se someten a esta medición?
  - ¿En qué medida asocia el paciente los autosondajes con la calidad de vida?

Los procedimientos que más se emplean son las pruebas y las pautas de observación.

Los resultados deben ser comunicados como dominio o no dominio y no mediante calificaciones.

El diseño o planificación

Esta es una evaluación del diseño del programa, de su *coherencia y su aplicabilidad*. Puede cumplir una función de ayuda a la hora de dar forma a propuestas y proyectos y tomar decisiones sobre la estructuración de los mismos. Permite, además, obtener una base para juzgar cómo se está llevando a cabo el programa.

Las bases para este tipo de evaluación se pueden encontrar en los procesos de planificación y elaboración de proyectos.

Los objetivos de la evaluación del diseño y planificación son:

- Validar las referencias utilizadas en el diseño del programa. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Está el programa fundamentado en buenas prácticas?
  - ¿Se apoya en los principios éticos?
  - ¿Cómo se escogen los métodos educativos?
- Cuestionar criterios objetivos (técnica de autosondaje, diario miccional) y subjetivos para elaborar el programa.
- Reparto de funciones y responsabilidad. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Cómo se puede favorecer el diálogo entre diferentes profesionales?
  - ¿Quién indica, quién educa y quién evalúa?
  - ¿Dónde pueden aparecer conflictos o discordancias?
  - ¿Cómo se resuelven los conflictos?
- Evaluar los principios de diseño del programa. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Están claramente determinadas las etapas del programa?
  - ¿Se dispone de espacio y tiempo adecuados para aplicar el programa?
  - ¿El programa aborda nociones claves (ejemplo: indicación del sondaje, higiene, calendario miccional)?

EVALUACIÓN DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE

Este tipo de evaluación sirve para *guiar el proceso de ejecución del programa*, de manera que se obtenga una información útil para realizar los ajustes convenientes mientras el programa se está llevando a cabo.

Busca, pues, explicaciones de lo que pasa, de los *fallos* y los *cambios* que se producen.

Se puede realizar a través de distintos "puntos de control" y tiene una función de *retroalimentación* o *feedback*, de ofrecer información que permita *mejorar y refinar el diseño* y la ejecución del programa. Esta información, además, puede ser útil posteriormente cuando se evalúen los resultados. Así, este tipo de evaluación de proceso pretende ir ajustándose mejor a la realidad y a los destinatarios a los que se dirige.

Los objetivos de la evaluación del proceso de implementación de educación terapéutica del paciente son:

- Determinar si se toma en consideración las peculiaridades del paciente. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Cómo se tiene en consideración las posibilidades de aprendizaje en relación a la evolución de la enfermedad?
  - ¿Cómo son considerados los procesos cognitivos, emocionales o adaptativos del paciente?
  - ¿Cómo es tomada en consideración la no observancia?
  - ¿Qué se le propone al paciente que quiere y no puede seguir o continuar con el programa?
- Analizar las necesidades y modalidades de información del paciente y familia sobre el programa. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Cuáles son los medios de los que se dispone para cubrir las necesidades de información?
  - ¿Cuáles son las modalidades de información y qué validez tienen en relación al programa?
  - ¿Cómo tiene el programa previsto salvar obstáculos en la información en personas con problemas sensoriales, cognitivos o barreras lingüísticas?
  - ¿Cómo es considerada la opinión del usuario para modificar la información del programa?
  - ¿Cómo se puede asegurar que todo paciente y familiar asimilado al programa ha sido informado y comprendió la información?
- Analizar las condiciones previas a la puesta en marcha del programa. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Cuáles son los propósitos previos a la implantación del programa?
  - ¿Cómo han sido anticipadas cuestiones en relación a coste, tiempo y ubicación?

La evaluación final, de resultados o productos, describe y juzga los resultados de un programa de intervención, relacionándolos con los objetivos y las necesidades, para evaluar el mérito y valía del programa en su conjunto. Así, sirve para evaluar los efectos que ha producido el programa, no solo los pretendidos y positivos, sino también los no buscados y negativos

  - En caso de limitación o suspensión del programa, ¿qué está previsto?
  - ¿Cuáles son las vías de información sobre el programa a otros profesionales y/o asociaciones?
- Analizar los cambios y las adaptaciones en el curso del programa. Debe de responder a preguntas como:
  - ¿Cuál es la naturaleza de los cambios o adaptaciones?
  - ¿Eran previsibles o no?
  - ¿Existe un sistema piloto que permite planificar estas adaptaciones?
- Analizar los elementos de mantenimiento del programa. Debe responder a preguntas como:
  - ¿Con qué recursos financieros cuenta el programa?
  - ¿Cuál es el dispositivo de evaluación de calidad del programa?
  - ¿Existe alguna estrategia para incluir de forma duradera el programa en la cartera de servicios del centro?
- Apreciar la calidad de las actividades educativas. Debe responder a cuestiones como:
  - ¿Cuál es la prioridad de las actividades educativas?
  - ¿Qué es lo que depende solo de la educación?
  - ¿Está por escrito la estructura de las sesiones educativas?
  - ¿Cómo se registran las sesiones educativas en la historia del paciente?
  - ¿Se garantiza la confidencialidad?
  - ¿Es adecuado el entorno?
- Apreciar las competencias de los equipos. Debe responder a cuestiones como:
  - ¿Cuál es el nivel de competencia de los profesionales?
  - ¿De qué medios se dispone para mantener y/o aumentar las competencias de los profesionales?
  - ¿Cuál es el nivel de motivación de los profesionales para hacer educación terapéutica?
- Apreciar la calidad de la coordinación:
  - ¿Cómo se articulan las competencias entre los profesionales?
  - ¿Cómo está constituido el equipo?
  - ¿Cómo se realizan las suplencias?
  - ¿Existe un documento que formalice la organización de la coordinación?
  - ¿Es accesible la documentación del programa a todos los participantes?
  - ¿Cuál es la información útil para la continuidad del programa?
  - ¿Cómo se relaciona el programa con otras estructuras de cuidado?
  - ¿Permite la racionalización de los esfuerzos realizados en el aprendizaje?
  - ¿Permite indirectamente una constante revisión del proceso de enseñanza aprendizaje?
  - ¿Asegura el logro de los objetivos de aprendizaje?

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

Es la evaluación final, de resultados o productos, describe y juzga los resultados de un programa de intervención, relacionándolos con los objetivos y las necesidades, para evaluar el mérito y valía del programa en su conjunto. Así, sirve para evaluar los efectos que ha producido el programa, no solo los pretendidos y positivos, sino también los no buscados y negativos.

Se evalúa una vez finalizada la acción y facilita la toma de decisiones sobre la continuación, terminación o modificación del programa. Además de una evaluación sobre el aspecto estrictamente médico, es interesante evaluar otros

aspectos como el impacto sobre el estado de ánimo, o psicológico, y el impacto social.

Estas mediciones se pueden realizar a través de escalas específicas y validadas sobre calidad de vida como la Escala Qualiveen, que evalúa la calidad de vida en pacientes con vejiga neurógena (5). Se trata de un cuestionario de 39 preguntas diseñado para evaluar la calidad de vida de los pacientes con lesión medular y sintomatología urinaria, y es el único y específico que evalúa tanto la sintomatología de almacenamiento como los síntomas miccionales (6).

Si bien el cuestionario ICIQ-SF fue recomendado para la investigación de la incontinencia urinaria (7), la revisión de 2011 de las guías de la EAU considera Qualiveen como la herramienta única y específica para la evaluación de la calidad de vida en la disfunción neurógena del tracto urinario inferior (8).

Otros cuestionarios son el King'sHealth (9), que evalúa la calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria, o el cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer (10), que informa sobre el impacto de la incontinencia en la vida cotidiana de la paciente y es específico para la incontinencia urinaria en mujeres. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Joint committee on Standards for Educational Evaluation. The Personnel Evaluation Standards. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
2. Pérez Juste, R. La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. En: Revista de Investigación Educativa. 2000;18 (2): 261-87.
3. Société Française de Médicine Physique et de Réadaptation (SOFMER). Education Thérapeutique du Patient aux Autosondages (ETP-AS). Guide méthodologique. 2009. Disponible en: http://www.sofmer.com/download/etp-as-final.pdf. Último acceso: septiembre de 2013.
4. Cembranos, F; Bustelo, M. El análisis de la realidad. En: La animación sociocultural: una propuesta metodológica. Ed. Popular (1999). pp. 23-55.
5. Amarenco, G; Colvez, A; Costa, P; Didier, JP; Perrouin-Verbe, B. Manual del usuario y guía de interpretación Qualiveen. Disponible en: http://www.aeu.es/cuestionarios.aspx. Último acceso: septiembre de 2013.
6. Costa, P; Perrouin-Verbe, B; Colvez, A; Didier, J; Marquis, P; Marrel, A *et al*. Quality of life in spinal cord injury patients with urinary difficulties. Development and validation of Qualiveen. Eur Urol. 2001; 39 (1): 107-13.
7. Thüroff, J; Abrams, P; Andersson, KE; Artibani, W; Chartier-Kastler, E; Hampel, C *et al*. European Association of Urology - Guidelines on Urinary Incontinence 2005. Disponible en: http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2005/Full/16%20Urinary%20Incontinence.pdf. Último acceso: septiembre de 2013.
8. Stohrer, M; Blok, B; Castro-Díaz, D; Chartier-Kastler, E; Del PG; Kramer, G *et al*. EAU guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction. Eur Urol. 2009; 56:81-8.
9. Cuestionario de incontinencia King'sHealth. Disponible en: http://www.appo.es/documentos-deinteres/descargas/KingHealth.pdf. Último acceso: septiembre de 2013.
10. Cuestionario de impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer. Potenziani 14-CI-IO-QOL-2000. Disponible en: http://www.aeu.es/cuestionarios.aspx. Último acceso: septiembre de 2013.

VIDAL DOMENECH, L; BERNAD SÁNCHEZ, M; ROIG MANERO, E

Plan de cuidados de cistectomía: variaciones y adaptación a la Unidad de Cirugía/Especialidades

RESUMEN

Palabras clave: Cistectomía, trayectoria clínica (TC), variaciones.

Keywords: *Cystectomy, clinical pathway, variations.*

INTRODUCCIÓN

En nuestro Hospital Universitari Sant Joan de Reus se desarrollan metodologías que garantizan la mejor práctica clínica, utilizando las trayectorias clínicas (TC) en los procesos asistenciales más frecuentes y/o complejos de nuestro centro.

Las trayectorias clínicas constituyen la planificación cronológica del proceso de tratamiento y cuidados basándose en unos resultados clínicos esperados, previamente establecidos y consensuados por el equipo multidisciplinar, teniendo en cuenta la estancia prevista y en función del estado clínico del paciente.

La evaluación de dichas trayectorias permite a los profesionales fomentar la mejora continua de la calidad asistencial prestada a los pacientes y su familia, y colaborar en la eficiencia de la organización.

Nuestra Unidad de Cirugía/Especialidades empieza a trabajar con el Servicio de Urología en el año 2010. La atención al paciente cistectomizado supuso para nosotras un reto.

Para la cistectomía radical ya existía una trayectoria clínica elaborada con anterioridad. Partiendo de una valoración inicial de enfermería y siguiendo el modelo de Virginia Henderson, se establecía un plan de cuidados estandarizado según los diagnósticos NANDA. Esta guía clínica en formato papel estaba pendiente de ser informatizada. Al observar variaciones en nuestros pacientes decidimos evaluarla primero.

OBJETIVO

- Revisar el plan de cuidados estandarizado a los pacientes cistectomizados para posibilitar que los propios profesionales incorporen mejoras en el proceso asistencial.
- Adaptar los circuitos y los recursos de nuestra nueva unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo a partir de los registros de enfermería y de las anotaciones clínicas que reflejaban la evolución de los pacientes en el postoperatorio.

La población de estudio estuvo formada por la totalidad de los pacientes intervenidos de cistectomía radical en nuestra unidad durante un año. Recogimos información de 22 pacientes.

Han sido consideradas variaciones todos los problemas presentados por el paciente que hayan modificado el proceso, con el objetivo de obtener información relevante.

Se determinaron las siguientes variables:

1. Descanso del intestino con nutrición parenteral (periodo de tiempo con sonda nasogástrica) y sueros hasta iniciar la dieta (tercer día).
2. Integridad de la piel: cura de la herida y vigilancia del drenaje. Evolución de la cicatrización de la herida.
3. Fisioterapia respiratoria.
4. Aprendizaje en el autocuidado. Educación y afrontamiento.
5. Complicaciones más frecuentes.

RESULTADOS

Desde enero de 2012 hasta junio de 2013 hemos realizado 22 cistectomías, con una media de edad de 72 años, siendo el rango inferior 49 años y el superior 85 años.

Un 100% de los pacientes tiene la TC en su historia digitalizada.

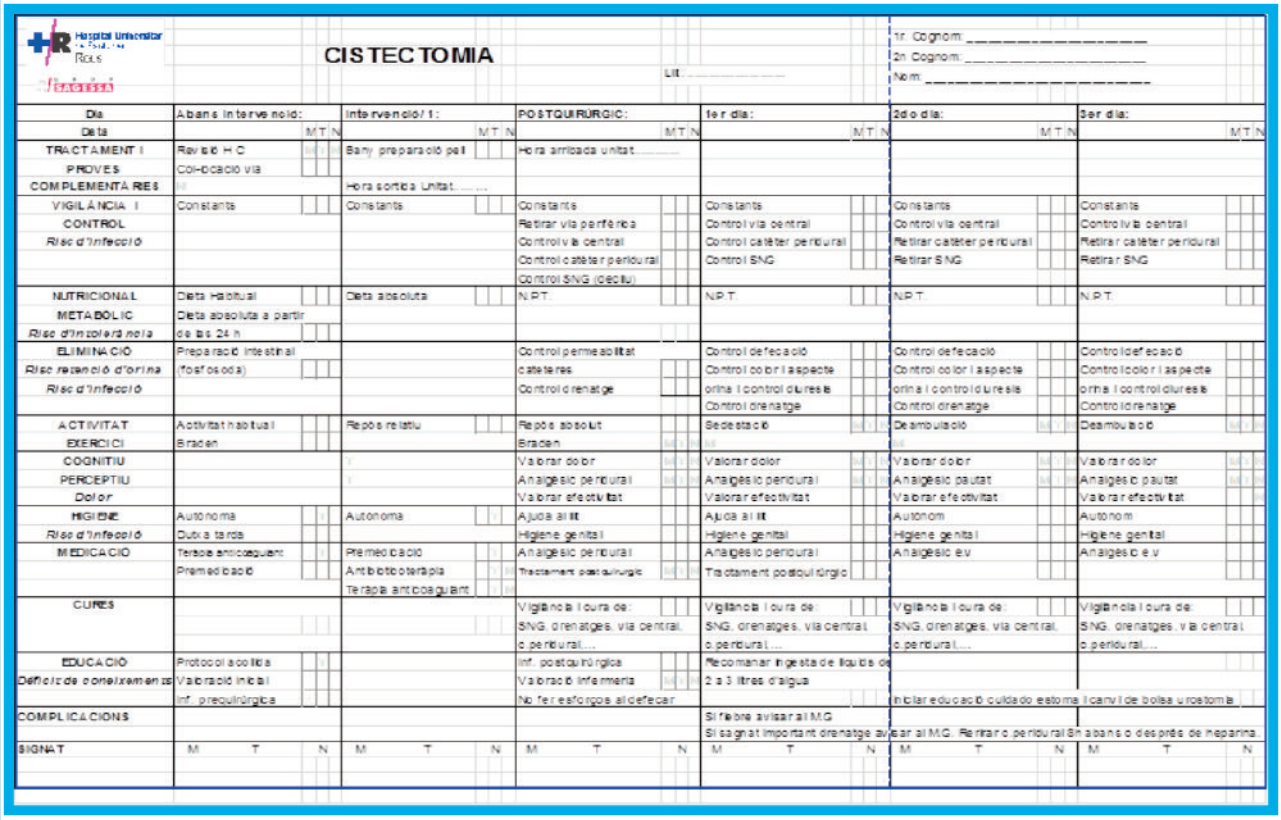
Un 40% no sigue la trayectoria clínica establecida con anterioridad.

Como consecuencia de la evaluación del proceso que realizamos en nuestra unidad sobre cada uno de los pacientes, hemos podido corroborar que hay variaciones que requieren cambios en los cuidados.

- La visita del psiquiatra se realiza a partir del primer día, según estado del paciente.
- La educación para el autocuidado se inicia desde el primer día posquirúrgico.
- La ingesta hídrica depende del peristaltismo y siempre se inicia lentamente.
- La retirada del drenaje se realiza siempre y cuando se haya tolerado la dieta líquida. El débito del drenaje debe ser escaso para poder retirarlo.
- La retirada de la sueroterapia se realiza tras una correcta ingesta hídrica.

Estas variaciones son consecuencia directa del estado del paciente o bien de las variaciones clínicas. Se producen variaciones en todas las variables estudiadas, de modo que cada paciente tiene su propio avance en la dieta, la cicatrización y el aprendizaje. Decidimos que la trayectoria tiene que ser modificada antes de su informatización y los cuidados de enfermería deben ser modificados, adaptándonos a la evolución y progreso de cada uno de nuestros pacientes.

Tabla 1



CISTECTOMIA

Dia	Abans intervenció:	Intervenció/ 1:	POSTQUIRÚRGIC:	1er dia:	2do dia:	3er dia:
Data	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N
TRACTAMENT I PROVES COMPLEMENTÀRIES	Revisió H C Col·locació via	Hora sortida Unitat.....	Hora arribada unitat.....			
VIGILÀNCIA I CONTROL *Risc d'infecció*	Constants	Constants	Constants Retirar via perifèrica Control via central Control catèter peridural Control SNG (decliu)	Constants Control via central Control catèter peridural Control SNG	Constants Control via central Retirar catèter peridural Retirar SNG	Constants Control via central Retirar catèter peridural Retirar SNG
NUTRICIONAL METABÒLIC *Risc d'intolerància*	Dieta Habitual Dieta absoluta a partir de les 24 h	Dieta absoluta	N.P.T.	N.P.T.	N.P.T.	N.P.T.
ELIMINACIÓ *Risc retenció d'orina* *Risc d'infecció*	Preparació intestinal (fosfosoda)		Control permeabilitat catèters Control drenatge	Control defecació Control color i aspecte orina i control diuresis Control drenatge	Control defecació Control color i aspecte orina i control diuresis Control drenatge	Control defecació Control color i aspecte orina i control diuresis Control drenatge
ACTIVITAT EXERCICI	Activitat habitual Braden	Repòs relatiu	Repòs absolut Braden	Sedestació	Deambulació	Deambulació
COGNITIU PERCEPTIU *Dolor*			Valorar dolor Analgèsic peridural Valorar efectivitat	Valorar dolor Analgèsic peridural Valorar efectivitat	Valorar dolor Analgèsic pautat Valorar efectivitat	Valorar dolor Analgèsic pautat Valorar efectivitat
HIGIENE *Risc d'infecció*	Autonoma Dutxa tarda	Autonoma	Ajuda al lit Higiene genital	Ajuda al lit Higiene genital	Autonom Higiene genital	Autonom Higiene genital
MEDICACIÓ	Teràpia anticoagulant Premedicació	Premedicació Antibioticoteràpia Teràpia anticoagulant	Analgèsic peridural Tractament postquirúrgic	Analgèsic peridural Tractament postquirúrgic	Analgèsic ev	Analgèsic ev
CURES			Vigilància i cura de: SNG, drenatges, via central, o peridural....	Vigilància i cura de: SNG, drenatges, via central, o peridural....	Vigilància i cura de: SNG, drenatges, via central, o peridural....	Vigilància i cura de: SNG, drenatges, via central, o peridural....
EDUCACIÓ *Déficit de coneixements*	Protocol acollida Valoració inicial Inf. precuirúrgica	Inf. postquirúrgica Valoració infermeria No fer esforços al defecar	Recomanar ingesta de líquids de 2 a 3 litres d'aigua		Iniciar educació cuidado estoma i canvi de bolsa urostomia	
COMPLICACIONS				Si febre avisar al M.G.		
SIGNAT	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N	M T N

Si sagnat important drenatge avisar al M.G. Retirar o peridural Si abans o després de heparina

Tabla 2

PROBLEMAS/DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA

0046	Deterioro de la integridad cutánea relacionada con la ostomía y la herida quirúrgica.
00126	Conocimientos deficientes: ostomía e incorporación a las AVD.
0075	Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

NIC

3440	Curas del punto de incisión.
0480	Curas de la ostomía.
5602	Enseñar el proceso de la enfermedad: complicaciones estoma.
7110	Fomentar la implicación familiar.

NOC

1102	Curación de la herida por primera intención.
1829	Conocimiento de las curas de la ostomía.
1803	Conocimiento del proceso de la enfermedad: complicaciones.
250811	La familia comparte la responsabilidad de las curas.

En el momento del alta, el 100% de los pacientes recibe un informe de enfermería.
Un 100% de los pacientes se ha mostrado satisfecho de la atención recibida, un 95,4% realiza autocuras en el momento del alta.

- Introducimos la educación de las curas precozmente, implicando al cuidador principal.
- Para la cura del estoma disponemos de un kit específico.
- Para la fisioterapia respiratoria, el apoyo psicológico y el tratamiento de las infecciones creamos un circuito interdisciplinario.
- La alta de enfermería es crucial para asegurar esta con la máxima seguridad y garantía de continuidad asistencial. Es por ello que se ha elaborado una plantilla única en metodología NANDA-NIC-NOC, a la que se añaden los diagnósticos particulares propios de cada paciente.

CONCLUSIONES

Es evidente, y así lo demuestra la amplia bibliografía existente sobre el tema, que la realización e implantación de la trayectoria clínica de un determinado proceso ya establece por sí misma mejoras en él, fruto del consenso de todos los profesionales implicados. Sin embargo, la evaluación de los resultados y el estudio de las variaciones son cruciales para conocer y demostrar los puntos más importantes de la mejora continua del proceso de forma objetiva y cuantificable, y poder así establecer las mejoras necesarias en el mismo.

El sistema de evaluación del proceso llevado a cabo en nuestra unidad se ha constituido como un sistema útil y poco costoso, ya que se basa en la monitorización continua de los puntos clave durante el mismo ingreso.

De esta forma se han detectado los principales problemas y se han desarrollado acciones de mejora que han constatado buenos resultados.

La evaluación continua a través de la trayectoria clínica de la cistectomía permite a todos los profesionales implicados conocer los resultados de sus procesos y establecer por consenso las mejoras pertinentes, siendo un estímulo importante para ellos y para el desarrollo del trabajo multidisciplinar con el objetivo de ofrecer una asistencia integral e integrada.

El sistema de evaluación del proceso llevado a cabo en nuestra unidad se ha constituido como un sistema útil y poco costoso, ya que se basa en la monitorización continua de los puntos clave durante el mismo ingreso

Desde que iniciamos la atención al paciente cistectomizado hace dos años, hemos realizado sesiones interdisciplinarias para la formación.

Hemos establecido nuevos circuitos con fisioterapia y psiquiatría que se están consolidando.

Estamos elaborando un tríptico informativo. ▼

BIBLIOGRAFÍA

–Henderson, V: Principios básicos de cuidados de enfermería. Ed. Ginebra: CIE. 1971.

–Herdman, TH, editor. NANDA, internacional diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid; Elsevier, 2010.

–Carpenito, LJ: Manual de diagnósticos de enfermería. 5ª edición. Ed. McGraw-Hill-Interamericana, 1996.

–Johnson, M; Bulecheck, GM; Butcher, HK; McCloskey Dochtermann, J, editores. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Madrid; Elsevier, 2007.

–Enciclopedia enfermería: Enfermería médico-quirúrgica. Tomo II, 3ª edición. Ed. McGraw-Hill-Interamericana, 2000.

–Moorhead, S; Johnson, M; Maas, ML; Swanson, E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª edición. Madrid; Elsevier, 2009.

–Fernández, E; Martínez, J. Manual de enfermería urológica. Valladolid; Universidad de Valladolid, 2000.

–Gordon, M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª edición. Madrid; McGraw-Hill, 2007.

CUCURULL LLOBET, M[1]; PALAU BARBERÁ, R[2]; QUINTANILLA SANZ, A[3]; MORAL LORENZO, L[4]
[1,2] DUE, Hospital de Santa María. Lleida.
[3] DUE, Clínica de Ponent, Lleida.
[4] Auxiliar Enfermería, Hospital de Santa María. Lleida.

¿Cómo hacer un balance hídrico?

RESUMEN

El balance hídrico es la cuantificación y registro de todos los ingresos y salidas de un paciente en un tiempo determinado en horas. Debido a que cada día es más necesario realizar balances hídricos más estrictos en más pacientes, y dada la evidencia del día a día de que había diferentes maneras de registrar y medir las entradas y salidas de líquidos, vimos la necesidad de elaborar un nuevo protocolo y comprobar la fiabilidad de los instrumentos de medida con el objetivo principal de que el resultado de nuestros balances se ajustara lo más exacto posible a la realidad. Hicimos una revisión bibliográfica, y una revisión de nuestro protocolo y de la metodología que usábamos, sobre todo de los instrumentos de medida y de su fiabilidad. Como resultado obtuvimos la incorporación de nuevos sistemas de medida, un nuevo protocolo que ha unificado criterios y un póster como guía visual que facilita nuestro trabajo diario, sobre todo al personal de nueva incorporación, sin representar un cambio de gráficas ni un aumento significativo de las cargas de trabajo.

Palabras clave: Balance hídrico, registros de enfermería y equilibrio hidro-electrolítico.

SUMMARY

Hydric balance is the quantification and register of all the admissions and exits of a patient, in time determined in hours. Given the fact that every day it is more necessary to carry out stricter hydric balances in more patient and given the evidence of the everyday life that there were different ways of registering and measuring the entries and exits of liquids, we felt the need to elaborate a new protocol and to check the reliability of the measuring instruments with the main goal of which the result of our balances were adjusted the most exact possible thing to the reality. We carried out a bibliographic revision, and a revision of our protocol and of the methodology that we used, meanly of the measuring instruments and of their reliability. As result, we obtained the incorporation of new systems of measure, a new protocol that has unified criteria and a poster as a visual guide that makes easier our daily work facilitates, mostly to new incorporation staff without representing a change of graphs nor a significant increase of the work loads.

Keywords: *Hydric balance, nursing registers, of nursing and hidro-electrolytic balance.*

INTRODUCCIÓN

La monitorización y registro del balance hídrico es un aspecto fundamental en el diagnóstico, tratamiento y cuidado del paciente que precisa un balance hídrico estricto. Después de constatar mediante la revisión de historias y la experiencia del día a día que existía una gran variabilidad y errores en la realización del balance hídrico, nos planteamos la necesidad de unificar criterios de cómo, qué y dónde registramos y medimos todos los parámetros.

En el caso del ser humano, el agua constituye cerca de las dos terceras partes de su peso siendo, por tanto, el componente cuantitativamente más importante. Como porcentaje de la masa corporal, el contenido de agua es mayor en los hombres que en las mujeres y tiende a disminuir con la edad en ambos sexos, como consecuencia de los cambios que se producen en la composición corporal (pérdida de masa magra e incremento de grasa corporal), siendo en algunas personas mayores una causa importante de reducción de peso en esta etapa de la vida. Un hombre adulto tiene aproximadamente un 60% y una mujer una cantidad próxima al 50%.

MARCO TEÓRICO

Los líquidos corporales se distribuyen en dos compartimentos: el líquido intracelular o LIC, que representa aproximadamente el 33-40% del peso corporal, y el líquido extracelular o LEC, que son aquellos que se sitúan fuera de la célula.

Un cuerpo normal mantiene un equilibrio hídrico, esto significa que el volumen del LIC, LIS y del plasma se mantienen relativamente constantes.

Los líquidos que circulan por el organismo están compuestos por electrolitos, minerales y células.

Los factores que influyen en el volumen de los líquidos corporales son la superficie corporal, la edad y el sexo.

Los principales factores que modifican la distribución de los líquidos corporales son la concentración de electrolitos en el LEC, la presión sanguínea capilar y la concentración de proteínas.

En condiciones normales, la homeostasis del volumen total de agua se mantiene en el cuerpo principalmente por mecanismos que ajustan la excreción con la ingesta y, secundariamente, por mecanismos que ajustan dicha ingesta.

En situaciones normales una persona adulta requiere un aporte de unos 35 cc de agua/kg/día, un niño de 50-60 cc/kg/día y un bebé hasta 150 cc/kg/día.

DEFINICIÓN

Se denomina balance hídrico a la cuantificación de la diferencia establecida entre la cantidad de líquidos administrados o entradas y la cantidad de líquidos perdidos o salidas, con el fin de mantener la homeostasis del organismo en un tiempo determinado en horas.

Objetivos:

- Revisar algunos aspectos del protocolo actual del balance hídrico.
- Conocer y controlar la relación existente entre los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente durante un tiempo determinado, para contribuir al mantenimiento del equilibrio hidro-electrolítico.
- Unificar criterios en la valoración, estimación, instrumentos de medida y registro de ingresos y pérdidas hidro-electrolíticas del paciente.
- Lograr la implicación de todo el personal para que lo aplique de un modo sistemático a la práctica diaria.

MATERIAL/MÉTODO

- Revisión bibliográfica en las bases de datos: Medline, Cuiden Plus y Cuidatge.
- Revisión del protocolo existente en nuestro centro y en otros como Hospital Arnau de Vilanova y Clínica de Ponent, así como de los registros de los balances hídricos de nuestras historias, conceptos e instrumentos de medida.
- Verificamos la fiabilidad de nuestros sistemas de medición. Todas las mediciones las hicimos tres observadores, siempre los mismos.
- Seleccionamos los instrumentos de medida adecuados, unificando criterios en la valoración, estimación y registro.
- Incorporamos una balanza digital y unas regletas de papel como nuevos instrumentos de medida. La balanza digital para pesar el pañal absorbente, compresas quirúrgicas, empapadores, bolsas de colostomía sin graduación, etc., y la regleta de papel para medir el agua ingerida.
- Dado el reducido espacio del que se dispone en las gráficas de balance y con el fin de contar con la mayor cantidad de datos posibles, consensuamos y protocolizamos mediante signos y siglas las características de los productos evaluados.
- Se decidió que los balances se siguieran calculando solo una vez al día, durante la última hora del turno de noche, con los datos anotados en el registro por el resto de los turnos.
- Elaboramos un nuevo protocolo y un póster como guía visual.
- Realizamos reuniones interdisciplinarias y sesiones teórico-prácticas para dar a conocer nuestros objetivos y pedir colaboración en su puesta en marcha.

BLOQUE DE ENTRADAS

Agua endógena

Producto del metabolismo celular.

Factor constante: 300 cc / 24 horas, 12,5 cc / hora.

Por vía oral

Agua y líquidos

Agua: se mesura con una regleta adherida a la botella.	
Zumo	100 cc
Vaso de leche	200 cc
Bol de caldo	200 cc

Sólidos

Desayuno entero	250 cc
Dieta normal	300 cc
Dieta triturada	500 cc
Dieta triturada por SNG	600 cc
Pieza de fruta	100 cc
Yogur, flan, compota fruta	125 cc

Por vía enteral

A través de sondas (nasogástrica, nasoenteral o transpilórica, de gastrostomía, de yeyunostomía).

Vía parenteral. Líquidos endovenosos

- Sueroterapia.
- Nutrición parenteral.
- Sueros utilizados para la dilución medicamentosa.
- Sangre y derivados hemáticos.

Líquidos para la irrigación

Administrados con fines terapéuticos y/o para diagnósticos; por ejemplo: lavado gástrico, lavado SNG, enemas de limpieza o radiopacos, lavado peritoneal, lavado de drenajes, lavado sonda vesical, lavado de uréteres.

Las bolsas de lavados continuos por sonda vesical que no se administren con bomba de perfusión han de pesarse para calcular el volumen real.

BLOQUE DE SALIDAS

El bloque de salidas se compone de los productos derivados del metabolismo cuya eliminación se efectúa a través de varios sistemas corporales.

La piel

Mediante la sudoración. Esta cifra variará dependiendo de factores tales como: temperatura corporal, temperatura medioambiental, volumen corporal y diaforesis.

Sistema respiratorio

Por esta vía las pérdidas se realizan en forma de vapor de agua.

Las pérdidas a través de ambos sistemas se pueden incluir en las denominadas pérdidas insensibles.

- Respiración espontánea: peso x 12.
- Vía aérea artificial: peso x 9.

Pérdidas extraordinarias:

- Fiebre: por sobre de 37 °C axilar: 6 cc x c/grado ↑ x hora.
- Sudoración:
  - Axilas e ingles 10 ml/hora:
    - Intermitente 300 ml/día.
    - Continua 600 ml/día.
  - Todo el cuerpo sin ser profusa 20 ml/hora:
    - Intermitente 600 ml/día.
    - Continua 1.000 ml/día.
  - Profusa 1.000 ml día 40 ml/hora.
- Respiración: 1cc por cada respiración > a 20 por hora.

Sistema urinario

- Diuresis:
  1. *Espontánea:* se medirá cada micción en un recipiente graduado.
  2. *Con sonda vesical:*

a) Horaria: con sistema de diuresis horaria.
b) Por turno: al finalizar el turno se vaciará la bolsa colectora midiendo la orina en recipiente graduado.

Pérdidas diuréticas: se realizará un cálculo aproximado en ml. Si es portador de pañal, se pesará el pañal.

Aparato digestivo

1. *Aspirado gástrico.*
2. *Vómitos:* su cálculo suele realizarse de forma aproximada (vómitos recogidos en empapador o similares), a ser posible pesar empapador.
3. *Heces*, por cada 100 ml:
   a) Líquidas: 100% del volumen.
   b) Diarreicas: ¾ del volumen.
   c) Pastosa: ½ del volumen.
   d) Normal: ¾ del volumen.

Cirugías

Se pierde aproximadamente:
- 100-200 cc/hora en cirugías menores (400-600).
- 400-600 cc/hora en cirugías mayores (800-900).

Drenajes quirúrgicos

1. Drenajes con sistemas colector: anotaremos la medida exacta contenida en la bolsa del drenaje o dispositivo recolector (drenajes tipo Pleur-evac, Buleau, Penrousse, Kher, ostomías, etc.).
2. Drenajes sin sistema colector: realizaremos un cálculo aproximado en ml de dichas pérdidas (drenajes tipo tejadillo, pérdidas hemáticas, ascíticas, biliares, etc., a través de incisión y apósito quirúrgico).
   Para el control de pérdidas utilizar recipientes graduados.

En caso de drenajes cerrados de tórax o mediastino, realice la medición cada turno, marque con fecha hora hasta donde realiza la medición.

No deje casillas por algún concepto sin consignar drenaje; si el drenaje es 0, registre (0) o no eliminó, no drenó.

Hemofiltración

Se anotará la cifra que nos muestra el aparato en un intervalo de horas.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Al realizar un balance hídrico se debe conocer:
- El peso del paciente.
- La cantidad de horas por las que se calculará el balance.

Para medir las pérdidas utilizaremos el cuarto sucio de la unidad.

Reseñaremos en la gráfica del paciente la vía de eliminación así como la hora, cantidad en ml y características del drenado.

Utilizar el color azul para anotar *entradas y salidas.*

Encuadrar en rojo las cifras medidas que se han desechado.

Utilizar el color rojo para anotar *las pérdidas hemáticas.*

Utilizar el color rojo para anotar el *resultado final del balance.*

El procedimiento para realizar un balance correcto consta de dos partes:

a) La primera consiste en sumar las llamadas ENTRADAS, que se indicarán con signo (+), y las del bloque de SALIDAS, que se indicarán con signo (-).
b) La segunda es establecer la diferencia entre ambos bloques indicando el valor resultante. Si las ENTRADAS son superiores a las SALIDAS, el balance será positivo y si las SALIDAS son superiores a las ENTRADAS, el balance será negativo. En el caso en que las ENTRADAS sean iguales que las SALIDAS, el balance será neutro.

RESULTADOS

- Las valoraciones subjetivas del personal no fueron fiables.
- Los errores más frecuentes de las historias revisadas fueron errores aritméticos, anotaciones ininteligibles o fuera de lugar y omisión de datos.
- Encontramos diferencias significativas en el volumen real de los sueros, sobre todo los sueros de lavado de 3.000 ml. Se decidió pesar los de 3.000 ml.
- Resultaron buenos sistemas de medición las bombas de perfusión, recipientes graduados, sistemas de drenaje con sistema colector, balanza digital y regleta de papel.
- Se elaboraron unas regletas de papel para adherir a las botellas de agua.
- Se protocolizó mediante siglas y signos las características de los productos evaluados debido a la gran variabilidad en la manera de registrarlos.
- Se elaboró un póster en el que hicimos una descripción detallada de todos los parámetros a valorar.

Siglas y signos de los productos evaluados

DRENAJES	DIURESIS	HECES	ASP. GÁSTRICA	VÓMITOS
Seroso = S	Colúrica = C	Blanda = B	Alimentario = AL	Alimentario = AL
Hemático = H	Hemática = H^{+}, H^{++}, H^{+++}	Líquida = L	Bilioso = B	Bilioso = B
Serohemático = SH	Concentrada = Cc	Diarreica = D	Hemático = H	Hemático = H
Purulento = P	Sedimento = Sd	Melenas = M	Posos de café = PC	Posos de café = PC
Bilioso = B		Hemorrágico = H	Fecaloideo = F	Fecaloideo = F
Ascítico = A		Biliosa = B	Gástrico = G	Gástrico = G
Fecaloideo = F		Acólicas = Ac		
		Mucosas = Mo		
		Normal = N		

DISCUSIÓN

Los errores encontrados en nuestras historias podrían deberse, en parte, por la hora de realizar el balance y por la ausencia de balances parciales. Una limitación que nos hemos encontrado es la poca bibliografía sobre este tema.

Actualmente estamos creando un grupo para hacer un estudio de si, una vez implantado el nuevo protocolo y con la ayuda visual del póster, siguen existiendo errores en el registro del balance hídrico.

CONCLUSIÓN

Aunque el balance hídrico nunca se va a hacer perfecto, porque es muy difícil medir de manera exacta las ganancias y pérdidas de líquidos, es EXTREMADAMENTE importante conocer de forma aproximada el balance hídrico de nuestros pacientes críticos porque los valores que obtenemos tienen consecuencias en la decisión de un tratamiento, por lo que estamos convencidas, tras la reciente puesta en marcha del nuevo protocolo, que contribuimos a delimitar la mayoría de los errores en los registros sin requerir un aumento significativo de cargas de trabajo ni cambiar la gráfica actual de enfermería.

Otro aspecto a destacar es que, aunque el balance hídrico lo realiza un/a enfermera, es fundamental todo lo que el resto de personal ha de registrar, medir y evaluar, por lo que creemos que el póster es una herramienta visual que es muy útil para la práctica diaria, sobre todo para el personal de nueva incorporación. Nos estructura todos los parámetros a valorar, disminuyendo así la variabilidad en la práctica clínica, proporcionándonos seguridad y apoyo legal. ▼

Aunque el balance hídrico lo realiza un/a enfermera, es fundamental todo lo que el resto de personal ha de registrar, medir y evaluar, por lo que creemos que el póster es una herramienta visual que es muy útil para la práctica diaria, sobre todo para el personal de nueva incorporación

BIBLIOGRAFÍA

–Bascuñan, A. Balance hídrico. Disponible en: http://www.ceduc.cl/aula/lebu/materiales/ET/ET310/A/balance%20hidrico.pdf

–De Tejada, G. Balance hídrico. Disponible en: http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com.es/2013/02/balance-hidrico.html

–Silvia Breuer, M. Guía balance hídrico. Disponible en: http://biblioteca.duoc.cl/bdigital/Documentos_Digitales/600/610/39604. pdf

–Aguilera Peña, F; Carrión Muñoz, F; Florez Almonacid, C; Roldán Cano, B; Galván Ledesma, J; Romero Blanco, A, y Rubio Mellado, C. Balance del equilibrio de líquidos. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Rev 26-05-2010. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c3_balance_equili_liquidos.pdf

–Tratado de enfermería. Licenciatura en Enfermería UNTREF. Disponible en: http://enfermeriauntref.bligoo.com.ar/media/users/10/546942/files/61420/acido_base.pdf

–Guía de control de líquidos administrados y eliminados. Disponible en: http://www.esevictoria.gov.co/sitio2/Guias_Protocolos/ENFERMERIA%20/CONTROL%20DE%20LIQUIDOS%20ADMINISTRADOS%20Y%20ELIMINADOS.pdf

–Merino de la Hoz, F. Desequilibrios hidroelectrolíticos. Enfermería Clínica. tema 1.2.1. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-clinica-i-2011/materialdeclase/bloquei/Tema%201.2.1%20Desequilibrios%20hidroelectroliticos.pdf

–Formularios de enfermería Grupo "Normalización de la documentación de enfermería". Historia clínica electrónica. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Formacion/Metodologia%20enfermera/GUIA%20FORMULARIOS%20INTERACT.pdf

–Sherida Karanini, P; Vilaní Cavalcante, M; Elisângela Teixeira, F. Balance hídrico en la práctica clínica de enfermería en la unidad coronaria | Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 1-212, abr./jun.2010. Disponible en: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n2_html_site/resumo_espanhol/a13v11n2.htm

DELGADO AGUILAR, H[1]; PEREDA ARREGUI, E[2]; ÁLVAREZ RAMÍREZ, MA[3]; REMÍREZ SUBERBIOLA, JM[4]; SAGÜILLO ANTOLÍN, M[5]; VIZCAYA HORNO, G[6]

[1] DUE, trabajadora social, C.S. Segovia, Madrid.
[2] Médico Familia, DUE, C.S. Almendrales, Madrid.
[3] DUE, residente 2º Enfermería Familiar y Comunitaria, C.S. Segovia, Madrid.
[4] DUE, Hospital 12 de Octubre, Madrid.
[5] DUE, socióloga, C.S. Yébenes, Madrid.
[6] DUE, C.S. Almendrales, Madrid.

Autocuidados de la estenosis uretral en atención primaria

RESUMEN

Existe multitud de enfermedades que pueden afectar a la uretra, como es el caso de la estenosis uretral. Sus causas son diversas: recidivas de uretritis, infecciones de transmisión sexual, traumatismos pélvicos, incluso sondajes, exploraciones y resección transuretral de la próstata. Excepcionalmente se dan casos de estenosis congénita y estenosis femenina. El 80,6% de las estenosis son producidas por la instrumentación de la vía urinaria, sobre todo en el sexo masculino por las características anatómicas de la uretra.

La incidencia es muy variable, pudiendo afectar hasta al 0,6% de la población. Se estima que el gasto sanitario en EEUU es de 200 millones de dólares anuales, 5.000 hospitalizaciones y 1,5 millones de consultas ambulatorias anuales.

Los síntomas más comunes son intermitencia del flujo durante la micción, disuria, incontinencia y retención de orina. Las principales complicaciones son infecciones recurrentes como consecuencia de la disminución del flujo urinario, pudiendo llegar al bloqueo completo.

Uno de los métodos más utilizados para prevenir el estrechamiento recurrente es el uso de dilatadores uretrales. Para un buen manejo de los dilatadores, el profesional de enfermería de atención primaria debe proporcionar unos cuidados adecuados a la situación del paciente en su domicilio o en consulta, proporcionándole autonomía, promoviendo su participación activa y mejorando así su calidad de vida.

Palabras clave: Estenosis uretral, cuidados enfermería, enfermería atención primaria.

SUMMARY

There are lots of illnesses that can affect the urethra as it is the case of urethral stenosis. Its causes are several: relapses of urethritis, sexual transmission infections, pelvic traumatisms, even cathetering, prostate explorations and transurethral resection. Exceptionally cases of congenital stenosis and female stenosis occur. 80.6% of stenoses are caused by the instrumentation of the urinary tract especially among male due to anatomical characteristics of the urethra.

The incidence rate is very variable, and can affect up to 0.6% of the population. It is estimated that health expense in the US is 200 million dollars per year, 5,000 hospitalizations and 1.5 million ambulatory practices.

The most common symptoms are intermittence of the flow during the urination, dysuria, incontinence and urine retention. The main complications are recurrent infections as consequence of the decrease of the urinary flow, it can cause the complete blocking.

One of the most used methods to prevent recurrent narrowing is the use of urethral dilator. For a good handling of the expanders, professional nurses of primary care must provide some cares adapted to the situation of the patient in their residence or in practice, providing them autonomy, promoting their active participation and in this way improving their quality of life.

Keywords: *Urethral stenosis. Nursing cares. Primary care nursing.*

OBJETIVOS

PRINCIPAL: Proporcionar conocimientos y habilidades al paciente de la técnica a utilizar y educar sobre medidas higiénicas del paciente y materiales.

SECUNDARIOS: Conocer los signos y síntomas de alerta.

MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas, entre las que se encuentran: PubMed, Cochrane, RNAO, JBI, Cinahl, Proquest, Bireme, Oister, C17, LILACS, Medline, Enfispo, Cuiden, Dialnet. Revisión casos clínicos.

MATERIAL

Bases de datos y AP Madrid.

RESULTADOS

El procedimiento que el profesional

debe de mantener en consulta respecto a los cuidados es:

- Valorar el nivel de conocimientos, habilidades y nivel de autonomía del paciente. Valorar condiciones de la vivienda y cuidador si el paciente se encuentra inmovilizado.
- Proporcionar información teórica y práctica de la técnica de autodilatación mediante un lenguaje sencillo y claro. Mostrar diferentes dispositivos posibles, higiene de genitales, posición adecuada para la técnica y colocación del dilatador.
- Informar de los signos y síntomas de alerta de posibles complicaciones.
- Proporcionar un ambiente adecuado para libre expresión de sentimientos y posibles ansiedades ante la técnica y cambio en su hábito de vida.
- Realizar visitas domiciliarias para supervisar la realización de la técnica en su domicilio.

Como etiquetas diagnósticas NANDA encontramos:

- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.
- 00023 Retención urinaria.
- 0001N Disposición para mejorar la eliminación urinaria.

Plan de cuidados estandarizado:

- Diagnóstico enfermería:
  - Etiqueta diagnóstica: deterioro de la eliminación urinaria.
  - Factores relacionados: obstrucción anatómica.
  - Características definitorias: dificultad para orinar, disuria, retención urinaria e incontinencia urinaria.
- NOC:
  - 0503 Eliminación urinaria:
    - Cantidad de orina en el rango esperado.
    - Vacía la vejiga completamente.
  - 1813 Conocimiento: régimen tratamiento:
    - Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual.
    - Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia.
- NIC:
  - 0620 Cuidados de la retención urinaria:
    - Ayudar en el aseo a intervalos regulares si procede.
    - Controlar periódicamente la ingesta y la eliminación.
    - Insertar catéter urinario si procede.
    - Proporcionar intimidad para la eliminación.
  - 0590 Manejo de la eliminación urinaria:
    - Enseñar al paciente a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario.
    - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
    - Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color si procede.
  - 6550 Control de infecciones:
    - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.
    - Enseñar el lavado de manos mejorado al personal de cuidados.
    - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.

DISCUSIÓN

La enfermería familiar y comunitaria tiene competencias en ámbitos diversos; hay campos en los que no se profundiza debido a falta de conocimientos en técnicas de especialidades quirúrgicas o tiempo. En el caso del paciente urológico, en concreto estenosis uretral, requiere un mínimo de tiempo y conocimientos específicos, mejorando así su calidad de vida. Los datos de esta revisión se confirman respecto a la incidencia en nuestra casuística, que se reduce a cuatro varones que en la actualidad son autosuficientes.

CONCLUSIONES

La enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental en la autogestión de los cuidados del paciente e integración en su entorno. Una buena comunicación con él es esencial para una aplicación óptima de los cuidados urológicos (estenosis uretrales), previniendo de posibles complicaciones, reduciendo el número de consultas recurrentes y sus posibles tratamientos. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Pulido Díaz, M; Diz Rodríguez, R; Ovejero Trapero, M. Estudio comparativo del tratamiento de la estenosis de uretra con dos tipos de dilatadores uretrales diferentes. Enfuro. Enero/Febrero/Marzo 2009; 109: 20-24.
2. Pierre-Louis Lauture, M; Martínez Feria, L; España Caparrós, MJ; Escobar Borrego, IM; Guerrero Vizcaíno, IM. Autodilatación uretral tras cirugía radical de próstata. Enfuro. Abril/Mayo/Junio 2011; 118:18-19.
3. Gómez, R; Marchetti, P; Castillo, OA. Manejo racional y selectivo de los pacientes con estenosis de uretra anterior. Actas Urológicas Españolas 2011; 35 (3): 159-166.
4. Romero Pérez, P; Mira Llinares, A. Revisión de las complicaciones de la estenosis uretral masculina. Archivos Españoles de Urología 2004; 57 (5): 485-511.
5. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2005-2006. NANDA Internacional. ISBN: 84-8174-893-5.
6. Alfaro-LaFevre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. ISBN: 84-458-1208-4.
7. Gómez Sampera, A. Tratamiento de la estrechez uretral en el hombre: II. Uretroplastia. Re. Cuba. Cir 1985; 24 (4): 324-35.
8. Santucci, RA. Comentario a: "Manejo racional y selectivo de los pacientes con estenosis de uretra anterior". Actas Urológicas Españolas 2011; 35 (3): 167.
9. Delgado Aguilar, H; Pereda Arregui, E; Remírez Suberbiola, JM; Vizcaya Horno, G; Sagüillo Antolín, M. Registros enfermeros urológicos en el programa informático de atención primaria de Madrid; Enfuro. Asociación Española de Enfermería en Urología 2013; 124: 17-19.

MIGUEL ROMEO, C. DUE Hospital Universitario Miguel Servet
SAGARDOY MUNIESA, L. DUE Hospital Royo Villanova

Uretoplastia con mucosa oral en estenosis de uretra bulbar

RESUMEN

Las técnicas quirúrgicas para la reconstrucción uretral han avanzado en los últimos años, siendo la técnica con injerto de mucosa oral la que mejores resultados ofrece. La interposición de mucosa oral para las estenosis uretrales ha dado mejores resultados que la piel, la mucosa vesical y otros tejidos, por contar con un grueso epitelio rico en elastina, con una lámina propia delgada y una abundante y natural densidad capilar que facilita su moldeabilidad, su anastomosis y neovascularizacion. Aumenta, por lo tanto, el tiempo de duración y disminuye la retracción.

Palabras clave: Uretra, uretroplastia, estenosis uretral, mucosa oral, técnica Barbagli, cirugías de reconstrucción uretral.

SUMMARY

Surgical techniques for urethral reconstruction have been improved in the last years, being the technique with graft of oral mucosa, the one that shows best results. The insertion of oral mucosa for urethral stenoses has shown better results that the skin, the vesical mucous and other tissues, because it has a thick epithelium rich in elastin, with one own thin laminar structure and an abundant and natural hair density that enables its mouldability, its anastomosis and neovascularization. It increases, therefore, duration and decreases retraction.

Keywords: *Urethra, Urethroplasty, Urethral stenosis, Oral mucosa, Barbagli technique, Urethral reconstruction surgeries.*

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la estenosis de uretra incluye numerosas técnicas como dilatación, uretrotomía interna, catéter stent, uretroplastia anastomótica y técnicas que usan injertos libres y pediculados.

La técnica quirúrgica en la uretra bulbar debe basarse en la longitud de la estenosis, la etiología de la misma y la cantidad de espingofibrosis. La extirpación de la estenosis y la anastomosis primaria es útil en patología corta y de origen traumático, manteniéndose como procedimiento ideal con un 95% de tasa de éxito y escasas complicaciones (1-2).

Las lesiones no manejables con anastomosis termino-terminal, por ser de mayor longitud, exigen sustitución por injertos libres dorsales o pediculados.

Los injertos de mucosa bucal han sustituido el uso de injertos de piel peneana, prepucial, de oreja posterior o vesical. Hay suficiente evidencia para pensar que es el tejido adecuado para una uretroplastia de sustitución, debido fundamentalmente a sus características y facilidad de fijación.

La descripción de la uretroplastia dorsal con injerto libre supuso un avance más. Devine, en 1979, describe el uso de injertos libres de piel genital o extragenital. Monseur define, en 1980, la uretrotomía abierta dorsal con fijación sin injertos a los cuerpos cavernosos, permitiendo la regeneración de la mucosa sobre una sonda uretral mantenida.

Barbagli junta las dos técnicas y asombra en 1996 con la descripción de sus tres procedimientos: técnica dorsal, anastomosis dorsal y aumentada. La rotación de la uretra bulbar tras su liberación permite la interposición de un injerto libre (3-4).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

La cirugía uretral se realiza con el paciente en posición de litotomía forzada. Se recomienda intubación nasal para dejar libre la cavidad oral. Preparación de campos independientes (bucal y genital) y de material para dos equipos de cirujanos simultáneos. A través de una incisión longitudinal media perineo-escrotal se dividen los músculos bulbo-cavernosos y se accede a la disección de la uretra bulbar.

El injerto de mucosa bucal se obtiene de las mejillas, alejado del orificio de stenon, con creación de habón de lidocaína con epinefrina y posterior cierre continuo con poliglactina de 3/0. Posteriormente se elabora el injerto definitivo en banco (imágenes 1 y 2). Sobre tabla de silicona se limpia grasa submucosa y se recorta según la longitud y características de la zona receptora.

El injerto de mejilla es más grueso y resistente que el proveniente del labio.

La cara dorsal es incidida longitudinalmente a lo largo de la estenosis. El injerto bucal se fija extendido sobre el cuerpo cavernoso limpio con ácido poliglicólico 4/0 en puntos sueltos (imágenes 3 y 4). Se practican múltiples pequeñas incisiones sobre la mucosa para asegurar el drenaje y evitar el despegamiento del lecho por material serohemático.

Posteriormente se suturan los bordes uretrales englobando cuerpos cavernosos, injerto libre, mucosa uretral y cuerpo esponjoso, mediante dos hemisuturas continuas con ácido poliglicólico 4/0, permitiendo de esta manera que la uretra cubra al injerto.

La anastomosis se deja tutorizada con una sonda uretral de silicona de 16 Ch. En todos los pacientes se mantiene un drenaje por aspiración durante 48 horas.

DISCUSIÓN

La incidencia exacta de estenosis uretral

Imagen 1

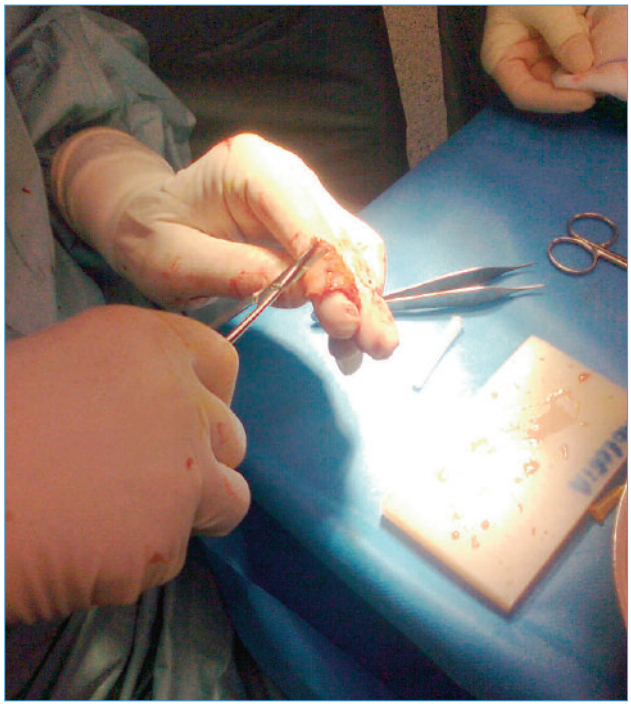


Imagen 2

Imagen 3

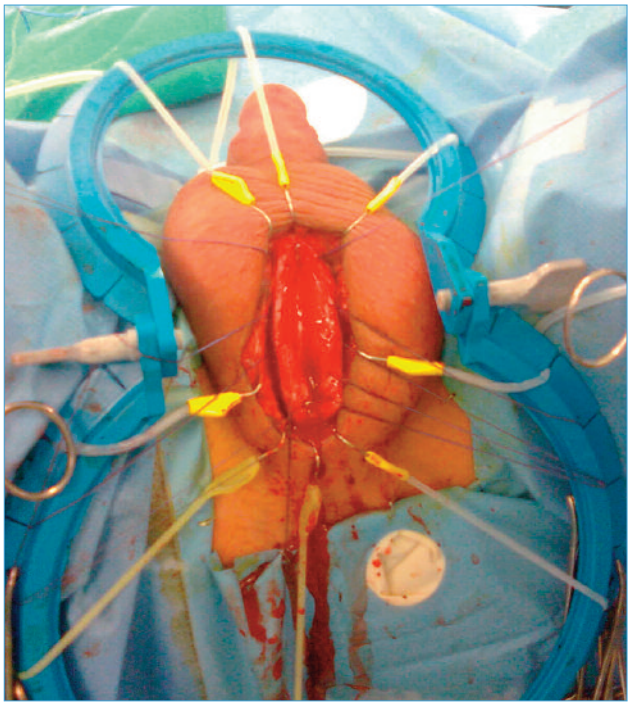
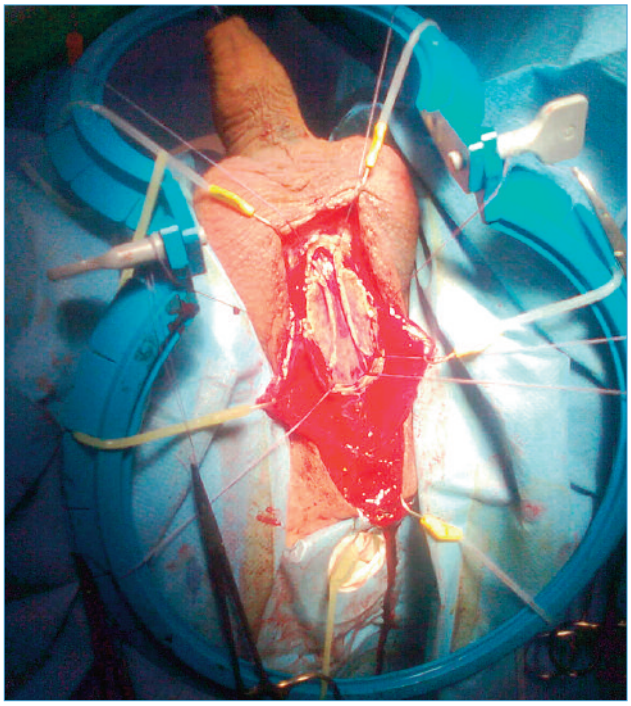


Imagen 4



en nuestro país es desconocida, y su etiología sigue sin saberse en un gran porcentaje de casos (57%). Su prevalencia en pacientes por debajo de los 50 años es alta (65%), lo que conlleva un impacto importante en su calidad de vida y actividad sexual.

Otro hecho llamativo es el manejo de esta patología con procedimientos mínimamente invasivos en un 33% de los casos, a pesar de su alta tasa de fracaso, manteniendo la uretroplastia como procedimiento tras uretrotomías fallidas (1).

La cirugía uretral continuamente evoluciona: los primeros tipos de cirugía con injerto dorsal se descubren en 1996, Guido

La cirugía uretral continuamente evoluciona: los primeros tipos de cirugía con injerto dorsal se descubren en 1996, Guido Barbagli introduce el uso de la mucosa oral como material de injerto para las uretroplastias en un solo tiempo en el tratamiento de las estrecheces uretrales de la uretra bulbar, llegando a alcanzar éxitos por encima de un 96%

Barbagli introduce el uso de la mucosa oral como material de injerto para las uretroplastias en un solo tiempo en el tratamiento de las estrecheces uretrales de la uretra bulbar, llegando a alcanzar éxitos por encima de un 96% (5, 6).

Aunque inicialmente esta técnica fue concebida para el tratamiento de las estrecheces de la uretra bulbar, en vista de sus buenos resultados, su uso se fue extendiendo a toda la uretra anterior, incluyendo el meato uretral (7).

Hasta el año 2000, la piel del pene era la preferida y actualmente la mucosa oral es el material de sustitución más usado.

La mucosa bucal está libre de pelo, tiene epitelio grueso rico en elastina, que la hace muy manejable, y una lámina propia muy vascularizada que facilita su moldeabilidad, su anastomosis y neovascularización. Aumenta, por tanto, el tiempo de duración y disminuye la retracción. Se comporta como una barrera defensiva contra las infecciones, muy parecida a la de la mucosa uretral, debido a su alta concentración de anticuerpos IgA.

Por otro lado, su uso evita los problemas cosméticos surgidos por mala cicatrización en la piel del pene.

CONCLUSIONES

La mucosa oral puede ser empleada como técnica de injerto por su bajo índice de complicaciones y los buenos resultados a largo plazo.

La mucosa oral puede ser empleada en cualquier parte de la uretra, independientemente de la longitud de la estenosis. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Waxman, SW; Morey, AF. Management of urethral strictures. Lancet 2006; 367: 1379-80.
2. Bullock, TL; Brands, SB. Adult anterior urethral strictures: a national practice patterns survey of board certified urologists in the United States. The Journal of Urology 2007; 177 (2): 685-90.
3. Barbagli, G; Lazzeri, M. Review article Anterior Urethral Stricture International: Surgical treatment of anterior Urethral Stricture Diseases: Brief Overview Braz. J Urol 2007; 33 (4): 461-469.
4. Gómez, R; Marchetti, P; Ramos Castillo, O; González, O. Reconstrucción uretral empleando injerto de mucosa bucal. Rev Chil Urol 2006; 71 (2): 102-105.
5. Barbagli, G; Lazzeri, M. History and evolution of dorsal onlay urethroplasty for bulbar urethral stricture repair using skin or buccal mucosal grafts. Urology 2007; 74 (4): 233-241.
6. Barbagli, G; Lazzeri, M. Dorsal onlay oral mucosal graft bulbar urethroplasty. BJU int 2012; 109 (11): 1728-41.
7. Dubey, D; Kumar, A; Mandhani, A; Srivastava, A; Kapoor, R; Bhandari, M. Buccal mucosal urethroplasty: a versatile tecnique for all urethral segments. BJU International. 2005; 95 (4) 625-9.

Tempo tours viajes
C/ Reyes Católicos 12
14001 Córdoba
957 484 883

ALMUDENA ORTUÑO ESPARZA y CARMEN LOZANO ALCARAZ

Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia

RESUMEN

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, la cual causa un importante impacto social, psicológico, laboral, sexual y económico.
Material y métodos: La muestra de estudio es de 50 mujeres seleccionadas con un muestreo aleatorio simple. Se emplean dos cuestionarios: el ICIQ-SF, para estudiar la prevalencia y el tipo de incontinencia, y el I-QOL, para investigar la afectación en la calidad de vida. El diseño de estudio es transversal y descriptivo.
Resultados: Se obtiene un porcentaje de incontinencia del 32%: el 20% de esfuerzo, el 6% mixta y el 6% de urgencia. Aparece afectación en la calidad de vida de las incontinentes, siendo de peor calidad cuando el tipo es de urgencia; por otro lado se hallan relaciones significativas (P<0,05) entre la frecuencia de las pérdidas con: la repercusión psicosocial, los sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales, problemas con el sueño y la depresión.
Discusión: Nuestro trabajo encuentra similitudes con otros estudios en cuanto al tipo de incontinencia más predominante, como es la de urgencia, en la afectación de la evitación y limitación de la conducta, en la afectación del sueño y en la aparición de depresión en estas mujeres.
Conclusiones: Aparece un porcentaje elevado de incontinencia, 3.2 mujeres de cada 10 la padecen, la incontinencia urinaria de esfuerzo es la predominante, afecta a la calidad de vida de las mujeres y cuando las pérdidas se originan con mayor frecuencia, se obtienen datos más negativos sobre la calidad de vida.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, calidad de vida, mujeres, enfermería.

SUMMARY

The urinary incontinence is the involuntary leakage of HYPERLINK "http://en.wikipedia.org/wiki/Urine" urine which causes a huge social, psicological, working, sexual and economic impact.
Equipment and methodology: The sample for the study was made up by 50 randomly selected women. Two questionnaires are used: the ICIQ-SF to study the prevalence and the type of incontinence and the I-QOL to investigate the affectation in the quality of life. The studyís design is cross-sectional and descriptive.
Results: The incontinence percentage was 32%: 20% from effort, 6% mixed and 6% from urgency. There is deterioration in the patientís quality of life, which gets worse when the incontinence type is urgency. On the other hand, there are significant connection (P<0.05) among the leakage frequency when: psychosocial consecuences are involved, feelings of shamed affect the patient and when the subject suffers sleeping problems and depression.
Discussion: This paper has some aspects in common with other studies; such as the most predominant incontinence type, which is urgency. As well as the influence and avoidance of the appearance of behavior change, sleeping disorders and depression on women suffering incontinence.
Conclusion: There is a high percentage of incontinence: 3,2 women out of 10 suffer from this illness. Effort incontinence is the most predominant and it affects womenís quality of life. The more frequent the urine leakage is, the more negative the results from the quality of life are.

Keywords: *Urinary incontinence, Quality of life, women, Nursing.*

INTRODUCCIÓN

Entendemos incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra objetivamente demostrable que origina un problema social o higiénico, según la International Continence Society (ICS).

La incontinencia urinaria no se considera una patología grave, puesto que no causa una amenaza para la vida. Pero supone un gran problema de salud que origina un importante impacto tanto social como psicológico, laboral, sexual y económico.

Es una situación en la que sin lugar a duda las mujeres sufren un mayor índice de afectación, se encuentra una proporción mayor de 1:20 para el sexo femenino y su prevalencia aumenta con la edad.

La calidad de vida se ve profundamente alterada, puede ser incluso mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas como la diabetes o la hipertensión arterial. Supone una persistente preocupación, en la que se desarrollan hábitos de comportamiento para paliar este inconveniente, ocasionándose limitaciones en las actividades de la vida diaria de las mujeres como: limitar el consumo de líquidos para evitar orinar, una búsqueda constante de un aseo cercano, utilización de absorbentes y condicionando su vestuario.

Si hablamos de las repercusiones económicas, cabe destacar que este problema supone un consumo diario de absorbentes, un posible tratamiento farmacológico y en algunos casos quirúrgicos, con el capital que todo esto conlleva. El coste que ocasiona esta patología no es fácilmente cuantificable, pero se calcula que el gasto en absorbentes para nuestro sistema nacional de salud viene a ser el 3,2% del total de la prestación farmacéutica (unos 210 millones de euros en 2001), Zunzunegui Pastor *et al*. calculan que una persona puede gastar por año 1.000 euros tan solo en absorbentes. A esto se debería de sumar el gasto en medicamentos, en consultas médicas,

Encontramos que frecuentemente los profesionales sanitarios no estamos preparados para dar respuesta adecuada a este problema, investigar sobre su existencia, ni a realizar un diagnóstico precoz de incontinencia urinaria, según Cervera Deval: "Los profesionales no preguntan sobre este problema a sus pacientes"

etc. Por este motivo si se consigue prevenir la incontinencia urinaria y solucionar la ya existente, supondrá un ahorro para la sanidad y para las mujeres que se tienen que comprar los absorbentes, los cuales llevan continuamente.

Por otra parte encontramos que frecuentemente los profesionales sanitarios no estamos preparados para dar respuesta adecuada a este problema, investigar sobre su existencia, ni a realizar un diagnóstico precoz de incontinencia urinaria, según Cervera Deval: "Los profesionales no preguntan sobre este problema a sus pacientes", y tampoco suelen realizar educación para la salud que prevenga el problema o mejore la calidad de vida de los pacientes que ya tienen incontinencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio cuantitativo descriptivo. Dicho estudio se lleva a cabo durante febrero, marzo, abril y mayo de 2013 en los centros de salud de Alhama y Librilla.

Muestra de estudio

La selección de la muestra se efectúa mediante un muestreo aleatorio simple, el criterio para la selección fue según el orden en el que iban entrando las mujeres a los centros de salud, las mujeres colaboraron de manera anónima y voluntaria.

Fueron excluidas para formar parte de la muestra todas las mujeres que presentaban alteraciones neurológicas.

Se obtuvo una muestra total de 50 mujeres.

Durante la recopilación de datos, 23 mujeres se negaron a cumplimentar el cuestionario.

Instrumentos

Como instrumentos se emplean dos cuestionarios. El primer instrumento es el ICIQ-SF, validado al español con un alfa de Cronbach de 0,917, para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia. Consta de 3 ítems que miden la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida. La puntuación total es el resultado de la suma de los 3 primeros ítems, oscilando entre 0 y 21, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0. Y por otro lado, sin formar parte de la puntuación, consta de 8 preguntas para determinar el tipo de incontinencia. La segunda herramienta es el IQOL, cuya validación al español consta de una consistencia interna, medida por el índice alfa de Cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida. Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado el anterior obtiene una puntuación mayor de 0. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas, estas son: comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems, esta subescala recoge preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un baño cerca y mojarse. Repercusión psicosocial en 9 ítems. Y, por último, sentimientos de vergüenza en la relación social en 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional. El cuestionario recoge también sus preocupaciones futuras. Las respuestas obtenidas se sitúan en una escala entre 22 y 110; a mayor puntuación, peor calidad de vida.

Entre las limitaciones que se encuentran está la cumplimentación de los cuestionarios, a causa de los sentimientos de vergüenza que genera este problema y hace que en ocasiones las respuestas no sean reales, puesto que el ambiente no era tan íntimo como se desearía y las mujeres no poseen una relación de confianza con la encuestadora, sintiéndose más recelosas a cumplimentar la encuesta delante de ella. Por otro lado, también se presenta como limitación en la capacidad para cumplimentarlo de manera correcta.

Análisis estadístico de los datos

Los datos obtenidos se analizan mediante el paquete estadístico SPSS. En el análisis de las variables, todas cuantitativas, se realizan: medias, desviaciones típicas y correlaciones lineales con un nivel de significación de $P<0,05$.

RESULTADOS

Se comienza procediendo con el análisis estadístico de los descriptivos de la población muestral; la edad, los tipos de incontinencia urinaria y las subcategorías de la herramienta que valora la calidad de vida.

Tabla 1
Descriptivos para la edad

	Edad
Nº de casos	50
Mínimo	45
Máximo	82
Media	61,920
Deviación estándar	11,695

Se obtiene un porcentaje de incontinencia del 32%: el 20% de esfuerzo, el 6% mixta y el 6% de urgencia.

Tabla 2
Porcentaje del total de mujeres con incontinencia urinaria y clasificación según los tipos

	N	%
Total mujeres con IU	**16**	**32**
Esfuerzo	10	20
Mixta	3	6
Urgencia	3	6
Total mujeres	**50**	**100**

Por otro lado, para poder relacionar los diferentes ítems del cuestionario ICIQ-SF con los ítems del IQOL, ambos medidos cuantitativamente, se ha realizado el coeficiente de correlación de Pearson. Cuyos resultados nos indicarán el grado de relación entre las dos variables medidas. En nuestro estudio hallamos que todas las correlaciones dan un resultado mayor que uno, por lo tanto existe una correlación positiva, lo que significa que cuando una variable aumente, la otra también lo hará en proporción constante.

Como límite de significación en el estudio se acepta un valor P inferior a 0,05, que nos proporciona una seguridad del 95% en la dependencia de las variables.

En las correlaciones realizadas hallamos los siguientes resultados:

Aparece afectación en la calidad de vida de las incontinentes, siendo de peor calidad cuando el tipo es de urgencia, por otro lado se hallan relaciones significativas entre la frecuencia de las pérdidas con la repercusión psicosocial (P<0,02), por lo que podemos afirmar que la periodicidad de las pérdidas de orina está relacionada con las repercusiones psicosociales de esta problemática. También se relaciona con los sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales (P<0,03), lo que a mayor frecuencia causará más dificultades para llevar a cabo las relaciones sociales. Y, por último, se halla relación con problemas para un buen sueño nocturno (P<0,04) y la depresión (P<0,004).

Cabe destacar por otro lado que no se hallan relaciones significativas entre las variables con la edad y con la cantidad de las pérdidas de orina.

Tabla 3
Puntuaciones totales del cuestionario IQOL según el tipo de incontinencia

Tipo incontinencia	Media puntuación total	Desviación estándar
IU urgencia	**58,66**	31,086
IU esfuerzo	44,2	17,321
IU mixta	47,3	2,887

Tabla 4
Correlación entre la frecuencia de las pérdidas (ICIQ-SF) y repercusión psicosocial (IQOL)

	Frecuencia x repercusión psicosocial
Correlación de Pearson (r)	0,553
Significación (P)	0,02
N	16

P <0,05

DISCUSIÓN

El estudio valora si según el tipo de incontinencia se puede producir mayor grado de afectación en la calidad de vida. En este caso encontramos que la incontinencia urinaria de urgencia causa una mayor afectación, puesto que tiene una puntuación media total más elevada. Este dato coincide con el obtenido por Guillén del Castillo *et al.*, el cual también señala que la incontinencia de este tipo es la que más afecta al bienestar. En contraposición encontramos el trabajo de Nieto Blanco *et al.*, donde afirma que las mujeres con incontinencia mixta son las que peor calidad de vida poseen.

Secundariamente nos disponemos a estimar qué proporción de mujeres mayores de 45 años padecen incontinencia urinaria. Aunque en nuestra investigación no se puede hablar de prevalencia, puesto que el tamaño muestral no es lo suficientemente grande, sí que hemos cuantificado qué proporción de casos hemos obtenido con esta problemática, dándonos un porcentaje del 32%. Si nos centramos en los porcentajes para cada tipo, advertimos que la incontinencia urinaria de esfuerzo es la más predominante, con un 20%. Aparece incontinencia en 3,2 mujeres de cada 10, al igual que sucede con el estudio de Guillén del Castillo, en el que este tipo es también el mayoritario.

La afectación de la calidad de vida de las mujeres es proporcional a la frecuencia de las pérdidas, es decir, a mayor número de pérdidas se obtienen datos más negativos sobre la calidad de vida

Por otro lado, al igual que en el estudio de Modroño Freire *et al.*, hallamos que hay afectación en el descanso nocturno y los sentimientos depresivos.

La afectación de la calidad de vida de las mujeres es proporcional a la frecuencia de las pérdidas, es decir, a mayor número de pérdidas se obtienen datos más negativos sobre la calidad de vida. Es razonable que con el aumento de la frecuencia de las pérdidas de orina se deteriore más la calidad de vida en estos aspectos, pues las pérdidas abundantes se solventarían con un cambio de absorbente, sin embargo con una gran frecuencia en las pérdidas hay que realizar múltiples cambios, de manera que trae consigo muchas interrupciones en las actividades diarias y cotidianas, además de ocupar continuamente sus pensamientos, como por ejemplo suponiendo que los demás notarán el olor. Por otro lado produce incomodidad a causa de la continua humedad, lo que provoca un progresivo desgaste psicológico.

CONCLUSIONES

Este estudio nos aporta que:

- La incontinencia se sigue viendo como un tema tabú, pues

muchas mujeres evitan hablar de ella, lo que comprobamos cuando se niegan a cumplimentar los cuestionarios.

- Aparece un porcentaje elevado de incontinencia, 3,2 mujeres de cada 10 la padecen.
- La incontinencia urinaria de esfuerzo es la más predominante en nuestro estudio.
- La incontinencia urinaria afecta a la calidad de vida de las mujeres.
- Cuando las pérdidas se originan con mayor frecuencia, peor calidad de vida se obtiene.

Nos hace reflexionar sobre el rol del profesional de enfermería, que concede un papel fundamental en la educación para la salud de la población y donde se podría ayudar a las mujeres a eliminar los tabúes, para poder prevenir el problema y en los casos donde ya esté instaurado, reducir al mínimo posible la afectación, con el fin de favorecer la calidad de vida de las mujeres. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Cervera Deval,J; Serralta Davia,I; Macia Pareja, C; Moreno Alzuyet, J, y Mayoral Azofra, E. La incontinencia urinaria, ¿un problema oculto? Rehabilitación, 2004 enero; 38 (1): 1-6.
2. Robles, JE. La incontinencia urinaria. Anales Sis San Navarra. 2006 agosto; 29 (2): 219-231.
3. Zunzunegui Pastor, MV; Rodríguez-Laso, A; García Yébenes, MJ; Aguilar Conesa, MD; Lázaro y de Mercado, P, y Otero Puime, A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. Aten. Primaria. 2003; 32 (6): 337-342.
4. Guillén del Castillo, A; Espada Puedo, A; Legarra Muruzábal, S; García López, M, y Garayoa Arizcuren, B. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida; estudio desde una consulta de urología. ENFURO, 2008 abril, mayo, junio (106): 9-12.
5. Nieto Blanco, E; Moriano Béjar, P; Serrano Molina, L; Dávila Álvarez, V; Pérez Llorente, M. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. Actas Urológicas Españolas, 2007, mayo (5): 493-501.
6. Modroño Freire, MJ; Sánchez Cougil, MJ; Gayoso Diz, P; Valero Paternain, M; Blanco Ramos, M, y Cuña Ramos, FO. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. Atención Primaria, 2004, abril (34): 134-139.
7. Comunidad autónoma de la Región de Murcia. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria en Atención Primaria. Boletín epidemiológico. Murcia, 2004 febrero; 25 (653).
8. Espuña Pons, M; Castro Díaz, D; Carbonell, C; Dilla, T. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en mujeres. Actas Urol Esp. 2007 mayo; 31 (5): 502-510.
9. Espuña Pons, M; Rebollo Álvarez, P, y Puig Clota, M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. Med Clin (Barc). 2004; 122 (8): 288-292.
10. Espuña Pons, M. Urinary incontinence in women. Med Clin (Barc). 2003; 120 (12): 464-472.
11. Wagner, TH; Patrick, DL; Bavendam, TG; Martin, ML, y Buesching, DP. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. Urology. 1996 enero (1): 67-71.
12. Orna-Esteban, MI; Artero-Muñoz, JI; Usieto-López, L; Cuadra, P, e Isanta-Pomar, C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. Semergen. 2011 (7): 347-351.
13. Rebollo Ávarez, P. y Espuña Pons, M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en España. Arch. Esp. Urol., 2003; 56 (7): 755-774.
14. Quintanilla Sanz, A. Enfermería y continencia. Una reflexión. ENFURO. 2008 julio, agosto, septiembre (107): 14-18.

MANUEL JESÚS GARCÍA MARTÍNEZ, JOSÉ MANUEL RAMOS SUÁREZ, VERÓNICA GALIANO LÓPEZ[1], ISABEL MARÍA MONTES NIETO, INMACULADA GASCO FERNÁNDEZ

Enfermeros. Servicio de Urología. Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología de los HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla
[1] Supervisora de la Unidad de Gestión Clínica de Urología-Nefrología Virgen del Rocío (Sevilla)

Cuidados enfermeros en la enfermedad de Peyronie. Estudio de un caso clínico

RESUMEN

La enfermedad de Peyronie se caracteriza por el endurecimiento del pene debido a la formación de placas fibrosas en su parte dorsolateral, involucrando la membrana (túnica albugínea) que rodea el tejido eréctil de los cuerpos cavernosos. Ello eventualmente puede causar una deformidad dolorosa del eje o constricción de la uretra, o ambos.

El objetivo central del trabajo es mostrar la metodología seguida en nuestra unidad en relación a los cuidados enfermeros llevados a cabo en un paciente tratado de esta patología, intervenido quirúrgicamente mediante la técnica de Nesbit. Destacamos el papel de enfermería, hospitalaria y domiciliaria, y los diagnósticos enfermeros más usuales que suelen presentar, así como los problemas reales y potenciales.

Para ello se muestra un caso clínico de un paciente diagnosticado y tratado de la enfermedad de Peyronie en nuestro servicio. El abordaje por parte de enfermería requiere una especial sensibilidad, dado que se trata de un tema considerado como tabú por nuestra sociedad aún hoy día. La enfermedad de Peyronie conlleva una gran carga de ansiedad en los afectados, por lo que la información sobre esta patología y su tratamiento ocupan un lugar importante.

Palabras clave: Induración peniana, atención de enfermería, enfermedad de Peyronie, Nesbit.

SUMMARY

Peyronie disease is characterized by the hardening of the penis due to the formation of fibrous plaques in its dorsum lateral part, involving the membrane (tunica albuginea) that surrounds the erectile tissue of the cavernous bodies. That can eventually cause a painful deformity of the axis or urethra constriction, or both of them.

The central goal of the piece of work is to show the methodology in our Unit in relation to nursing cares carried out in a patient treated of this pathology, operated surgically through Nesbit technique. We highlight the role of nursing, at hospital and at home, and the more usual nursing diagnoses that they usually introduce, thus as the real and potential problems.

For this purpose a clinical case of a patient diagnosed and treated of Peyronie disease in our Service is shown. The approaching of nursing requires a special sensitivity, since it is a subject considered as taboo by our society still nowadays. The Peyronie disease entails a great anxiety charge among affected ones, therefore the information about this pathology and its treatment are very important

Keywords: *Penile Fibromatosis, Nursing care, Peyronie disease, Nesbit.*

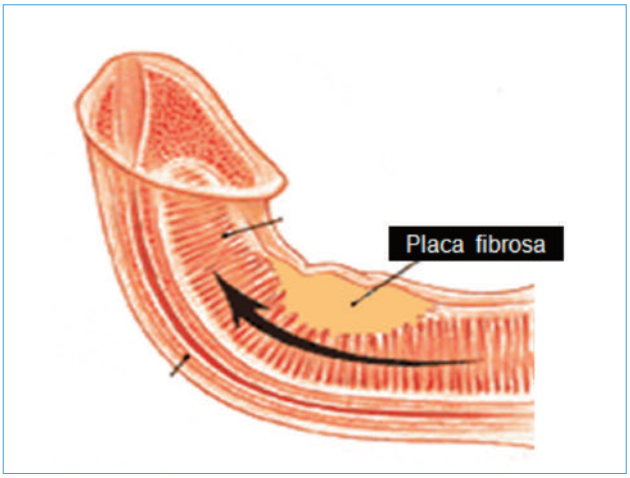
INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Peyronie[2] se caracteriza por el endurecimiento del pene debido a la formación de placas fibrosas en su parte dorsolateral, involucrando la membrana (túnica albugínea) que rodea el tejido eréctil de los cuerpos cavernosos. Ello eventualmente puede causar una deformidad dolorosa del eje o constricción de la uretra, o ambos[3]. Aparece como una placa que en su fase inicial suele ser dolorosa, sobre todo durante la erección.

[2] La enfermedad de La Peyronie fue descrita en un tratado de trastornos de la eyaculación, redactado por Francoise Gigot de La Peyronie en 1743, cirujano del rey Luis XV de Francia, quien da su nombre a la misma, aunque se tienen referencias de la enfermedad ya en el siglo XVI (1561) de los autores Vesalio y Falopio. Martín Morales, A. y otros. *Enfermedad de La Peyronie y otras alteraciones morfométricas del pene.* Asociación Española de Urología. LXVI Congreso Nacional de Urología. Actas Urológicas Españolas. ENE Ediciones, S.A. Madrid, 2001, p. 16.

[3] "Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud": www.decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/. Término de búsqueda: "Induración peniana". Sinónimo: "Enfermedad de Peyronie".

Ilustración 1



Placa fibrosa en la túnica albugínea del pene en la enfermedad de Peyronie. Como consecuencia, se produce una incurvación del pene.

Provoca además incurvación del miembro, que en grados avanzados impide o dificulta la erección. Su etiología es desconocida, barajándose, entre otras posibilidades, la enfermedad inflamatoria adquirida, la colagenosis difusa con posible base genética, la existencia de factores inmunológicos e, incluso, el uso de ciertas drogas, fundamentalmente betabloqueantes (propanolol y metoprolol), también con barbitúricos e, incluso, con agentes infecciosos que compartirían reacciones cruzadas con el antígeno de histocompatibilidad HLA-B7. En la actualidad toma cuerpo una hipótesis mixta, que incluiría una respuesta inadecuada de la albugínea a los traumatismos que pudiera sufrir y una especial predisposición de determinados sujetos[4].

La cirugía puede aplicarse para corregir la incurvación mediante plastias, usándose la técnica de Nesbit, o plicaturas, o bien por escisión/incisión de la placa e injerto. Nesbit, en 1965, introdujo el concepto de plastia para el tratamiento de la incurvación congénita del pene, consistiendo esta técnica en la escisión de una o más elipses de la albugínea en el lado convexo, con el fin de acortarlo. Existen otras variantes de esta técnica quirúrgica (Kelami o Yachia, que practican una escisión longitudinal y sutura transversal)[5]. La mayoría de autores consultados señala que se trata de una técnica segura, de fácil aplicación, con una estancia hospitalaria media corta para el paciente, en torno a dos días de ingreso, y con resultados, estético y funcional, de corrección de la curvatura altos (80%)[6].

El objetivo del trabajo es mostrar la metodología seguida en nuestra unidad en relación a los cuidados enfermeros llevados a cabo en un paciente tratado de esta patología, intervenido quirúrgicamente mediante la técnica de Nesbit. Destacamos el papel de enfermería, hospitalaria y domiciliaria, y los diagnósticos enfermeros más usuales que suelen presentar, así como los problemas reales y potenciales. Se incide especialmente en la problemática psicológica que suele acompañar a este tipo de patología.

MATERIAL / MÉTODO

Se muestra el siguiente caso clínico de un paciente diagnosticado y tratado de la enfermedad de Peyronie, tratado en nuestro servicio en junio de 2013.

Se ha procedido al seguimiento del paciente desde su ingreso hospitalario hasta el alta, tres días después, estableciéndose los correspondientes diagnósticos enfermeros y planes de cuidados.

El material empleado[7] es el habitual en la Unidad de Gestión Clínica de Urología-Nefrología: protocolos de acogimiento y cuidados del servicio, registros de enfermería habituales (gráfica de constantes vitales, registro de valoración inicial –siguiendo los "patrones funcionales de salud" de Marjory Gordon–, establecimiento de los diagnósticos enfermeros y los correspondientes planes de cuidados, registro de evolución de cuidados y actividades desarrolladas), recomendaciones de enfermería al alta e informe de continuidad de cuidados. Los urólogos del servicio han llevado un seguimiento del paciente, con control fotográfico del proceso desde las consultas externas hasta el alta hospitalaria. A continuación se expone el caso clínico analizado.

Caso clínico

Varón de 56 años de edad, consciente y lúcido, que ingresa en el Servicio de Urología el día 6/06/2013 para intervención quirúrgica programada de corrección de curva de pene mediante técnica de Nesbit. El juicio clínico principal es de enfermedad de Peyronie.

Antecedentes personales: no presenta alergias conocidas, exfumador y exbebedor, HTA bien controlada con medicación (enalapril 20 mg/24 h). Exploración física: eupneico, aceptable estado general. Talla: 167 cm; peso: 82 kg; IMC: 29,4 kg/m^2. Diagnosticado de neoformación vesical recidivada, requirió RTU vesical el 19/01/2012. Asimismo presenta desde 2012 un SAHS (síndrome de apneas-hipopneas obstructivas del sueño), en tratamiento con CPAP a 7 cm H_2O durante la siesta y la noche.

Enfermedad actual: incurvación ventral izquierda del pene de un año de evolución (60 grados ventral). A la exploración presenta placa indurada en raíz de pene. A su ingreso en el servicio presenta las constantes vitales: 135/100 mm Hg; frecuencia cardíaca: 84 x; temperatura: 36,5 ºC. Acude con faja lumbar por dolor e hipersensibilidad a nivel 13-14. Se programa por anestesia, recomendándose anestesia LR por probable dificultad de punción intradural.

La intervención quirúrgica se lleva a cabo el día 7/06/2013, siendo favorable la evolución y curso clínico. Al alta, dos días después, el paciente se encontraba estable, afebril, con dolor controlado y buen aspecto de herida quirúrgica. Se cita a consultas externas de Urología al mes para revisión. Se prescribe cura local diaria con betadine solución dermatológica, no precisándose retirar los puntos de sutura por ser reabsorbibles.

RESULTADOS

Cuando ingresa el paciente en nuestro servicio, la tarde previa a la intervención quirúrgica, procedemos a realizar valoración inicial, aplicándose el protocolo de acogida, siguiendo el modelo de los 11 patrones funcionales de M. Gordon. Como preparación preoperatoria se administra al paciente, con carácter profiláctico para prevenir problemas de tromboembolismo pulmonar y de miembros inferiores, enoxaparina 20 mg subcutánea. Asimismo se administra por indicación del Servicio de Anestesia loracepam 1 mg con objeto de que el

[4] Obra citada, Martín Morales, A. y otros. *Enfermedad de La Peyronie y otras alteraciones morfométricas del pene,* p. 15.

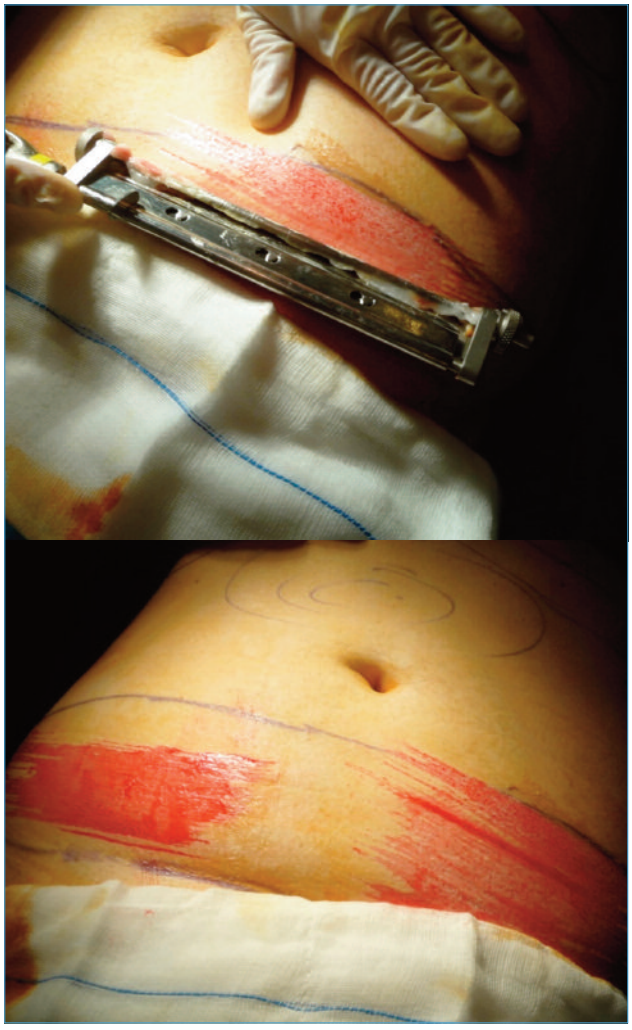
[5] Rodríguez Tolrá, E. y otros. "Tratamiento con la técnica de Nesbit en pacientes con la enfermedad de Peyronie". *Actas Urológicas Españolas,* vol. 27, n.º 10. Madrid, 2003, p. 803.

[6] Moyano Calvo, José L. y otros. "Nuestra experiencia en la enfermedad de Peyronie con la técnica de Nesbit". *Archivos Españoles de Urología,* vol. 59, n.º 5. Editorial Iniestares, S. A. Madrid, 2006, p. 513. Señalan estos autores que la intervención de Nesbit está indicada en penes con buena capacidad eréctil, adecuada longitud peniana y ángulo menor de 60% sin alteraciones en la forma del pene. Si el pene tiene deformación en reloj de arena o se pliega alrededor de un eje o con ángulo mayor de 60º, es mejor en estos casos realizar escisión de la placa y colocación de un parche o bien incisión de la placa con colocación de parche.

[7] *Registros y protocolos de la Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología.* HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla, 2010.

paciente descansase la noche previa y omeprazol 20 mg como protector gástrico. Se deja en ayunas a partir de las 24 horas.

Ilustración 2



Cuando se extirpa la placa fibrosa en la enfermedad de Peyronie, se procede a colocar un injerto en su lugar, procedente, habitualmente, de la región abdominal del propio paciente.

Durante la permanencia hospitalaria del paciente, una vez realizada la intervención quirúrgica, se elaboraron los siguientes diagnósticos enfermeros, criterios de resultados (NOC) e intervenciones de enfermería (NIC), estableciéndose el plan de cuidados correspondiente.

- **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.
- **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.
- **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 de 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.

- **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.
- **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

- **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.
  Fiebre S/A Cirugía.
  Intervenciones de enfermería (NIC): 6680 Monitorización de signos vitales; 6650 Protección contra las infecciones; 3740 Tratamiento de la fiebre.

Valoración del paciente durante su estancia en el servicio

Para la elaboración del plan de cuidados en nuestro servicio se sigue el modelo de Marjori Gordon de los *once patrones funcionales* (1982). Los afectados en este paciente han sido los ocho siguientes:

- Patrón 3: *Eliminación*. Tras la intervención quirúrgica, el paciente porta sonda vesical, que es retirada a las 48 horas.
- Patrón 4: *Actividad–ejercicio*. El estado de la herida quirúrgica ha obligado al paciente a guardar reposo en cama durante las primeras 24 horas. Comienza a deambular al día siguiente.
- Patrón 5: *Sueño–descanso*. Desde el primer día del ingreso ha necesitado medicación para descansar y dormir (loracepam 1 mg).
- Patrón 6: *Cognitivo–perceptual*. El paciente presentó dolor y molestias en zona intervenida, siendo necesaria la administración de analgesia extra.
- Patrón 7: *Autopercepción–autoconcepto*. La imagen corporal del paciente se ha visto mejorada tras la intervención, aunque al principio refiere sensación de ansiedad y temor. Pregunta sobre la evolución normal de su patología.
- Patrón 8: *Rol-relaciones*. La familia del paciente ha colaborado durante todo el ingreso. Le ha acompañado y animado en todo momento.
- Patrón 9: *Sexualidad–reproducción*. El paciente es consciente de que su sexualidad se ha visto y puede verse afectada tras la intervención quirúrgica, desconociendo hasta qué grado. Fue informado al respecto. Mostró una gran preocupación al respecto.
- Patrón 10: *Adaptación-tolerancia al estrés*. Ha necesitado apoyo psicológico. Ha mostrado estado de ansiedad y estrés importante, requiriendo medicación para ello.

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 resultado la resolución de la mayor parte de las alteraciones durante los días de permanencia en el hospital.

Como resumen de la actividad enfermera desarrollada durante la estancia del paciente en el Servicio de Urología, destacamos que la evolución fue favorable, presentando febrícula las primeras 24 horas, diuresis normal con orina teñida al principio y dolor controlado con la medicación analgésica prescrita. El paciente muestra satisfacción y agrado tras la intervención realizada.

Cuidados domiciliarios

En este tipo de intervenciones quirúrgicas, el papel jugado por Enfermería es importante, tanto en el centro hospitalario como a nivel domiciliario. Los cuidados administrados, en su doble dimensión, físicos y de apoyo psicológico, adquieren gran relevancia, sobre todo esta última vertiente, intentando responder a las preguntas y dudas que habitualmente suelen plantear este tipo de enfermedad e intervención quirúrgica: ¿suele reproducirse el problema?, ¿se produce una disminución en el tamaño del pene con la operación?, ¿verá disminuida su capacidad sexual?...

A esta segunda pregunta hemos de informarle que, efectivamente, con la intervención verá reducido un poco el tamaño del pene, al eliminarse la incurvación peniana, pero que no tiene por qué verse afectada su capacidad sexual.

El personal de Enfermería aprovecha la corta estancia hospitalaria del pacien-

te para transmitirle toda esta información, lo cual mejorará el grado de ansiedad y estrés que no pocas veces acompañan a estos pacientes. En el informe de continuidad de cuidados se anota toda la información relativa a los cuidados que debe seguir sobre actividad diaria e higiene, además de la práctica de la cura diaria con betadine solución dermatológica, facilitándosele un número de teléfono para que pueda aclarar cuantas dudas le vayan surgiendo.

Entre las recomendaciones de continuidad de cuidados al alta figuran las siguientes:

- Procurar un ambiente tranquilo.
- Hacer reposo relativo los primeros días, sin necesidad de estar en cama o sentado todo el tiempo.
- Deambular progresivamente, pudiendo salir de casa, aunque sin hacer esfuerzos.
- Se aconseja evitar relaciones sexuales y erecciones en un mes, con progresiva reanudación de su actividad sexual.
- En cuanto a la dieta a seguir, comidas normales, sin variación de su dieta habitual. No deberá tomar alcohol.
- Aseo diario, pudiendo ducharse, manteniendo seca la herida y aplicar betadine después.
- Los puntos de grapa se le retirarán a la semana en su centro de salud.
- Si presenta dolor, seguir la pauta prescrita de analgesia.
- Acudir a su médico de zona o a Urgencias en caso de presentar fiebre, hinchazón de la zona intervenida o dolor que no cede con la medicación analgésica.
- Al mes acudirá a la consulta del cirujano que le ha intervenido.

Y, en relación al tratamiento médico a seguir, se le prescribió medicación analgésica (ibuprofeno 600 mg/8 h si dolor) y antibiótico por vía oral durante una semana (amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 h).

DISCUSIÓN

Tras la consulta de la bibliografía publicada sobre el tema, se ha escogido el presente caso clínico por considerarlo representativo del trabajo enfermero en este tipo de patología. Estos pacientes suelen permanecer ingresados en el hospital entre dos y tres días, en caso de no presentar complicaciones, como la infección.

El objetivo central del tratamiento quirúrgico de esta enfermedad es conseguir un pene funcional que permita el coito sin causar molestias en el enfermo ni en su pareja. La técnica de Nesbit consigue este objetivo sin actuar sobre la placa, consiguiendo la corrección de la curvatura resecando un fragmento de albugínea en el lado convexo. Esta resección conlleva un acortamiento del pene, que es la principal queja de los pacientes. Sin embargo, como señala Andrews[8], dicho acortamiento raramente interfiere en la vida sexual.

Es un tema poco abordado desde la vertiente enfermera, requiriendo una especial sensibilidad, dado que se trata de un tema considerado tabú por nuestra sociedad aún hoy día. La entrevista inicial realizada para la obtención de los datos se considera clave y no siempre se lleva a cabo con la seriedad y rigor que requiere. De hecho, el patrón funcional número 9 de M. Gordon, "Sexualidad–reproducción", en la mayoría de las ocasiones se deja sin contestar por creer que no procede o que

Ilustración 3

Detalles de la intervención quirúrgica (corrección de la curvatura del pene).

[8] Obra citada Moyano Calvo, José L. y otros. "Nuestra experiencia en la enfermedad de Peyronie con la técnica de Nesbit", p. 511.

Ilustración 4

Resultado final de la corrección del pene (vista lateral).

Ilustración 5

Resultado final de la corrección del pene (vista frontal). Esta corrección suele conllevar un acortamiento de la longitud del pene entre 1,5 y 2 cm.

hace referencia a la intimidad del paciente y que no aporta información significativa para establecer los planes de cuidados. Por tanto, es fundamental realizar esta valoración inicial creando un clima adecuado, de empatía, con naturalidad e imparcialidad, que dé sensación de seguridad[9].

CONCLUSIÓN

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Peyronie mediante el empleo de la técnica de Nesbit suele presentar escasas complicaciones y buenos resultados, tanto en corrección de curvatura como en satisfacción del enfermo.

No obstante, a pesar de estos buenos resultados estéticos y funcionales, con una estancia hospitalaria corta, los pacientes suelen presentar una gran carga de ansiedad, por lo que la información sobre esta patología y los cuidados enfermeros administrados, tanto en el hospital como en el domicilio del paciente, ocupan un lugar central.

Se hace necesario, por tanto, un abordaje integral del paciente, tratando el problema de la sexualidad con toda naturalidad por parte de enfermería, de ahí que el entrenamiento del personal de enfermería en habilidades relacionadas con la comunicación en este campo se convierte en una prioridad dentro del programa formativo de la unidad. ▼

[9] Martínez Piédrola, M. y otros. "Disfunción eréctil: objetivos e intervenciones en la consulta de Enfermería". *Enfermería Clínica,* vol. 15, n.º 1. Barcelona, 2005, p. 43.

BIBLIOGRAFÍA

–Martín Morales, A. y otros. Enfermedad de La Peyronie y otras alteraciones morfométricas del pene. Actas Urológicas Españolas. Asociación Española de Urología. LXVI Congreso Nacional de Urología.. ENE Ediciones, S.A. Madrid, 2001.

–Cruz Navarro, Natalio. Tratado de Andrología y Medicina Sexual. Parte VII: Alteraciones morfológicas del pene. Capítulo 84: "Enfermedad de La Peyronie e incurvación congénita de pene". Capítulo 88: "Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de La Peyronie". Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2012.

–Martínez Piédrola, M. y otros. Disfunción eréctil: objetivos e intervenciones en la consulta de Enfermería. Enfermería Clínica, 15 (1). Barcelona, 2005, pp. 43-49.

–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.

–Moyano Calvo, José L. y otros. Nuestra experiencia en la enfermedad de Peyronie con la técnica de Nesbit. Archivos Españoles de Urología, 59 (5). Editorial Iniestares, S.A. Madrid, 2006, pp. 511-515.

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

–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.

–Rodríguez Tolrá, E. y otros. Tratamiento con la técnica de Nesbit en pacientes con la enfermedad de Peyronie. Actas Urológicas Españolas, 27 (10). Madrid, 2003, pp. 803-807.

–Página web: "Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud": www.decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/

AGRADECIMIENTOS

A los doctores del Servicio de Urología Natalio Cruz Navarro e Irene Cienfuegos Belmonte, por su orientación y cesión del material fotográfico que acompaña el trabajo.

A la Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología Virgen del Rocío (Sevilla) y al personal de enfermería por su colaboración en el seguimiento del caso clínico expuesto.

Y, especialmente, a nuestro paciente, M.C.M., por su colaboración.

MERCEDES GARCÍA HARO
Enfermera Quirófano Urología. Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid

Protocolo quirúrgico de cistectomía laparoscópica con derivación tipo Bricker por cirugía abierta para enfermería

RESUMEN

La cistectomía radical asociada a linfadenectomía pélvica ampliada continúa siendo el tratamiento quirúrgico de elección para el carcinoma de vejiga. Pero la tendencia actual en la cirugía abdominal es conseguir mejores resultados, acortando tiempos de hospitalización, recurriendo para ello a métodos menos invasivos como son las técnicas laparoscópicas.
Estos abordajes requieren una formación específica para optimizar el manejo del aparataje e instrumental laparoscópico, así como un conocimiento del material empleado en este tipo de cirugías mixtas, ya que la derivación se practica por cirugía abierta.

Palabras clave: Cistectomía radical laparoscópica, derivación urinaria tipo Bricker.

SUMMARY

Radical cystectomy and extended pelvic lymphadenectomy remains the surgical treatment chosen for bladder's carcinoma. But the current trend in abdominal surgery is to achieve better results, shortening hospitalization times and resorting to less invasive methods such as laparoscopic techniques.
These approaches require specific training to optimize handling of laparoscopic instruments as well as specific knowledge concerning the material used in this type of joint since the bypass surgery is performed by open surgery.

Keywords: *Laparoscopic radical cystectomy, Bricker urinary diversion.*

INTRODUCCIÓN

La cistectomía radical asociada a linfadenectomía pélvica ampliada continúa siendo el tratamiento quirúrgico de elección para el carcinoma de vejiga infiltrante resistente a tratamientos médicos.

En la última década, con el avance tecnológico, se ha ido incorporando la técnica laparoscópica a la cirugía abdominal, y particularmente en la urología, como procedimiento de elección en muchas intervenciones (nefrectomía, prostatectomía, marsupialización, colposacropexía, etc.), debido a sus ventajas frente a la cirugía convencional.

Entre las ventajas podemos observar tiempos posquirúrgicos más cortos y menos demandantes de analgesia, ya que las incisiones en la pared abdominal se reducen considerablemente en comparación con la cirugía abierta, reduciéndose el trauma de tejidos sanos y, por lo tanto, la respuesta inflamatoria sistémica asociada. También se puede observar una disminución considerable del sangrado durante la cirugía, por lo que las tasas de transfusiones y la utilización de hemoderivados disminuyen y, con ello, las complicaciones en este aspecto y la optimización de bienes tan preciados y escasos.

Todo ello nos lleva a conseguir tiempos de ingreso menores, acelerando la incorporación del paciente a su vida habitual, reduciendo las complicaciones como las infecciones nosocomiales y, por ello, haciendo una mejor gestión de los tratamientos farmacológicos y los recursos hospitalarios.

La cistectomía radical laparoscópica es un procedimiento técnicamente especializado que requiere un alto grado de formación por parte del equipo para su práctica. Por ello, el objetivo de este protocolo es describir detalladamente el trabajo enfermero en la cistectomía radical con linfadenectomía pélvica laparoscópica y la derivación urinaria tipo Bricker por cirugía abierta, para instruir a neófitos en la materia y completar la formación de enfermería urológica, ya que esta es una técnica muy novedosa.

PREOPERATORIO

El enfermo ingresará el día previo a la intervención y comenzará con la preparación intestinal, consistente en una dieta baja en residuos y enemas de limpieza.

Como en todas las cirugías mayores se extraerá muestra sanguínea para cruzar y reservar al menos tres unidades de concentrado de hematíes en banco.

La misma mañana de la intervención se dará una ducha y se le premedicará en planta con la profilaxis antimicrobiana y la pauta anestésica.

Ya en la esclusa de camas se comprobará la ausencia de objetos metálicos, la falta de prótesis móviles, las ayunas obligatorias y se procederá a hacer el check list, para su traslado a quirófano con la historia completa.

ANESTESIA

La anestesia no varía sustancialmente con la practicada en la cistectomía convencional, siendo general con tubo orotraqueal.

Se comienza con la monitorización habitual PANI, EKG, BIS, pulsioximetría, capnografía, PAI, TOF.

Prepararemos para coger una vía central (subclavia o yugular interna) un catéter de 20 cm 3W, una vía arterial (radial) y dos vías venosas periféricas de gran calibre ch14 o ch16. La sonda nasogástrica se pondrá al comienzo del tiempo intestinal para descomprimir el tubo digestivo, utilizándose una tipo Kevin del calibre 16 o 18, conectándola a bolsa.

APARATAJE

El equipo de vídeo laparoscopio o torre de laparoscopia constará de su monitor de alta resolución, la cámara, que se compone del cabezal adaptador a la óptica o, en su defecto, el vídeo laparoscopio compacto de 0º y el módulo de vídeo, fuente de luz, insuflador de CO_2, bala de CO_2 y, por último, la gran mayoría de las torres disponen de un pequeño aparato llamado medicapture, que permite grabar imágenes de alta resolución en vídeo de gran calidad y almacenarlas en discos duros externos para su edición.

Se comprobará, antes de la entrada del enfermo en quirófano, que la torre laparoscópica está en perfecto estado, chequeando cada uno de sus componentes y asegurándose que tanto su toma de corriente como su reserva de gas están en óptimas condiciones para el procedimiento.

Por otro lado, también debemos disponer de un generador de electrocoagulación con una unidad electroquirúrgica de termofusión de vasos y tejidos capaz de soportar bisturí eléctrico monopolar para cirugía abierta, toma monopolar y bipolar para cirugía laparoscópica con sus correspondientes pedales y sistema de sellado tipo Ligasure®.

INSTRUMENTAL BÁSICO

Al ser una cirugía mixta se precisa más instrumental básico que el empleado en una cirugía laparoscópica pura, y por ello prepararemos una caja de laparotomía que contenga pinzas hemostáticas, de disección, clanes intestinales, tijeras de disección, portaagujas, separadores de pared (caja de cistectomía) y separadores específicos para pequeños orificios "S".

INSTRUMENTAL LAPAROSCÓPICO

Deberemos distinguir entre instrumental inventariable y fungible. En el apartado de inventariable en mi servicio trabajamos con la caja de laparoscopia nº 1 que consta de una pinza bipolar fija, dos pinzas de agarre atraumáticas fenestradas de pala larga, dos portaagujas, dos disectores en ángulo recto (90º) para puertos de 10 mm, un terminal de aspirador-irrigador, un cable monopolar y otro bipolar. También dispondremos de dos pinzas portaclips poliméricos tipo hemolock, tamaños L (morada) y XL (dorada), un cable de luz y óptica laparoscópica de 0º. En cuanto al instrumental de un solo uso, utilizaremos unas tijeras laparoscópicas monopolar rotatoria y en ocasiones una pinza de agarre tipo endopath.

MATERIAL FUNGIBLE

Como en cualquier cirugía dispondremos de un terminal de bisturí eléctrico estándar, una goma de aspirador y su correspondiente cánula de Yankauer para poder practicar la derivación urinaria.

Más específico es el material laparoscópico compuesto por una manguera de CO_2 con su correspondiente filtro que permitirá la entrada de gas intraabdominal capaz de formar el neumoperitoneo imprescindible para ver las estructuras a tratar, con o sin calentador asociado. No nos olvidaremos del sistema que adaptaremos al terminal de aspiración-irrigación, ni de la funda de cámara que nos permita manejarla sin riesgos de contaminación del campo.

Un instrumento indispensable en estas cirugías es la pistola Ligasure® laparoscópica 37 cm para puerto de 10 mm que permite el electrosellado de vasos y tejidos y el corte en frío.

Dispondremos de dos bolsas de extracción de espécimen pequeñas para el paquete linfático derecho e izquierdo y una grande que contendrá la vejiga y próstata.

También prepararemos dos o tres aplicadores automáticos de clips de titanio laparoscópicos de 5 mm rotativo tipo Ligamax®.

Aun siendo lo primero que se coloca en la cirugía, dejo para el final el apartado de los puertos laparoscópicos, ya que no siempre se utilizan exactamente los mismos debido a que se deben adaptar a las características del paciente en cuanto a longitud. Necesitaremos un trocar de Hasson con balón para el paso de la óptica, un trocar con cuchilla de 10 mm y tres de 5 mm, de 100 mm o 150 mm de longitud según el caso.

Figura 1
Hasson

MATERIAL TEXTIL

Equipo de cirugía abierta con una sábana cerrada extra, dos paños y una alforja.

Batas, compresas y gasas contrastadas habituales.

SUTURAS

Durante el tiempo laparoscópico, las suturas se encargarán de marcar la lateralidad más que de cerrar estructuras, ya que, por la visión espacial, la diferenciación es fundamental. Por ello utilizamos hilos blancos para el lado izquierdo y negros para el derecho, por norma.

Así marcaremos el hemolock de clipaje del uréter izquierdo

y la bolsa de espécimen de la linfadenectomía izquierda con un vicryl rapide (blanco) de 3/0 a 23 cm de longitud y el uréter derecho y la bolsa de espécimen de la linfadenectomía derecha con una seda (negra) de 3/0 a la misma longitud. Por otro lado volveremos a utilizar estas dos suturas para el marcaje de la porción intestinal que configurará el asa de Bricker.

Necesitaremos un vicryl del 0 con aguja cilíndrica de 26 mm para el complejo de la dorsal de 23 cm de longitud, si la cistectomía se practica a un varón. Con esto tendremos todas las suturas necesarias para el tiempo cerrado.

En este apartado también incluiremos cargas de clips poliméricos de los dos tamaños L y XL (morados y dorados).

Las suturas utilizadas para la derivación urinaria no se diferencian de las convencionales en cirugía clásica, empleando vicryl de 4/0 para la anastomosis ureteral, seda de 3/0 o monocryl de 3/0 para el íleo y cierre del meso, todo ello con aguja curva cilíndrica.

Para la urostomía se empleará vicryl del 0 en aponeurosis y de 2/0 o 3/0 para mucosa y piel.

Para el cierre de la pequeña incisión pararrectal o minilaparotomía infraumbilical, la tendencia es emplear PDS loop del 1 para el cierre en bloque y grapas en piel.

Por último fijaremos el drenaje con seda curva triangular del 0.

SONDAS, CATÉTERES Y DRENAJES

Al comienzo de la intervención se practicará un cateterismo vesical en campo estéril con una sonda de látex tipo Foley de 2W Ch 16 conectada a bolsa de diuresis.

Los uréteres serán cateterizados con simples J, biselando el izquierdo para su diferenciación y posterior recogida en la bolsa de urostomía. Estos pigtails asegurarán la permeabilidad ureteral durante todo el postoperatorio, y si se precisara, permitirán el balance hídrico de cada uno de los riñones.

Como en toda gran cirugía abdominal, se dejará un drenaje multiperforado del tipo Jackson Pratt del calibre Ch 16 o Ch 20, según la valoración del cirujano, en cavidad, conectado a un reservorio de baja presión o, en su defecto, a una bolsa de caída libre.

COLOCACIÓN DEL PACIENTE

Se sitúa al paciente en decúbito supino con MMSS alineados al tronco y MMII separados por perneras bajas, de tal modo que no interfiera en la visualización de los monitores, pero a su vez permitan la manipulación del periné si fuese preciso. Se tendrá sumo cuidado en evitar zonas de presión recurriendo al almohadillado de los soportes.

En la parte superior de la mesa se instalarán dos hombreras correctamente acolchadas que impidan el deslizamiento y garanticen la seguridad del paciente cuando se adquiera la posición de Trendelemburg forzado (30º aprox.) que se precisa para desplazar el paquete intestinal hacia la porción superior del abdomen y facilitar el abordaje pélvico.

La colocación termina para el tiempo laparoscópico flexionando la mesa a la altura de las crestas iliacas del paciente, consiguiendo con esta V invertida exponer la zona a tratar.

Figura 2
Posición

A la hora de practicar la derivación urinaria, los miembros superiores e inferiores mantendrán su postura, pero quitaremos la posición de Trendelemburg y reduciremos la posición de flexión pélvica, retirándola totalmente para el cierre de pared y plano superficial de urostomía.

Un requerimiento fundamental para mantener la temperatura corporal del paciente y evitar la hipotermia quirúrgica es la colocación en tórax de mantas eléctricas de mariposa, por aire caliente. De esta forma se consigue disminuir complicaciones tales como la acidosis metabólica, una respuesta inmune alterada, aumento en el consumo de oxígeno e incluso trastornos en la coagulación y el aumento en la tasa de infecciones posquirúrgicas.

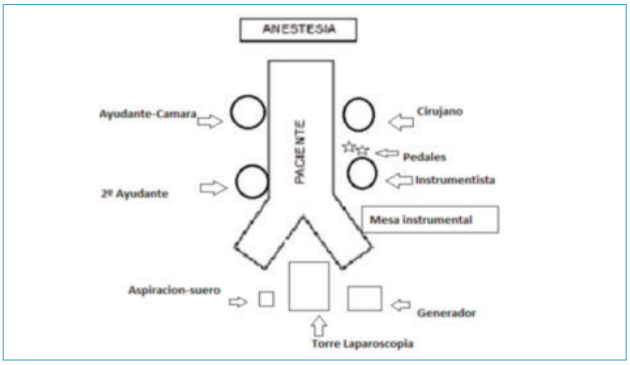
COLOCACIÓN DEL EQUIPO

En estas cirugías, la posición de cada uno de los miembros del equipo quirúrgico y del aparataje y mobiliario del quirófano adquieren una importancia singular.

Con este esquema podemos tener una visión general a la hora de distribuir cada uno de los componentes, aunque la situación puede variar si, por ejemplo, el quirófano dispone de laparoscopio integrado de techo.

Es importante no olvidar la colocación de los pedales para el manejo del termosellado junto al pie izquierdo del cirujano.

Figura 3
Distribución del equipo



MONTAJE INSTRUMENTAL EN EL TIEMPO LAPAROSCÓPICO

Empieza la intervención con el pintado quirúrgico, colocación del campo y sondaje.

Llegado este momento, la coordinación entre la enfermera instrumentista y circulante es fundamental, ya que se necesita, sin perder la esterilidad, conectar cada componente a su fuente, siguiendo un orden lógico adaptado a las necesidades de la cirugía y empleando el menor tiempo posible para acortar tiempos quirúrgicos.

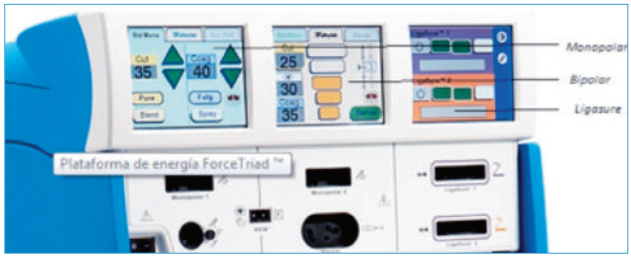
Figura 4
Insuflador CO_2 Wolf

Mientras el cirujano va colocando el primer puerto (Hasson) a través de una incisión de minilaparotomía, que soportará la cámara y la entrada de CO_2, se va conectando la manguera al insuflador programado a una presión intracavitaria de 12 mmHg inicialmente, aunque puede variar a lo largo del procedimiento entre 12 y 15 mmHg, y un flujo de insuflado alto.

A continuación conectaremos la óptica de 0º a la cámara enfundada y esta a su vez al módulo de vídeo ya operativo, el cable de luz a la fuente y todo ello lo fijaremos junto a la manguera de CO_2 al MID del paciente.

Llegado este momento y teniendo ya activo todo el sistema de vídeo laparoscopio, nos centraremos en activar todo el instrumental de termosellado conectando los cables monopolar y bipolar al generador por un extremo y a las tijeras y pinzas por el otro. Por defecto, y si no hay orden contraria, la intensidad se programará a 40.

Figura 5
Generador termosellado



Seguidamente se hará lo mismo con el terminal de termosellado Ligasure® a intensidad media. Los tres cables se fijarán para evitar deslizamientos y contaminación al MII del paciente.

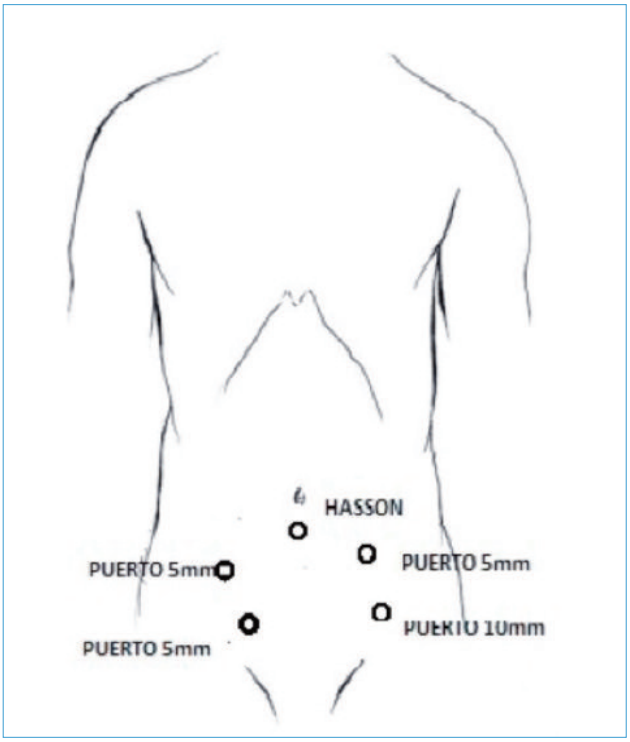
El terminal de bisturí eléctrico para cirugía abierta se preparará y reservará para la derivación o su utilización en cualquier momento.

Termina el montaje con la habilitación del aspirador irrigador acoplándolo a un suero salino fisiológico y a un receptal de vacío y fijándolo al MID.

INSTRUMENTACIÓN LAPAROSCÓPICA

Durante todo el montaje hemos ido instrumentando la colocación de los puertos, dando primero el Hasson por el que se ha podido crear el neumoperitoneo y se ha introducido la óptica que nos permite colocar el resto de los trocares, que damos cerrados y montados, bajo visión directa.

Figura 6
Puertos laparoscópicos



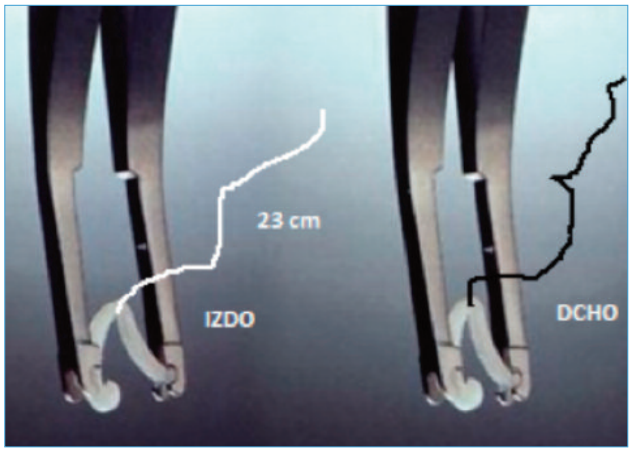
Con todos los puntos de acceso disponibles damos al cirujano la pinza bipolar rígida en su mano izquierda y la tijera monopolar en su derecha para que comience la disección tisular.

El primer ayudante llevará con su mano izquierda la cámara y daremos una pinza de agarre roma en la derecha para traccionar.

Al segundo ayudante le daremos el aspirador irrigador.

Llegado este momento montaremos los hemolock L (morados) marcados con un hilo blanco de Vicryl rapide 3/0 a 23 cm de longitud para el clipaje del uréter izquierdo y otro con hilo negro de seda 3/0 para el derecho a la misma longitud.

Figura 7
Hemolocks marcados



Una vez seccionados los uréteres se manda la porción distal al laboratorio de anatomía patológica como muestra intraoperatoria rotulando los botes y diferenciando las muestras.

La vejiga se va disecando con ayuda del terminal de termosellado Ligasure® 10 mm con coagulación y corte frío de los pedículos vesicales y la pinza bipolar.

Según va avanzando la cirugía prepararemos la sutura de Vicryl® del 0 con aguja cilíndrica CT-1, encargada de ligar el complejo de la dorsal (Santorini) en varones, a 23 cm montado sobre un portaagujas laparoscópico a 2-3 cm de la aguja.

Durante todo el procedimiento iremos limpiando y manteniendo todo el instrumental en perfecto estado, impidiendo el cruce del cableado, de tal forma que su utilización por parte del cirujano sea cómoda y eficaz.

Una vez disecada vejiga y próstata con sus vesículas seminales, se clipa con hemolocks y secciona uretra e inmediatamente se embolsa la pieza en una bolsa de espécimen tipo Endocatch® de 15 mm.

Figura 8
Bolsa de espécimen

Para abandonarla en cavidad abdominal durante el tiempo que se realiza la linfadenectomía pélvica.

A continuación se hará el abordaje linfático, y para ello tendremos disponibles pistolas endoscópicas de clips de titanio tipo Ligamax® de 5 mm y dos bolsas de espécimen de 10 mm y 200 ml marcadas con el mismo código de colores que hicimos en los hemolocks colocados en los uréteres, hilo blanco izquierda, hilo negro derecha. Una vez hecha la linfadenectomía ilioobturatriz del lado derecho, se embolsa y abandona para continuar con la linfadenectomía contralateral.

Por último, el cirujano tunelizará el uréter izquierdo al lado derecho para facilitar la anastomosis ureteroileal y revisará la hemostasia de todo el lecho.

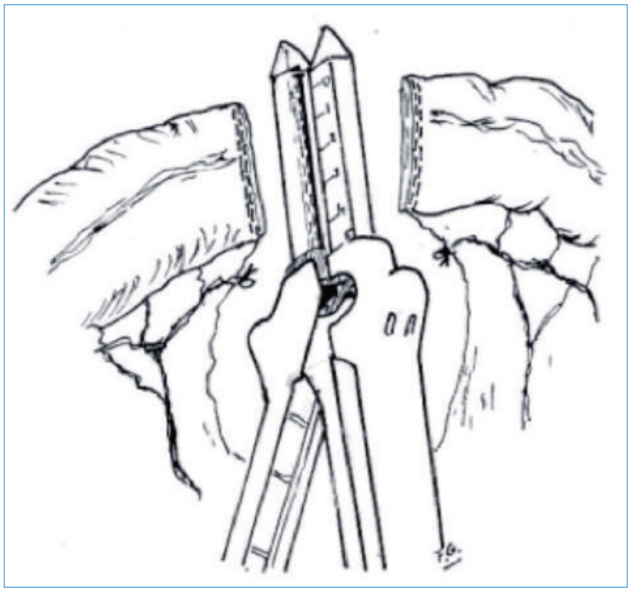
En este momento termina el tiempo laparoscópico, y se comenzará la cirugía abierta con la extracción de las piezas a través de una pequeña incisión, para introducirlas en duquesas y mandarlas para su análisis a anatomía patológica. La instrumentista retirará todo el material de este tiempo y tendrá preparado todo lo necesario para practicar la derivación urinaria. A su vez, la enfermera circulante se encargará de desconectar y retirar el aparataje laparoscópico.

INSTRUMENTACIÓN DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER

La instrumentación de este tiempo es igual a la realizada si la cistectomía se hace por el método clásico.

Se aísla una porción de íleon, para realizar la ureteroileostomía, utilizando para ello suturas mecánicas tipo GIA de 55 mm y 75 mm (Ethicon Endosurgery®), o bien se hace de forma manual con clanes intestinales y sutura (seda o monocryl de 3/0), para crear el asa de Bricker a donde se abocarán los uréteres anastomosándolos con Vicryl 4/0.

Figura 9
Sutura mecánica GIA



Llegado este momento es necesaria la cateterización de cada uno de los uréteres con catéteres unijotas, biselando el colocado en el lado izquierdo para su diferenciación. Estos pigtails garantizarán la permeabilidad de la vía urinaria durante todo el postoperatorio.

Figura 10
Catéter unijota

Termina la derivación urinaria no continente o heterotópica con la instrumentación de la urostomía, por la que saldrán los extremos de los catéteres unijotas, para la que se utiliza Vicryl de 2/0 en aponeurosis y de 3/0 para mucosa ileal y piel.

Antes del cierre de pared, que habitualmente se hace en bloque con PDS loop del 1, se coloca un drenaje de silicona multiperforado tipo Jackson Pratt 20 Ch a bolsa, en lecho quirúrgico, fijado en piel con seda del 0. Se finaliza el procedimiento dando grapas en piel y colocando un apósito adhesivo en herida y bolsa de urotomía.

CONCLUSIONES

La cistectomía radical laparoscópica con derivación tipo Bricker por cirugía abierta es un procedimiento que, si bien proporciona grandes ventajas al paciente, demanda un entrenamiento, conocimientos y habilidades muy específicos por parte de los profesionales.

Por todo ello, el objetivo de este protocolo es describir la técnica detalladamente para así facilitar el apredizaje de aquellas enfermeras/os que tengan que enfrentarse a ella, ya que cada vez son más los hospitales que entre su cartera de servicios incluyen los procedimientos laparoscópicos complejos en grandes cirugías urológicas.

BIBLIOGRAFÍA

–Broseta Rico, E., y Jiménez Cruz, J.F. (Servicio de Urología. Hospital Universitario La Fe. Valencia). "Preparación mecánica intestinal en Urología: una batalla contra la tradición". En: *Actas Urológicas Españolas*, v. 33, n. 1, 2009.

–Núñez-Mora, C.; Cabrera, P.; García-Mediero, J.M.; Ramón de Fata, F.; González, J., y Angulo, J. (Servicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe, España). "Técnica de cistectomía radical laparoscópica y derivación urinaria en varón". En: *Monográfico: Cirugía urológica, Arch. Esp. Urol.*, 64 (3): 195-206, 2011.

–"Instrumentación quirúrgica; laparoscopia. Principales pioneros en cirugía laparoscópica". En: *Instrumentación quirúrgica*, 3 de mayo de 2012 (última consulta: 15 de marzo de 2014). http://instrumentacionginecologica.blogspot.com.es/2012/05/laparoscopia.html

–Pérez Jiménez, S.; Pajares Antón, M.J.; Teso Manzano, S. (Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva). "Posiciones quirúrgicas: Cuidados de enfermería y prevención de complicaciones". *Nure Investigación*, nº 5, mayo 2004.

–Ramiro Cabello, B. (Servicio de Urología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid). "Bases de laparoscopia urológica", 6ª ed., 3 y 4 febrero 2012. En*: Medical Practice group.* Febrero 2013.

–Puppo, P., y Naselli, A. (Departamento de Urología. Instituto Nacional de Investigación del Cáncer. Génova. Italia). "Cistectomía radical laparoscópica. ¿Dónde estamos". En: *Arch. Esp. Urol.,* v. 63, n. 7, Madrid, sep. 2010.

–Laguna, MªP.; Lagerveld, B., y De la Rosette, J. (Department of Urology AMC, University of Amsterdam. Amsterdam. The Netherlands). "Tácticas y trucos endourológicos en laparoscopia". En: *Actas Urológicas Españolas,* v. 58, n. 8, octubre 2005.

–Riomoros Sanz, M.B.; Herrero Cecilia, I., y Carrasco Díaz, R. (Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid). "Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones". En: *Rev. Enfuro (AEEU)*. n. 108, diciembre 2008.

Noticias de interés

Como ya muchos de vosotros sabréis, nuestra fecha de congresos tradicional en el mes de octubre ha cambiado. Por diversas razones de tipo logístico y económico, se propuso en la asamblea de socios celebrada en Córdoba el cambio de fechas al mes de mayo, por lo que este año no se celebrará el congreso y pasará a celebrarse en mayo de 2015, en la ciudad de Valencia, y concretamente los días 6, 7 y 8 de mayo, si bien estas fechas aún no son definitivas, pero que sirvan de orientación.

Por otra parte, durante la celebración de dicho certamen se celebrará la entrega del premio ENFURO otorgado al mejor artículo publicado en nuestra revista en los últimos dos años, concretamente los números 122 al 128, ambos inclusive.

También os recordamos que en el próximo congreso habrá elecciones para la renovación de la junta directiva de esta asociación, desde aquí os animamos a todos los que estéis interesados en formar parte de dicha junta directiva, forméis candidaturas para aportar savia nueva a esta asociación. De todo el proceso electoral tendréis cumplida información en nuestra web.

www.enfuro.es

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 270.000 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.