enfuro
Asociación Española de Enfermería en Urología. Número 132. Marzo 2017

Incidentes y eventos adversos en un distrito de atención primaria. Importancia y análisis de la notificación

Estandarización cromática de la orina

Ingesta de agua y cáncer vesical

La idoneidad de la cistostomía suprapúbica frente al cateterismo uretrovesical

ENFURO
nº 132 / Marzo 2017
Año XII

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
Ana Palomino Martínez
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: Cartel anunciador 38 Congreso Nacional.

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
- Notifiquemos para la seguridad del paciente 4
- Incidentes y eventos adversos en un distrito de atención primaria. Importancia y análisis de la notificación 7
- Estandarización cromática de la orina 11
- Ingesta de agua y cáncer vesical 15
- Importancia de una profilaxis dietética en una intervención quirúrgica 22
- Actuación de enfermería en el tratamiento del tumor vesical con láser ambulante con anestesia local 24
- Revisión bibliográfica sobre transmisibilidad cruzada de microorganismos multirresistentes en un servicio de hospitalización urológico 26
- La idoneidad de la cistostomía suprapúbica frente al cateterismo uretrovesical 33
- La edad del donante en la evolución de la creatinina plasmática en receptores renales 39
- Unidad Funcional de Próstata (UFP), agilidad y calidad asistencial 42
- La información sexual en pacientes urostomizados, ¿una asignatura pendiente? 44

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

Investigación enfermera

Hola a todos y a todas. Con la alegría de ponernos otra vez en contacto, nos complace enviaros el nuevo número de nuestra revista *Enfuro*.

Comentaros que estamos preparando el próximo congreso, que tendrá lugar en la espectacular ciudad de Toledo y animaros a enviar, como cada año, los diferentes temas, preguntas y proyectos de investigación.

Resolver las cuestiones planteadas en cada una de las etapas del proceso asistencial, para poder mejorar tanto la práctica clínica diaria como la calidad de la atención prestada a los pacientes, es el objetivo de un proceso básico para el óptimo desarrollo de nuestra profesión, que es la investigación clínica.

Estas cuestiones que nos surgen al detectar lagunas de conocimiento para mejorar o sustituir una actuación/intervención de la asistencia habitual, o posiblemente en nuestra tarea docente, son el punto de partida. El planteamiento de una incertidumbre, que toma forma mediante la formulación de una pregunta, nos permitirá el desarrollo de una estrategia científica y poner en marcha, así, un protocolo de trabajo de investigación.

Galileo Galilei afirmaba: "Mide lo que sea posible y haz medible lo que no lo sea". Favoreciendo ya, mucho antes del nacimiento de otras teorías, que la metodología cuantitativa haya sido la más empleada, dentro del método científico, debido a la evolución que hemos ido desarrollando a lo largo de los últimos años.

La investigación cuantitativa está configurada como un proceso lineal de etapas consecutivas, en riguroso orden y donde el investigador se ciñe estrictamente al planteamiento dibujado. La metodología cualitativa rompe con esta idea de linealidad y rigidez. El investigador va tomando decisiones en función de lo que va descubriendo en el proceso. "Es una aproximación sistemática y subjetiva que permite describir las experiencias de vida y darles significado" (Munhall, 2001).

En la bibliografía vemos referido que, en cuanto a la ciencia enfermera, en los artículos cuantitativos vs los cualitativos, la balanza muestra un peso importante respecto a la metodología cualitativa, aunque el predominio continúe siendo cuantitativo.

Os animamos, pues, a que siguiendo la metodología más adecuada según la pregunta planteada y/o la que prefiráis dentro de vuestro rol investigador, presentéis vuestros trabajos en el próximo congreso.

Mejorar la práctica, y en consecuencia los resultados en salud de las personas, es uno de los objetivos finales de nuestra investigación en cuidados.

Gracias a vuestro esfuerzo iremos un año más, pasito a pasito, hacia la excelencia en los cuidados enfermeros de urología.

Os esperamos. ■

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

ANENTO NOLLA, SANDRA; BERGE COSTA, MARÍA ISABEL; BRULL GISBERT, TANIA; BARRACHINA SALES, MAGDA; GARCÍA VILLARROYA, NURIA; MENASANCH MARTÍ, INMACULADA; FERRÉ MARGALEF, JOEL
Enfermeras/os, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

Notifiquemos para la seguridad del paciente

Palabras clave: seguridad, notificar, errores médicos.

Keywords: *security, notify, medical errors.*

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de notificación y gestión de incidencias pretenden mejorar la seguridad, reduciendo siempre que sea posible la probabilidad de que los incidentes se vuelvan a producir. A partir de las notificaciones recibidas se pueden conocer cuáles son los puntos débiles del sistema, qué factores contribuyen a esta falta de seguridad y establecer así medidas específicas de mejora.

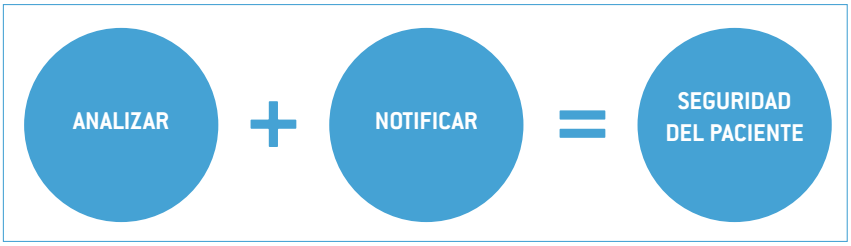
En Estados Unidos, basados en el estudio de Harvard de 1991, se calcula una tasa del 3,7% de eventos adversos, un tercio por negligencia.

El Grupo de Trabajo Europeo sobre los Cuidados de Calidad en los hospitales dice que uno de cada diez pacientes hospitalizados en Europa padece enfermedades evitables y efectos adversos relacionados con los cuidados que recibe.

La tasa de efectos adversos (EA) en hospitales ha sido estimada entre 4-17% y un 50% ha sido considerado evitable.

El sistema que se utiliza en todos los centros se llama TPS Cloud®, es un sistema voluntario, confidencial, no punitivo, anónimo, con orientación sistémica, que permite el análisis local de los casos y, en consecuencia, el aprendizaje y la implementación de mejoras en el ámbito del centro sanitario.

Existen accidentes evitables en nuestro sistema sanitario, invocando una necesidad prioritaria de actuación de gestión en materia sanitaria. La terminología "error" está considerada en nuestro ámbito como un tabú, y en seguida deriva hacia una cultura de culpabilidad, de fracaso y humillación de los profesionales.



Una cultura de la seguridad para los pacientes es, en esencia, una cultura en la que todos los profesionales tienen una conciencia constante y activa de la posibilidad de que se cometan errores, de los cuales se puede aprender lo que se ha hecho mal para poder rectificarlo.

En este trabajo analizamos un evento adverso que se notificó en nuestra unidad. Se trata de un cuerpo extraño dentro de la vejiga urinaria.

OBJETIVOS

- Informar a todos los profesionales de la importancia de utilizar el sistema de notificaciones como herramienta para la mejora de la seguridad del paciente.
- Minimizar el error mediante la aplicación de estrategias de control para evitar repeticiones.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de diferentes fuentes informativas sanitarias de ámbito nacional, con la realización posteriormente de un póster ilustrativo.

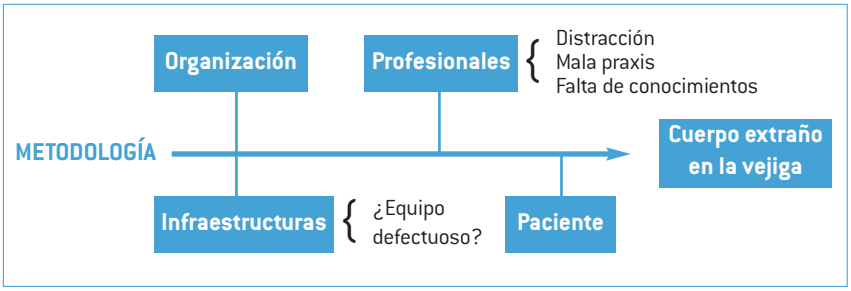
Reunión informativa para todo el personal sanitario de la planta de especialidades I, con el objetivo de crear una cultura de seguridad para el paciente.

Analizar eventos adversos.

Brain storming o lluvia de ideas.

Diagrama de Ishikawa.

Proponer acciones de mejora.



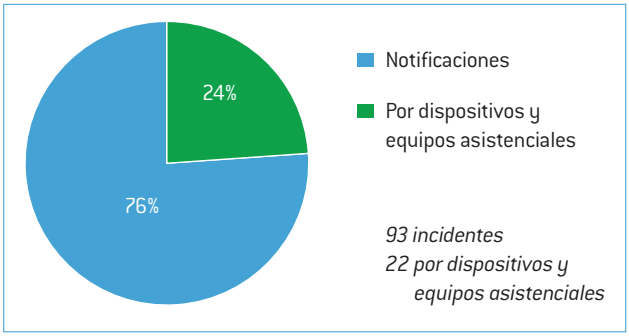
RESULTADOS

Con tal de informar a los profesionales de la importancia de la realización de notificar cualquier error o evento adverso, se realiza un póster ilustrativo enfocado para los profesionales, también se realiza una reunión con los profesionales sanitarios del servicio, con tal de llegar a alcanzar los objetivos planteados en este trabajo.

Después de la revisión y extracción de datos del sistema de recogida de efectos adversos, se registraron 93 incidentes, de los cuales 22 (un 24%) eran debidos a causa de dispositivos y equipos asistenciales, como el caso que analizamos en este trabajo, que era por un trozo de sonda vesical dentro de la vejiga.

Hacer recogida de datos y revisión de los mismos nos ayuda a difundir los errores encontrados y a tomar medidas correctoras de los mismos, a la vez que a aprender de ellos.

Recogida de datos semestral



CONCLUSIÓN

Una vez acabada la reunión con todo el personal sanitario del servicio, después de haber estado comentando todos los puntos, se llega a la conclusión de que todos los profesionales de cualquier categoría entienden el procedimiento para poder realizar una notificación de un incidente como mejora de la seguridad del paciente. También se recuerdan estrategias y protocolos, con tal de minimizar al máximo cualquier tipo de error o evento adverso. Estas reuniones formativas frecuentes son imprescindibles para alcanzar la excelencia de los cuidados a los pacientes y, en definitiva, trabajar para la seguridad del paciente.

Los profesionales de la salud son conscientes de la importancia de notificar un incidente como mejora para la seguridad del paciente, así como minimizar cualquier tipo de error o evento adverso. ▼

BIBLIOGRAFÍA

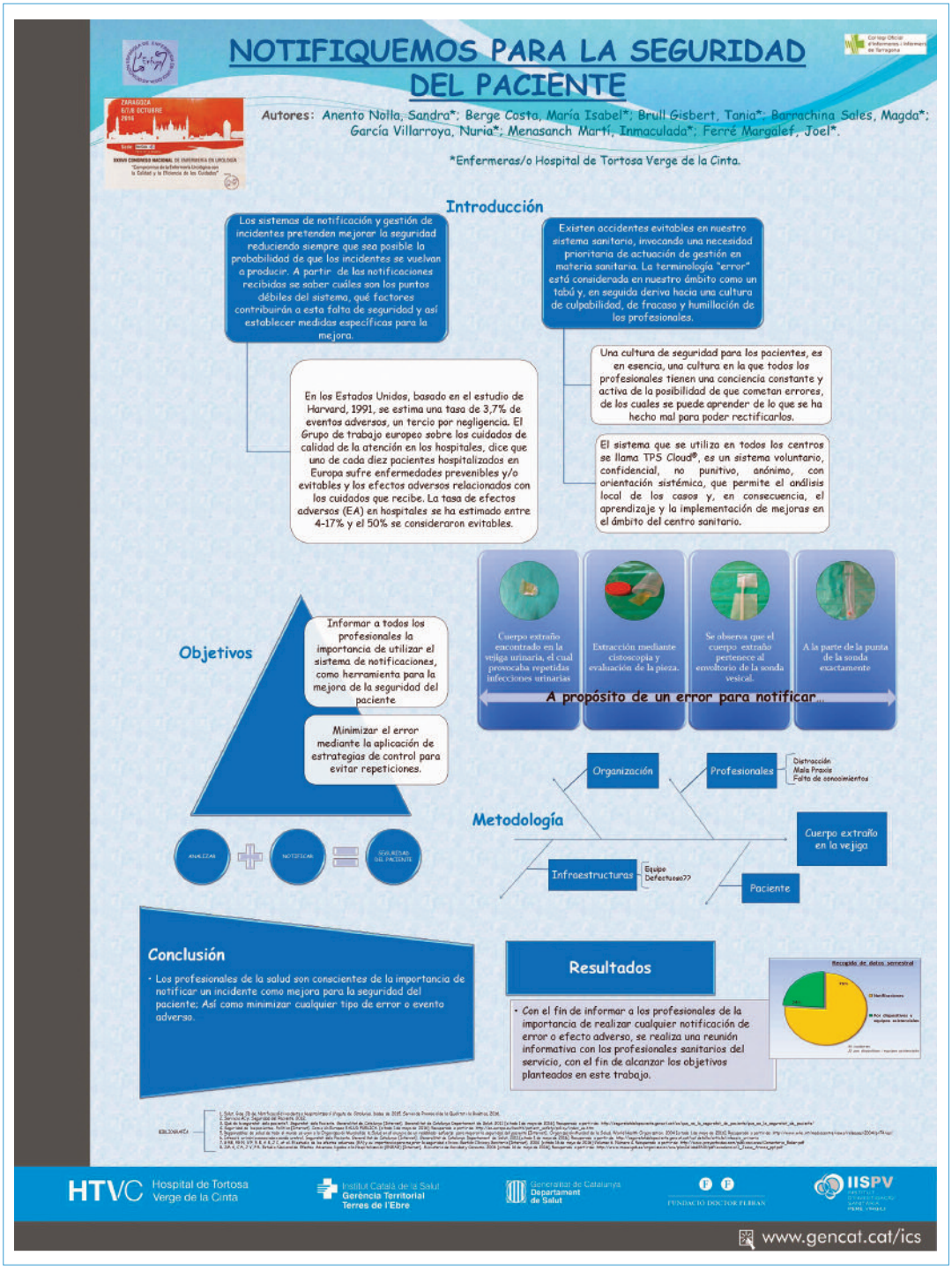
1. Salut. G de CD de. Notificació d'incidents a hospitalització d'aguts de Catalunya. Dades de 2015. Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica. 2016.
2. Servicio ÁC y Seguridad del Paciente. 2012.
3. Què és la seguretat dels pacients? Seguretat dels Pacients. Generalitat de Catalunya [Internet]. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. 2011 [citado 1 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/que_es_la_seguretat_de_pacients/que_es_la_seguretat_de_pacients/
4. Seguridad de los pacientes. Política [Internet]. Comisión Europea Salud Pública [citado 1 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/policy/index_es.htm
5. OMS. Responsables de salud de todo el mundo se unen a la Organización Mundial de la Salud en el anuncio de un redoblado esfuerzo para mejorar la seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization; 2004 [citado 1 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr74/es/

A propósito de un error para notificar

6. Infecció urinària associada a sonda uretral. Seguretat dels Pacients. Generalitat de Catalunya [Internet]. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. 2011 [citado 1 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: http://seguretatdelspacients.gencat.cat/ca/detalls/article/infeccio_urinaria

7. G RB, PG N, V F, R B, A B, J C, et al. El estudio de los efectos adversos (EA) y su importancia para mejorar la seguridad clínica. Gestión Clínica y Sanitaria [Internet]. 2004 [citado 16 de mayo de 2016];Volumen 6. Número 4. Recuperado a partir de: http://www.proyectoidea.com/publicaciones/Comentario_Baker.pdf

8. JM A, C A, J V, P R. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006 [citado 16 de mayo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/1_Jesus_Aranaz_ppt.pdf



APARCERO BERNET, LUIS ALFONSO; MALDONADO CAMPAÑA, JOAQUÍN; DÍEZ LEÑA, SIERRA; SÁNCHEZ CAÑETE, YOLANDA; RAMOS CALERO, EFRÉN

Incidentes y eventos adversos en un distrito de atención primaria. Importancia y análisis de la notificación

Palabras clave: notificación, eventos adversos, seguridad clínica, atención primaria.

Keywords: *notification, adverse events, clinic security, primary health cares.*

INTRODUCCIÓN

Presentamos un trabajo realizado en el Distrito Sanitario de Atención Primaria "Sevilla" con el que pretendemos analizar la tasa de notificación de accidentes en un periodo concreto.

Villarreal, en un artículo publicado sobre seguridad del paciente, nos aporta que las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos que, si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades de práctica insegura para la ocurrencia de eventos adversos (Villarreal, 2007).

La tendencia actual con respecto a la gestión de los eventos adversos e incidentes en la práctica sanitaria es crear una cultura de notificaciones de estos incidentes, sean errores, *near misses*, u otros eventos no deseados. Cuesta trabajo que los profesionales notifiquen estos incidentes, ya que por miedo, pudor o temor a represalia quedan la mayoría en el ámbito de lo desconocido y, por tanto, en el ámbito de lo "no ocurrido".

Es tarea de los sistemas sanitarios el favorecer la notificación no emprendiendo acciones punitivas sobre los profesionales hasta tanto no se lleve a cabo un análisis de los hechos ocurridos, con un análisis de riesgos y concurrencias y posterior puesta en marcha de acciones de mejora para evitar que se repitan. Son muchos los autores que aconsejan el anonimato en la notificación, para de esta manera evitar el ocultarlo por miedo a represalias, facilitando la notificación (Mira, Cho, Montserrat, Rodríguez & Santacruz, 2013).

Por todo ello es imprescindible contar en los servicios sanitarios con herramientas de seguridad, como análisis AMFE, matrices de riesgos y grupos de calidad debidamente formados, que analicen los incidentes reales o potenciales, facilitando esta notificación incluso con medios electrónicos (Pérez Blanco, Rubio, Alarcón, Mateos, Herredón & Delgado, 2009).

Presentamos un seguimiento realizado desde el año 2009 hasta 2016 de los incidentes que han sido registrados por profesionales y usuarios en el Distrito de Atención Primaria "Sevilla", con el análisis de su tipología, dispersión, causas, motivación y factores que han contribuido a su aparición. Haciendo hincapié en que estos datos han sido posibles gracias a que cada vez hay más cultura de notificación.

OBJETIVOS

- Presentar la casuística de incidentes notificados en un distrito de atención primaria de Sevilla.
- Resaltar aquellos puntos débiles del sistema que están produciendo riesgos reales para los usuarios.
- Poner en valor la importancia de la notificación y el uso correcto de una buena metodología de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio es de tipo descriptivo cuantitativo y de carácter retrospectivo y se realiza mediante las notificaciones enviadas por profesionales y usuarios del Distrito Sanitario de Atención Primaria "Sevilla", compuesto por un total de 33 centros de salud, que engloban a una población de algo menos de 700.000 habitantes, es decir, el casco urbano de Sevilla capital con un 52% de mujeres y un 48% de hombres, donde el 37% supera los 65 años.

Los datos de las notificaciones realizadas han sido recogidos en la sede central del distrito mediante envíos a través de la plataforma del Observatorio de Seguridad del Paciente (Consejería de Salud) de la Junta de Andalucía y gestionados mediante sistema de análisis de datos[1].

[1] Disponible en http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html, recuperado en septiembre de 2016.

Figura 1
Portada web del Observatorio de Seguridad del Paciente

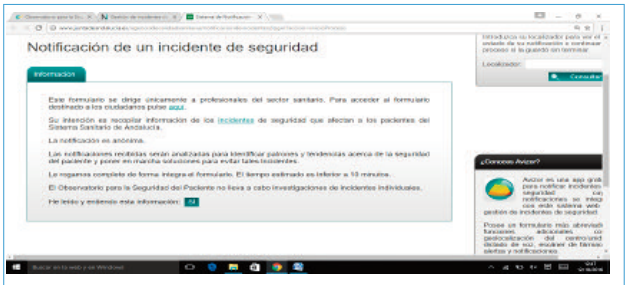
Se accede al sistema de notificación por el enlace: "Gestión de incidentes de seguridad" (figura 2).

Figura 2
Enlace a la gestión de notificaciones

A este sistema de notificación abierto pueden acceder tanto profesionales del sistema sanitario andaluz como usuarios del mismo sistema (figura3).

Figura 3
Enlace a profesionales y usuarios

Figura 4



Al acceder a profesionales, nos indica el anonimato de la notificación y la no investigación de sucesos para evitar el miedo a las acciones punitivas.

Seguidamente, a través de un sistema de click y de desplegables, se van registrando los detalles del incidente, que se trasladarán al centro sanitario correspondiente para su análisis y gestión.

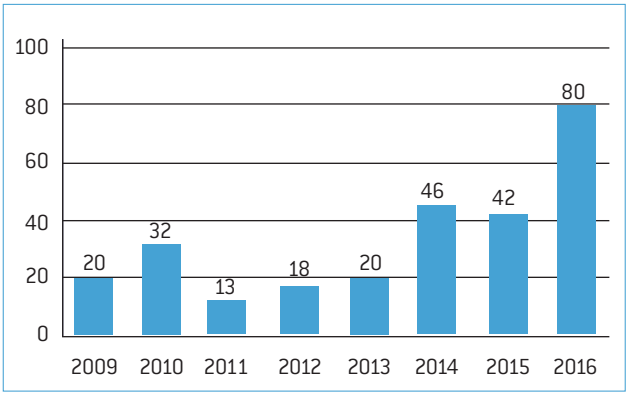
RESULTADOS

Con los datos obtenidos de la plataforma del Observatorio de Seguridad del Paciente hemos realizado un análisis de los siguientes ítems:

Número de notificaciones realizadas: El seguimiento abarca desde 2009 a 2016, con los siguientes resultados:

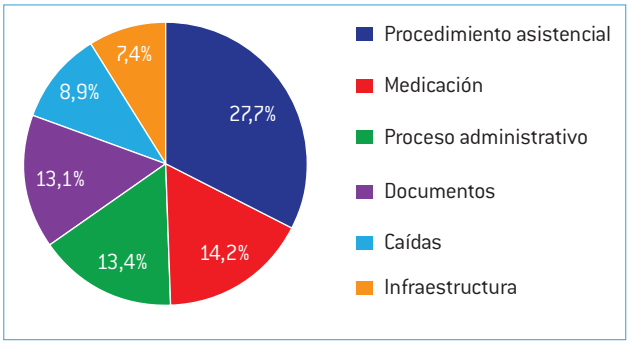
- 2009: 20
- 2010: 32
- 2011: 13
- 2012: 18
- 2013: 20
- 2014: 46
- 2015: 42
- 2016: 80

Gráfico 1
Notificaciones realizadas 2009-2016. Total: 271



Con respecto al tipo de incidentes recogemos que los de mayor incidencia son los relacionados con el procedimiento asistencial o atención clínica (27,72%), seguidos de la medicación (14,2%) y el proceso administrativo (13,4%).

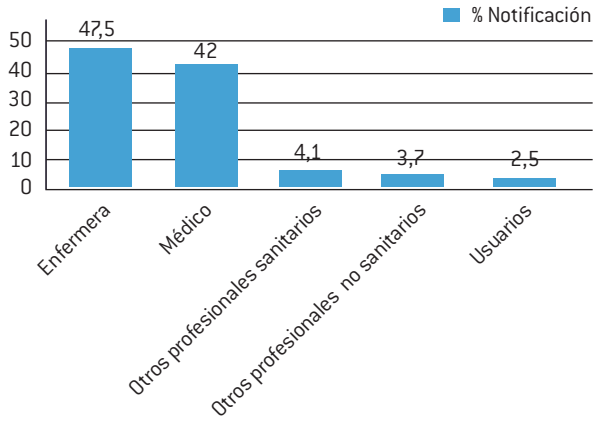
Gráfico 2
Distribución de incidentes por su tipología



Detectamos que son las mujeres, en un 49%, las que registran más incidentes, frente al 36% de los hombres,[2] siendo la edad de mayor prevalencia la banda etaria de 76 a 85 años (22,86%), seguida de la franja de 56 a 65 (con el 20%) y la de 66 a 75 (con el 14,2%).

Persona que notifica: Según los datos recogidos de la plataforma de notificación, en el Distrito Sevilla son las enfermeras, con un 47,5%, las que más notifican dentro del número de notificaciones totales, a continuación los médicos con un 42,5% de los casos notificados, seguidos de otros profesionales, siendo los usuarios un 2,5% del total, cantidad pequeña pero significativa e indicativa de cómo los usuarios van entrando en esta dinámica.

Gráfico 3
Distribución de notificadores, estando las enfermeras a la cabeza

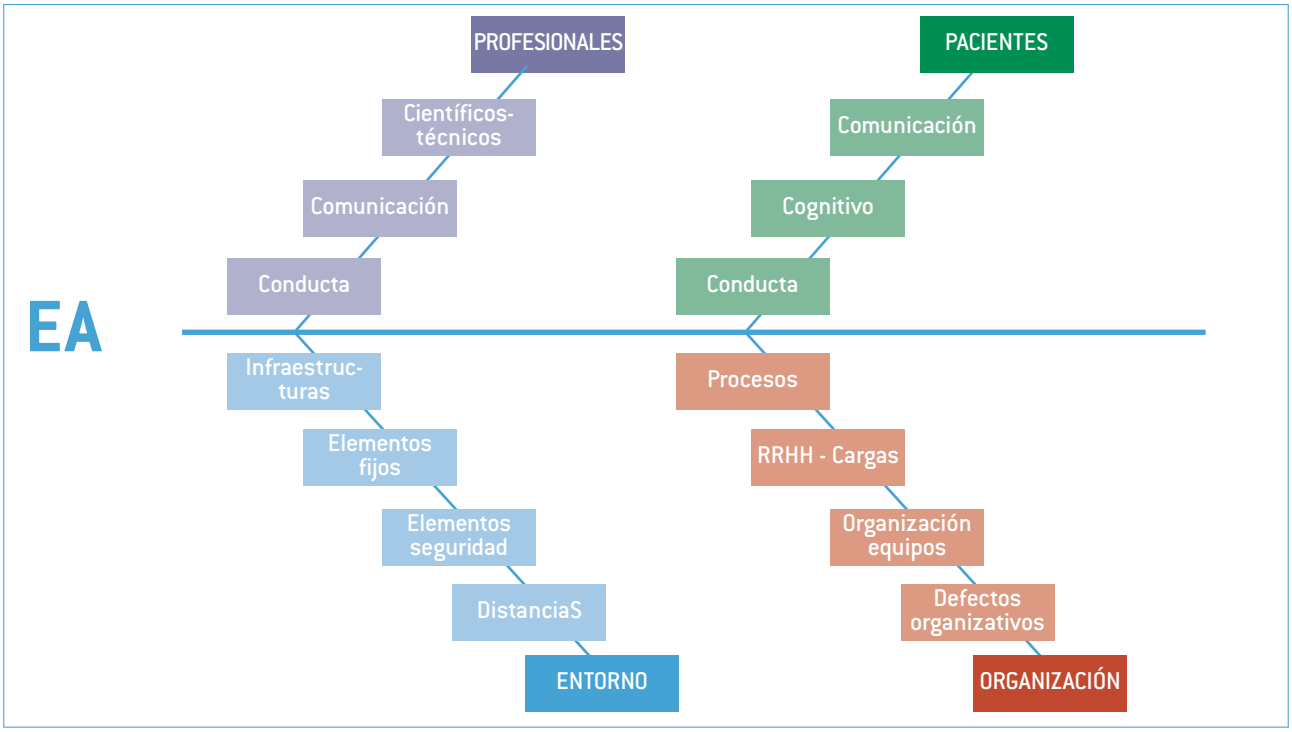


En el análisis llevado a cabo se ha estudiado la génesis de estos incidentes, estando esta en:

- los profesionales;
- los pacientes;
- el entorno e infraestructuras, y
- la organización.

Con estos elementos construimos la espina de Ishikawa o esquema en "espina de pez", donde en cada sector jerarquizamos en altura los factores atribuibles a cada elemento:

Gráfico 4
Diagrama de Ishikawa. Representa y jerarquiza las causas de los eventos adversos (EA) notificados



[2] El resto hasta el 100% son registros en los que no se especifica el sexo, un 13%.

DISCUSIÓN

La primera piedra en la cultura de notificación de errores clínicos la puso un estudio denominado *"To err is human"* en 2000 en EEUU, situando los errores médicos como la octava causa de muerte en EEUU (Institute of Medicine, 2000).

Un estudio denominado APEAS, realizado por el doctor Jesús María Aranaz Andrés, del Departamento de Salud Pública del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Sant Joan de Alicante, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, nos aportó los primeros datos sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria. El ámbito del estudio fue de 48 centros de salud de atención primaria pertenecientes a 16 comunidades autónomas de España. La muestra estaba compuesta por 452 profesionales (251 médicos de familia, 49 pediatras y 152 enfermeros). En este estudio, el 54,7% se consideró eventos adversos (EA) leves, el 38% moderados y el 7,3% graves. El 57,4% eran mujeres, la mediana de edad fue de 59 años, y la media de 53 para ambos sexos. Destaca el estudio que en el 48,2% de los casos los factores causales del EA estaba relacionado con la medicación, en el 25,7% con los cuidados, en el 24,6% con la comunicación, en el 13,1% con el diagnóstico, en el 8,9% con la gestión y en un 14,4% existían otras causas. Lo más interesante es que se destaca que el 70,2% era evitable (Aranaz, 2008).

Desde este estudio de finales de la primera década del siglo XXI, numerosos autores e instituciones se han interesado por este tema y han conseguido aumentar la conciencia y la responsabilidad en la notificación. La JCAHO[3] describe un 9,3% de errores en medicación en hospitales, con un 3% de muertes atribuidas a la atención hospitalaria.

Los datos alcanzados en nuestro análisis se aproximan bastante a los obtenidos por el estudio APEAS, que ya se realizó hace unos años. Son las mujeres las más susceptibles de sufrir eventos, quizás por ser las más frecuentadoras, acuden para sus patologías y para las de las personas que cuidan. La comunicación aparece como elemento generador de incidentes. La comunicación médico-paciente, enfermera-paciente y enfermera-médico se distorsiona y genera confusiones. El uso aún de papel y escritura, no siempre legible, también es un elemento que genera incidentes. Por otra parte, el uso de la medicación también aparece como elemento generador de eventos no deseables, factor que está en estrecha relación con la comunicación y el entendimiento de las prescripciones médicas y enfermeras.

CONCLUSIÓN

Entendemos que hay que seguir insistiendo en la cultura de la notificación. Este análisis pone de manifiesto que al menos en este distrito sanitario, con casi 500 enfermeras y otros tantos médicos en 33 centros, las notificaciones son muy escasas (271 en casi 8 años), aunque han sufrido un incremento en los últimos años. Quizás lo de menos en este estudio sean los aspectos cuantitativos, que teniendo su importancia los pasamos a un segundo lugar, si con este análisis lo que conseguimos es aumentar y crear conciencia sobre la importancia de la notificación y ser capaces de implementar medidas y acciones de mejora.

Concluimos que se necesitan acciones formativas para formar e incentivar a los profesionales a realizar las respectivas notificaciones en caso de eventos adversos, alejando el concepto punitivo y de miedo a la propia notificación. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz Andrés, JM; Estudio seguridad del paciente en atención primaria APEAS. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Recuperado: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
2. Aranaz Andrés JM, Limón Ramírez R, Aibar Remón C, Miralles Bueno JJ, Vitaller Burillo J, Terol García E, et al.; Grupo de trabajo ENEAS. Luces y sombras en la seguridad del paciente: estudio y desarrollo de estrategias. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008; 22 Supl 1: 198-204.
3. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20: 216-22.
4. Consejería de Salud, Junta de Andalucía (s.f.). Observatorio de Seguridad del Paciente. Recuperado septiembre de 2016, de http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/es/index.html
5. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
6. Mira J, Cho M, Montserrat D, Rodríguez, J & Santacruz, J (2013). Elementos claves en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. Rev Panam Salud Pública, 33 (1), 3-7.
7. Pérez Blanco V, Rubio Gómez I, Alarcón Gascueña P, Mateos Rubio J, Herradón Cano M, Delgado García A. Implementación de un formulario para la notificación de eventos adversos: resultados del primer año. Rev Calidad Asistencial. 2009; 24: 3-10.
8. Prat Marín A, Grau Cano J. La seguridad clínica y sus sistemas de información. Notificación de efectos adversos. Rev. Calidad Asistencial. 2011. Madrid. Recuperado de hyperlink: http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1776/59/1v00n1776a90040858pdf001.pdf
9. Prat Marín A. La gestión de la seguridad de los pacientes. En: Rodés Teixidor J, Trilla García A, editores. El futuro de la gestión clínica. 1.ª ed. Barcelona: Editorial Ars Médica; 2009. p. 553-61.
10. Villarreal E. (2007). Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte, 23 (1), 112-119.

[3] Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations - Comisión Conjunta en la Acreditación de Organizaciones de Salud: Agencia acreditadora de estándares de calidad de hospitales en EEUU.

BRUNED PONS, R.; DUARTE GORGAS, E.
Enfermeras, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Estandarización cromática de la orina

RESUMEN

La enfermera en urología adjudica a menudo adjetivos subjetivos a la orina de los pacientes a su cargo. Pretendemos dotar a los profesionales de una herramienta ágil y visual para disminuir la variabilidad con la que se describe el color de la orina. Para ello se ha elaborado un póster fotográfico tras una búsqueda bibliográfica y una observación directa de las palabras utilizadas para describir la diuresis por parte de las enfermeras del Servicio de Urología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

Palabras clave: orina, hematuria, escalas de color de la orina, cambio de turno.

SUMMARY

The urology nurse often assigns subjective adjectives to the urine of the patients in her care. We aim to equip professionals with an agile and visual tool to reduce the variability with which the color of the urine is described. For this purpose, a photographic poster was created after a bibliographical search and a direct observation of the words used to describe the diuresis by the nurses of the Urology Service of the Miguel Servet Hospital of Zaragoza.

Keywords: *urine, hematuria, urine color scales, turn shift.*

INTRODUCCIÓN

La enfermera, en los distintos niveles de atención a la salud, adjudica a menudo adjetivos que definen el color de la orina de sus pacientes, que dependen de una interpretación subjetiva, ya que no existe una herramienta que unifique criterios en nuestro medio.

Precisamente ese carácter subjetivo ("relativo al modo de pensar o de sentir del sujeto, y no al objeto en sí mismo" (1)) en la nomenclatura empleada por parte de los profesionales sanitarios para referirse a la diuresis de los pacientes, pone de manifiesto la necesidad de una taxonomía menos parcial que facilite un intercambio de información ajustado a la realidad.

En los servicios de urología, especialmente en hospitalización, el seguimiento preciso de las características de la orina de cada individuo adquiere gran importancia, dada la etiología de las patologías presentadas.

Cuando un paciente permanece ingresado en la planta de urología, observa cómo cambian las enfermeras cíclicamente con una cadencia determinada según su turno de trabajo. En 24 horas será atendido por tres o más de ellas (en el caso de jornadas parciales u horas de permiso), estos cambios pueden crear ansiedad ante el temor a la discontinuidad en sus cuidados (2).

En los servicios de urología, especialmente en hospitalización, el seguimiento preciso de las características de la orina de cada individuo adquiere gran importancia, dada la etiología de las patologías presentadas

Según varios protocolos de cambio de turno en enfermería, este debe darse empleando términos técnicos (3, 4) y evitando aquellos coloquiales (4).

Pretendemos pues saltar las barreras en la transferencia de información (5) mediante una estandarización cromática de la orina que facilite la instauración de un lenguaje común en el equipo asistencial (6).

OBJETIVOS

- General: Dotar al personal sanitario de una herramienta facilitadora para la descripción del color de la orina de sus pacientes.
- Específicos:
  - Elaborar un póster fotográfico de interpretación sencilla que no requiera adiestramiento específico para su uso.
  - Diferenciar minuciosamente las orinas rojas mediante el recuento de eritrocitos por campo en el laboratorio de bioquímica, para la obtención de un criterio objetivo relacionado con la imagen fotográfica.

MATERIAL Y MÉTODO

Observación directa

Durante 30 cambios de turno se escuchó y anotó (para evitar pérdidas de información (7)) el modo en el cual describieron el color de la orina de los pacientes 15 enfermeras diferentes en la planta de hospitalización de urología en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Con el fin de evitar el sesgo cognitivo de los sujetos a estudio, las dos personas encargadas de recoger los datos y la supervisora fueron las únicas conocedoras del estudio de campo.

En la tabla 1 se recoge el resultado obtenido durante la observación directa de un momento crucial para garantizar

una continuidad de cuidados óptima: el relevo del personal.

Búsqueda bibliográfica

- De escalas cromáticas de orina. Casi todas se refieren al grado de deshidratación de la persona (8, 9, 10), es decir, tienen en cuenta únicamente las orinas dentro de la gama amarilla. Encontramos una infografía con diferentes colores anormales elaborada por la Cleveland Clinic (11) y un artículo con diferentes fotografías, si bien los colores mostrados parecen obtenidos artificialmente y las muestras no se encuentran conformando una escala, sino incrustadas a lo largo del texto (12).
- De cada uno de los colores anormales contemplados: ictérica (13, 14, 15), colúrica (13, 15), negra (13, 14, 16), piuria (14, 17), verde (14, 18, 19, 20), naranja (13, 14), púrpura (13, 21, 22), azul (14, 23) y roja (13, 14, 24) (hematuria). Mediante esta investigación individualizada se han indagado las posibles causas de pigmenturia (13, 14).

Fotografiado de muestras

La recogida de la orina siguió un patrón preestablecido con el fin de conseguir cierta homogeneidad en los documentos gráficos, utilizando el mismo tipo de recipiente, cantidad de orina, iluminación, escenario y cámara fotográfica.

Se configuraron cuatro tiras cromáticas: amarilla, marrón, roja y otros.

También, mediante el recorte de las imágenes hematúricas, se preparó una leyenda con el número de hematíes por campo de cada uno de los grados de orina roja (I-V).

Además se enviaron siete muestras hematúricas (de las cuales escogimos cinco) a la sección de orinas del laboratorio de bioquímica clínica, inmediatamente tras su recogida para garantizar la frescura de la muestra y poder llevar a cabo el recuento manual de eritrocitos.

RESULTADOS

En la **observación directa** del modo en el que se refieren las enfermeras a la orina de sus pacientes se ha constatado el empleo abundante de palabras coloquiales y la evidente subjetividad de sus apreciaciones, dado que no existía una herramienta visual a la que referirse. Asimismo queda claro el esfuerzo explicativo realizado, especialmente para definir las orinas rojas.

Tabla 1
Palabras utilizadas para describir el color de la orina

Hematuria oscura	Sonrosada oscura	Sonrosada concentrada	Sonrosada	Clarita potable
Hematuria fluida	Rojo pasión	Sonrosadica	Sonrosadica normal	Clara
Hematuria franca	Sangre vino	Sonrosadilla	Sonrosadica clara	Rosita
¿Sabes la hematuria? Lo de antes	Sangre pura	Un poquito sonrosada	Sonrosada tirando a clara	Serosa con moco

A través de la **búsqueda bibliográfica** de escalas policromáticas se ha evidenciado la escasez de las mismas con respecto a las monocromáticas (amarillas o rojas). Se ha observado también la inexistencia de escalas fotográficas.

Las pigmenturias se deben fundamentalmente a:

- Ingesta o inyección de determinados fármacos (13) (rifampicina: naranja (13, 14), propofol: verde (18, 19, 20), azul de metileno: azul, mitomicina: gris…).
- Ingesta de determinados alimentos (arándanos: roja, setas: naranja, espárragos: verde) (13).
- Patologías (síndrome del pañal azul (14, 23), infección urinaria en portador prolongado de sonda vesical: orina púrpura (21, 22), anticoagulados y múltiples patologías urológicas: hematuria (24), hepatopatía: ictérica (15), patología biliar: colúrica (15), alcaptonuria: negra (16)).

Con el **póster fotográfico** (figura 1), mediante la organización, según la intensidad, de las cuatro tiras cromáticas concebidas se consigue dotar a los profesionales de una herramienta operativa, intuitiva y visual que no requiere adiestramiento previo para su aplicación. La tipografía de las letras de los adjetivos empleados para la identificación de cada tipo de orina se ha adaptado cromáticamente a la fotografía correspondiente con objeto de facilitar el automatismo en el uso de la herramienta.

Además, dada la extremada variabilidad existente para la nomenclatura de las orinas hematúricas, una última tira "Escala cromática de hematuria" discrimina los grados de rojo según el recuento de eritrocitos por campo (epc):

I. 536 epc.
II. 4.480 epc.
III. 44.562 epc.
IV: 139.161 epc.
V. 281.844 epc.

DISCUSIÓN

Consideramos que en el paciente urológico es necesaria una valoración precisa del color de la orina, ya que el cambio en el mismo suele ser un indicador clave de multitud de procesos o lesiones que la enfermera debe detectar precozmente y monitorizar durante el transcurso de su jornada, para posteriormente transferir la información pertinente con un lenguaje objetivo y común en el equipo asistencial.

Es frecuente, en el Hospital Miguel Servet, la presencia de enfermeras "correturnos" o "a disposición de las supervisoras", cuya característica principal es la no asignación de servicio concreto (de hecho pueden verse obligadas a trabajar en varios durante una única jornada). En la planta de urología, como en tantas otras, coexisten a diario personal estable y "correturnos" que posibilitan los días (u horas) de libranza del personal orgánico.

Dada la idiosincrasia de los pacientes, el profesional debe habituarse específica y rápidamente a la diferenciación de los distintos grados de hematuria. Así pues, se hace imprescindible la búsque-

Figura 1
Póster fotográfico "Estandarización cromática de la orina"

da, elaboración, utilización y difusión de una taxonomía que unifique el lenguaje empleado, con un número de ítems limitado (cinco en el caso de las orinas rojas) y apoyado en las fotografías ordenadas según el número de eritrocitos por campo. El personal que permanece durante un tiempo escaso en el servicio, debería poder asumir la utilización del póster velozmente y sin entrenamiento previo en su uso.

CONCLUSIONES

- Se hace necesaria una evaluación periódica del empleo del póster por parte del equipo de enfermería, mediante la observación directa en los cambios de turno y nuevamente sin poner en conocimiento de las profesionales el momento elegido para ello, con objeto de evitar el sesgo cognitivo.
- La práctica de una "enfermería basada en la evidencia" debería motivar a las enfermeras para impulsar la implantación de la taxonomía entre el resto del equipo asistencial.
- Se propone la recogida de sugerencias derivadas del uso del póster y la canalización de las mismas para llevar a cabo una revisión tanto de las fotografías como de los adjetivos ligados a cada una de ellas en octubre de 2017, si se considera oportuno.
- La enfermera debe identificar los problemas que enfrenta diariamente y proponer soluciones operativas, creativas, bien estructuradas y facilitadoras de su trabajo. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia de la Lengua Española. Definición de: Subjetivo/a. Diccionario de la Lengua Española [Internet] [citado el 8 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=YXhQdva
2. Manrique A. Reflexiones en voz alta. Zaragoza. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería. Ref n G009. 1993 Enero, pp. 86.
3. Araya E, Zepeda R, Cortés V, Gutiérrez M. Protocolo entrega y recepción de turno enfermero. Clínica Elqui. 2012 Marzo. 16 p.
4. Buckley A. Nursing handover for adult patients guidelines. 2007 Junio. 13 p.
5. Guevara M, Arroyo LP. El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. Enfermería Global [Internet] 2015 Enero. 37: pp. 401-18 [citado el 5 de julio de 2016]. Disponible en: http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/178711/171311
6. Owen C, Hemmings L, Brown T. Lost in translation: Maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in emergency department. Emergency Medicine Australasia. 2009. 21: 102-7.
7. Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M, Shaw A. Pilot Study to show the loss of important data in nursing handover. British Journal of Nursing. 2005 14 (19): pp. 1034-8.
8. Mentes JC. Use of a urine color chart to monitor hydration status in nursing home residents. Biol Res Nurs. 2006 Enero. 7 (3): pp. 197-203.
9. Niveles de hidratación. Europen Hydration Institute [citado el 2 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.europeanhydrationinstitute.org/es/hydration_levels.html
10. Napoli O, Pagani JP. Evaluación de la tasa de sudoración y pérdida de peso durante el entrenamiento. Revista electrónica de Ciencias Aplicadas al Deporte [Internet]. 2011 Diciembre. 4 (15): 5 p. [citado el 2 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.romerobrest.edu.ar/ojs/index.php/ReCAD/article/download/15/15
11. What the color of your urine says about you (infographic). Cleveland, EEUU. Cleveland Clinic [citado el 2 de junio de 2016]. Disponible en: https://health.clevelandclinic.org/2013/10/what-the-color-of-your-urine-says-about-you-infographic/
12. Color de la orina (orina naranja, verde, azul, roja). Brasil. Editado por el Dr. Pedro Pinheiro el 9 de julio de 2016 [citado el 15 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.mdsaude.com/es/2015/12/color-de-la-orina.html
13. Sanchez-Martin FM, Monllau V, Santillana JM, Kanashiro

A, Wong A, Angerri O, et al. Coluria y pigmenturia. Actas Fundació Puigvert. 2013. 32 (2): pp. 53-8.
14. Vera J, Gómez-Biedma S, Olmeda MC. Análisis físico-químico de la orina de una micción. En: Pineda D, Cabezas A, Ruiz G, coordinadores. El laboratorio clínico III: Análisis de las muestras de orina. Toledo: LABCAM (Asociación Castellanomanchega de Análisis Clínicos). 2011: pp. 61-63.
15. Tobón A, Del Mar A, Felipe A, Blair S. Orina oscura e ictericia como signos de peligro en malaria por Plasmodium falciparum en Colombia. Rev Cubana Med Trop. 2010 Abril. 62 (1): pp. 28-35.
16. Guillén-Mendoza D, Quiroga de Michelena M. Primer reporte de alcaptonuria en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2014 Octubre. 31 (4).
17. Nadal MA, Fiorillo A. Eliminación de orina blanquecina. Diagnóstico por Imagen. IV (3): pp. 139-140.
18. García de Veas JL, Escobar R, García C. Orina de color verde, un hallazgo inusual en el laboratorio clínico. Medicina de laboratorio de un vistazo. 2016 Abril. 2: pp. 19-23.
19. Barbara DW, Whalen FX Jr. Propofol induction resulting in green urine discoloration. Anesthesiology. 2012 Abril. 116 (4).
20. Shioya N, Ishibe Y, Shibata S, Makabe H, Kan S, Matsumoto N. Green urine discoloration due to propofol infusion: a case report. Case Reports in Emergency Medicine [citado el 5 de julio de 2016]. Vol 2011 (2011), Article ID 242514, 4p. Disponible en: http://www.hindawi.com/journals/criem/2011/242514/
21. Chassin-Trubert, AM. Síndrome de la bolsa de orina púrpura: un fenómeno inusual y muy llamativo. Rev Med Chile. 2014 Octubre. 142: pp. 1482-84.
22. Morales M, Avilés MA, Ibarra M, Sahuesa OA, Bautista K, Treviño NI, et al. ¿Hematuria macroscópica o síndrome de la bolsa de orina púrpura? Medicina familiar y de familia. 2014 Noviembre. 3 (9): 273-5.
23. Escalona M, Gómez E, Castro O. Síndrome del pañal azul. Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 Mayo [citado el 5 de julio de 2016]. 40 (5). Disponible en: http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/70/html_47
24. Alonso M, Buil G, Fuen A, Pérez JF, Sandino E. Cuidados de enfermería según el grado de hematuria relacionado con los gramos de próstata resecados. Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología. 2010 Julio-Septiembre.115: pp. 22-26.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos su colaboración altruista a:

Doctora Mª Cristina Frau Socias (médico especialista en Análisis Clínicos y Bioquímica), sin cuyo recuento manual de eritrocitos por campo no habríamos podido obtener un criterio objetivo de diferenciación en las orinas hematúricas.

Doctora Concepción Zaforteza Lallemand (directora de Enfermería del Hospital Comarcal de Inca en Illes Balears), por su inspiradora aportación y su inestimable apoyo.

Carmen Pelegrín Losilla (auxiliar de Enfermería en el Servicio de Urología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza) y otras compañeras, por su ayuda en la recogida de muestras.

Y especialmente a nuestra supervisora, Mercedes Martín Valenciano, por el estímulo y el apoyo entusiasta de tantos proyectos enfermeros.

Información de interés para los socios

Desde estas líneas queremos anunciaros que celebraremos nuestro próximo Congreso Nacional los días 9, 10 y 11 de noviembre en el Hotel Beatriz Auditórium de la ciudad de Toledo.

En esta ocasión, y como hacemos bianualmente, entregaremos el premio ENFURO al mejor trabajo publicado en nuestra revista en los últimos dos años, correspondientes a los números 128 al 132, ambos inclusive.

Ante la necesidad de contar con evaluadores externos para la evaluación de artículos que opten a premios, evaluación de trabajos científicos, etc., ofrecemos dicha posibilidad a aquellos socios que así lo deseen, debiendo acreditar un mínimo de dos años de pertenencia a nuestra asociación y perfil investigador.

Dicha colaboración contará con certificado acreditativo y remuneración económica, en la medida de nuestras posibilidades.

Deberán enviar su solicitud a nuestro correo corporativo enfuro@enfuro.org

Por último debemos anunciaros que en fecha y forma se abrirá el proceso electoral para renovar nuestra junta directiva, realizándose la votación para la elección de la misma en el transcurso del citado congreso de Toledo.

Se podrán enviar candidaturas con listas cerradas según normativa recogida en los estatutos de la asociación, que en su artículo 16 dispone:

La Junta Directiva regirá la ASOCIACION como Delegada de la Asamblea General, que es el órgano supremo de gobierno. Estará compuesta por un mínimo de tres miembros:

Un presidente/a.

Un secretario/a general.

Un tesorero/a.

Podrán existir opcionalmente un vicepresidente/a y tres vocales numerados.

ESTUDILLO GONZÁLEZ, F.; RODRÍGUEZ BOCANEGRA, J.C.; REVELO CADENA, I.; ARMIJOS LEÓN, S.; RODRÍGUEZ-RUBIO CORTADELLAS, F.I.
Unidad Clínica Urología. Hospital Puerto Real (Cádiz)

Ingesta de agua y cáncer vesical

RESUMEN

A nivel mundial, el 19% de todos los cánceres es atribuible al medio ambiente. Está demostrada la influencia de los factores medioambientales en el desarrollo del cáncer vesical. En los países occidentales, en el varón es el cuarto cáncer más frecuente y el octavo en mujeres.
En este estudio trataremos de demostrar de qué modo influye tanto la cantidad ingerida de agua como el tipo de la misma (corriente, mineral o de pozo) en el desarrollo del cáncer vesical (CV).
Para ello realizamos un estudio epidemiológico observacional y retrospectivo, caso-control: 500 casos (diagnóstico de CV previo) y 500 controles, habitantes de la provincia de Cádiz, los controles emparejados en edad y sexo a los casos. Del estudio original, mucho más amplio, extraemos los resultados obtenidos para un determinado factor: AGUA ingerida. Se compara la exposición relativa de cada grupo a dicha variable o factor.
Analizamos estadísticamente su influencia en función de la cantidad y tipo de agua ingerida en el desarrollo de esta enfermedad.
A la vista de los resultados pensamos que al aumentar el volumen de líquidos ingeridos y la frecuencia miccional disminuimos el tiempo de exposición de carcinógenos presentes en la orina sobre el urotelio. En cuanto al tipo de agua, parece problemática la ingesta de agua de pozo, aunque se necesitan más estudios.
Concluimos que consumos por debajo de 1 litro suponen un factor de riesgo y por encima de 2 litros, un factor protector.

Palabras clave: cáncer vesical, prevención y factores de riesgo, ingesta líquidos.

SUMMARY

Globally, 19% of all cancers are attributable to the environment. The influence of environmental factors on the development of bladder cancer has been demonstrated. In the western countries, in the male is the 4th most frequent cancer and the 8th in women.
In this study, we will try to demonstrate how the amount of water ingested and its type (tape water, mineral water, or well water) influence the development of bladder cancer (CV).
To do this, we performed an observational and retrospective epidemiological study, case-control: 500 cases (diagnosis of previous CV) and 500 controls, inhabitants of the province of Cádiz, controls matched in age and sex to the cases. From the original study, much more extensive we extract the results obtained for a certain factor: WATER ingested. The relative exposure of each group to that variable or factor is compared.
We analyzed its influence statistically according to the amount and type of water ingested in the development of this disease.
In view of the results, we believe that by increasing the volume of fluids ingested and the frequency of micturition we decrease the time of exposure of carcinogens present in the urine over the urothelium. Regarding the type of water, well water intake seems problematic, although more studies are needed.
We conclude that: consumption below 1 liter is a risk factor and above 2 liters is a protective factor.

Keywords: *Bladder cancer, prevention and risk factors, fluid intake.*

INTRODUCCIÓN

Según datos publicados por la OMS, el cáncer es una de las principales causas de defunción en el mundo. En 2012 se registraron unos 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes por su causa (1).

A nivel mundial, el 19% de todos los cánceres es atribuible al medio ambiente, lo que supone 1,3 millones de muertes cada año.

Por otra parte, la OMS ha clasificado 107 sustancias, mezclas y situaciones de exposición como carcinógenas para el ser humano (2).

Las causas ambientales externas de cáncer son factores del medio que aumentan el riesgo de padecer el mismo, como la contaminación del aire, las radiaciones ultravioleta, el radón en interiores, consumo de sustancias contaminadas, etc. El cáncer de pulmón, el mesotelioma y el cáncer de vejiga, en adelante CV, son algunos de los cánceres medioambientales más frecuentes.

A la vista de estos datos se desprende la importancia de los factores extrínsecos para determinadas enfermedades y sobre todo para su morbi-mortalidad.

El CV, siendo uno de los más relacionados con dichos factores, será objeto de nuestro estudio.

El CV ocupa el noveno lugar en la incidencia de todos los cánceres en el mundo en el varón y el decimoséptimo lugar en la mujer (3). Sin embargo, en los países occidentales, en el varón es el cuarto cáncer más frecuente y el octavo en mujeres (4).

Hay 500.000 pacientes en EEUU con antecedente de CV, lo que lo convierte en el tumor con mayor prevalencia, más aún que el cáncer de pulmón (5). Dada esta circunstancia es el más caro de todos los tumores si sumamos todo el coste del tratamiento, desde el diagnóstico hasta la muerte del paciente.

La mayor incidencia de CV en el mundo está en EEUU, Europa y Egipto, y la menor en los países asiáticos (6).

Un estudio sobre situación del cáncer en España muestra una tabla de estimación de la incidencia anual de cáncer en el período 1997-2006 en la que el CV aparece en cuarto lugar detrás de colon-recto, pulmón y mama (7). Su elevada

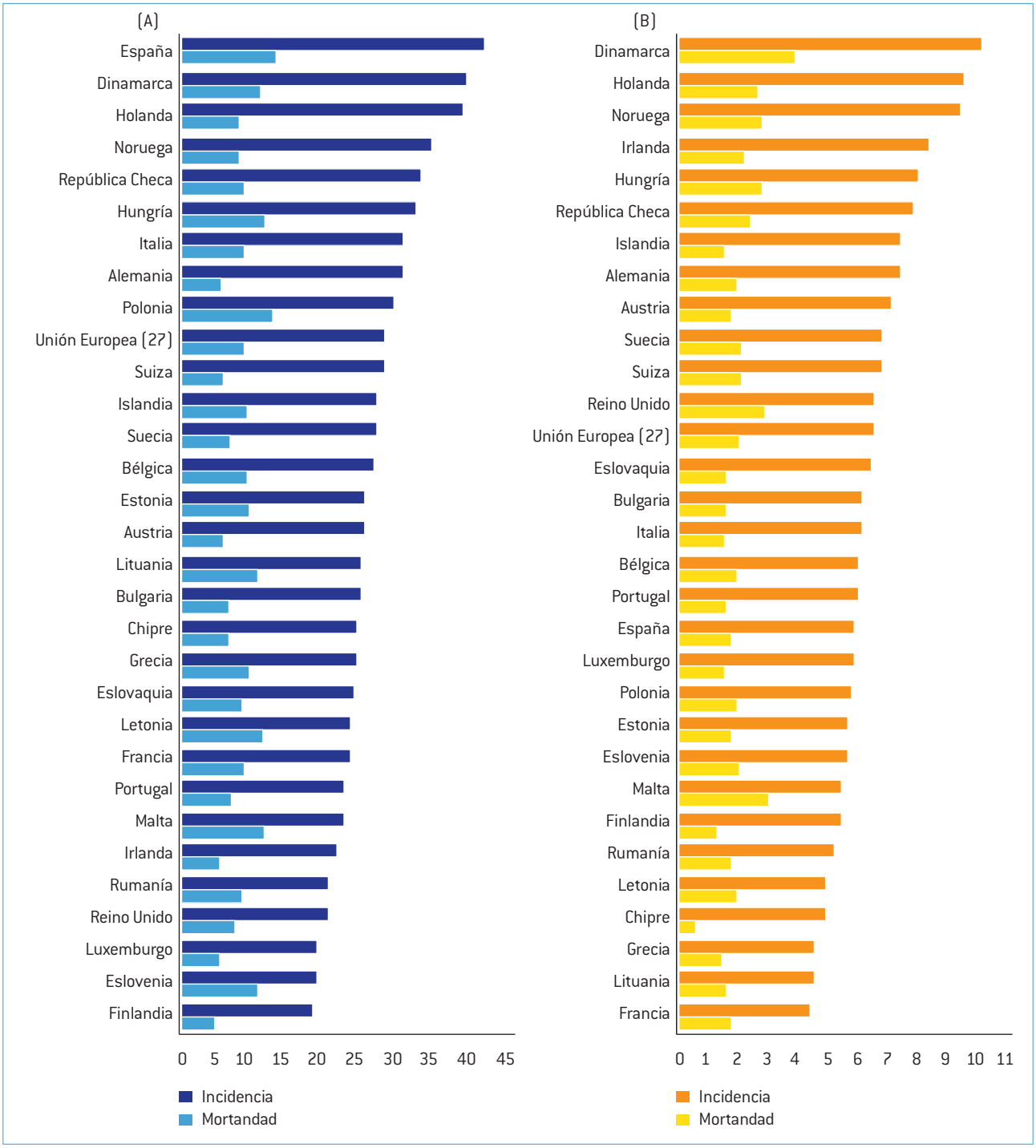
prevalencia de casos lo convierte en una patología con un altísimo coste. En nuestro país, el mayor impacto en términos de prevalencia corresponde al cáncer de próstata y en segundo lugar al vesical (8).

Por otra parte, los CV son de tres a cuatro veces más frecuentes en el varón que en la mujer (9). A pesar de que pueden aparecer en cualquier edad, se diagnostican más frecuentemente hacia los 65-70 años (7, 10).

Desde el punto de vista anatomopatológico, el 90% de los CV son de origen urotelial, un 5% epidermoide, un 1% adenocarcinoma y el resto son de otro origen, que infiltran la pared vesical por contigüidad (recto, útero) (11).

Gráfico 1

Incidencia y mortalidad estandarizadas por edad (Europa). Estimaciones de las tasas de cáncer urotelial de vejiga por 100.000 en hombres (A) y mujeres (B)



Otro aspecto importante es que el CV urotelial es una enfermedad heterogénea. Un 75-85% se presenta como enfermedad superficial, no infiltrante y no músculo-invasor, y el resto como enfermedad músculo-infiltrante cuyo pronóstico es mucho peor. El CV superficial en sí mismo también presenta un amplio espectro. En un extremo se encuentran los tumores superficiales Ta de bajo grado que no afecta la supervivencia de los pacientes y cuyo mayor peligro es la recurrencia con múltiples ingresos y revisiones. Al otro lado se encuentran los tumores superficiales de alto grado, T1 y CIS que pueden convertirse hasta en un 40% de los casos en un tumor músculo-invasor agresivo y en este caso la supervivencia es incluso peor comparando con los tumores que ya debutan como músculo-infiltrantes.

Encontramos estudios epidemiológicos observacionales en los cuales se evalúan la relación entre tabaco, consumo de café, alcohol, ingesta de agua, consumo de grasas animales, consumo de fármacos, factores ocupacionales, antecedentes personales y urológicos y cáncer vesical. Ninguno de ellos concluye de forma clara que exista una relación directa entre el consumo de estos productos o factores de riesgo (excepto el tabaco) y la aparición de neoplasias vesicales, llegándose a dar la explicación de que un aumento moderado del riesgo podría deberse a la confusión residual generada por el tabaco (12).

OBJETIVOS

En este artículo trataremos de analizar de qué modo influye el consumo de un determinado factor potencial de riesgo, el agua, tanto en sus diferentes tipos como en la cantidad ingerida, en el desarrollo del CV de la población de la provincia de Cádiz.

El presente estudio ha sido extraído de otro mucho más extenso, donde se analizaron todos los factores presentes en la literatura como posibles factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio epidemiológico observacional y retrospectivo, caso-control: 500 casos (diagnóstico de CV previo) y 500 controles, habitantes de la provincia de Cádiz, los controles fueron emparejados en edad y sexo a los casos.

Comparamos la exposición relativa de cada grupo a la variable consumo de agua.

Los casos se obtuvieron entre pacientes residentes en la provincia de Cádiz que cumplieran los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes de más de 30 años.
2. Pacientes con CV confirmado histológicamente, código CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud): C-67.
3. Residentes en la provincia de Cádiz.
4. Se incluyen pacientes de ambos sexos.

En nuestro estudio, casi todos los casos los obtuvimos a partir de registros habituales de consultas de revisión uro-oncológica, de los diferentes hospitales de la provincia, ya reseñados anteriormente en su gran mayoría, por tanto se trataron de casos prevalentes, pudiendo ser muy variable entre los pacientes el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Los controles se obtuvieron entre individuos localizados en la provincia de Cádiz que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

1. No habían padecido CV.
2. Emparejados con los casos en sexo, edad (+/- 5 años) y núcleos poblacionales por áreas de hospitalización.
3. Dichos individuos fueron reclutados mediante encuestas realizadas fuera del ámbito hospitalario, a pie de calle, centros de mayores, salas de espera de centros de salud, etc.

Criterios de exclusión:

1. CV de histología no urotelial.
2. Incapacidad para contestar las preguntas de la entrevista.
3. No pertenecer a las distintas áreas asistenciales de la provincia.

Al estudiar la variable "Consumo de agua" hicimos distinción entre los ítems:

- "Nada" para cantidades inferiores a 500 cc.
- "Poco" para cantidades entre 500 y 1.000 cc.
- "Moderado" para cantidades entre 1.000-2.000 cc.
- "Mucho" por encima de 2.000 cc.

También hicimos distinción entre los distintos tipos de agua en base a su posible contaminación, así anotamos si se trataba de:

- Agua mineral embotellada.
- Agua corriente.
- Agua extraída de un pozo.

Una vez obtenidos los datos mediante una hoja de recogida de datos validada, se realizó análisis de los mismos, siendo introducidos en una base de datos creada para tal efecto en el programa estadístico SPSS para Windows, aplicación desde la que posteriormente se realizó todo el análisis estadístico de dicha variable, que consistió en:

A) Estudio descriptivo de la muestra en frecuencias y porcentajes.
B) Análisis bivariante, mediante el test de chi-cuadrado.
C) Análisis multivariante, a través de una regresión logística.

RESULTADOS

Características de la población del estudio

El grupo de edad más frecuente en el estudio fue tanto para casos como para controles la franja comprendida entre los 60-80 años, siendo la edad media para los casos de 68,9 años, la de los controles se ajustó en la medida de lo posible a la de los casos, siendo la media de 66,4 años.

En cuanto a la relación hombre-mujer fue de un 87,8% frente a un 12,2% para los casos y de un 92,8% frente un 7,2% para los controles.

Estos porcentajes indican que las muestras fueron homogéneas en ambos grupos en relación a la edad y el sexo (tabla 1).

Tabla 1
Distribución por sexo de la población de muestra. Caso-control

			Control	Caso	Total
SEXO	M	Recuento	463	439	902
		% dentro de caso-control	92,8%	87,8%	90,3%
	F	Recuento	36	61	97
		% dentro de caso-control	7,2%	12,2%	9,7%
	Total	Recuento	499	500	999

La distribución geográfica dentro de la provincia de Cádiz se muestra en la tabla 2. El porcentaje de sujetos entre ambos grupos muestra la homogeneidad entre casos y controles.

En cuanto al núcleo de población (tabla 3), también recogimos en la encuesta si los sujetos vivían en el ámbito rural o en el medio urbano, encontrándonos de forma global con que la gran mayoría de los encuestados, tanto casos como controles, vivía en núcleos urbanos (92,4%), quedando unos porcentajes muy bajos para los habitantes del medio rural (7,5%).

Análisis bivariante

Encontramos datos que nos hacen pensar que el consumo de la misma por encima de 2 litros puede ser un factor protector para la aparición del CV. Hemos estudiado los consumos según fueran de nada a 500 cc; de 500 cc a 1 litro; de 1 a 2 litros y, por último, más de dos litros (tabla 4). Una vez efectuado el análisis, nos encontramos que consumos inferiores a un litro diario actúan como factor de riesgo estadísticamente significativos (tabla 5), con una OR de 1,61 IC 95% (1,25-2,0). Cuando el consumo es mayor de un litro ya actúa como factor protector con una OR de 0,61 IC (0,48-0,79), siendo aún más significativa esta protección cuando se superan los 2 litros/día con unos valores de OR 0,37 y un IC 95% (0,24-0,57).

Encontramos datos que nos hacen pensar que el consumo de la misma por encima de 2 litros puede ser un factor protector para la aparición del CV

En cuanto al tipo de agua, hacemos distinción en nuestro estudio del tipo de agua consumido, estableciendo tres grupos según se consuma agua corriente, agua de pozo o agua mineral embotellada (tabla 6).

Tabla 2
Distribución geográfica en la provincia de Cádiz

Área sanitaria		Caso-control		
		Control	Caso	Total
BAHÍA DE CÁDIZ	Recuento	100	100	200
H.U. Puerta del Mar	% dentro de caso-control	20%	20%	20%
PUERTO REAL	Recuento	99	100	199
H.U. Puerto Real	% dentro de caso-control	19,8%	20%	20%
CAMPO DE GIBRALTAR (1)				
H. Punta de Europa	Recuento	200	200	400
y H. de La Línea	% dentro de caso-control	20%	20%	20%
JEREZ	Recuento	100	100	200
H.E. Jerez de la Frontera	% dentro de caso-control	20%	20%	20%
TOTAL	Recuento	499	500	999
	% dentro de caso-control	100%	100%	100%

(1) El área sanitaria del Campo de Gibraltar cuenta con dos hospitales, por lo que aparecen 200 casos y 200 controles, 100 por cada hospital.

Tabla 3
Distribución por núcleos de población. Caso-control

Urbano	Recuento	924
	% dentro de caso-control	92,4%
Rural	Recuento	75
Puerto Real	% dentro de caso-control	7,5%

Tabla 4
Ingesta de agua

Volumen		Caso-control		
		Control	Caso	Total
0-500 cc	Recuento	80	74	154
	% dentro de caso-control	16,0%	14,8%	15,4%
500-1.000 cc	Recuento	115	180	295
	% dentro de caso-control	23,0%	36,0%	29,5%
1-2 litros	Recuento	221	211	432
	% dentro de caso-control	44,3%	42,2%	43,2%
> de 2 litros	Recuento	83	35	118
	% dentro de caso-control	16,6%	7,0%	11,8%
TOTAL	Recuento	499	500	999

Tabla 5
Estimación de riesgo

		Intervalo de confianza al 95%	
Ingesta de agua	Valor	Inferior	Superior
< de 1 litro	1,61	1,25	2,00
> de 1 litro	0,61	0,48	0,79
> de 2 litros	0,37	0,24	0,57

Si bien los resultados son bastante homogéneos en cuanto al agua mineral y corriente, no existiendo prácticamente diferencias, cuando analizamos los resultados del consumo de agua de pozo, nos aparecen resultados estadísti-

Gráfico 2
Estimación de riesgo

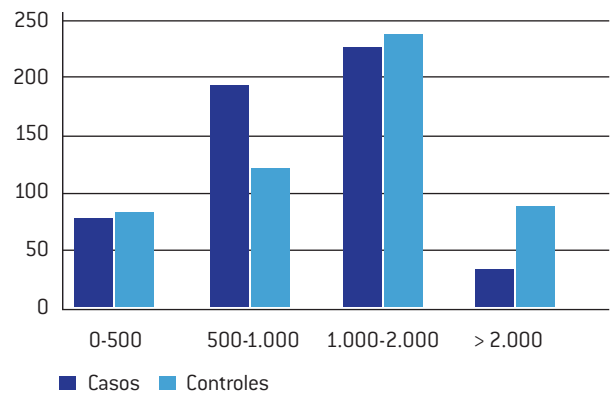
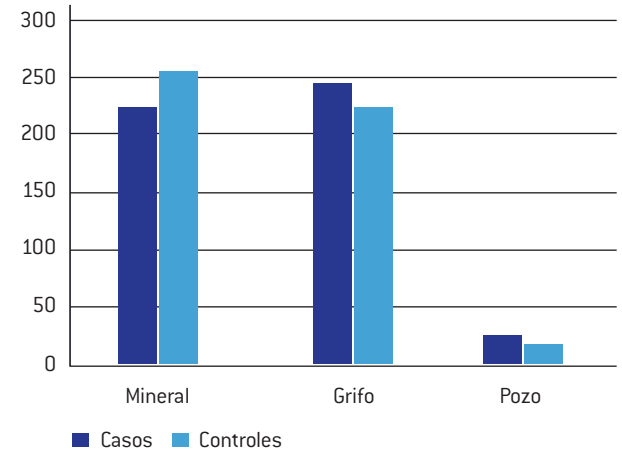


Tabla 6
Estimación de riesgo en función del tipo de agua

Tipo de agua		Caso-control		
		Control	Caso	Total
Mineral	Recuento	257	227	484
	% dentro de caso-control	51,4%	45,4%	48,4%
Grifo	Recuento	227	247	475
	% dentro de caso-control	45,6%	49,4%	47,5%
Pozo	Recuento	15	26	41
	% dentro de caso-control	3,0%	5,2%	4,1%
TOTAL	Recuento	499	500	999
	% dentro de caso-control	100,0%	100,0%	100,0%

Gráfico 3
Estimación de riesgo en función del tipo de agua



camente significativos, a pesar del poco porcentaje de consumidores de esta variedad, lo que sitúa a su consumo como un factor de riesgo con una p de 0,0238 y una OR de 1,9624, IC al 95% (1,0142-3,7972).

Regresión logística

Realizamos una regresión logística múltiple con la variable dependiente "presencia de CV", mediante el método "Introducir", incluyendo la variable "consumo de agua" por ser estadísticamente significativa en el análisis bivariado, obteniéndose los datos expresados en la tabla 7 (en la página siguiente).

De ella se desprende que el consumo de más de dos litros de agua es factor protector, siendo un factor de riesgo el consumo de esta por debajo de los 1.000 cc/día.

DISCUSIÓN

Es de sobra conocido que el principal factor etiológico para CV en nuestro medio es el tabaco. Sin embargo, no debemos despreciar otros factores, ya que, si bien en menor medida, algunos se han mostrado como estadísticamente significativos, tanto como factores desencadenantes como protectores, es este el caso del "consumo de agua".

Los resultados coinciden en parte con lo publicado en la literatura cuando se han analizado factores etiológicos en CV en otras zonas geográficas. Para facilitar la comprensión de esta discusión analizaremos nuestros datos y los de la literatura para este factor de forma independiente.

Es de sobra conocido que el principal factor etiológico para CV en nuestro medio es el tabaco. Sin embargo, no debemos despreciar otros factores, ya que, si bien en menor medida, algunos se han mostrado como estadísticamente significativos, tanto como factores desencadenantes como protectores, es este el caso del "consumo de agua"

Tabla 7
Análisis multivariante. Regresión logística

Variables	Coef. de reg. (B)	Sig. (p)	Exp. (B) OR	IC 95% para exp. (B)
Agua (< 1.000 cc)	0,486	0,045	1,625	(1,011 - 2,613)
Agua (> 2.000 cc)	-0,632	0,040	0,532	(0,291 - 0,971)

El ingerir por debajo de un litro de líquidos/día es un factor de riesgo y, muy al contrario, el hacerlo por encima de los dos litros es un factor protector para desarrollar un CV

La relación entre el consumo de agua y el CV es compleja.

Por un lado hay estudios que demuestran que un consumo mayor de agua es un factor protector contra el CV. Los que beben más de 1.400 ml de agua diarios tienen un 53% menos de riesgo comparado con los que beben menos de 400 ml de agua diarios. Este efecto es igual tanto para varones como para mujeres, no depende de la concentración de trihalometano (THM), subproducto de cloración de agua, y se mantiene cuando se ajusta al tabaquismo (13). En otro estudio, la reducción en CV era del 49% para el mayor consumo de líquidos totales de más de 2.531 ml/día frente a menos de 1.280 ml/día (14). Una explicación aceptada es que el efecto protector de la ingesta de líquidos está relacionado con el número de micciones que provoca, más que con la cuantía total de líquidos: micciones frecuentes disminuyen el tiempo de exposición del urotelio a los cancerígenos (15).

Por otro lado, al contrario de lo dicho previamente, hay estudios de cohortes y casos y controles que demuestran la asociación positiva entre el consumo de líquidos y CV (16). Una posibilidad para que esto ocurra puede ser la contaminación de agua con cancerígenos del urotelio como el arsénico (17). En un estudio en Florida se analizaron los casos de CV y su relación con el consumo de agua de pozos privados con concentración de arsénico más alta que en la red de agua municipal. Se detectó que hubo más CV avanzados en las zonas cercanas a los pozos y que la larga exposición a arsénico, aunque fuera en dosis bajas, podía provocar CV. En este mismo sentido se ha estudiado la relación entre los subproductos de cloración en el agua potable y el riesgo de CV. El THM es el subproducto más frecuente y se asocia con el aumento del riesgo de CV. La ingesta de agua con THM en concentración más alta aumenta el riesgo con OR 2,10, el baño y la ducha aumenta el riesgo con OR 1, el baño en piscina aumenta el riesgo con OR 1,57 (18).

En nuestro estudio hemos analizado el consumo de agua en nuestra población, analizando tanto la cantidad como el tipo de agua ingerida. En cuanto a la cantidad hemos hecho distinción entre si el consumo era menor de 500 cc/día, si estaba entre 500 cc y un litro/día, entre 1 y 2 litros /día y, por último, por encima de 2 litros/día. Como hemos visto en los resultados, en nuestro entorno, cuando el consumo está por debajo de un litro, se nos muestra como factor de riesgo: p 0,045 y OR de 1,625 con un IC al 95% (1,011-2,613). Desde uno hasta los dos litros muestra unos resultados muy parejos tanto en el grupo caso como el control, sin embargo encontramos diferencias estadísticamente significativas en el grupo de los que consumen más de dos litros, duplicando de largo las cifras de los que lo hacen en los controles con respecto a los casos, 16% frente a solo un 7%, con una p 0,005 y OR 0,532, IC al 95% (0,291-0,971), lo que lo sitúa como factor protector. Esto se explica porque al aumentar el volumen de agua ingerida y la frecuencia miccional se reduce la exposición prolongada de agentes cancerígenos presentes en la orina sobre el urotelio.

Hemos tenido en cuenta también el tipo de agua consumida; haciendo distinción entre agua corriente, embotellada (mineral) o de pozo. En el caso de agua corriente y embotellada, se repartían por igual su consumo entre casos y controles, sin embargo el agua de pozo, no por ser poco utilizada en nuestro entorno, solo un 5,2% para los casos y un 3% para los controles, debemos obviar los riesgos que su uso comporta, ya que en nuestro estudio obtuvimos para este tipo de agua unos resultados significativos, con una OR de 1,9624 IC al 95% (1,0142-3,7972) y una p de 0,0238. Por lo que se nos muestra como la más problemática, seguramente, y como hemos referido anteriormente, por el riesgo de contaminación por filtraciones de sustancias tóxicas (fertilizantes, arsénicos, etc.) (19).

Es por ello que con la debida cautela, al ser unos porcentajes bajos sobre el total (5,2% para casos y 3% para controles), podemos afirmar que en nuestro entorno el beber agua de pozo puede ser un factor de riesgo a tener en cuenta. Esto también se vería reforzado por los datos obtenidos al estudiar el núcleo poblacional, ya que estos muestran datos significativos para los habitantes del medio rural, potenciales consumidores estos de agua de pozo, con una OR de 3,72 y una p de 0,000. Pero al tratarse igualmente de porcentajes muy bajos, son solo un 7,5% del total, los habitantes en nuestro estudio del medio rural, pensamos que serían necesarios estudios centrados en núcleos rurales que consumen agua de pozo de forma habitual y correlacionarlos con el CV, para confirmar o descartar esta significación.

CONCLUSIONES

El ingerir por debajo de un litro de líquidos/día es un factor de riesgo y, muy al contrario, el hacerlo por encima de los dos litros es un factor protector para desarrollar un CV. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe mundial sobre el cáncer 2014, IARC [Internet]. Disponible en: http://www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/wcr-order.php

2. Organización Mundial de la Salud. Cánceres de origen ambiental y ocupacional. Nota descriptiva N° 350. Julio de 2011.
3. Gomero RL, Zevallos C, Lllap C. Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional. Rev Med Hered [online]. 2006, vol. 17(2) [citado 2014-07-10] 105-108. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2006000200008&lng=es&nrm=iso
4. Kirkali Z, Chan T, Manoharan M, Algaba F, Busch Ch, Cheng L, et al. Bladder Cancer: epidemiology, staging and grading, and diagnosis. Urology 66 (Suppl 6A): 4-34, 2005.
5. Grossman HB, Messing E, Soloway M, et al. Detection of bladder cancer using a point-of-care proteomic assay. JAMA. 2005; 16; 293: 810-6.
6. Colombel M, Soloway M, Akaza H, et al. Epidemiology, Staging, Grading, and Risk Stratification of Bladder Cancer. European Urology supplements. 2008; 7(10); 618-626.
7. López-Abente, G. Pollán M, Aragonés N, et al. Situación del cáncer en España: incidencia. An Sist Sanit Navar. 2004; 27: 165-173.
8. Cabanes A, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G. Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. Monitorización de la situación del cáncer en España. Mayo 2009; 84.
9. Kirkali Z, Chan T, Manoharan M, Algaba F, Busch Ch, Cheng L,et al. Bladder Cancer: epidemiology, staging and grading, and diagnosis. Urology 66 (Suppl 6A): 4-34, 2005.
10. Caraway NP, Katz RL. A review on the current state of urine cytology emphasizing the role of fluorescence in situ hybridization as an adjunct to diagnosis. Cancer Cytopathol. 2010; 25; 118: 175-83.
11. Grossman HB, Messing E, Soloway M, et al. Detection of bladder cancer using a point-of-care proteomic assay. JAMA. 2005; 16; 293: 810-6.
12. Caraway NP, Katz RL. A review on the current state of urine cytology emphasizing the role of fluorescence in situ hybridization as an adjunct to diagnosis. Cancer Cytopathol. 2010; 25; 118: 175-83.
13. Michaud D, Kogevinas M, CantornK, et al. Total fluid and water consumption and the joint effect of exposure to disinfection by-products on risk of bladder cancer. Environmental Health Perspectives. 2007; 115: 1569-1572.
14. Grossman HB, Messing E, Soloway M, et al. Detection of bladder cancer using a point-of-care proteomic assay. JAMA. 2005 16; 293 (7): 810-6.
15. Kramer A, Graham S, Burnett WS, Nasca, P. Familial aggregation of bladder cancer stratified by smoking status. Epidemiology. 1991; 2 (2): 145-148.
16. Yamaguchi N, Watanabe S, Okubo T, et al. Work-related bladder cancer risk in male Japanese workers estimation of attributable fraction and geographical correlation analysis. Jpn. J Cancer Res. 1991; 6: 624-31.
17. Villanueva CM, Cantor KP, Grimalt JO, et al. Bladder Cancer and exposure to water disinfection by-products through Ingestion, bathing, showering, and swimming in pools. Am J Epidemiol. 2007; 165: 148–156.
18. Kunze E, Chang-Claude J, Frentzel-Beyme R. Etiology, pathogenesis and epidemiology of urothelial tumors. Verh Dtsch Ges Pathol. 1993; 77: 147-56.
19. Aragonés N, Palacios M, Avello A, Gómez P, Martínez M, Rodríguez MJ. Nivel de arsénico en abastecimientos de agua de consumo de origen subterráneo en la Comunidad de Madrid. Revista Española de Salud Pública. 2001; 75: 421-432.

BUSATI PALMERO, Mª DEL ROSARIO; VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, ANA ISABEL; POZO GUERRERO, SILVIA; DEL SOLAR GUTIÉRREZ, CLARA
Enfermeras del H.U. Puerta del Mar, Cádiz

Importancia de una profilaxis dietética en una intervención quirúrgica

Palabras clave: soporte nutricional, cistectomía, quirúrgico.

Keywords: *nutritional support, cystectomy, surgical.*

INTRODUCCIÓN

La cistectomía es una intervención urológica que consiste en la extirpación completa de la vejiga enferma comunicando al exterior los uréteres, todo para intentar la curación de la enfermedad y la desaparición de los síntomas derivados de ella.

Una de las técnicas más utilizadas es la técnica Bricker, que consiste en tomar un asa de 25 cm aproximadamente de íleon, se continúa con la liberación de uréteres y la unión al intestino, lo que se realiza sin necesidad de túnel. El asa se lleva al orificio de la piel, lo ideal es que quede un poco levantada sobre la piel, para que no se sumerja, con los uréteres puestos abajo. Lo bueno de este proceso es que permite un flujo urinario continuo a una bolsa, y por tanto no hay reservorio, no hay orina detenida, estancada en ninguna parte del sistema.

Este tipo de intervención es muy complicada y conlleva para el paciente un gran gasto de nutrientes, por lo que el organismo debe estar preparado, dietéticamente hablando, porque en el posoperatorio el paciente se va a llevar varios días sin poder comer, ya que en la intervención está implicado el sistema digestivo (asa intestinal).

Eso quiere decir que el paciente en consulta de enfermería se debe de preparar nutricionalmente, corregir deficiencias como malnutrición por exceso o defecto, diabetes mal controlada, pérdidas de peso y administración de nutrientes (por ejemplo, batidos hiperproteicos); una buena preparación prequirúrgica (dietas bajas en residuos, enemas días previos a la intervención) y buena preparación psicológica, con información sobre qué es, los pros y los contras de este tipo de intervención.

OBJETIVO

Es la importancia que tiene una buena profilaxis dietética en el preoperatorio, ya que, una vez decidida la intervención, el cirujano debe remitir al paciente a enfermería para poder realizarle la profilaxis nutricional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo a los pacientes ingresados para intervenirse de una cistectomía radical en la unidad de Urología en el Hospital Puerta del Mar durante el periodo 1 de enero a 31 de diciembre de 2015.

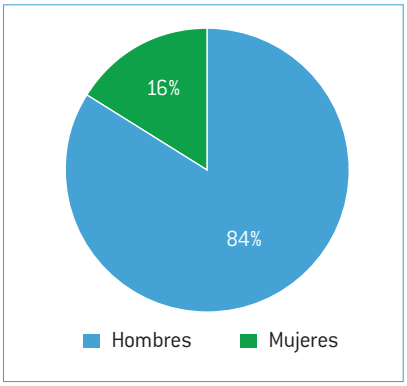
Ha sido una población de 25 pacientes de una edad variada, que va desde los 25 a los 81 años.

Las variables que se han utilizado han sido: sexo, edad, pérdida brusca de peso, fiebre antes de la intervención, días de estancia hospitalaria, complicaciones posoperatorias, colesterol, leucocitos, IMC.

RESULTADOS

Durante el año 2015 ingresaron para realizarse una cistectomía 25 pacientes.

Gráfico 1
Cistectomías



El 84% eran hombres, con edades comprendidas entre 50 y 85 años, y el 16% eran mujeres, con edades comprendidas entre 25 y 70 años.

El 40% de los intervenidos tuvo complicaciones posquirúrgicas.

El 32% de los intervenidos tuvo una

Gráfico 2
Intervención

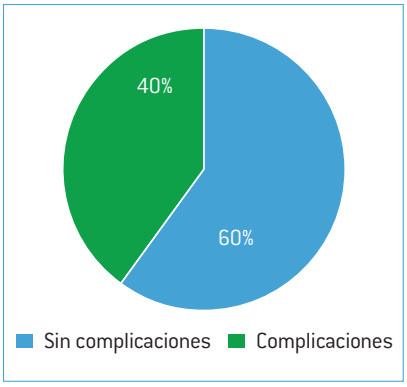


Gráfico 3
Pérdida brusca de peso

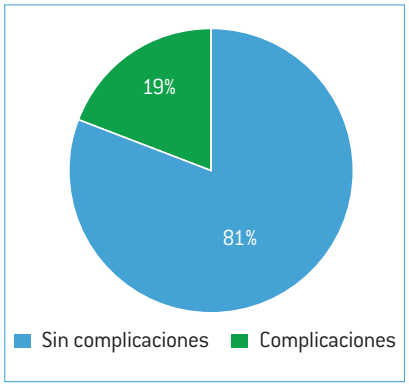


Gráfico 4
Déficit nutricional

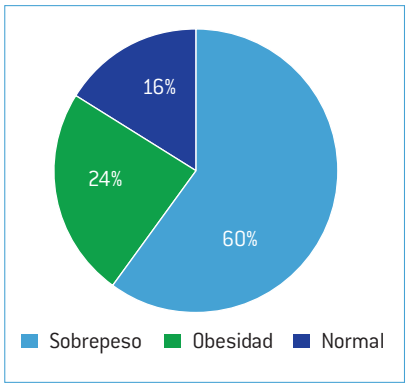


Gráfico 5
Sobrepeso

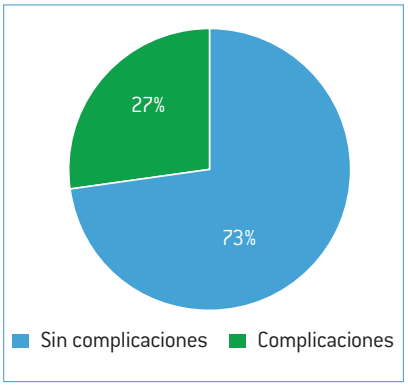
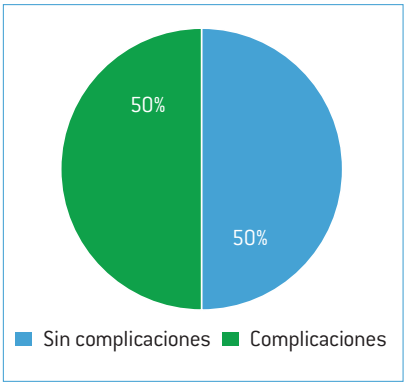


Gráfico 6
Obesidad



pérdida brusca de peso, de los cuales el 75% presentó complicaciones en las heridas quirúrgicas.

El índice de masa corporal (IMC) es uno de los valores que nos puede informar sobre el nivel nutricional del paciente, un valor igual o mayor de 25 indica sobrepeso y un valor mayor o igual a 30 indica obesidad. De los intervenidos, el 60% es sobrepeso y el 24% es obeso.

El 60% presentó sobrepeso, de los cuales un 27% tuvo complicaciones posquirúrgicas.

Un 24% presentó obesidad, de los cuales un 50% tuvo complicaciones posquirúrgicas.

DISCUSIÓN

La profilaxis dietética es muy importante para la buena evolución del paciente, por lo que los enfermeros debemos de hacer hincapié para que esos pacientes los veamos con tiempo para favorecer después una buena evolución posoperatoria

CONCLUSIÓN

Destaca una alta proporción de prevalencia de pacientes que presentan un IMC superior o igual a 25 (0,28), es decir, un 84% de los intervenidos que han presentado complicaciones (40%). Y una alta proporción de prevalencia (0,24) con respecto a la pérdida brusca de peso.

Se concluye que se hace necesaria una buena profilaxis dietética antes de la intervención para así disminuir las complicaciones posquirúrgicas, con el consiguiente gasto sanitario en materiales, personal y, lo más importante, la salud del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Felipe Herranz Amo, José Mª Díez Cordero, Fernando Verdú Tartajo, Alejandro Bielsa Carrillo, Juan García Burgos, David Subirá Ríos, Irene Castaño González: La cistectomía radical en el tratamiento del cáncer de vejiga. Arch. Esp. Urol., 53, 7 (619-624), 2000.
2. Angulo Cuesta, J.; Sánchez Chapado, M.; Guil Cid, M. y cols.: Supervivencia del cáncer de vejiga estadio T2-T3A tratado mediante cistectomía radical. Arch. Esp. Urol., 50: 17, 1997.
3. Sergio Echenique Martínez, Germán Cabrera Romero: Nutrición en cirugía.
4. Servicio de Urología Hospital Español de Mendoza. Cistectomía radical.
5. López Arroyo, F.; Reyes Armilla, A.; Gallego López, J.M.; Nouselles Pavía, A. Cuidados pre y posquirúrgicos del paciente sometido a cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker.
6. E. Heredero Gálvez, F. Botella Romero, M. Lizán García y R. Herruzo Cabrera: Impacto de la introducción de un programa de nutrición parenteral por la unidad de nutrición clínica en pacientes quirúrgicos. Nutrición Hospitalaria versión impresa ISSN 0212-1611, Nutr. Hosp. v. 24 nº1. Madrid, ene.-feb. 2009.
7. F.J. Fernández Ortega, F.J. Ordóñez González y A.L. Blesa Malpica: Soporte nutricional del paciente crítico: ¿a quién, cómo y cuándo? Nutrición Hospitalaria versión impresa ISSN 0212-1611, Nutr. Hosp. v. 20 supl. 2. Madrid, jun. 2005.
8. L. Villamayor Blanco, G. Llimera Rausell, V. Jorge Vidal, C. González Pérez-Crespo, C. Iniesta Navalón, M.ªC. Mira Sirvent*, M. Martínez Penella* y S. Rabell Íñigo. Valoración nutricional al ingreso hospitalario: iniciación al estudio entre distintas metodologías. Nutrición Hospitalaria versión impresa ISSN 0212-1611, Nutr. Hosp. v. 21 nº 2. Madrid, mar.-abr. 2006.

ELENA ALCARAZ ZOMEÑO, Mª JOSÉ MARTÍN RUIZ, ALMUDENA ALÍA VILLAS, CRISTINA MIRANDA CEDILLA
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Actuación de enfermería en el tratamiento del tumor vesical con láser ambulante con anestesia local

Palabras clave: láser ambulante, anestesia local, enfermería.

Keywords: *outpatient laser, local anaesthetic, nursing.*

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con láser ambulante con anestesia local reduce de manera importante los costes sanitarios, implica un menor coste directo por el procedimiento y por no precisar ingreso hospitalario ni quirófano, y evita estrés al paciente.

Es muy importante que se puedan reducir los gastos al realizarlo de esta forma, ya que, según los datos epidemiológicos, el carcinoma vesical es la neoplasia maligna más frecuente del aparato urinario.

La actuación de enfermería juega un papel importante, ya que es quien se encarga de la mayor parte del proceso (registra al paciente en la base de datos cuando se detecta un tumor vesical susceptible de ser tratado de forma ambulatoria, le cita para la realización del procedimiento, recibe al paciente el día que se le ha citado para la fotocoagulación con láser del tumor vesical, le administra la premedicación oral y la anestesia intravesical, y controla la primera micción tras la realización del procedimiento).

Es fundamental una buena anestesia local para realizar un procedimiento bien tolerado y lograr una buena adherencia al tratamiento en posibles tratamientos sucesivos.

OBJETIVOS

- Describir el procedimiento en la sala de cistoscopias.
- Describir la calidad del proceso según coste-beneficio.
- Describir la actuación de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

El láser se realiza de forma ambulatoria en la sala de cistoscopias del Hospital Ramón y Cajal desde febrero de 2016.

La enfermería juega un papel importante, ya que es la encargada de registrar al paciente en la base de datos (donde anotamos el NHC, apellidos, nombre, doctor que le remite, teléfonos del paciente y posibles observaciones), es quien recibe al paciente el día que es citado para realizar el procedimiento comprobando sus datos, que tiene el consentimiento informado firmado, la no existencia de alergias a nada de lo que vamos a administrar durante el procedimiento, no presencia de ITU y que no toma o ha tomado los días previos ningún antiagregante ni anticoagulante. Es también enfermería la que realiza la administración de la premedicación antibiótica, anestésica oral e intravesical y el control posintervención. Enfermería informa y acompaña al paciente en todo momento. El procedimiento de la fotocoagulación con láser del tumor vesical es realizado por el equipo multidisciplinar.

Material

Para la premedicación oral utilizamos metamizol 575 mg, bromazepam 1,5 mg y fosfocina 500 mg.

Y para la anestesia intravesical lidocaína C al 2% 25 g, bicarbonato 1 M 10 ml, 840 mg y suero fisiológico (0,9%).

También necesitaremos un campo y guantes estériles, equipo de sondaje, jeringa de 50 ml, torre y equipo cistoscopia, pinza biopsia, bote con formol para la anatomía patológica, láser y fibra para la fotocoagulación del tumor vesical.

Estudio descriptivo de análisis económico.

RESULTADOS

Procedimientos realizados hasta el momento son 40.

Enfermería se encarga de: citación, información del procedimiento, entrega del consentimiento informado, administración de la profilaxis antibiótica y preanestesia vía oral. Se procede al vaciamiento vesical y sondaje para la introducción del anestésico local intravesical, hasta que se consiga efecto anestésico y relajante. Es muy importante una buena anestesia local, ya que es fundamental para realizar un procedimiento bien tolerado y lograr una buena adherencia al tratamiento en posibles tratamientos sucesivos.

Se coloca al paciente en posición de litotomía, se le administra antiséptico en zona genital y se pone un campo estéril.

Se realiza sondaje vesical y vaciamiento de la vejiga.

Administramos la anestesia local intravesical y esperamos para que haga efecto entre 10 y 20 minutos. En este tiempo se prepara el material necesario para el procedimiento: cistoscopio (flexible o rígido, según disponibilidad y preferencias del cirujano) y pinza de biopsia fría, el láser y la fibra láser de 200 - 365 - 550 micras, con la que el urólogo procederá a la fotocoagulación del tumor vesical.

Es muy importante la comunicación con el paciente durante todo el proceso, ya que esto contribuye a que esté más tranquilo y colabore en lo que se precise, al saber en todo momento lo que se está llevando a cabo.

Realización de la técnica por el urólogo con asistencia de enfermería (equipo multidisciplinar).

El equipo de enfermería es quien se encarga de controlar la primera micción espontánea del paciente, previa al alta.

Se entregará un informe médico, se le da una serie de recomendaciones al alta (vigilar hematuria o dificultad para orinar, ingerir abundantes líquidos, continuar con antibiótico, vigilar posibles signos o síntomas de infección y, ante cualquier duda o complicación, acudir a urgencias) y cita para la próxima consulta, donde se verán resultados de anatomía patológica y se seguirá con las sucesivas revisiones para el control de su vejiga.

Resultado del estudio económico.

CONCLUSIÓN

La realización del láser en régimen ambulante es factible. Es necesario un equipo multidisciplinar, coordinado por el personal de enfermería, para obtener un resultado satisfactorio para el menor grado de estrés del paciente y ahorro económico al hospital. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Mª Carmen Cano García, Tomás Fernández Aparicio, Guillermo Hidalgo Agulló, Leandro Reina Alcaina, Carlos Carrillo George, Ángela Rivero Guerra, Bernardino Miñana López. Cuidados pre y posoperatorios en la fulguración ambulatoria del tumor vesical superficial. ¿Qué debe conocer el médico de atención primaria? Actualidad Médica 2014. 793.or01.
2. Mª Carmen Cano García, Tomás Fernández Aparicio, Guillermo Hidalgo Agulló, Leandro Reina Alcaina, Carlos Carrillo George, Ángela Rivero Guerra, Bernardino Miñana López. Fulguración con láser de la recidiva de tumores vesicales superficiales bajo anestesia local. Diseño de procesos. Artículo de investigación, Rev Chil Cir. Vol 67- nº 3, junio 2015, pp. 292-298.
3. Soler Martínez J, Vozmediano Chicharro R, Morales Jiménez P, Hernández Alcaraz D, Vivas Vargas E, Santos García-Vaquero I, et al. Holmium laser treatment for low grade, low stage, noninvasive bladder cáncer with local anesthesia and early instillation of mitomycic C. J Urol. 2007; 178: 2337-9.
4. Meeks JJ, Her HW. Office-based management of nonmuscle invasive bladder cáncer. Urol Clin N Am. 2013; 40: 473-9.
5. Fenner A. Outpatient laser ablation is an option for localized bladder cancer treatment. Nat Rev Urol. 2013; 10: 368.
6. Park DS, Hwang JH, Gong IH, Choi DK, Kang MH, OH JJ. An analysis of the efficacy, safety, and cost-effectiveness of fulguration under local anesthesia for small-sized recurrent masses: a comp arative analysis to transurethral resection of bladder tumors in a matched cohort. J Endourol. 2013; 27: 1240-4.

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

HERRERA MAGALLÓN, N.[1]; ANGUAS GRACIA, A.[2]; GASCÓN LUCIENTES, L.M.[3]; DUARTE GORGAS, E.[4]; BERNAD MARTÍNEZ, M.J.[5]; TERRÉN PÉREZ, E.[6]
[1, 3, 4, 5] y [6] Enfermera asistencial del Servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. [2] Doctora por la Universidad de Zaragoza

Revisión bibliográfica sobre transmisibilidad cruzada de microorganismos multirresistentes en un servicio de hospitalización urológico

RESUMEN

Las infecciones nosocomiales son responsables de hasta el 60% de los efectos adversos hospitalarios, ocasionando un elevado coste para el sistema sanitario. Las competencias enfermeras en su vigilancia y control son claras, siendo significativa nuestra responsabilidad en la contención de las trasmisiones cruzadas, por lo que es importante conocer tanto la situación actual del problema en nuestro entorno como las características particulares de los microorganismos responsables más frecuentes en un servicio de urología. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas PubMed-Medline, Cochrane Plus, ScienceDirect y Cuiden Plus, complementada con una búsqueda manual específica y una consulta de la base de datos de tesis doctorales (TESEO) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, recuperando un total de 1.278 documentos.

Palabras clave: infección hospitalaria, control de infecciones, servicio de urología en hospital.

SUMMARY

The hospitalary infections are responsible of up to 60% of the adverse hospita effects, causing a high cost for the sanitary system. The competence nurses in his vigilance and control are clear, being significant our responsibility in the containment of the crossed transmissions, for what it is important to know so much the current situation of the problem in our environment, as the particular characteristics of the responsible, more frequent microorganisms in a service of urology. For it a bibliographical review has been realized in the scientific databases PubMed-Medline, Cochrane Plus, ScienceDirect and Cuiden Plus, complemented with a manual specific search and a consultation of the database of Doctoral Theses (TESEO) of the Department of Education, Culture and Sport, recovering a total of 1,278 documents.

Keywords: *cross infection, infection control; urology department hospital.*

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la verdadera carga mundial de las infecciones nosocomiales (IN) u hospitalarias, también denominadas infecciones sociadas a la atención sanitaria (IAAS) (1) es desconocida, debido a la carencia de datos fiables y de sistemas de vigilancia epidemiológica en multitud de países, aunque la evidencia determina que representan el 60% de los eventos adversos (2). Estas cifras incluyen las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario (3).

Las competencias enfermeras relacionadas con la vigilancia y control de estas infecciones son claras: identificar los riesgos de aparición de las mismas, localizar el tipo de infección y microorganismo implicado, participar en la captación de los casos, asegurar el cumplimiento de las normas de aislamiento, actuar de enlace entre los diferentes servicios y ofrecer un asesoramiento generalizado (4, 5).

Nuestro objetivo de trabajar con una estrategia de "tolerancia cero" frente a las IN hace necesario que seamos conocedores de la situación actual del problema en nuestro medio, lo que nos lleva a realizar búsquedas bibliográficas con el objetivo de informarnos y formarnos en la materia

Todas estas atribuciones señalan a nuestra profesión como parte responsable de la contención de las transmisiones cruzadas, lo que nos lleva a trabajar, en primer lugar, en nuestra propia formación para, posteriormente, utilizar la mejor herramienta que podemos tener para frenar este problema de salud, la educación sanitaria.

Garantizar una correcta y completa información, en la que se incluya la importancia de realizar correctamente el aislamiento, es sinónimo de seguridad para el paciente, aunque no siempre exista concordancia entre el tiempo necesario para realizar una buena formación y el verdaderamente empleado o disponible para la misma, lo que podría derivar en el incumplimiento de estas medidas (6).

Nuestro objetivo de trabajar con una estrategia de "tolerancia cero" frente a las IN hace necesario que seamos conocedores de la situación actual del problema en nuestro medio, lo que nos lleva a realizar búsquedas bibliográficas con el

objetivo de informarnos y formarnos en la materia (7-9).

Por todo ello, y tras observar un incremento del número de pacientes aislados en nuestro servicio de hospitalización urológica en los últimos años, se ha considerado necesario analizar las actuales condiciones de control y seguimiento de aquellos microorganismos multirresistentes (MMR) más prevalentes en nuestro medio.

OBJETIVOS

- General: averiguar cuál es la situación actual de las infecciones nosocomiales en nuestro entorno.
- Específicos:
  - Localizar las publicaciones científicas realizadas sobre el tema con mayor evidencia científica en los últimos 25 años.
  - Conocer las características particulares de los microorganismos responsables más frecuentes en un servicio de urología.
  - Identificar los riesgos de aparición de las infecciones nosocomiales.
  - Determinar las medidas de aislamiento que son necesarias en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas PubMed-Medline, Cochrane Plus, ScienceDirect y Cuiden Plus. La búsqueda manual específica ha servido para localizar siete guías clínicas, un estudio de prevalencia y un informe específico de vigilancia epidemiológica de nuestro hospital. Por último, se ha consultado la base de datos de tesis doctorales (TESEO) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

RESULTADOS

La literatura científica es el principal mecanismo de difusión de los nuevos conocimientos y de la actualización de los ya conocidos. La publicación de un elevado número de documentos relacionados con las infecciones nosocomiales y su transmisibilidad cruzada, nos ha llevado a lanzar una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de PubMed-Medline, Cochrane Plus, ScienceDirect y Cuiden Plus, para obtener los artículos de mayor evidencia científica que analizan las medidas de control y prevención de estas infecciones.

Los criterios generales utilizados para determinar los artículos incluidos en los resultados de esta búsqueda han venido dados por la validez metodológica utilizada por cada base de datos, todas ellas de máxima evidencia científica

Los descriptores en ciencias de salud (DeCS) utilizados en la estrategia de búsqueda para los artículos en español han sido: Infección hospitalaria, Atención de enfermería, Aislamiento de pacientes, Transmisión de enfermedad infecciosa de profesional a paciente, Control de infecciones, Urología, Bacterias gramnegativas, Bacterias grampositivas, *Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) y *Clostridium difficile*.

Los Medical Subject Heading (MeSH) utilizados en la estrategia de búsqueda para los artículos en inglés han sido: Cross Infection, Nursing Care, Patient Isolation, Infectious Disease Transmission, Professional-to-Patient, Infection Control, Urology, Gram-Negative Bacteria, Gram-Positive Bacteria, *Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli,* Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* y *Clostridium difficile*.

Los criterios generales utilizados para determinar los artículos incluidos en los resultados de esta búsqueda han venido dados por la validez metodológica utilizada por cada base de datos, todas ellas de máxima evidencia científica.

Los criterios particulares de selección de los documentos, comunes a todas las bases de datos, han sido: artículos en inglés, español, francés y portugués, quedando excluidas conferencias, posters, libros y cartas al editor, con obtención del texto completo. En cuanto al límite de años, varía en dependencia de la estrategia de búsqueda y la base de datos consultada, siendo el más antiguo de 1993 (10).

Los artículos aparecidos en más de una estrategia de búsqueda y/o base de datos se han considerado como resultado en la primera entrada, siendo eliminadas las repeticiones.

Con todo, las estrategias de búsqueda que han devuelto más resultados se han construido con el operador booleano *and* y el operador de truncado (*) y se resumen en las tablas adjuntas en el anexo 1, en las que se indican los límites concretos para cada estrategia y base de datos, así como los autores principales de cada artículo seleccionado según los criterios de pertinencia descritos anteriormente (ver anexo 1).

Con la búsqueda manual se han localizado siete guías publicadas entre 2004 y 2014 por el Gobierno de Aragón, la Comunidad de Madrid, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias y los Complejos Hospitalarios de Albacete, Cáceres y Donostia (11-17) (ver anexo 2).

Además se ha localizado el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) 2015 (18) y los Informes de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales, relacionados con el servicio de Urología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, relativos a los años 2014 y 2015 (este último pendiente de publicación) (19).

Por último, se han consultado dos tesis doctorales a las que se ha accedido a través de la base de datos de tesis doctorales (TESEO) del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (20, 21).

Con las estrategias de búsqueda lanzadas, las bases de datos nos han devuelto un total de 1.278 documentos, de los cuales 121 han sido utilizados para otra comunicación.

DISCUSIÓN

Se observa un aumento del volumen de publicaciones relacionadas con las IN en los últimos años, probablemente inducido por las campañas puestas en marcha

y recomendaciones de la OMS para reducir la prevalencia de las mismas y su transmisibilidad cruzada. Sin embargo, son pocos los artículos localizados que describen alternativas de control diferentes a la higiene de manos.

Hemos encontrado muy interesante la estrategia descrita por Molina y cols. de trabajar en la identificación precoz de los individuos portadores de MMR entre los trabajadores de un centro sanitario (22).

Respecto a los pacientes ya colonizados, coincidimos con Gurieva *et al*. (23) que determinan que en las medidas de control recomendadas en la actualidad prima el aislamiento (por otra parte, una medida eficaz para erradicar la trasmisión) por encima de la descolonización del MMR, aunque nos consta que en nuestros hospitales, ambas medidas se están llevando a cabo.

Existen autores que abogan por realizar una descolonización estratégica antes de la admisión de los pacientes en las unidades de hospitalización, es decir, una descolonización en el domicilio (24), lo que reduciría el número de aislamientos y con ello el coste adicional derivado del mismo, cuyo impacto económico se resume en pérdida de actividad hospitalaria, camas cerradas y estancias prolongadas, por no hablar del aumento de las tasas de morbimortalidad (25).

El entorno o ambiente del paciente es otro elemento a considerar. López Cerero (26) equipara el ambiente hospitalario con dos eslabones de la cadena epidemiológica, el reservorio y la fuente de infección, siendo el paciente el huésped susceptible. En esa premisa determina la existencia de diferentes áreas que rodean al paciente a las que hay que prestar especial atención: el aire, el agua (en contacto con el paciente, con el personal y con los dispositivos médicos), la comida, las superficies, los instrumentos que contactan con piel y mucosas del paciente y las soluciones estériles que le son inoculadas.

Otro estudio, realizado por Hopman *et al*. (27), determinó la existencia de una alta contaminación en los colchones utilizados por pacientes aislados tras el alta hospitalaria, recomendando una estrategia de limpieza multimodal, consistente en la formación del personal, la disponibilidad del tiempo necesario para limpiar las camas entre pacientes y la aplicación del tipo correcto de productos de limpieza.

Aunque las cifras del EPINE indican que, en lo que concierne a las localizaciones urológicas, nos mantenemos en la misma posición desde hace varios años, la magnitud del problema se agrava por la existencia de estudios que relacionan el aumento de las trasmisiones cruzadas con la contaminación de los hogares

Aunque las cifras del EPINE indican que, en lo que concierne a las localizaciones urológicas, nos mantenemos en la misma posición desde hace varios años (28), la magnitud del problema se agrava por la existencia de estudios que relacionan el aumento de las trasmisiones cruzadas con la contaminación de los hogares (29), localizando cepas de MMR extrahospitalarios causantes de problemas en la comunidad, como neumonías necrosantes, afecciones de la piel en niños, bacteriemias y, lo más llamativo, la existencia de portadores nasales de SARM en individuos sanos (30).

CONCLUSIONES

- La documentación existente de las infecciones nosocomiales y los microorganismos causantes de las mismas es amplia, no así la relativa a las diferentes alternativas de control ambiental y domiciliario de las transmisiones cruzadas.
- Tras esta revisión bibliográfica quedan claros los conceptos relacionados con los mecanismos de transmisión, sintomatología producida y medidas de diagnóstico, control y aislamiento de los MMR responsables de las IN en los servicios de urología nacionales. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Fariñas Álvarez C, Teira Cobo R, Rodríguez Cundín P. Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial). Medicine. 2010; 10 (49): 3293-3300.
2. Mayon White RT, Ducel G, Kereselidze T, Tikomirov E. An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. J Hosp Infect. 1988; 11: 43-48.
3. Vizcarra Munguía VL, Anaya González L, Villarreal Treviño P, Cuello García C. Factores de riesgo asociados a infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales: Perspectiva de seguridad del paciente. CONAMED [Internet]. 2011 [acceso 12 de junio de 2016]; 16 (1): 11-21. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3640006
4. Oliveira AC, Oliveira de Paula A. Healthcare-associated infections in the context of patient safety: past, present and future. REME. 2013; 17 (1): 221-224.
5. Stube M, Stube Herman CT, Rieth Benetti ER, Fernandes Stumm EM. The nurse in the prevention of infection in intensive care. J Nurs UFPE [Internet]. 2013 [acceso 14 de junio de 2016]; 7: 6989-6997. Disponible en: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5271
6. Skally M, Duffy F, Burns K, Doyle D, Foley S, Thomas T et al. What may be lurking in the hospital undergrowth? Inapparent cross-transmission of extended-spectrum beta-lactamase-producing Klebsiella pneumoniae. Journal of Hospital Infection. 2014; 88: 156-161.
7. Harne-Britner S, Allen M, Fowler KA. Improving hand hygiene adherence among nursing staff. Journal of nursing care quality. 2011; 26 (1): 39-48.
8. Lupión C, López Cortés LE, Rodríguez Baño J. Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014; 32 (9): 603-609.
9. López-Alcalde J, Mateos-Mazón M, Guevara M, Conterno L, Solà I, Cabir Nunes S et al. Guantes, batas y máscaras para la reducción de la

transmisión del Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) en el hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 7. Art. No.: CD007087.
10. Ruza F, Alvarado F, Herruzo R, Dorao P, Martínez MC, Madero R. Descontaminación intestinal como factor de protección en la prevención de infección nosocomial en UCI pediátrica. Med Intensiva. 1993; 17 (1): S118.
11. Unidad de Medicina Preventiva del Hospital General Universitario de Albacete. Preguntas y respuestas en el cuidado del paciente portador de gérmenes multirresistentes. Castilla-La Mancha: Complejo Hospitalario de Albacete; 2004.
12. Zarzuela Ramírez M, Pinedo Sánchez A, Díaz Molina A, Morillo García A, Gallardo García V, Limón Mora J et al. Protocolo para la investigación y control de brotes nosocomiales por Klebsiellaproductora de beta-lactamasa de espectro extendido. Andalucía: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2009.
13. Clerencia Sierra M, Conde García R, Celorrio Pascual JM, Hernández Navarrete MJ. Recomendación para la gestión de pacientes con gérmenes mutirresistentes en hospitales y centros sociosanitarios. Aragón: Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia; 2014.
14. Gómez González MC, Stoduto García MP, García García MJ, Martín Ruiz C, Pascua Molina J, Teno Sánchez P et al. Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistente. Extremadura: Complejo hospitalario de Cáceres; 2012.
15. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de prevención y control frente a la infección por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) en la Comunidad de Madrid. Madrid; 2013.
16. Aiartza Azurtza A, Azaldegui Berroeta F, Esparza Muñoz MH, Lanzeta Vicente I, Sannino Menicucci C, Urbizu Zabaleta A et al. Actualización de la guía de actuación ante el Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) y otros microorganismos multirresistentes en centros gerontológicos, sociosanitarios y de personas con discapacidad. Donostia: Hospital Donostia, Osakidetza; 2011.
17. Martínez Ortega MC, Álvarez Tuñón Z, Fernández Muñiz P, Menéndez Gutiérrez ML, Prada Roces MT, Rodríguez Rodríguez P et al. Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Edición resumida. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2007.
18. Grupo de Trabajo EPINE. Estudio EPINE-EPPS 2015. Informe global de España (resumen provisional). Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), 2015.
19. Lapresta Moros C. Informe Vigilancia Epidemiológica de Infección Nosocomial. Urología. Periodo enero/diciembre 2014. Zaragoza: Servicio de Medicina Preventiva HUMS de Zaragoza; 2014. Número de informe técnico F-40_Z2 (E) M_MP.
20. Revert Gironés C. Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de UCI del Hospital Universitario de Canarias. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. La Laguna, 2005.
21. Rabanaque MJ. Contribución al estudio de la frecuencia y coste de las infecciones hospitalarias en servicios quirúrgicos. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Zaragoza, 1992.
22. Molina-Cabrillana J, Rosario-Quintana C, Tosco-Núñez T, Dorta-Hung E, Quori A, Martín-Sánchez AM. Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y a descolonizadores habituales con reservorio en un trabajador sanitario en un hospital de tercer nivel. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013; 31 (8): 511-515.
23. Gurieva TV, Boostsma MCJ, Bonten MJM. Decolonization of patients and healtn care workers to control nosocomial spread of methicilin-resistant Staphylococcus aureus: a simulation study. BMC Infectious Diseases [Internet]. 2012 [acceso 26 de julio de 2016]; 12: 302. Disponible en: http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-12-302/open-peer-review
24. Giese A, Bous J, Werner S, Lemm F, Wilhelm M, Henning BH. Postponing elective hospitalizations for pre-admission MRSA screening and decolonization. A study evaluating eligibility and acceptance among patients of a German university hospital. Intl J Hygiene Environ Health.ens. 2013; 216 (2): 126-131.
25. Darouckh A, Delaunay C, Bigot S, Ceci JM, Siddhoun N, Bukreyeva I, et al. Characteristics and costs of carbapenemase-producing enterobacteria carriers (2012/2013). Med Mal Infect. 2014; 44: 321-326.
26. López Cerero L. Papel del ambiente hospitalario y los equipamientos en la transmisión de las infecciones nosocomiales. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014; 32 (7): 459-464.
27. Hopman J, Hakizimana B, Meintjes WAJ, Nillessen M, Both E, Voss A et al. Manual cleaning of hospital mattresses: an observational study comparing high-and low-resource settings. J Hop Infect. 2016; 92 (1): 14-18.
28. Pérez Arbej JA, Cameo Rico MI, Pérez Cameo C, Mareca Doñate R. Infección de herida quirúrgica en pacientes urológicos. Revisión de los casos registraos en cuatro años. Actas Urol Esp. 2010; 34 (3): 258-265.
29. Murphy CR, Eells SJ, Quan V, Kim D, Peterson E, Miller LG et al. Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Burden in Nursing Homes Associated with Environmental Contamination of Common Areas. J Am Geriatr Soc 2012; 60 (6): 1012-1018.
30. Garza-Velasco R, Zúñiga-Rangel O, Perea-Mejía LM. La importancia clínica actual de Taphylococcus aureus en el ambiente intrahospitalario. Educ. quím. [Internet]. 2013 [acceso 13 de julio de 2016]; 24 (1): 8-13. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-893X2013000100002&lng=es

Anexo 1

Tablas de resultados de las estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos de Cochrane, PubMed, ScienceDirect y Cuiden Plus

Base de datos	DeCS/MeSH	Límites	Artículos hallados	Artículos utilizados	Autores
COCHRANE	"Infección nosocomial"	1993-2015	86	7 (6 revisiones + 1 GCS)	Jahn et al; Phipps et al; Niël-Weise et al (3 artículos); Loeb et al y Thomas et al.
	"Control de infecciones" and "Atención de Enfermería"	2008-2016	55	3 revisiones	Griffiths et al; Jahn et al y Moore et al.
	"Cross Infection" and "Nursing Care"	2004-2012	8	4 (2 EED y 2 RCT)	Findik et al; Harne-Britner et al; Watters et al y Zingg et al.
	"Cross Infection" and "Patient Isolation"	2003-2013	27	6 (1 revisión, 15 Central, 2 OPR y 8 EED)	Zahar et al; Trautmann et al; Aboelela et al; Kanerva et al; Loveday et al y Cooper et al.
	"Cross Infection" and "Infectious Disease Transmission"	1999-2011	76	6 revisiones	Tanner et al; Huis et al; Nevo et al; Nogueras et al; Duquette-Petersen et al y Silvestri et al.
	"Cross Infection" and "Infectious Disease Transmission, Professional-to-Patient"	2010-2011	15	2 revisiones	Erasmus et al y Mertz et al.
	"Infection Control" and "Nursing Care"	2002-2008	10	2	Weise et al y Colombo et al.
	"Clostridium difficile" and nurs*	2008	2	1 revisión	Gould et al.
	"Bacterias Gramnegativas"	2010	23	2 revisiones	Peleg et al (2 artículos)
	"Klebsiella pneumoniae"	2008	8	1 revisión	Van Rijen et al.
	"Staphylococcus aureus resistente a meticilina"	2008-2015	36	6 revisiones	Davey et al; Webster et al; Gould et al; López et al; Flodgren et al y Baños et al.

Acrónimos de la tabla:
GCS: Gestión Clinica y Sanitaria
EED: Economic Evaluation Database
RCT: Registro Central de Ensayos Clínicos Aleatorios
Central: Cochrane Trial Register
OPR: Database if Abstract of Reviews of Effectivenes
EED: National Health Service de Estudios Económicos

Base de datos	Palabras clave	Límites	Artículos hallados	Artículos utilizados	Autores
CUIDEN PLUS	"Infecciones hospitalarias" and "Cuidados de enfermería"	2012-2015, texto completo	6	3	Stube et al; Oliveira et al y Tavares et al.
	"Medidas de aislamiento" and "Infección nosocomial"	2012-2015, texto completo	1	1	Delgado Begines et al.
	"Resistencia bacteriana" and "Infección nosocomial"	2012-2015, texto completo	18	3	Gutiérrez Lesmes; De Sousa et al y De Oliveira et al.
	Staphylococcus	2012-2015, texto completo	51	5	Martins et al; Celli et al; De Souza Evangelista et al; Ribeiro et al y Brandão et al.

Anexo 1 *(continuación)*

Tablas de resultados de las estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos de Cochrane, PubMed, ScienceDirect y Cuiden Plus

Base de datos	DeCS/MeSH	Límites	Artículos hallados	Artículos utilizados	Autores
PUBMED	"Control de Infecciones" and enferm*	2014	6	1	Lupión et al.
	"Infección nosocomial" and enferm*	2010-2015	10	4	Smithson et al; Sopena-Galindo et al; HU Virgen Macarena y Jordan et al.
	"Clostridium difficile" and nurs*	2008-2015	30	5	Datta et al; Ye et al; Bertizzolo et al; Clifford et al y Pelleschi.
	"Cross Infection" and "NursingCare"	2012-2015	29	3	Guillemin et al; Cardoso et al y Márquez et al.
	"Cross Infection" and "Patient Isolation"	2012-2015 full text	33	5	Díaz-Peña et al; Sadsad et al; Gurieva et al; Macedo et al y Colin et al.
	"Cross Infection" and "Pseudomonas aeruginosa" and Urology	2011	2	1	Suárez et al.
	"Cross Infection" and "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus" and Urology	2013	2	1	Tatokoro et al.
	"Nursing Care" and "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus"	2015	3	1	Roghmann et al.
	"Patient Isolation" and "Infectious Disease Transmission, Professional-to-Patient"	2012	1	1	Soulet et al.
	"Patient Isolation" and "Gram-Negative Bacteria"	2014	4	1	Rogers et al.
	"Patient Isolation" and "Klebsiella pneumoniae"	2014	9	1	Skally et al.
	"Patient Isolation" and "Pseudomonas aeruginosa"	2015	2	1	Lefebvre et al.
	"Patient Isolation" and "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus"	2006	46	1	Sexton et al.

Base de datos	DeCS/MeSH	Límites	Artículos hallados	Artículos utilizados	Autores
SCIENCEDIRECT	"Infección hospitalaria" and "Atención de Enfermería"	2007-2016	27	7	Onguc et al; Freixas et al; López et al; González et al; Almirante et al; Dierssen et al y Rodríguez et al.
	"Infección hospitalaria" and "Aislamiento de pacientes" and Urología	2004-2010	2	2	Sánchez et al y Llanos et al.
	"Infección hospitalaria" and "Aislamiento de pacientes" and enferm*	2003-2015	71	5	Téllez et al; Rodríguez et al; Gómez Gómez; López et al y Hernández et al.
	"Infección hospitalaria" and "Transmisión de enfermedad infecciosa de profesional a paciente"	2013	11	1	Horcajada et al.
	"Infección hospitalaria" and "Control de infecciones"	2006-2015	117	7	Batalla et al; Aguilera et al; Pujol et al (2); Rodríguez et al; Pita et al y Riu et al.
	"Infección hospitalaria" and "Control de infecciones" and Urología	2011	4	1	Díaz-Agero et al.

Anexo 1 *(continuación)*

Tablas de resultados de las estrategias de búsqueda utilizadas en las bases de datos de Cochrane, PubMed, ScienceDirect y Cuiden Plus

Base de datos	DeCS/MeSH	Límites	Artículos hallados	Artículos utilizados	Autores
SCIENCEDIRECT	"Infección hospitalaria" and "Klebsiella pneumoniae" and Urología	2004-2005	2	2	Sánchez et al y Junquera et al.
	"Aislamiento de pacientes" and "Atención de Enfermería" and Urología	2013-2015 5 años	27	2	Tamayo et al y Molina et al.
	"Aislamiento de pacientes" and "Transmisión de enfermedad infecciosa de profesional a paciente"	2013-2014 5 años	27	2	Garza et al y Campins et al.
	"Aislamiento de pacientes" and "Control de infecciones" and Urología	2013-2014 5 años	18	2	García Tello et al y Pigrau.
	"Aislamiento de pacientes" and "Klebsiella pneumoniae" and Urología	2012	16	1	Romero-Cullerés et al.
	"Aislamiento de pacientes" and "Escherichia coli" and Urología	2010	30	1	Pérez Arbej et al.
	"Clostridium difficile" and nurs* and Urología	2011	3	1	Thüroff et al.
	"Cross Infection" and "Nursing Care" and Urology	2002	23	1	Merle et al.
	"Cross Infection" and "Klebsiella pneumoniae" and Urology	2016 5 años	60	1	Ridolfo et al.
	"Cross Infection" and "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus" and Urology	2015	40	1	Shi et al.
	"Nursing Care" and "Infectious Disease Transmission, Professional-to-Patient" and Urology	2016	38	2	Hopman et al y Powers et al.
	"Nursing Care" and "Klebsiella pneumoniae" and Urology	2010-2014	36	2	Daroukh et al y Wiener-Well et al.
	"Nursing Care" and "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus" and Urology	2012	39	1	Murphy et al.
	"Patient Isolation" and "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus" and Urology	2013	39	1	Giese et al.
	"Patient Isolation" and "Clostridium difficile" and Urology	2014	29	1	Malavaud

Anexo 2

Guías clínicas de actuación en las IN localizadas con la búsqueda manual

Guías clínicas
Preguntas y respuestas en el cuidado del paciente portador de gérmenes multirresistentes. 2004. Complejo Hospitalario de Albacete.
Protocolo para la investigación y control de brotes nosocomiales por Klebsiella productora de beta-lactamasa de espectro extendido. 2009. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
Recomendación para la gestión de pacientes con gérmenes mutirresistentes en hospitales y centros sociosanitarios. 2014. Gobierno de Aragón.
Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes. 2012. Complejo hospitalario de Cáceres.
Plan de prevención y control frente a la infección por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) en la Comunidad de Madrid. 2013. Comunidad de Madrid.
Actualización de la guía de actuación ante el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) y otros microorganismos multirresistentes en centros gerontológicos, sociosanitarios y de personas con discapacidad. 2011. Hospital Donostia, Osakidetza.
Guía de aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Edición resumida. 2007. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias.

PIERRE-LOUIS LAUTURE, M.[1]; MARÍN GARCÍA, M.J.[2]; BAYÓN ÁLVAREZ, P.[3]; NAVAS DURÁN, C.[4]; MARTÍNEZ FERIA, L.[5]; GALLEGO GONZÁLEZ, A.[6]
[1, 2, 4, 5, 6] D. Enfermería, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. [3] Técnico en cuidados, auxiliar de Enfermería, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. [2] Soporte tecnológico Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

La idoneidad de la cistostomía suprapúbica frente al cateterismo uretrovesical

RESUMEN

El propósito de nuestra comunicación es aportar nuestra experiencia exponiendo el beneficio que supone para determinados pacientes ser portadores de sonda suprapúbica en lugar de sonda uretral, siempre teniendo en cuenta las excepciones que pueden darse al valorar las circunstancias de cada uno.
La fuente documental principal es el estudio observacional y prospectivo de los pacientes que acuden a nuestra consulta de forma ambulatoria cada dos meses, seleccionando dos grupos, uno portador de sonda uretrovesical y otro de sonda suprapúbica, entre 2015 y 2016, a través de un cuestionario elaborado por nosotros.
También se han tenido en cuenta otros estudios que han fortalecido el argumento principal de esta comunicación, entre los que cabe destacar tres de ellos cuya diversidad de procedencia geográfica, de los continentes asiático, americano y europeo, enriquece aún más el contenido.
En base a las manifestaciones de algunos pacientes de nuestra consulta con sonda uretral permanente en relación a molestias significativas causadas por la misma, se considera importante informarles sobre la opción de cambio a la sonda suprapúbica; si estuviera conforme con nuestra propuesta, se le derivaría a la consulta del urólogo, para programar la cistostomía suprapúbica.

Palabras clave: cistostomía suprapúbica, catéter vesical, comodidad del paciente.

SUMMARY

The purpose of our communication is to contribute our experience by exposing the benefit that certain patients bearer of suprapubic catheter instead of urethral catheter, always taking into account the exceptions that can occur when assessing the circumstances of each one.
The principal source information is the observational and prospective study of patients who come to our nurse office each two months, selecting 2 groups, urethrovesical catheter and suprapubic catheter, between 2015 and 2016 through an elaborated questionnaire for us.
Other studies carried out in other countries have been reviewed.
Based on the manifestations of some patients in our consultation with a permanent urethral catheter in relation to significant discomfort caused by it, it is considered important to inform them about the choice of change to the suprapubic catheter, if it was in accordance with our proposal, it would be referred to the urologist office, to program the suprapubic cystostomy.

Keywords: *suprapubic catheter, urethral, catheter, patient comfort.*

OBJETIVOS

Ser portador de una sonda afecta de forma directa o indirecta a los aspectos relacionados con la calidad de vida, como son el autocuidado, la independencia, la convivencia con la pareja, vida sexual, emocional, los vínculos sociales, las actividades físicas y una valoración positiva de sí mismo, etc.

El objetivo principal es demostrar que la cistostomía suprapúbica destaca por su baja incidencia uretral, sobre todo por la ausencia de necrosis peneana secundaria a presión, por ser más cómoda de llevar, y propiciar la actividad sexual al tener libre de dispositivo sus genitales. Además, los cambios son más limpios y hay menos riesgo al estar más alejada de zonas con mayor potencial contaminante (ano y periné).

Por otra parte, opone menos limitación para la realización de tareas domésticas, trabajo y actividades fuera del hogar, más facilidad para realizar actividades físicas.

La sonda suprapúbica tiene una considerable ventaja antes de su retirada, que es la opción de probar si el paciente puede realizar por su cuenta la micción por uretra, mientras que en el caso de la sonda uretral no se sabe si el paciente después de quitársela va a ser capaz de tener una micción, lo que llevaría, en caso de retención urinaria, a pasarle de nuevo la sonda.

Sin embargo, la cateterización uretrovesical es notoria por no ser confortable, posibilidad de resultado adverso, presencia de dolor, no solo durante la inserción, sino también durante la retirada del catéter.

MATERIAL Y MÉTODO

El material básico de este estudio es la experiencia adquirida en los últimos años con los pacientes tratados en nuestra consulta, habiéndose recogido los dos últimos en un cuestionario dirigido a ellos, que recoge la preferencia de estos en cuanto a la satisfacción de las dos técnicas utilizadas y cuya explotación ayudará a evidenciar el beneficio del uso de la sonda suprapúbica frente a la sonda uretrovesical.

Dicho estudio tiene carácter observacional y prospectivo de los pacientes que han acudido a la consulta de forma ambulatoria cada dos meses, entre enero de 2015 y julio de 2016 (259), y que han sido seleccionados (66) en dos grupos portadores de sondaje permanente: pacientes con sonda suprapúbica (29) y pacientes con sonda uretrovesical (37). Todos ellos han sido evaluados a través de un cuestionario (figura 1) que denota su grado de satisfacción en cuanto a la técnica que se les está aplicando.

El procedimiento seguido para la recogida de datos consiste en que el enfermero de la consulta de urología rellena dicho cuestionario y lo archiva localmente de forma digital, consultando al paciente, a título anónimo, acerca de los términos que contiene y explicándole las dudas que le puedan sobrevenir.

Cada registro se refiere a un paciente por periodo. En este caso, el ámbito de tiempo es de enero de 2015 a julio de 2016, aunque en un futuro el periodo se hará anual, de manera que a partir de enero de 2017 se iniciará una nueva recogida de datos que permita conocer la evolución de las tendencias que se manifiesten en el cuestionario, en orden a los periodos registrados.

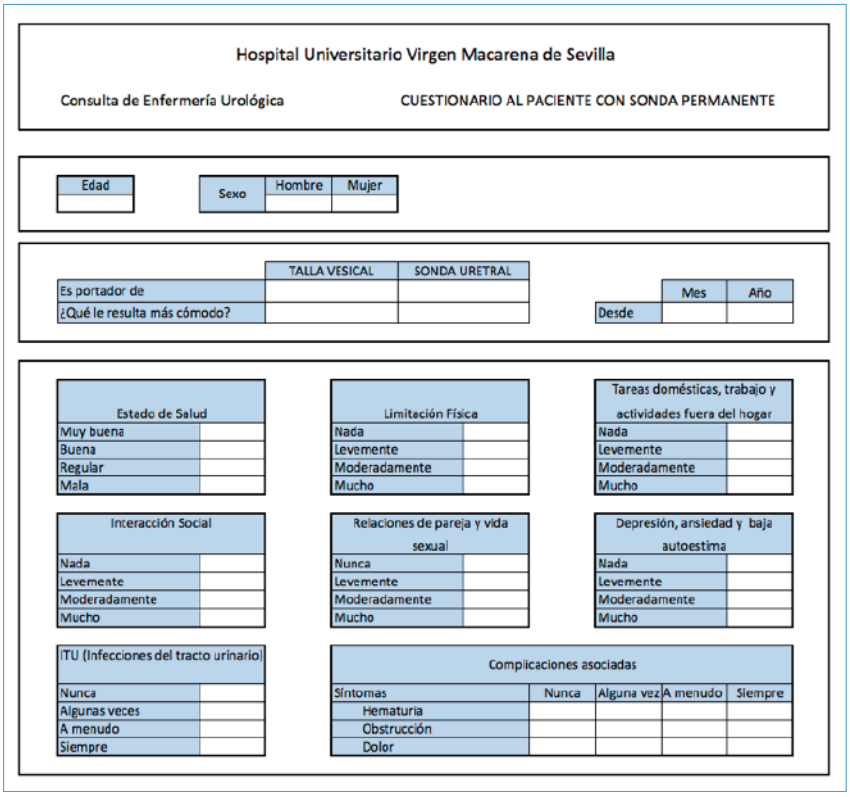
En el cuestionario no se recogen datos que puedan identificar al paciente, pero sí algunos que permitan encasillarlo en distintos grupos según su edad, sexo, estado de salud y otros indicadores. Además, se registra el tipo de dispositivo de que es portador el paciente y, si lo sabe, el tiempo que lleva portándolo.

El grupo de pacientes con sonda suprapúbica de nuestra consulta anteriormente han sido portadores de sonda uretrovesical, y el cambio de técnica fue debido al fracaso en el intento de pasar la sonda uretral.

El segundo grupo de pacientes son los portadores de sonda uretrovesical, algunos de los cuales se quejan de molestias significativas, por lo que se les ofrece la posibilidad de pasar de la sonda uretrovesical a la suprapúbica para su mayor comodidad, de forma que si estuviera de acuerdo con el cambio, se haría una derivación a la consulta del urólogo, para programar la cistostomía suprapúbica.

Y a continuación se recogen los síntomas que pudieran afectarle a consecuencia del dispositivo del que es portador y el grado en que puede medir dicha afectación a través de las siguientes preguntas: estado de salud, limitación física, posibilidad de realizar tareas domésticas, trabajo y actividades fuera del hogar, interacción social, relaciones de pareja y vida sexual, depresión, ansiedad y baja autoestima, infecciones del tracto urinario, complicaciones asociadas: hematuria, obstrucción y dolor.

Figura 1
Cuestionario al paciente con sonda permanente. C. Urología HUVM



Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

Consulta de Enfermería Urológica — CUESTIONARIO AL PACIENTE CON SONDA PERMANENTE

Edad		Sexo	Hombre	Mujer

	TALLA VESICAL	SONDA URETRAL
Es portador de		
¿Qué le resulta más cómodo?		

Desde	Mes	Año

Estado de Salud	
Muy buena	
Buena	
Regular	
Mala	

Limitación Física	
Nada	
Levemente	
Moderadamente	
Mucho	

Tareas domésticas, trabajo y actividades fuera del hogar	
Nada	
Levemente	
Moderadamente	
Mucho	

Interacción Social	
Nada	
Levemente	
Moderadamente	
Mucho	

Relaciones de pareja y vida sexual	
Nunca	
Levemente	
Moderadamente	
Mucho	

Depresión, ansiedad y baja autoestima	
Nada	
Levemente	
Moderadamente	
Mucho	

ITU (Infecciones del tracto urinario)	
Nunca	
Algunas veces	
A menudo	
Siempre	

Complicaciones asociadas				
Síntomas	Nunca	Alguna vez	A menudo	Siempre
Hematuria				
Obstrucción				
Dolor				

Para reforzar lo expuesto, se han consultado estudios relativos al drenaje vesical y enfocados a la medición de los riesgos e incidencias que generan las principales técnicas utilizadas en pacientes portadores de catéter de larga duración, de los cuales se han seleccionado tres que proceden de áreas geográficas muy diversas y recogen diferentes rangos de pacientes, exponiéndose sus contenidos al nivel de detalle que permita su comprensión.

En primer lugar se ha analizado el estudio realizado entre 2006 y 2008 en el Departamento de Cirugía General del Hospital Tan Tock Seng de Singapur, donde pusieron de relieve las desventajas de la sonda uretrovesical respecto a la suprapúbica. Dicho estudio constaba de 50 pacientes, que tras ser sometidos a cirugía abdominal abierta se les implantó un catéter transuretral.

Durante el posoperatorio fueron observados y encuestados acerca de su estado de satisfacción, dolor y otra sintomatología, dando lugar a los resultados de la tabla 1.

Analizando estos datos, los hombres quedaron más insatisfechos que las mujeres, y además el dolor que sufrieron con el catéter in situ fue doble que el de las mujeres, siendo más hombres que mujeres los que lo padecieron.

Los ensayos realizados les llevó a la conclusión de que los efectos adversos de los catéteres urinarios transuretrales pueden ser considerables, y teniendo en cuenta que esta era la primera encuesta de satisfacción realizada a pacientes asiáticos, se propuso considerar la posibilidad de utilizar un método alternativo como la sonda suprapúbica en laparotomía, abriendo la brecha de realizar futuros estudios comparando las dos modalidades en poblaciones similares para evaluar los efectos y beneficios de la sonda suprapúbica en la laparotomía.

Tabla 1
Factores resultantes del estudio de Singapur

Factores	Hombres	Mujeres	Observaciones
Insatisfacción	4,18 sobre 10	2,75 sobre 10	
Dolor en meato urinario con catéter in situ	2,88 sobre 10	1,13 sobre 10	Hombres tuvieron doble dolor que mujeres
Dolor en meato urinario al retirar catéter	3,68 sobre 10	1,15 sobre 10	
Infección en tracto urinario tras retirada del catéter	52,9%	43,8%	

Tabla 2
Resultados del estudio del Sistema de Salud Henry Ford en Detroit

Proceso tras sustituir sonda uretral por suprapúbica	
A partir del 2º día	Mayor comodidad respecto al catéter Menos dolor Menor dosis de medicación Menos espasmos vesicales
A partir del 5º día	Inicio micción por uretra Medición residuo posmiccional Si residuo < 30 ml, retirar sonda
Seguimiento16 meses	Ningún caso de estenosis uretral

En segundo lugar, los urólogos del Sistema de Salud Henry Ford situado en Detroit realizaron en el año 2009 un estudio a 200 pacientes sometidos a prostatectomía radical asistida por robot Da Vinci, para hacer frente a las significativas molestias que tenían con la sonda uretral, empleando la suprapúbica como alternativa.

Para evaluar los beneficios de dicho cambio en cuanto al malestar del paciente, las complicaciones y la tasa de estenosis, se sustituyó la sonda uretral por la suprapúbica y a partir del quinto día del posoperatorio los pacientes empezaron a orinar por uretra, tras lo cual se medía el residuo posmiccional y se retiraba la sonda suprapúbica cuando dicho residuo era menor de 30 ml.

Además, los pacientes con sonda suprapúbica tuvieron una apreciable mejoría en la comodidad relacionada con el catéter a partir del segundo día del posoperatorio. Dichos pacientes tuvieron una disminución considerable de las molestias y necesitaron menos medicación para el dolor, teniendo menos espasmos vesicales.

Durante 16 meses se realizó un seguimiento de dichos pacientes sin que se detectara ningún caso de estenosis uretral.

En tercer lugar, el Departamento de Obstetricia y de Ginecología del Hospital Universitario de Tubinga (Alemania) hizo un estudio a 4.463 pacientes, entre junio de 2006 y enero de 2013. Dichas mujeres estaban expuestas a un mayor riesgo de disfunción en la micción después de la cirugía por prolapso de órganos pélvicos, y fueron tratadas en el posoperatorio con sonda suprapúbica. Las complicaciones se presentaron en el 4,9% de las pacientes, 28 de las cuales presentaron fístula vesicovaginal, y 7 de ellas, fístula uretrovaginal. De estas 35 pacientes que tuvieron complicaciones, solamente el 11,4% estaba relacionado con la sonda suprapúbica. Tales datos revelan ampliamente lo beneficioso del uso de la sonda suprapúbica frente a la uretrovesical.

RESULTADOS

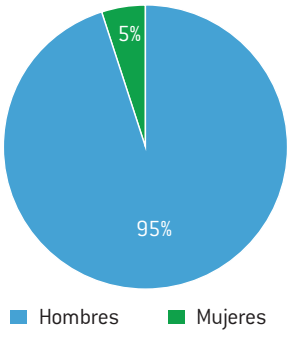
A continuación se reflejan algunos de los informes obtenidos de la explotación de los datos recogidos a través del citado cuestionario:

Figura 2
Resultados pacientes por sexo/edad/técnica sondaje. C.U. HUVM

Pacientes por EDAD / SEXO / TÉCNICA SONDAJE

SEXO	TÉCNICAS DE SONDAJE		TOTAL	PORCENTAJE
	URETROVESICAL	SUPRAPÚBICA		
	1	2	3	
	33%	67%		
FEMENINO	69 años	Mayores de 80 años	100%	5%
	36	27	63	
	57%	43%		
MASCULINO	entre 67 y 80 años		100%	95%
	37	29	66	
TOTAL	56%	44%	100%	

Figura 3
Pacientes por sexo



De los 66 pacientes que han participado en el cuestionario, hay un 5% de mujeres y un 95% de hombres, siendo la edad media del total de pacientes de 73,9 años.

El grupo de pacientes con sonda uretral supone un 56% del total, frente al 44% de los que portan sonda suprapúbica.

Se ve claramente la tendencia que marcan los pacientes

Figura 4
Pacientes por edad / sexo

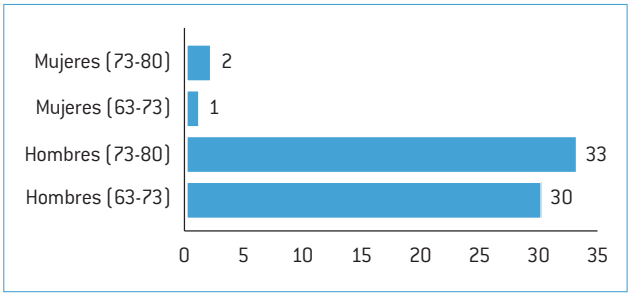


Figura 5
Gráfico de pacientes por tipo de sonda del cuestionario realizado por la Consulta de Enfermería Urológica del HUVM

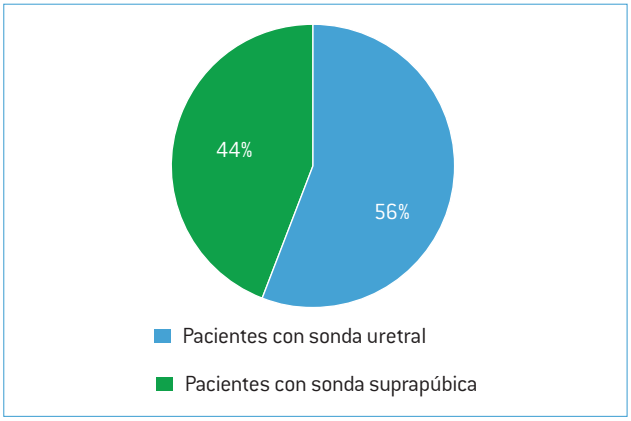


Figura 6
Resultados de pacientes por preferencias de técnica de sondaje del cuestionario realizado por la Consulta de Enfermería Urológica del HUVM

Preferencias de técnicas de sondaje de los pacientes

	TÉCNICAS DE SONDAJE		
	URETROVESICAL	SUPRAPÚBICA	TOTAL
	27	39	66
Qué le resulta más cómodo?	41%	59%	100%

hacia la sonda suprapúbica frente a la uretral. Es importante reseñar que de los 27 pacientes que aparecen bajo el indicador de predilección de técnica de sonda uretral, en su mayoría se conforman con ser portadores de la misma por diferentes motivos, entre los que se encuentran la no experiencia de la otra técnica.

Durante el periodo de enero de 2015 a julio de 2016 se han registrado 259 pacientes atendidos en nuestra consulta, de los cuales se han considerado aptos para participar en este estudio 66, por ser portadores de sonda permanente.

De los pacientes portadores de sonda uretral hay 3 de 37 que desean cambiar a sonda suprapúbica debido a las continuas molestias que sufren a pesar de la medicación indicada por el médico. Estos pacientes no conocen el método de la sonda suprapúbica, pero han sido informados al respecto.

Otros 27 de 37 pacientes con sonda uretral se conforman y prefieren seguir con la misma.

El resto de los pacientes con sonda uretral (7 de 37) conoce los dos métodos y prefiere volver a la sonda suprapúbica, manifestando que tiene menos limitación y le posibilita la vida sexual.

Todos los pacientes con sonda suprapúbica, 29 de 29, conocen los dos métodos y tienen predilección por la técnica suprapúbica.

Figura 7
Resultados cuestionario Consulta Enfermería Urológica del HUVM

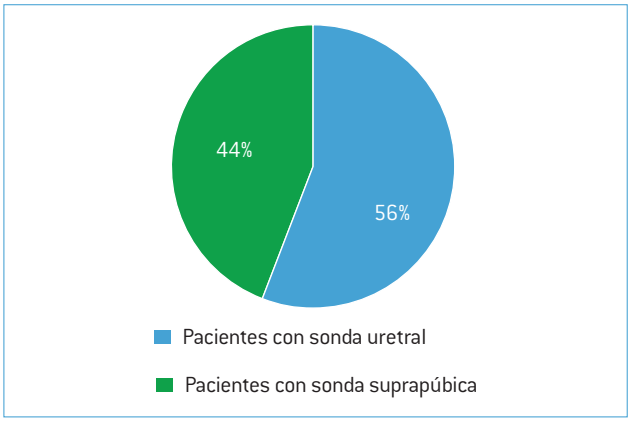
INFORME DE PACIENTES CON SONDA PERMANENTE

PERIODO ene-15 jul-16

CONSULTA DE ENFERMERÍA UROLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA

TOTAL PACIENTES REGISTRADOS	259	
TOTAL PACIENTES NO VÁLIDOS PARA EL ESTUDIO	193	
TOTAL PACIENTES QUE INTERVIENEN ESTUDIO	66	100%
TOTAL PACIENTES CON SONDA URETROVESICAL, QUE DESEAN CAMBIAR A SONDA SUPRAPÚBICA, AUNQUE NUNCA LA HAN TENIDO	3	5%
TOTAL PACIENTES CON SONDA URETROVESICAL QUE SE CONFORMAN	27	41%
TOTAL PACIENTES QUE CONOCEN LOS DOS MÉTODOS Y PREFIEREN SONDA SUPRAPÚBICA	36	55%
TOTAL PACIENTES QUE CONOCEN LOS DOS MÉTODOS Y PREFIEREN SONDA SUPRAPÚBICA(TIENEN SONDA URETROVESICAL PUESTA)	7	11%
TOTAL PACIENTES QUE CONOCEN LOS DOS MÉTODOS Y PREFIEREN SONDA SUPRAPÚBICA(TIENEN SONDA SUPRAPÚBICA PUESTA)	29	44%
TOTAL PACIENTES CON SONDA SUPRAPÚBICA	29	44%
TOTAL PACIENTES CON SONDA URETROVESICAL	37	56%

Figura 8
Gráfico de pacientes con sonda permanente



DISCUSIÓN

Por una parte, los pacientes sometidos a una laparotomía,

tanto en el estudio realizado en Singapur como en otros, pusieron de relieve la incomodidad de la sonda uretral en el posoperatorio, asociándola con más dolor, especialmente en pacientes de sexo masculino por la duplicidad del mismo con respecto a las mujeres, así como por la intolerancia y la insatisfacción. Hay que tener en cuenta que la sonda suprapúbica tras la laparotomía se debe considerar como un drenaje peritoneal que a menudo se deja colocado y se retira varios días después, con la ventaja de que la micción por uretra puede ser probada antes de extraerla, evitando un nuevo cateterismo en el caso de una retención urinaria.

Sin embargo, la complicación más temida es la perforación del intestino, lo cual fue observado en alrededor del 2,5% de los 96 casos analizados en un estudio realizado por el Departamento de Urología del Hospital Universitario Hamburgo-Eppendorf.

Por otra parte, el Departamento de Urología del Sistema de Salud Henry Ford se vio casi obligado a cambiar de método de evacuación urinaria ante la expresión continua de dolor en el posoperatorio tras la cirugía radical de próstata, empleando la sonda suprapúbica como alternativa. El resultado fue una disminución importante de las molestias relacionadas con la sonda suprapúbica, el paciente necesitaba menos analgesia, tenía menos espasmo vesical, y ninguno había desarrollado una estenosis uretral tras un seguimiento de hasta 16 meses.

Asimismo, aunque la sonda suprapúbica puede ser una buena alternativa, el procedimiento de inserción en algunos pacientes puede resultar muy laborioso, por ejemplo en el caso de que hayan sido sometidos previamente a sesiones de radioterapia, cirugía abdominal, obesidad, capacidad vesical disminuida, etc.

El Departamento de Cirugía del Centro Médico Académico de Ámsterdam publicó en 2003 un estudio realizado con 165 pacientes, compuesto de dos grupos al 50% con sonda suprapúbica y uretral. El resultado fue sorprendente, porque el grado de malestar era similar en ambos sexos y grupos. Cochrane no publicó este resultado.

Con los pacientes con sonda uretral permanente de nuestra consulta que presentan molestias continuadas, que no ceden con analgesia, se procede a cambiarles el tipo de sonda y material ante una posible intolerancia de la misma. Si en el siguiente cambio persisten las molestias, se le plantea la sonda suprapúbica, en base a los beneficios expresados en este estudio y en particular a la faceta sexual, ya que es uno de los problemas que más preocupa a los pacientes.

CONCLUSIÓN

- La diferencia más significativa entre las dos técnicas relacionadas es el mayor grado de dolor en la uretral.
- Una de las preocupaciones más importantes para los pacientes portadores de sonda uretral es la dificultad en las relaciones sexuales, lo cual se atenúa considerablemente con la sonda suprapúbica.
- Se puede considerar la suprapúbica como un drenaje peritoneal en la laparotomía.
- La tasa de ITU con los dos tipos de sonda es similar en algunos estudios, mientras que en otros es mayor en la uretral.
- El paciente portador de una sonda suprapúbica tiene menos limitaciones que el que lleva una sonda uretral.
- Con la sonda uretral no es posible saber si el paciente puede realizar la micción por su cuenta a no ser que esta se retire, con el riesgo de que sea necesario volver a sondar al paciente, si este no es capaz de orinar por sí mismo. ▼

BIBLIOGRAFÍA

1. Suprapubic Bladder Aspiration or Urethral Catheterization: Which is More Painful in Uncircumcised Male Newborns? Zohreh Badiee, Alireza Sadeghnia, and Noushin Zarean. Department of Pediatrics, School of Medicine, and Child Growth and Development Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran 2014 Sep; 5 (9): 1125-1130.
2. Is transurethral catheterisation the ideal method of bladder drainage? A survey of patient satisfaction with indwelling transurethral urinary catheters. Tan GW1, Chan SP, Ho CK. Department of General Surgery, Tan Tock Seng Hospital, 11 Jalan Tan Tock Seng, Singapore. 2010 Jan; 33 (1): 31-6.
3. Postoperative patient comfort in suprapubic drainage versus transurethral catheterization following robot-assisted radical prostatectomy: a prospective randomized clinical trial. Harke N1, Godes M2, Habibzada J2, Urbanova K2, Wagner C2, Zecha H2, Addali M2, Witt JH2. Department of Urology, Pediatric Urology and Urologic Oncology - Prostate Center Northwest, St. Antonius Hospital, Moellenweg 22, 48599, Gronau, Germany 2016 Jun 22.
4. Impact of percutaneous suprapubic tube drainage on patient discomfort after radical prostatectomy. Krane LS1, Bhandari M, Peabody JO, Menon M. Vattikuti Urology Institute, Henry Ford Health Systems, Detroit, MI, USA. 2009 Aug; 56 (2): 325-30
5. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con lesión medular comparando diferentes métodos de vaciado vesical. J. Sánchez Raya, G. Romero Culleres, M.A. González Viejo, 2010; 34 (6): 537-542. Unidad de Rehabilitación de Lesionados Medulares, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.
6. Safe and convenient percutaneous suprapubic catheterisation in high-risk patients. Maximilian Christian Kriegmair, Philipp Mandel and Manuel Ritter. Department of Urology, University Medical Center Mannheim, Mannheim, Germany. 2015 Nov 25.
7. Does applying postoperative suprapubic catheterisation in urogynecology benefit patients? Gild A1, Schoenfisch B1, Huebner M1, Brucker S1, Wallwiener D1, Reisenauer C2. Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Tuebingen, Germany. 2016 May; 293 (5). Epub 2015 Oct 27.
8. The effect of suprapubic catheterization versus transurethral catheterization after abdominal surgery on urinary tract infection: a randomized controlled trial. Baan AH1, Vermeulen H, Van der Meulen J, Bos-

suyt P, Olszyna D, Gouma DJ. Department of Surgery, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands. 2003; 20 (4): 290-5. Epub 2003 Jun 5.
9. Orikasa S, Kanbe K, Shirai S, Shintaku I, Kurosu S (2012) Suprapubic versus transurethral bladder drainage after radical prostatectomy: impact on patient discomfort. Int J Urol 19 (6): 587-590. doi: 10.1111/j.1442-2042.2012.02980.x. CrossRefPubMed.
10. Ghani KR, Trinh QD, Sammon JD, Jeong W, Simone A, Dabaja A, Dusik S, Peabody JO, Menon M (2013). Percutaneous suprapubic tube bladder drainage after robot-assisted radical prostatectomy: a step-by-step guide. BJU Int 112 (5): 703-705. doi: 10.1111/bju.12071. CrossRefPubMed.
11. Tenke P, Koves B, Johansen TE (2014). An update on prevention and treatment of catheter-associated urinary tract infections. Curr Opin Infect Dis. 27 (1): 1 02.107. doi: 10.1097/QCO.0000000000000031. CrossRefPubMed.
12. Lepor H, Nieder AM, Fraiman MC (2001). Early removal of urinary catheter after radical retropubic prostatectomy is both feasible and desirable. Urology 58 (3): 425-429. CrossRefPubMed.

POZO GUERRERO, SILVIA; VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, ANA ISABEL; VELÁZQUEZ CORONILLA, FRANCISCO
Unidad de Urología. H.U. Puerta del Mar de Cádiz

La edad del donante en la evolución de la creatinina plasmática en receptores renales

Palabras clave: trasplante renal, creatinina plasmática, donante.

Keywords: *kidney transplant, plasma creatinine, organ donor.*

INTRODUCCIÓN

Hasta los años sesenta del siglo pasado, los pacientes con insuficiencia renal aguda se veían abocados a una muerte cierta, la diálisis y, menos aún, los trasplantes renales no se encontraban introducidos en el arsenal terapéutico ordinario.

En la actualidad se considera la terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal crónica de etiología diversa. Además de mejorar la calidad de vida al prescindir de la dependencia de la diálisis y de las dietas rigurosas, aumenta la supervivencia de los pacientes y es más económico que la diálisis. Esta técnica es una alternativa rentable a la diálisis gracias a una tasa de supervivencia a un año próxima al 90%, y una supervivencia media del riñón trasplantado por encima de 10 años. La única limitación es la disponibilidad de riñones, por eso se revisan constantemente las indicaciones para ser donantes con el fin de poder aumentar el número de órganos disponibles.

Uno de los parámetros muy importantes de la insuficiencia renal es la creatinina plasmática, cuyos valores normales son inferiores a 1,2-1,5 mg/dl. El riñón con cifras más altas puede funcionar perfectamente durante muchos años, cada paciente tendrá unas cifras concretas en función de cómo haya evolucionado su riñón, es normal que haya pequeñas oscilaciones en el nivel de creatinina en los controles de los pacientes trasplantados.

OBJETIVOS

El objeto de este estudio es el análisis en la evolución de la creatinina plasmática en pacientes trasplantados renales dependiendo de la edad del donante, ya que nos podemos encontrar dos tipos:

- Riñones añosos (donantes mayores de 60 años).
- Riñones jóvenes (donantes menores de 60 años).

Queremos demostrar si hay o no diferencia en la evolución de la creatinina y si esto influye en la evolución de estos trasplantes.

MÉTODO

El tipo de diseño que realizamos ha sido retrospectivo y descriptivo. En cuanto al periodo estudiado fueron los años 2010-2011, el ámbito fue el Hospital Puerta del Mar, que es el centro de referencia para los trasplantes renales en la provincia de Cádiz.

Los sujetos a los que se le realizó el estudio fueron todos los trasplantados renales con injertos procedentes de donantes cadáver, independientemente de la edad de estos, ya sean donantes con riñones añosos (mayores de 60 años) o con riñones jóvenes (menores de 60 años). La recogida de datos fue tras un año de evolución del paciente trasplantado y el análisis lo efectuamos con el programa SSPS-15. El análisis estadístico que hemos realizado para nuestras variables cuantitativas ha sido la mediana.

Hemos comparado la creatinina previa al trasplante al mes de realizarse este y finalmente al año de intervenirse, además también incluimos la edad del donante y del receptor, estableciendo los límites al igual que los donantes, o sea: mayores y/o menores de 60 años.

RESULTADOS

Se estudiaron 99 pacientes trasplantados renales, de los cuales 29 pacientes (29,9%) eran mayores de 60 años y 70 pacientes (70,70%) eran menores de 60 años. En los pacientes jóvenes trasplantados, 14 (20%) procedían de injertos añosos y 56 (80%) procedían de injertos jóvenes. En cambio, todos los pacientes mayores de 60 años se trasplantaron con injertos procedentes de riñones añosos.

En la tabla 1 reflejamos la evolución de la creatinina en estos.

Al ver la evolución de la tabla podemos apreciar que la media en la evolución de la creatinina ha sido muy similar en todos los casos, si bien es cierto que en los receptores de más de 60 años es ligeramente superior que en la de los receptores de menos de 60 años, pero con mínimas diferencias, como cabría esperar al año de la intervención. Con respecto a la creatinina previa antes de realizarse el trasplante, es curioso que esta es superior en los receptores menores de 60 años y a su vez trasplantados con injertos procedentes de donantes jóvenes con respecto a los receptores de más de 60 años.

Tabla 1
Evolución de la creatinina en pacientes trasplantados renales

Receptores >60 años (29 pacientes)	Receptores <60 años (70 pacientes)		Evolución de la creatinina
Donantes >60 años	**Donantes >60 años**	**Donantes <60 años**	
5,47 mg/dl	5,41 mg/dl	7,31 mg/dl	Creatinina previa (media)
1,79 mg/dl	2,35 mg/dl	1,62 mg/dl	Creatinina al mes (media)
2,36 mg/dl	1,76 mg/dl	1,37 mg/dl	Creatinina al año (media)

CONCLUSIÓN

El trasplante renal es el mejor tratamiento que puede recibir un enfermo con insuficiencia renal crónica. En nuestra unidad no parece que influya la edad del donante en la disminución de la creatinina plasmática de los enfermos renales trasplantados con injertos procedentes de donantes cadáver, en cambio los receptores mayores de 60 años tienen los niveles de creatinina más elevados que los receptores más jóvenes, aunque permanezcan dentro de la normalidad tras un año de evolución.

Garantizar o mejorar la calidad de vida de un ser humano, gracias a la sustitución de uno de sus órganos destruidos por otro sano extraído de otro individuo, representa le epopeya más apasionante de la ciencia médica de nuestro siglo, tanto en lo que supone de espectacular hazaña terapéutica largamente acariciada por la humanidad como por su significación y sus repercusiones en el conocimiento de nuestro universo biológico. ▼

BLIBIOGRAFÍA

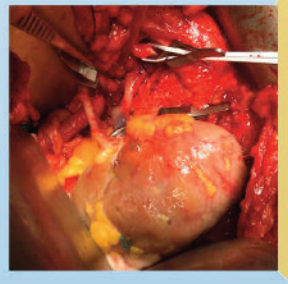
– natursan / www.natursan.net,salud y medicina.
– www.revistase.dem.org/ files/influencia de la edad del receptor.
– www.hospitalrenal.com/quiste-renal/sintomas.
– www.hospitalvernaza.met.ec/guia-salud.

INFLUENCIA DE LA EDAD DEL DONANTE EN LA EVOLUCIÓN DE LA CREATININA PLASMÁTICA EN RECEPTORES RENALES

AUTORES: SILVIA POZO GUERRERO, FRANCISCO VELÁZQUEZ CORONILLA, ANA ISABEL VELÁZQUEZ FERNÁNDEZ, UNIDAD DE UROLOGÍA.

OBJETIVOS: Análisis de la evolución de la creatinina plasmática en pacientes trasplantados renales dependiendo de la edad del donante.

MÉTODOS: ***Diseño:*** estudio retrospectivo y descriptivo. ***Periodo de estudio:*** años 2010 y 2011. ***Ámbito:*** Hospital Universitario de referencia para el trasplante renal en la provincia de Cádiz. ***Sujetos:*** Todos los pacientes trasplantados con injerto procedente de donante cadáver. ***Protocolo:*** Recogida de datos tras implante renal. Análisis efectuado con SSPS-15. ***Variables:*** niveles de creatinina pre-trasplante y post-trasplante y la edad del donante y del receptor (> 60 años / ≤ 59 años).



RESULTADOS: Se estudiaron 99 pacientes trasplantados renales, de los cuales 29 pacientes (29.9 %) eran mayores de 60 años y 70 pacientes (70.70%) eran menores de 60 años. En los pacientes jóvenes trasplantados el 20 % (14) procedían de injertos añosos y 56 (80 %) procedían de injertos jóvenes. En cambio todos los pacientes mayores de 60 años se trasplantaron con injertos añosos.

RECEPTORES > 60 AÑOS (29 PACIENTES)	RECEPTORES < 60 AÑOS (70 PACIENTES)	
DONANTES > 60 AÑOS	DONANTES > 60 AÑOS	DONANTES < 60 AÑOS
5.47 mg/dl	5.41 mg/dl	7.31 mg/dl
1.79 mg/dl	2.35 mg/dl	1.62 mg/dl
2.36 mg/dl	1.76 mg/dl	1.37 mg/dl

CONCLUSIONES: El trasplante renal es el mejor tratamiento que puede recibir un enfermo con insuficiencia renal crónica. En nuestra unidad no parece que influya la edad del donante en la disminución de la creatinina plasmática de los enfermos renales trasplantados con injertos procedentes de donante cadáver. En cambio, los receptores mayores de 60 años tienen los niveles de creatinina más elevado que los receptores mas jóvenes aunque permanezcan dentro de la normalidad tras un año de evolución.

Hospital Universitario Puerta del Mar - Cádiz

MARTÍ RIBES, TERESITA; REGANY RIU, CARLOTA
Enfermeras Gabinete Urología y consulta Ostomías. Hospital Universitario Santa María de Lleida

Unidad Funcional de Próstata (UFP), agilidad y calidad asistencial

Palabras clave: cáncer de próstata, calidad asistencial, educación sanitaria.

Keywords: *prostate cancer, quality of care, health education.*

INTRODUCCIÓN

Uno de los cánceres con más alta incidencia en los hombres es el cáncer de próstata, un 21,7% según la Sociedad Española de Oncología Médica, con una prevalencia a 5 años del 31,4%.

En nuestra provincia se detectan aproximadamente unos 600 casos al año, los cuales reciben diferentes tipos de tratamientos: quirúrgico, radioterapia o quimioterapia. Es por todo ello que nuestro hospital puso en marcha a finales del año 2014 la Unidad Funcional de Próstata.

OBJETIVO

- Coordinar el tratamiento multidisciplinar del cáncer de próstata con las diferentes especialidades que intervienen en el mismo.
- Mejorar la calidad asistencial del paciente diagnosticado de cáncer de próstata de manera ágil y eficaz.
- Realizar intercambio dinámico de información para disminuir la ansiedad del paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica, mediante educación sanitaria prequirúrgica y posquirúrgica, por parte del personal de enfermería.

MÉTODO

Creamos un circuito desde consultas externas médicas. A los pacientes con biopsias positivas de adenocarcinoma de próstata se les solicita un estudio de extensión, es enfermería quien gestiona el tiempo y los resultados del mismo para programar al paciente el pase al comité de tumores. Este comité lo integran: urólogo, radiólogo, radioterapeuta, oncólogo, anatomopatólogo y enfermera/gestor de casos. Y el mismo día se cita al paciente en la UFP, donde se realizará la primera visita con el especialista que le corresponda según decisión de comité.

Si la decisión es intervención quirúrgica, se realiza **educación sanitaria prequirúrgica** por parte de enfermería, se informará al paciente de: circuito quirúrgico, refuerzo de la información de los posibles efectos secundarios ya explicados por el urólogo, momento para resolver las dudas que le han podido surgir desde que ha recibido el diagnóstico.

Enseñar ejercicios para fortalecer la musculatura del suelo pélvico (ejercicios Kegel) para iniciar antes de la cirugía y proporcionar hojas informativas y de recomendaciones.

Explicar posibles problemas que pueden surgir una vez están en el domicilio (pautas), ya que el paciente se irá de alta con sonda vesical, que llevará durante un período de entre 15 y 20 días.

Educación sanitaria posquirúrgica

Curas en el posoperatorio, cura de la herida quirúrgica, retirada de puntos de sutura y de sonda vesical según ordenes del facultativo y en gabinete de urología.

Se realiza educación sanitaria de incontinencia de orina mediante soporte Power Point y hojas informativas, explicaremos materiales de incontinencia (pañales, compresas, pinzas peneanas, colectores...).

También daremos recomendaciones referentes a: tipo de dieta a seguir, reforzaremos la importancia de los ejercicios de Kegel y finalmente explicaremos cómo realizar un diario miccional (necesario para cuantificar las pérdidas de orina en la siguiente visita).

Se realiza educación sanitaria de **disfunción sexual:**

- Mediante soporte Power Point y hojas informativas.
- Medicación prescrita por el médico.
- Materiales (bomba de vacío).
- Realizamos visitas periódicas según evolución del paciente.

RESULTADOS

No tenemos resultados palpables, ya que la implantación de la consulta de enfermería en la unidad funcional es más reciente, pero ha sido muy bien acogida por parte de los profesionales implicados, así como por parte de los pacientes y familiares.

CONCLUSIÓN

Una adecuada coordinación con los servicios implicados en el diagnóstico y el

seguimiento de pacientes con carcinoma de próstata supone una enorme agilidad y calidad asistencial.

Es importante la ayuda para adaptarse a una nueva realidad, la enfermería juega un papel importante para conseguir este objetivo.

Esta mejora ha sido percibida con agrado tanto por los pacientes como por los profesionales implicados en el manejo de este tipo de pacientes. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Guía clínica sobre el cáncer de próstata. A Heidenreich (presidente), M Bolla, S Joniau, MD Mason, V Matveev, N Mottet, H-P Schmid, TH van der Kwast, T Wiegel, F Zattoni. © European Association of Urology 2010.
- Lassen B, Gattinger H, Saxer S. A systematic review of physical impairments following radical prostatectomy: effect of psychoeducational interventions. J Adv Nurs. 2013 Dec; 69 (12): 2602-12.
- Guía clínicas Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Avances en el cáncer de próstata 2016.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC. 2 Fuente: Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. Int J Cancer. 2013 Mar 1; 132(5): 1133-45. doi: 10.1002/ijc.27711. Epub 20.
- Incidencia y mortalidad para todas las edades. Prevalencia a 5 años solo en población adulta. Proporciones por 100.000. 1 Fuente: Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC. 2 Fuente: Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. Int J Cancer. 2013 Mar 1; 132 (5): 1133-45. doi: 10.1002/ijc.27711. Epub 2012 Jul 26. 12 Jul 26.
- Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell, 2014.

Otros recursos

- https://www.asco.org/research-progress
- h.hifu-planet.es/cancer-prostata/diagnostico-y-clasificacion
- aeurologia.com/pdfs/articulos/5772171048398-eng

ORDÓÑEZ CRUZ, M.C.[1]; ORTIZ DE URBINA ESTRADE, P.[2]; DE JUAN ARANDA, N.[3]; COLL JUAN, F.[4]; MARTÍNEZ BESTARD, V.[5]; TERRASA LOZANO, B.[6]
[1, 2, 4, 5, 6] Enfermera, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. [3] Supervisora Enfermería, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

La información sexual en pacientes urostomizados, ¿una asignatura pendiente?

RESUMEN

Tras años de experiencia con pacientes urostomizados detectamos una falta de información en relación a la vida sexual, cuándo podrán retomarla y los cambios que sufrirá tras la intervención. Nuestro objetivo es conocer si a los pacientes a los que se les ha realizado una cistectomía se les ha dado información relativa a la sexualidad, cuándo la recibieron, si fue de utilidad y qué necesidad de información tenían los usuarios. Para ello realizamos un estudio con pacientes sometidos a una cistectomía en el Hospital Son Llàtzer entre enero de 2007 y enero de 2016. Evaluados los resultados constatamos que, informando a los pacientes previamente a la intervención, estos podrían obtener un aumento de su calidad de vida sexual, por lo que observamos la necesidad de la creación de una guía multidisciplinar para poder proporcionar la educación correcta y necesaria en cada caso.

Palabras clave: cistectomía, calidad de vida, sexualidad.

SUMMARY

After years of experience with urostomized patients, we detected a lack of information regarding the sexual life, when it is resumed and the changes that occur after the intervention. Our objective is to know patients who have had a cystectomy and have given information about sexuality, when it was received, if it was useful and what information users need. To do this, he carried out a study with some patients with a cystectomy at the Hospital Son Llàtzer between January 2007 and January 2016. Evaluating the results, those who inform the patients prior to the intervention, the latter receive an increase in their quality of sexual life. That we observe the need for the creation of a multidisciplinary guide to be able to provide the correct and necessary education in each case.

Keywords: *cystectomy, life quality, sexuality.*

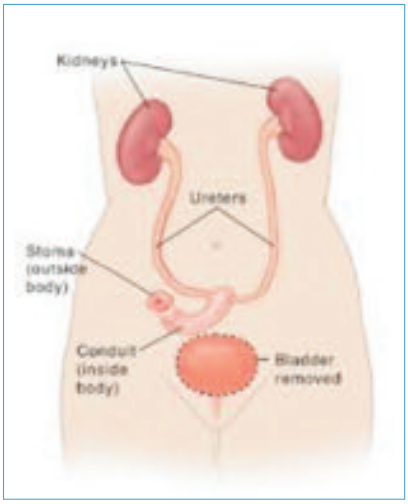
INTRODUCCIÓN

La cistectomía como procedimiento quirúrgico es una intervención en la que se extirpa la vejiga. Esta concluye con la derivación del conducto urinario hacia una obertura del abdomen llamada estoma, por donde se expulsa la orina (figura 1). Las indicaciones para realizar una cistectomía son: cáncer de vejiga (la más común), daño o sangrado de la vejiga a causa de otras condiciones, tratamientos o lesiones.

El objetivo de la Asociación Internacional de Ostomizados es que todo ostomizado tenga derecho a una calidad de vida satisfactoria después de la cirugía y que los siguientes derechos sean reconocidos en todos los países del mundo. El paciente ostomizado tiene derecho a:

- Recibir orientaciones antes de la cirugía para asegurar que entiende claramente los beneficios de la cirugía y los factores esenciales de vivir con un estoma.
- Tener un estoma bien hecho en el lugar indicado, considerando la comodidad del paciente.
- Recibir ayuda médica profesional, y cuidados de enfermería especializada con soporte psicosocial antes y después de la intervención sobre el cuidado y manejo de su estoma, tanto en el hospital como en su comunidad.
- Tener la información y oportunidad de escoger entre la variedad de equipos disponibles para su estoma.

Figura 1
Cistectomía, urostomía



Encontrar una definición de sexualidad es una labor difícil. Entendemos la sexualidad como un conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y deseo sexual, que comprende tanto el impulso sexual como aspectos de la relación psicológica del propio cuerpo y rol social. La sexualidad es un término dinámico, es vivida y entendida de modos diversos a lo largo y ancho de la geografía mundial, atendiendo a las diferentes culturas, ideales, modelos de sociedad y de educación.

Tras una cistectomía, los pacientes presentan múltiples cambios tanto físicos como psíquicos, alterando así varias de las catorce necesidades básicas y lo que entendían como calidad de vida hasta la intervención.

Estos pacientes se enfrentan a una serie de cambios que interfieren en la vida sexual, como son: alteración de la imagen corporal; incapacidad tanto física (por disfunción en el caso del hombre y por dolor, dispareunia o cicatrices en el caso de la mujer) como psíquica; incapacidad o pérdida del deseo; respuestas psicológicas y emocionales para adaptarse a la cirugía; dificultades entre el paciente y su pareja; adaptación a los síntomas y consecuencias de la enfermedad de base, a los tratamientos utilizados (quimioterapia, radioterapia…).

Presentan así los siguientes diagnósticos de la NANDA, en los que nosotras, como enfermeras, debemos trabajar para ayudar al paciente a resolverlos y/o adaptarse a ellos con el fin de recuperar su autonomía y calidad de vida previos a la intervención en la medida de lo posible:

Patrón sexual ineficaz 00065.

Disfunción sexual 00059.

Sabiendo que la sexualidad es algo innato a la persona, sin depender de la edad, nos planteamos cómo debe ser el impacto de una urostomía en estos pacientes y cómo ha afectado esta a su satisfacción sexual y a su calidad de vida.

Nos preguntamos si han recibido información sobre la sexualidad, quién se la dio, cuándo la recibieron, si fue de utilidad y qué necesidad de información tenían los usuarios y sus parejas en el caso de tenerla. Llegados a este punto, nos gustaría conocer cómo viven estos cambios nuestros pacientes y en qué manera podríamos ayudarlos, y surge nuestra inquietud por realizar este estudio.

OBJETIVO

Conocer si a los pacientes urostomizados se les dio información sobre cómo afectaría la intervención a su vida sexual.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio transversal descriptivo prospectivo cuya metodología fue una encuesta telefónica a los pacientes cistectomizados en el Hospital Son Llàtzer desde enero de 2007 a enero de 2016, que incluye catorce preguntas cerradas (figura 2). Los encuestados fueron 69 personas, de edades comprendidas entre los 36 y los 89 años. Del total de la muestra se excluyeron a 29 pacientes que no quisieron participar, no fue posible localizarlos o no tenían relaciones sexuales previas a la intervención, con lo que la muestra final se redujo a un total de 40 pacientes.

RESULTADOS

El total de pacientes estudiados fue 40 (8 mujeres y 32 hombres) con una media de edad de 66,5 años. El 37,5% no recibió ningún tipo de información en relación a los cambios que se iban a producir tras la cistectomía en su vida sexual. Del 62,5% que sí la recibió, el 68% la recibió antes de la intervención y el 32% después de la misma.

De todos los pacientes que sí recibieron información, cabe destacar que un 20% expresó que la recibió de forma incorrecta o incompleta.

Figura 2
Encuesta a los pacientes estudiados

NÚMERO DE ENCUESTADO:
PACIENTE:
NHC:
EDAD:
ESTADO CIVIL:
PREGUNTAS:

1. ¿Quiere participar en la encuesta?
NO: excluidos
SÍ: pregunta nº 2

2. Antes de la operación, ¿tenía relaciones sexuales?
NO: excluidos
SÍ: pregunta nº 3

3. ¿Recibió información antes de operarse sobre los cambios que podría tener su vida sexual?
NO: pregunta 7
SÍ: la información recibida fue que no podría volver a tener relaciones sexuales.

4. ¿Tenía pareja antes de operarse?
NO: pregunta 6
SÍ: pregunta 5

5. ¿Recibió su pareja información sobre los cambios en vuestra vida sexual?
NO: pregunta 7
SÍ: pregunta 6

6. La información que recibió ¿era la que necesitaba en ese momento?
NO: pregunta 7
SÍ: pregunta 8

7. ¿Le habría gustado tener información sobre sexualidad previa o posterior a la intervención?
NO:
SÍ: pregunta 10 (en el supuesto de haberla recibido)

8. ¿Le ha ayudado esa información después de la operación?
NO: pregunta 9
SÍ: pregunta 10

9. ¿En qué momento y por qué motivo falló esa información?
x- Estaba más preocupado por el pronóstico de la enfermedad.
x- La información no se adaptaba a su situación.
x- No era el momento apropiado.
Seguir con la pregunta 10

10. ¿Ve útil y necesario este tipo de información?
NO: fin cuestionario
SÍ: pregunta 12

11. ¿Por qué no ve útil /necesaria la información?
x- Preocupación por el diagnóstico y/o evolución de la enfermedad.
x- El sexo es secundario.
x- No es el momento apropiado.
Seguir con la pregunta 13 después del motivo
12. ¿Le ha ayudado esta información a tener una vida sexual satisfactoria?
NO: pregunta 13
SÍ: fin del cuestionario

13. ¿Habría querido recibir ayuda y/o información adecuada?
NO: fin del cuestionario
SÍ: pregunta 14

14. ¿Qué información habría querido recibir?
x- Ayuda psicológica.
x- Tratamientos para la disfunción eréctil/dispareunia.
x- Uso de dispositivos accesorios.

Del total de hombres encuestados recibió información un 68,35%, frente a un 37,5% de las mujeres.

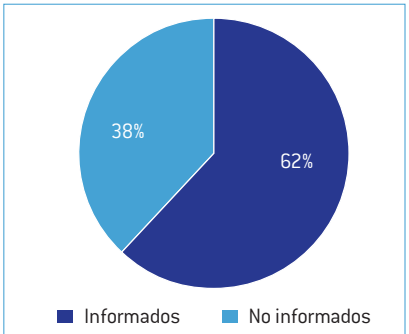
Del 68% de los pacientes que recibió información la mitad, el 34%, expresa una total satisfacción sexual después de la intervención y de su recuperación física y psicológica gracias a la ayuda y educación por parte del equipo de urología.

Del total de la muestra, independientemente de cuál sea su situación sexual actual, un 95% refirió que este tipo de información es muy útil y relevante previa a la intervención, tan solo el 5% expresó que no tenía esa necesidad en ese momento debido a la preocupación por el diagnóstico recibido.

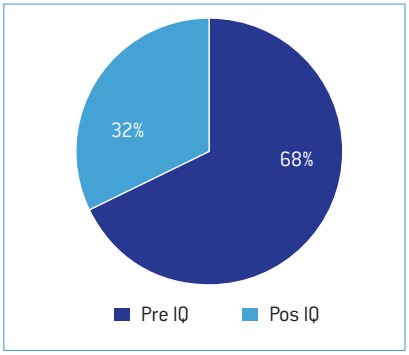
Además, el 95% cree que esta información debe ser dada también a la pareja, en caso de tenerla, en el mismo tiempo y contenido que al paciente.

Al terminar el estudio, 14 de los encuestados (35%) decidieron solicitar información para mejorar/retomar su vida sexual.

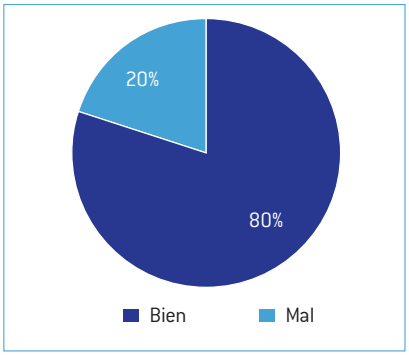
Pacientes



Momento de la información



Calidad de la información



DISCUSIÓN

Los hallazgos más significativos de todas las variantes estudiadas son:

- La falta de información dada a los pacientes tanto previa como posterior a la cistectomía.
- La no unificación de criterios a la hora de proporcionar información.
- La mejoría de la calidad de vida sexual cuando a los pacientes se les informa al respecto.
- El sexo sigue siendo un tema tabú tanto para el equipo multidisciplinar como para los pacientes.
- La diferencia entre el porcentaje de hombres y mujeres que sí recibieron información, independientemente de si esta fue correcta o no.

CONCLUSIÓN

Como conclusión, y tras evaluar los resultados del estudio, vemos necesario crear una guía de cuidados multidisciplinar para los pacientes portadores de una urostomía en la que se incluya la información relacionada con los cambios que la intervención supondrá para él/ella respecto a la función sexual. Es primordial que se aplique esta guía desde antes de la intervención quirúrgica y de manera conjunta, trabajando en ello enfermo, familia/pareja, equipo de urología y otros especialistas, según las necesidades del paciente.

En estos pacientes hay que empezar a tratar la alteración sexual y todo lo que conlleva con la misma naturalidad y ahínco que lo hacemos con el estoma, los dispositivos a aplicar y las otras necesidades alteradas por la intervención.

Desde el punto de vista enfermero debemos ir más allá de la propia patología, buscando el bienestar del paciente, resolviendo sus dudas y problemas o, lo que es lo mismo, ayudándole a mejorar, conseguir o recuperar su calidad de vida, para lo cual no podemos seguir dando la espalda a un tema tan importante como silenciado, como es la vida sexual de los pacientes urostomizados. No debemos esperar a que sean ellos quienes acudan a nosotros con dudas o falsas creencias sobre que ya no pueden tener relaciones sexuales, sino que debemos prevenir estas situaciones que aún hoy se dan con estos pacientes y prevenir desde la educación previa a la cistectomía.

AGRADECIMIENTOS

Como enfermeras queremos agradecer a todos los pacientes que de manera voluntaria y altruista han querido colaborar con nosotros al contestar a los cuestionarios, llegando incluso a contarnos vivencias personales sobre cómo es la experiencia de ser urostomizado, desde el momento en que supieron la noticia hasta llegar a superar la enfermedad y recuperar la normalidad en su vida en general, y en la función sexual en aquellos que la han recuperado.

Dar las gracias también a esos pacientes y a sus parejas que en su día nos hicieron plantearnos cómo era su vida sexual después de la intervención. ▼

BIBLIOGRAFÍA

- Charúa-Guindic L, Benavides-León JB, Villanueva-Herrero JA, Jiménez Bobadilla B, Abdo-Francis JM, Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cir Cir (México DF). 2011; 79 (2): 149- 155.
- Ferri M, Bernini C, Pisani M, Vaccari C, Lami N, Rovesti S. La sexualidad de las personas con estoma: encuesta sobre las vivencias del paciente ostomizado y la atención realizada por la enfermera especialista. Ágora de Enfermería. Junio 2012; 16 (2).
- Kozell K, Abrams H, Barton P, Bauer N, Best R, Bruton K, Fatum H, Forest-Lalande L, Gray M, Harris CL, McNaughton, Miller D, Mills-Zorzes S, Parslow N, Simpson C, Mayo S, Nazarali R, Wood C. Cuidado y manejo de la ostomía. Toronto: RNAO; agosto 2009.
- Sánchez Ruiz M. Aplicación del modelo PLISSIT como intervención de enfermería para el abordaje de alteraciones de la sexualidad en pacientes con ostomías de eliminación [trabajo final de grado en Enfermería]. Lleida: Universitat de Lleida; 2016.
- Turnbull GB. Guía de intimidad, sexualidad y una ostomía [publicación online], 2004. file:///C:/Users/Mateu/Downloads/-uoa_sexuality_es.pdf
- Vilaseca A, García Cruz E, Ribal MJ, Pérez Márquez M, Alcaraz A. Función eréctil después de cistectomía con preservación neurovascular. Actas Urol Esp (Barc). 2013; 37 (9): 554-559.

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 superamos ya las 900.000 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.